Auditoria ao Plano de Emergência e Transformação na Saúde

Relatório n.º 12/2026 – Audit – 2ª Secção

TRIBUNAL DE CONTAS


TRIBUNAL DE
CONTAS

TRIBUNAL DE CONTAS

PROCESSO N.º 9/2025 – AUDIT.

Auditoria ao Plano de Emergência e Transformação na Saúde (PETS)

Relatório

outubro de 2026

SINOPSE

O Plano de Emergência e Transformação na Saúde (PETS) resultou de um processo de conceção que integrou competências técnicas multidisciplinares, consulta a entidades do setor da saúde e, em algumas áreas, um diagnóstico suportado por evidência quantitativa relevante. Contudo, a auditoria identificou limitações no desenho, implementação e acompanhamento do Plano. O diagnóstico das necessidades revelou-se desigual entre áreas de intervenção, nem sempre suficientemente fundamentado, e o processo de consulta das partes interessadas não foi adequadamente documentado nem evidenciou de forma clara a consideração dos contributos recolhidos. Adicionalmente, a seleção das medidas e dos respetivos prazos não assentou em critérios explícitos e verificáveis, nem foi acompanhada por uma identificação sistemática dos riscos de implementação.

Embora tenham sido criadas estruturas formais de apoio à execução, a definição de responsabilidades, mecanismos de coordenação e circuitos de reporte revelou-se tardia e insuficiente. A coordenação das entidades envolvidas assentou predominantemente em mecanismos informais, o que reduziu a clareza das responsabilidades e dificultou a reconstituição do processo de tomada de decisão.

Apesar de necessidades financeiras estimadas em 442,3 M€ para 2024-2025 não ficou demonstrada a afetação atempada dos recursos nem um controlo financeiro consistente. A execução assentou sobretudo nos orçamentos das entidades executoras, sendo conhecidos apenas dados de execução até maio de 2025, no montante de 117,4 M€. Só em novembro de 2025 foi autorizado o reforço do orçamento da Administração Central do Sistema de Saúde - Programa Orçamental da Saúde no montante de 22,9 M€ (5% das necessidades estimadas). Também não foi evidenciada uma avaliação estruturada e transversal das necessidades de recursos humanos.

O PETS evidenciou um esforço de estruturação das suas 54 medidas que, embora favorecendo a organização e inteligibilidade do Plano, não se traduziu de forma consistente na formulação de objetivos simultaneamente específicos, mensuráveis e temporalmente delimitados. O referencial inicial de 174 indicadores de monitorização foi profundamente revisto durante a execução e reduzido para 55 indicadores finais. A sua posterior especificação através de fichas técnicas reforçou a consistência do sistema de monitorização, embora tenha ocorrido tardiamente, subsistindo medidas estruturantes sem qualquer indicador e sem estar assegurada, de forma explícita e sistemática, a definição de linhas de base.

Por último, apesar da criação de mecanismos de acompanhamento e divulgação pública, a sua operacionalização tardia, a produção e publicação de dois relatórios de acompanhamento, não observando a periodicidade mensal prevista para a sua elaboração, as limitações da informação disponibilizada pelo Portal do PETS e a falta de evidência da tradução das recomendações do GT 2 em decisões formais limitaram a eficácia, a transparência e a utilização da monitorização como instrumento de melhoria contínua.

O Tribunal recomenda, para futuros planos setoriais da Saúde, a adoção de metodologias formais e documentadas que assegurem um diagnóstico fundamentado, a participação estruturada das partes interessadas, a avaliação dos riscos, a definição de prioridades e a adequada identificação, afetação e monitorização dos recursos. Recomenda igualmente a aprovação prévia de modelos de governança, com responsabilidades, mecanismos de coordenação e circuitos de reporte claramente definidos. Recomenda ainda o reforço dos mecanismos de planeamento e monitorização, garantindo que as medidas sejam acompanhadas por objetivos, indicadores, metas e referenciais adequados, bem como por mecanismos de acompanhamento implementados desde o início da execução.

No contexto do PETS, recomenda a produção e divulgação periódica de informação de monitorização e a utilização dos seus resultados para sustentar decisões de ajustamento das medidas, dos prazos e das condições de execução.

ÍNDICE

ÍNDICE i
ÍNDICE DE TABELAS ii
ÍNDICE DE FIGURAS ii
ÍNDICE DE CAIXAS ii
RELAÇÃO DE SIGLAS E ABREVIATURAS iii
FICHA TÉCNICA v

I. ENQUADRAMENTO 1

1. Objetivo, âmbito e questões de auditoria 1
2. Critérios e síntese metodológica 2
2.1. Critérios 2
2.2. Síntese metodológica 2
3. Colaboração, condicionantes e limitações 3
4. Contraditório 3

II. CONTEXTO 5

5. O Plano de Emergência e Transformação na Saúde 5
5.1. Origem e fundamentos 5
5.2. Eixos estratégicos e respetivas medidas 6
5.3. Principais marcos temporais do PETS 8

III. OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA 11

6. QA 1: O desenho do PETS foi baseado em necessidades identificadas e devidamente documentadas, com o envolvimento das partes interessadas e considerando o risco associado à sua execução? 11
6.1. Metodologia de identificação de necessidades e definição e priorização de medidas 11
6.2. Riscos e medidas de mitigação 18
7. QA 2: A implementação do PETS é suportada por estruturas de governança, mecanismos de coordenação e recursos adequados? 19
7.1. Governança: papéis e responsabilidades e coordenação interinstitucional 19
7.2. Recursos afetos ao PETS 25
8. QA 3: O PETS estabelece objetivos, indicadores adequados e valores de referência fiáveis? 30
8.1. Definição de objetivos 31
8.2. Metodologia e critérios de seleção dos indicadores de monitorização 34
8.3. Especificação técnica dos indicadores de monitorização 37
9. QA 4: Foram definidos mecanismos de monitorização do PETS, transparentes e orientados para a melhoria contínua do Plano? 40
9.1. Mecanismos de monitorização 40
9.2. Transparência 43
9.3. Melhoria contínua 48

IV. CONCLUSÕES 50

V. RECOMENDAÇÕES 54

VI. VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO 56

VII. DECISÃO 56

Referências 58

Apêndices 59

Apêndice 1: Metodologia 59
Apêndice 2: Recomendações formuladas pelo Grupo de Trabalho responsável pela monitorização do PETS 60
Apêndice 3: Diplomas relevantes para o desenho e implementação do PETS 62
Apêndice 4a: Critérios de avaliação da formulação dos objetivos por medida 64
Apêndice 4b: Análise da formulação dos objetivos por medida 65
Apêndice 5: Especificações técnicas dos indicadores finais 79
Apêndice 6: Indicadores selecionados *versus* indicadores publicados 96
Apêndice 7: Indicadores publicados no Portal PETS 106

Anexo – Respostas recebidas em sede de contraditório 108

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Critérios de auditoria 2
Tabela 2 - Eixos estratégicos do PETS 6
Tabela 3 – Classificação das medidas por prioridade 7
Tabela 4 – Medidas e resultados esperados por eixo estratégico 8
Tabela 5 - Estimativa dos montantes financeiros necessários à implementação do PETS 26
Tabela 6 - Execução financeira do PETS 27
Tabela 7 – Verbas atribuídas ao PETS em novembro de 2025 29
Tabela 8 – Resultados esperados por eixo 31

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Principais marcos da conceção, implementação e monitorização do PETS 10
Figura 2 – Modelo de articulação entre os intervenientes no PETS 23
Figura 3 – Informação disponível no portal do PETS: resultados esperados e estado das medidas 44
Figura 4 - Informação disponível no portal do PETS: indicadores publicados 45
Figura 5 – Informação de monitorização no portal PETS 46
Figura 6 – Execução das medidas por eixo 47

ÍNDICE DE CAIXAS

Caixa 1 – Medida A.1 (Eixo 1): Regularização da lista de espera para cirurgia oncológica: OncoStop2024 .. 34
Caixa 2 – Segundo contrato de consultoria 35

RELAÇÃO DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
APR	Atendimento pediátrico referenciado
BDNP	Base de dados nacional de prescrições
BICSP	*Business Intelligence* CSP
BIHospitalar	*Business Intelligence* Hospitalar (sistema de informação e análise de dados do Serviço Nacional de Saúde).
CAC	Centro de atendimento clínico
CAMP	Centro de avaliação médica e psicológica do SNS
CDI	Centros de diagnóstico integrado
CIT	Certificado de incapacidade temporária
CNPSM	Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental - SNS
CRI	Centros de responsabilidade integrados
CSP	Cuidados de saúde primários
DE-SNS	Direção Executiva do SNS, I.P.
DGS	Direção-Geral da Saúde
e.g	*exempli gratia*
ERPI	Estrutura residencial para pessoas idosas
GT	Grupo de trabalho
GT 1	Grupo de trabalho constituído pelo Despacho n.º 6563/2024, de 24 de maio, da Ministra da Saúde
GT 2	Grupo de trabalho, constituído pelo Despacho n.º 10208-A/2024, de 29 de agosto, da Ministra da Saúde
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.
i.e.	*id est*
LEC	Lista de espera para consulta
LIC	Lista de inscritos para cirurgia
LOPTC	Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas
MCDT	Meios complementares de diagnóstico e terapêutica
MdF	Médico de família
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PAP	Pedido de autorização de pagamento
PES	Plano de Emergência da Saúde
PETS	Plano de Emergência e Transformação na Saúde
PLANAPP	Centro de Planeamento e de Avaliação de Políticas Públicas
RHV	Recursos humanos e vencimentos - SPMS
SEAO	Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento
SClínico	Sistema de cuidados de saúde hospitalares
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SEGS	Secretaria de Estado da Gestão da Saúde
SER Live	Plataforma oficial de telessaúde do Serviço Nacional de Saúde
SGMS	Secretaria-Geral do Ministério da Saúde
SI	Sistema de informação
SICA	Sistema de informação para a contratualização e acompanhamento

SIGA SNS	Sistema integrado de gestão do acesso no Serviço Nacional de Saúde
SIGLIC	Sistema integrado de gestão de inscritos para cirurgia
SiiMA rastreios	Gestão clínica e operacional de programas de rastreio
SIMSNS	Sistema de informação e monitorização do SNS
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.
SU	Serviço de urgência
TdC	Tribunal de Contas
TMRG	Tempos máximos de resposta garantidos
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULS	Unidade Local de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar

FICHA TÉCNICA

COORDENAÇÃO E SUPERVISÃO	EQUIPA DE AUDITORIA
José António Carpinteiro (até 31/12/2025) **Auditor-Coordenador**	Ana Carreiro (Auditora verificadora)
Iva Maia **Auditora-Chefe**	Maria Conceição Silveiro (Auditora verificadora)

I. ENQUADRAMENTO

1. Objetivo, âmbito e questões de auditoria

1. Em cumprimento do programa de fiscalização da 2.ª Secção do Tribunal de Contas (TdC) para 2025[1], realizou-se uma auditoria que teve como objeto de exame o Plano de Emergência e Transformação na Saúde (doravante PETS ou Plano). A auditoria teve origem numa solicitação da Assembleia da República, no âmbito das competências atribuídas ao Tribunal de Contas[2].

2. O âmbito temporal compreendeu os anos de 2024 e 2025, sem prejuízo de, nas situações consideradas pertinentes, se alargar a períodos anteriores e/ou posteriores.

3. O objetivo geral da auditoria consubstanciou-se na apreciação do PETS à luz das boas práticas internacionalmente reconhecidas de desenho, implementação e monitorização de políticas públicas.

4. Ficou excluído do âmbito da auditoria o exame da execução material das medidas do Plano publicamente divulgada pelo Ministério da Saúde, designadamente através da informação disponibilizada no Portal do PETS[3].

5. Em alinhamento com o objetivo geral da auditoria, foram formuladas as seguintes questões de auditoria (QA) que orientam as observações e conclusões constantes dos capítulos III e IV:

   - **QA 1**: O desenho do PETS foi baseado em necessidades identificadas e devidamente documentadas, com o envolvimento das partes interessadas e considerando o risco associado à sua execução?

   - **QA 2**: A implementação do PETS é suportada por estruturas de governança, mecanismos de coordenação e recursos adequados?

   - **QA 3:** O PETS estabelece objetivos, indicadores adequados e valores de referência fiáveis?

   - **QA 4:** Foram definidos mecanismos de monitorização do PETS transparentes e orientados para a melhoria contínua do Plano?

[1] Aprovado pelo Plenário da 2.ª Secção em 5 de dezembro de 2024, Resolução n.º 3/2024 da 2.ª Secção, transitada para o programa de fiscalização de 2026 aprovado pelo Plenário da 2.ª Secção em 18 de dezembro de 2025, Resolução n.º 5/2025 da 2.ª Secção.

[2] Artigos 5.º e 55.º da Lei n.º 98/97 de 26 de agosto.

[3] (1) Plano de Emergência e Transformação na Saúde; (2) Execução das Medidas – SNS

2. Critérios e síntese metodológica

2.1. Critérios

6. A Tabela 1 evidencia os diferentes tipos e fontes de critérios de auditoria utilizados para responder às questões de auditoria.

Tabela 1 – Critérios de auditoria

Tipo	Fonte
Políticas, leis, regulamentos e atos administrativos	• Plano de Emergência e Transformação na Saúde, aprovado em Conselho de Ministros de 29 de maio de 2024 • Despacho n.º 6563/2024, de 24 de maio, da Ministra da Saúde, que constitui o Grupo de Trabalho com vista à definição de orientações que permitam melhorar o acesso, em tempo útil aos cuidados de saúde • Despacho n.º 10208-A/2024, de 29 de agosto, da Ministra da Saúde, que determina a constituição de um Grupo de Trabalho para efeitos de acompanhamento e seguimento da implementação e desenvolvimento das medidas urgentes, prioritárias e estruturantes plasmadas e constantes no PETS • Despacho n.º 41/2024, de 29 de julho, da Ministra da Saúde, que designa o coordenador da execução do PETS (não publicado)
Normas e outras referências de organizações profissionais e/ou internacionais	• ISO 37000:2021 – Governance of organizations - Guidance • OECD (2020b) - OECD Policy Framework on Sound Public Governance • OECD (2023b) - The Principles of Public Administration • HM Treasury (2026) - The Green Book: Central government guidance on appraisal and evaluation
Literatura especializada	• Howlett & Migone (2025) • Kusek & Rist (2004) • Vági & Rimkute (2018)
Objetivos, indicadores-chave de desempenho e metas	• Plano de Emergência e Transformação na Saúde, aprovado em Conselho de Ministros de 29 de maio de 2024 • Relatório do Grupo de Trabalho, 20 de dezembro de 2024 • Relatório de Progresso do Grupo de Trabalho, 31 de março de 2025

2.2. Síntese metodológica

7. A auditoria foi realizada de acordo com a metodologia constante dos manuais de auditoria do TdC que acolhem as normas e orientações da *International Organization of Supreme Audit Institutions* (INTOSAI).

8. O desenvolvimento da ação sustentou-se, essencialmente, na informação recolhida junto do Ministério da Saúde (MS), dos coordenadores do desenho e da execução do PETS, do coordenador do Grupo de Trabalho para o acompanhamento da implementação do PETS, do

Diretor Executivo do Serviço Nacional de Saúde (SNS), do Conselho de Administração da SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde(ACSS) e dos consultores externos contratados para apoiar o seu desenho e monitorização.

9. A metodologia, os procedimentos e critérios utilizados são sumariamente descritos no Apêndice 1.

3. Colaboração, condicionantes e limitações

10. Regista-se a colaboração prestada pelos dirigentes e técnicos das entidades envolvidas na auditoria.

11. Importa assinalar, contudo, como fator condicionante do normal desenvolvimento dos trabalhos, a dispersão de intervenientes relevantes por várias estruturas do SNS, sem que tenham sido formalizados canais de comunicação que assegurassem a integração e articulação entre as estruturas entretanto criadas para o desenho, coordenação da execução e monitorização do Plano.

12. Esta circunstância dificultou o contacto com intervenientes relevantes, a obtenção de informação e a receção de respostas aptas a esclarecer as questões formuladas no decurso da auditoria, situação agravada pela inexistência de um repositório centralizado que reunisse a documentação relativa ao desenho, à coordenação da execução e à monitorização do PETS.

13. Em especial, é de referir que as respostas do coordenador do Grupo de Trabalho responsável pelo acompanhamento e seguimento da implementação e desenvolvimento das medidas constantes do Plano[4] urgentes, prioritárias e estruturantes, (GT 2) não corresponderam às questões formuladas pelo TdC, limitando a obtenção de informação relevante para a avaliação dos mecanismos de monitorização do PETS.

14. Acresce que a cessação de funções do coordenador de execução do PETS em 05.06.2025[5], a par da insuficiente documentação sistemática dos procedimentos e das decisões adotadas, não favoreceu a continuidade do conhecimento sobre a evolução da implementação e monitorização do Plano.

4. Contraditório

15. Em cumprimento do princípio do contraditório, o relato de auditoria foi enviado ao Ministro de Estado e das Finanças, à Ministra da Saúde, ao Diretor Executivo do Serviço Nacional de Saúde, ao Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde,

[4] Constituído pelo Despacho n.º 10208-A/2024, de 29 de agosto, da Ministra da Saúde e com produção de efeitos a 1 de junho de 2024.

[5] Informação prestada pelo Gabinete da Ministra da Saúde, através do ofício n.º 2896/2026 de 3 de julho, que confirmou igualmente não ter sido nomeado um novo coordenador, tendo as respetivas funções sido asseguradas por um técnico especialista daquele Gabinete.

I.P., ao Presidente do Conselho de Administração da SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., ao Coordenador do Grupo de Trabalho designado pelo Despacho n.º 6563/2024, de 24 de maio, da Ministra da Saúde, ao Coordenador da Execução do Plano de Emergência e Transformação na Saúde, designado pelo Despacho n.º 41/2024, de 29 de julho, da Ministra da Saúde e ao Coordenador do Grupo de Trabalho, designado pelo Despacho n.º 10208-A/2024, de 29 de agosto, da Ministra da Saúde, para, querendo, se pronunciarem sobre o seu conteúdo.

16. Exerceram o direito de contraditório duas das oito entidades notificadas: o Ministro de Estado e das Finanças e a Ministra da Saúde. O Diretor Executivo do Serviço Nacional de Saúde, o Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, o Presidente do Conselho de Administração da SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., o Coordenador do Grupo de Trabalho designado pelo Despacho n.º 6563/2024, de 24 de maio, da Ministra da Saúde, o Coordenador da Execução do Plano de Emergência e Transformação na Saúde, designado pelo Despacho n.º 41/2024, de 29 de julho, da Ministra da Saúde, e o Coordenador do Grupo de Trabalho, designado pelo Despacho n.º 10208-A/2024, de 29 de agosto, da Ministra da Saúde, informaram não ter observações a apresentar.

17. As respostas remetidas pelo Ministro de Estado e das Finanças e pela Ministra da Saúde foram analisadas e, sempre que consideradas pertinentes, motivaram ajustamentos ou foram reproduzidas nas partes tidas por relevantes do texto, constando ainda na íntegra em anexo, a fim de dar expressão plena ao princípio do contraditório, destacando-se o seguinte:

    Na sua resposta, a Ministra da Saúde "(...) *reconhece a relevância das recomendações formuladas (...)*" e *"(...) concorda com os princípios subjacentes às recomendações relativas ao reforço da metodologia de desenho das políticas públicas, da governação, do planeamento de recursos e da monitorização."* Reconhece também *"(...) que existe margem para reforçar a formalização documental dos processos de monitorização e respetiva divulgação pública, acolhendo favoravelmente as recomendações formuladas nesse domínio."* Salienta, contudo, a necessidade de apreciar as recomendações formuladas *"(...) tendo presente a natureza excecional do PETS."*

    Refere ainda que *"(...) várias práticas recomendadas pelo Tribunal de Contas têm vindo, entretanto, a ser progressivamente incorporadas pelo Ministério da Saúde nos novos instrumentos de planeamento, contratualização, monitorização e governação do Serviço Nacional de Saúde (...)"*.

II. CONTEXTO

5. O Plano de Emergência e Transformação na Saúde

5.1. Origem e fundamentos

18. O XXIV Governo Constitucional, que tomou posse a 2 de abril de 2024, assumiu no seu Programa de Governo - entregue na Assembleia da República (AR) a 10 de abril, para efeitos de apreciação parlamentar, que ocorreu nos dias 11 e 12 de abril - o compromisso de apresentar um Plano de Emergência do SNS e o respetivo modelo de implementação nos primeiros 60 dias de mandato. No Programa do Governo foram identificados diversos problemas estruturais no setor da saúde, dando-se destaque a várias preocupações, entre as quais[6]:

    - A "*Injustiça evidente no acesso aos cuidados de saúde em Portugal (...)";*
    - *"Os tempos clinicamente recomendados para consultas e cirurgias são frequentemente ultrapassados em vários hospitais do SNS";*
    - *"No final de 2023, 1,7 milhões de portugueses não tinham Médico de Família e o Enfermeiro de Família não é uma realidade";*
    - *A "(...) degradação consecutiva das condições de trabalho e o desprezo institucional pelas carreiras de todos os profissionais de saúde (...)".*

19. Neste sentido, o Governo preconizou vários objetivos, de que se destacam, de forma não exaustiva[7]:

    a. *"A evolução do modelo de prestação de cuidados de saúde, através de Unidades de Saúde Familiar (...)";*
    b. *"A revisão e redefinição da descentralização de competências na área da saúde (...)";*
    c. *O "(...) combate baseado num melhor e mais transparente modelo de gestão e de contratualização, na efetiva comparação de resultados e no desenvolvimento de um sistema baseado na criação de valor.";*
    d. A articulação entre toda a capacidade instalada no sistema de saúde para responder às necessidades em saúde de forma eficaz, eficiente, previsível e sustentável, sendo *"(...) essencial desenvolver um novo modelo de contratualização que seja justo, equilibrado no tempo, que permita investimento e excelentes resultados para os doentes."*

20. No Conselho de Ministros de 29 de maio de 2024 (57 dias decorridos desde a tomada de posse do Governo e 49 dias desde a submissão do seu Programa de Governo à apreciação da AR[8]) foi aprovado o Plano descrito como uma *"peça conjuntural da estratégia assumida na mudança estrutural da Saúde em Portugal, numa reforma gradual de reforço do Serviço Nacional de Saúde e de resposta integrada e eficiente de todo o sistema de saúde português em benefício das pessoas concretas, das suas famílias e da saúde pública em geral."* (PETS, p.10-11).

---

[6] Programa de Governo, p. 61.

[7] Programa de Governo, p.62 e 63.

[8] Nos termos do artigo 192.º da Constituição da República Portuguesa.

5.2. Eixos estratégicos e respetivas medidas

21. A estruturação do PETS assentou em três pilares considerados fundamentais para o desenvolvimento de um sistema de saúde resiliente, capaz de reforçar a confiança da população e de satisfazer eficazmente as suas necessidades: (i) a adesão e valorização dos profissionais de saúde, considerada elemento determinante para o êxito da implementação do Plano; (ii) a promoção do acesso aos cuidados de saúde; e (iii) a redução do desperdício, mediante a identificação e eliminação de ineficiências e redundâncias no sistema de saúde.

22. Atento ao propósito do Plano em responder de forma urgente e prioritária às "*severas vulnerabilidades e prementes necessidades*" (PETS, p. 208) da área da saúde, colocando o doente no centro do sistema de saúde e garantindo o acesso equitativo a cuidados prestados no tempo clinicamente recomendado, foram identificados cinco eixos estratégicos de atuação, desenvolvidos em três níveis de prioridade (medidas urgentes, prioritárias e estruturantes), como sintetizado na Tabela 2:

Tabela 2 - Eixos estratégicos do PETS

Eixos estratégicos	Objetivos
Eixo 1 - Resposta a tempo e horas	Regulação do acesso aos cuidados de saúde, de forma a proporcionar melhores condições de tratamento do doente, no tempo clinicamente recomendado
Eixo 2 - Bebés e mães em segurança	Criação de um ambiente seguro para as mulheres durante o período de gravidez
Eixo 3 - Cuidados urgentes e emergentes	Reforço dos serviços de urgências enquanto local de situações realmente urgentes e emergentes
Eixo 4 - Saúde próxima e familiar	Resolução dos problemas de acesso aos cuidados de saúde primários, com foco nas populações sem médicos ou enfermeiros de família
Eixo 5 - Saúde mental	Garantir serviços habilitados a promover a saúde mental, prestando cuidados de qualidade, facilitando a reintegração e a recuperação das pessoas com doença mental

Fonte: elaboração própria com base no PETS (p. 11).

23. Cada eixo estratégico é composto por várias medidas, sistematizadas e estruturadas de acordo com um conjunto de parâmetros que surgem identificados e descritos no Plano (p. 12):

    a. **Objetivos** – *"concretos com metas explícitas na sua abrangência"*;
    b. **Conceitos** – *"com a ideia central da medida";*
    c. **População-alvo** – *"com a identificação a quem a medida se aplica";*
    d. **Cronograma de atividades** – *"detalhado com indicadores de acompanhamento e formas de comunicação";*
    e. **Indicadores de monitorização e de desempenho** – *"claros no seu impacto esperado e na sua metodologia de concretização"*.

24. Estas medidas foram classificadas em três categorias, em função da sua prioridade de implementação (Tabela 3).

Tabela 3 – Classificação das medidas por prioridade

Prioridade	Descrição	Prazo de implementação
Urgentes	Soluções concretas para problemas imediatos	Final de agosto de 2024
Prioritárias	Resposta a necessidades em saúde identificadas no curto e no médio prazo	Final de dezembro de 2024
Estruturantes	Reforma transformadora do sistema atual, fortalecendo-o como um todo e adequando-os às reais necessidades e expetativas dos utentes e das suas famílias	Médio-longo prazo

Fonte: elaboração própria com base no PETS.

25. O PETS define, assim, 54 medidas, distribuídas pelos cinco eixos estratégicos identificados na Tabela 2: 15 de carácter urgente (27,8%; implementação prevista até final de agosto de 2024), 24 de carácter prioritário (44,4%; implementação prevista até final de dezembro de 2024) e 15 de carácter estruturante (27,8%; médio e longo prazo, sem um calendário de implementação definido). O Plano aprovado identificava, ainda, um total de 174 indicadores, repartidos pelas 39 medidas definidas como urgentes e prioritárias, para efeitos de monitorização da sua implementação. A Tabela 4 evidencia o número de medidas por eixo estratégico e o resultado esperado para cada eixo.

Tabela 4 – Medidas e resultados esperados por eixo estratégico

Eixos	Classificação	N.º de medidas	Resultados esperados por eixo
Eixo 1 Resposta a tempo e horas	Urgentes	2	Fim das listas de espera de cirurgia oncológica no SNS Alteração radical das Listas de Espera para Cirurgia e Consultas no SNS Cumprimento regular em todo o território nacional dos TMRG
	Prioritárias	3	
	Estruturantes	5	
Eixo 2 Bébés e mães em segurança	Urgentes	3	Reforço motivacional e organizacional das equipas obstétricas e multidisciplinares de assistência à grávida e ao nascituro Nova resposta de urgência para Ginecologia Maior humanização nos cuidados assistenciais perinatais e da infância
	Prioritárias	4	
	Estruturantes	3	
Eixo 3 Cuidados urgentes e emergentes	Urgentes	3	Criação dos Centros de Atendimento Clínico para casos urgentes de menor complexidade Novos espaços nos Cuidados de Saúde Primários para consultas de urgência diferidas Diminuição significativa dos internamentos sociais em Hospitais com apoio específico para Médicos em Lares (ERPI) Requalificação física e operacional dos Serviços de Urgência com destaque para Vias Verdes
	Prioritárias	8	
	Estruturantes	2	
Eixo 4 Saúde próxima e familiar	Urgentes	4	Nova parceria público-social para dar Médico de Família a 350.000 pessoas em áreas muito carenciadas: Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve Médico de Família atribuído em mais de 100 concelhos do País Criação de 20 USF tipo C Reforço de meios técnicos nos Cuidados de Saúde Primários com atendimento clínico urgente
	Prioritárias	5	
	Estruturantes	3	
Eixo 5 Saúde Mental	Urgentes	3	Contratação de Psicólogos nos Cuidados de Saúde Primários Programas de intervenção em ansiedade e depressão por Equipas Comunitárias de Saúde Mental Generalização de CRIs de Saúde Mental
	Prioritárias	4	
	Estruturantes	2	
	Urgentes	**15**	
	Prioritárias	**24**	
	Estruturantes	**15**	
	Total	**54**	

Legenda: LIC – Lista de inscritos para cirurgia; LEC - Lista de espera para consulta; TMRG – Tempos máximos de resposta garantidos; CAC – Centro de atendimento clínico; CSP – Cuidados de saúde primários; ERPI – Estrutura residencial para pessoas idosas; MdF – Médico de família; USF – Unidades de Saúde Familiar; CRI – Centros de responsabilidade integrados.
Fonte: elaboração própria com base no PETS.

5.3. Principais marcos temporais do PETS

26. A explicitação dos principais marcos temporais associados ao PETS justifica-se pela necessidade de ilustrar a sequência de constituição das estruturas intervenientes no seu desenho, coordenação e acompanhamento, bem como a respetiva articulação com o calendário de execução das medidas.

27. Este enquadramento assume particular relevância num contexto em que o modelo de organização e coordenação do Plano foi sendo definido de forma faseada, com a criação e formalização sucessiva de grupos de trabalho e de funções de coordenação, nem sempre coincidente com o início da execução das medidas.

28. Assim, a identificação desses marcos permite clarificar a evolução da estrutura de governança do PETS e contextualizar a forma como se distribuíram, ao longo do tempo, as responsabilidades de conceção, implementação e monitorização do Plano.

29. Para a conceção do Plano e do respetivo modelo de implementação no prazo de 60 dias a contar da tomada de posse do XXIV Governo Constitucional (que ocorreu a 2 de abril de 2024), foi constituído um Grupo de Trabalho, por Despacho n.º 6563/2024, de 24 de maio, da Ministra da Saúde, com produção de efeitos a 5 de abril de 2024 (doravante GT 1), e que teve por objetivo proceder *"(...) à definição de orientações que permitam melhorar o acesso, em tempo útil aos cuidados de saúde"*. O desenvolvimento das atividades do GT 1 teve o apoio de uma empresa de consultoria, contratada pelo Gabinete da Ministra da Saúde [9], "*tendo em vista o acompanhamento das atividades do Grupo de Trabalho que está a elaborar o Plano de Emergência na área do acesso aos cuidados de saúde, compreendendo a conceção e produção do relatório final que o mesmo vier a apresentar, a campanha de comunicação para a sua divulgação, bem como a respetiva implementação e monitorização*".

30. Por Despacho n.º 41/2024, de 29 de julho (não publicado), da Ministra da Saúde, foi designado o Coordenador de Execução do PETS, a exercer funções no Gabinete da Ministra da Saúde, com o objetivo de garantir o envolvimento, a *"cooperação e articulação (...) entre todas as entidades e estruturas do Serviço Nacional de Saúde, na sua vertente e dimensão operacional"*. Em 05.06.2025, este coordenador viria a cessar as suas funções, não tendo sido nomeado outro em sua substituição.

31. Para efeitos de acompanhamento e seguimento da implementação e desenvolvimento das medidas constantes no PETS foi constituído outro Grupo de Trabalho, este por Despacho n.º 10208-A/2024, de 29 de agosto, da Ministra da Saúde, reportando os seus efeitos a 1 de junho de 2024 (doravante GT 2). Também a 29 de agosto de 2024 foi celebrado um contrato entre uma empresa de consultoria e a Direção Executiva do SNS (DE-SNS) com vista à implementação da monitorização do Plano[10].

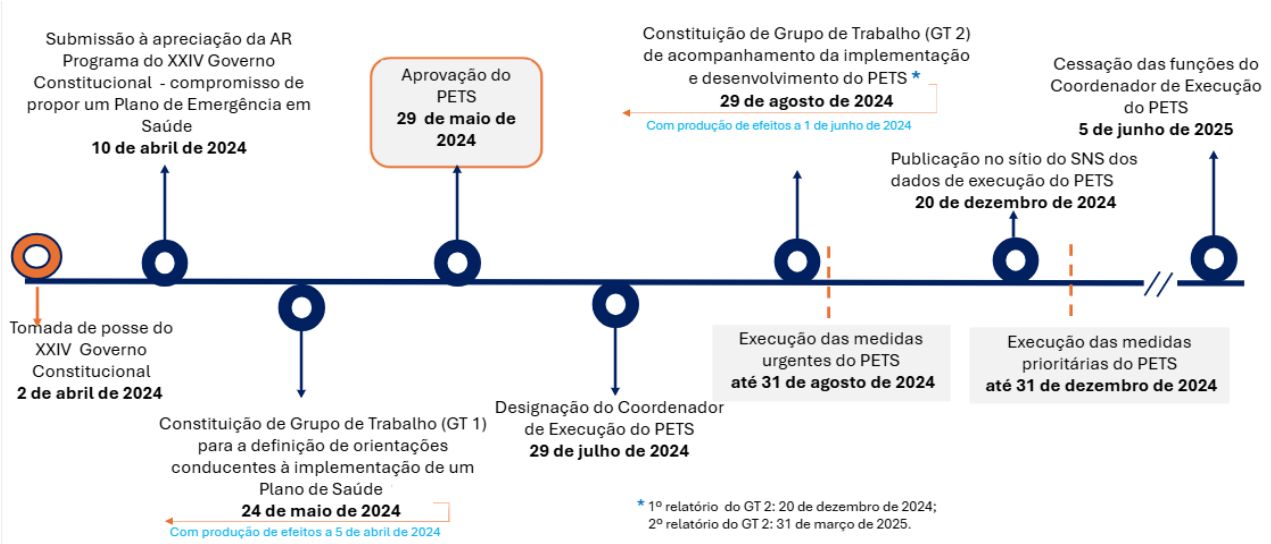
32. A Figura 1 espelha a cronologia do desenvolvimento do PETS, destacando a constituição dos referidos grupos de trabalho (GT 1 e GT 2) e ainda os prazos definidos para a execução das medidas urgentes (até 31 de agosto de 2024) e das medidas prioritárias (até 31 de dezembro de

[9] Contrato de aquisição de serviços de consultoria celebrado com a IQVIA *Solutions* Portugal, Lda, no montante de 9.250,00€ (sem IVA), datado de 22 de maio de 2024, a executar no prazo de 24 dias e publicado no Portal Base.

[10] Contrato de aquisição de serviços de consultoria – Contrato N.º 1_PS/2024, celebrado com a IQVIA *Solutions* Portugal, Lda., com o preço contratual de 73 650,00€ (sem IVA), datado de 29 de agosto de 2024, a vigorar até 31 de dezembro de 2024, e publicado no Portal Base.

2024), bem como a cessação das funções do coordenador de execução do PETS, em junho de 2025 (ver §30).

Figura 1- Principais marcos da conceção, implementação e monitorização do PETS



Fonte: elaboração própria, com base na análise nos diplomas que sustentaram o desenho, execução e monitorização do PETS.

III. OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA

6. QA 1: O desenho do PETS foi baseado em necessidades identificadas e devidamente documentadas, com o envolvimento das partes interessadas e considerando o risco associado à sua execução?

6.1. Metodologia de identificação de necessidades e definição e priorização de medidas

33. O processo de conceção do PETS decorreu num contexto de urgência política e temporal, enquadrado pela decisão do XXIV Governo Constitucional de, nos primeiros 60 dias de mandato, propor um plano de emergência na saúde, assente num diagnóstico considerado preocupante quanto ao estado do SNS e às condições de acesso universal aos cuidados de saúde[11].

34. Para a conceção do PETS foi constituído, por despacho da Ministra da Saúde[12], o GT 1 *"com vista à definição de orientações que permitam melhorar o acesso, em tempo útil, aos cuidados de saúde"*, prevendo-se a articulação com as várias instituições do Ministério da Saúde para a respetiva implementação, e fixando-se o prazo de 30 dias para apresentação de relatório final.

35. A composição do GT 1 evidencia uma configuração multidisciplinar com predomínio de perfis clínicos experientes (incluindo, entre outros, cirurgia, pediatria e áreas hospitalares) e presença de competências de gestão e organização associadas ao setor da Saúde, o que sugere uma orientação forte para a resposta operacional e assistencial do SNS e para a produção célere de orientações e medidas.

36. No âmbito do processo global de conceção do PETS, o MS recorreu também ao apoio de uma empresa de consultoria, ao abrigo de um primeiro contrato celebrado em maio de 2024, cujo objeto incluiu o acompanhamento das atividades do GT 1, compreendendo a conceção e

[11] De acordo com o programa do XXIV Governo Constitucional foi assumido o compromisso de (p.64): "*Propor o Plano de Emergência do SNS e o seu modelo de implementação, nos primeiros 60 dias do mandato. Este plano de emergência visa garantir que os tempos máximos de resposta são garantidos, para consultas de especialidade, e cirurgias e meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Pretende igualmente garantir a resposta de urgência em saúde materno-infantil; e visa atribuir um médico de família a todos os portugueses, começando pelas pessoas mais frágeis. Trata-se de um plano que será apresentado em 60 dias, que contempla diversas medidas para atingir estas metas num calendário definido, medida a medida, em 2024-2025*."

[12] Despacho n.º 6563/2024, de 24 de maio, da Ministra da Saúde, com produção de efeitos a 5 de abril de 2024.

produção do relatório final, bem como o acompanhamento e comunicação para a sua divulgação [13].

37. De acordo com a informação obtida[14], a contratação da empresa de consultoria foi justificada pela necessidade de realizar estudos e serviços de consultoria especializados que a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde (SGMS) não podia assegurar *"considerando a urgência, a tipologia dos serviços como também as suas componentes..."* e também por não dispor de "*conhecimentos nem profissionais no domínio de consultoria que permitam a satisfação da necessidade expressa"*. A SGMS também informou que outras entidades[15] do SNS com competência na área indicaram insuficiência de recursos próprios que assegurassem a realização dos trabalhos pretendidos.

38. Importará referir, neste ponto, a existência na esfera pública de uma entidade com atribuições em matéria de planeamento, monitorização e avaliação de políticas públicas, integrada na Presidência do Conselho de Ministros.[16] Contudo, não há evidência de que o MS tenha solicitado o seu apoio na definição, consolidação e coordenação do processo de desenho e planeamento do PETS.

39. De acordo com a evidência recolhida [17] , a intervenção da consultora centrou-se predominantemente na estruturação, redação e consolidação progressiva do documento do Plano, bem como no apoio aos *workshops* de recolha de contributos junto de entidades do universo da saúde, cabendo integralmente ao GT 1 a identificação dos eixos prioritários, a definição das medidas e a seleção inicial dos indicadores de execução e resultados. A participação da consultora, nesta fase, passou sobretudo por assegurar a estruturação e redação do documento do Plano, que viria a ser aprovado pela tutela da Saúde, com base nos contributos (*inputs*) recebidos do referido GT 1, numa abordagem descrita como de suporte e não prescritiva, orientada para garantir a coerência e lógica internas dos contributos recebidos. No plano da divulgação, a consultora apoiou a preparação de materiais de

---

[13] O procedimento de ajuste direto por convite para aquisição de serviços de consultoria decorreu por conta do orçamento do Gabinete da Ministra da Saúde, totalizando 9.250€ (sem IVA). No âmbito das especificações técnicas a assegurar pelo adjudicatário, este comprometeu-se a: (i) estruturar o processo de pensamento e discussão das sessões de trabalho; (ii) identificar necessidades de informação e acompanhar o seu levantamento pelo GT [GT 1]; (iii) participar ativamente na estruturação das medidas e na identificação de estimativa de impacto, horizonte temporal, responsáveis, indicadores de acompanhamento e níveis de investimento; (iv) contribuir para a discussão, se necessário, com *benchmarking* e exemplos internacionais; (v) apoiar na preparação e moderar reuniões e sessões de trabalho; (vi) sistematizar as conclusões de trabalho e manter um histórico do processo de pensamento; (vii) redigir o relatório final e respetiva apresentação, se necessário, do Plano de Emergência da Saúde, cf. Anexo A do caderno de encargos disponibilizado pela Secretaria - Geral do Ministério da Saúde (SGMS). O prazo fixado para a entrega dos trabalhos de consultoria foi até 29 de maio de 2024.

[14] Ofício da Secretária-Geral do Ministério da Saúde, n.º 7441/2026-DSGIRPA/DGR, de 5 de março de 2026.

[15] Administração Central do Sistema de Saúde, Direção-Geral da Saúde, SPMS -Serviços Partilhados do Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (Informação n.º 10149/2024, de 9 de maio da SGMS).

[16] À data da conceção do PETS, essa entidade era o Centro de Competências de Planeamento, de Políticas e de Prospetiva da Administração Pública (PlanAPP), previsto no Decreto-Lei n.º 21/2021, de 15 de março, entretanto revogado. O Centro de Planeamento e Avaliação de Políticas Públicas (PLANAPP) sucedeu-lhe nos termos do Decreto-Lei n.º 67/2024, de 8 de outubro.

[17] Reunião entre a equipa de auditoria e os responsáveis da consultora, em 23 de dezembro de 2025.

apresentação institucionais (*e.g.*, sumário executivo do Plano que suportou a apresentação e divulgação oficiais pela Tutela).

40. No contexto do processo de conceção do Plano, o levantamento de necessidades e a definição de medidas e prioridades assentaram, essencialmente, em dois contributos principais mobilizados pelo GT 1: (i) a leitura de dados e indicadores e outros elementos disponibilizados pelos serviços do MS, com apoio da ACSS e da SPMS; e (ii) a consulta de partes interessadas. Segundo o coordenador do GT 1, não foram desenvolvidas análises específicas e aprofundadas por área de intervenção, tendo o grupo trabalhado sobretudo com dados, estatísticas e outra informação fornecida pelos serviços competentes. Referiu ainda que, em alguns momentos, surgiram dúvidas quanto à fiabilidade integral desses dados, circunstância que obrigou a adicionais validações antes da sua consideração[18].

41. Assim, no que respeita ao diagnóstico das necessidades, a evidência recolhida aponta para uma abordagem predominantemente descritiva, baseada numa leitura extensiva de dados e indicadores disponíveis relativos ao desempenho assistencial do SNS, sem que exista demonstração de exercícios adicionais e sistematizados de análise que sustentem, de forma uniforme, todos os eixos estratégicos definidos no Plano e a seleção das medidas contempladas em cada um deles. Deste modo, no PETS coexistem problemas adequadamente quantificados com outros sem quantificação ou quantificação insuficiente, o que fragiliza a ligação entre diagnóstico, medidas e metas.

42. Não obstante, identificam-se áreas e medidas em que a fundamentação recorre a elementos quantitativos com maior grau de sustentação, designadamente em matéria de acesso (Eixo 1), no que se refere a listas de espera para cuidados de saúde programados em contexto hospitalar (*e.g.*, número de doentes em Lista de Espera para Consulta – LEC, e em Lista de Inscritos para Cirurgia – LIC; doentes em LIC acima dos TMRG, com detalhe entre doentes oncológicos e não oncológicos). De igual forma, noutros eixos, a título exemplificativo e não exaustivo, indicadores associados à procura, como a percentagem de casos não urgentes em urgência ginecológica-obstétrica e os episódios de urgência pediátrica triados como não urgentes – "verdes" e "azuis", ambos referentes ao Eixo 2, e ainda a dimensão e distribuição territorial de utentes sem médico de família, no Eixo 4.

43. Esta sustentação não é transversal e não se verifica de forma consistente em todos os eixos do Plano, observando-se necessidades enunciadas sem quantificação ou com quantificação não demonstrada, *i.e.*, sem explicitação da base de cálculo, do método ou das fontes que a sustentaram. É o caso, em termos ilustrativos: (i) do reforço dos CSP com "100 psicólogos" (Eixo 5, Medida A.1); (ii) da referência à cobertura de CSP para "75 mil utentes" no âmbito da PPP de Cascais (Eixo 4, Medida A.3); (iii) da procura de alternativas de atendimento para cerca de "1.000 doentes/dia" e necessidade de "24–36 gabinetes", para os centros de atendimento clínico, na região de Lisboa (Eixo 3, Medida A.2); e (iv) do teto global de 20 M€ para requalificação de urgências (Eixo 3, Medida A.1).

44. A consulta de partes interessadas fez igualmente parte do processo de conceção do Plano tendo compreendido, segundo a evidência recolhida, uma primeira fase de auscultação

[18] Reunião com a equipa de auditoria.

informal e uma fase posterior, mais alargada e formal, assente na realização de *workshops* dirigidos a um universo de cerca de 160 entidades, com vista à recolha dos seus contributos.

45. Esta fase mais formal de recolha de contributos assentou em dois métodos complementares – realização de *workshops* e recolha de contributos escritos - ambos estruturados em torno de duas questões centrais: (i) identificação dos principais problemas e desafios emergentes no panorama atual da saúde; e (ii) principais medidas concretas e acionáveis para responder aos desafios identificados.

46. Boas práticas internacionais em matéria de formulação de políticas públicas e planeamento estratégico recomendam que os processos de consulta sejam (i) planeados com critérios transparentes; (ii) estruturados metodologicamente; (iii) monitorizados quanto à participação; (iv) documentados; (v) sistematizados; e (vi) proporcionem evidência quanto aos critérios de consideração e integração dos contributos nas decisões finais (OECD, 2020b, pp. 30–34, 2023b, p. 18).

47. A identificação do universo de partes (ou entidades) interessadas a consultar ficou a cargo do MS, que listou um total de 160 "*instituições em saúde*", contemplando "*Ordens Profissionais, Associações de Doentes, Associações de Profissionais de Saúde, Sociedades Médicas, Prestadores de Saúde (públicos, sociais e privados)*" (PETS, p. 206) que considerou relevante ouvir. De acordo com o MS, o critério de seleção empregue "*foi o da audição mais alargada possível*", acrescentando que tal demonstrou "*a valorização dos diversos sectores potencialmente interessados na melhoria do funcionamento do SNS*"[19].

48. O documento do Plano refere a realização de 13 sessões de trabalho presenciais, que tiveram lugar entre 10 e 13 de maio de 2024. De acordo com o Ministério da Saúde[20], cada sessão teve uma duração aproximada de 90 minutos, tendo a seleção dos participantes resultado da consulta de todas as organizações registadas e ligadas ao ecossistema da saúde. As sessões foram conduzidas por dois peritos do GT 1 responsável pelo desenho do PETS e um representante da empresa consultora. Numa fase posterior, e complementarmente, foram também solicitados e recebidos contributos escritos, organizados em torno das mesmas duas questões centrais. A recolha destes contributos foi assegurada através de correio eletrónico, remetido para uma caixa dedicada criada para o efeito (*plano.estrategico@ms.gov.pt*).

49. Este terá constituído o único canal formal de comunicação específico da fase de conceção do Plano, tendo os restantes contactos ocorrido em moldes predominantemente informais, o que poderá explicar o reduzido suporte documental existente e a ausência de clareza na definição de responsabilidades quanto à manutenção do repositório dos documentos de trabalho que suportaram aquela fase.

50. Não obstante o objetivo de assegurar uma consulta abrangente (com a identificação de um universo de cerca de 160 entidades), identificaram-se limitações ao nível da estruturação e

[19] Informação prestada pelo Gabinete da Ministra da Saúde, ofício n.º S 1187/2026 de 13 de março.

[20] Informação prestada pelo Gabinete da Ministra da Saúde, ofício n.º 4689/2025, de 26 de novembro.

da documentação do processo de consulta: nem as sessões nem o pedido de contributos escritos obedeceram a metodologia, dinâmica ou formato estruturados (as sessões funcionaram como espaço de partilha livre e os contributos escritos não foram condicionados a estruturas e/ou formatos pré-definidos). Quanto às sessões de trabalho, verificou-se a ausência de registos completos quanto ao número e natureza das entidades que efetivamente nelas participaram (*e.g.*, registo de presenças, atas e/ou sumários das sessões realizadas).

Em sede de contraditório, a Ministra da Saúde refere que *"(...) futuros programas desta natureza poderão beneficiar de uma maior sistematização documental dos elementos identificados pelo Tribunal de Contas."*

51. A evidência documental disponibilizada pelo MS quanto à consulta de *stakeholders* relevantes consiste nas mensagens de correio eletrónico recebidas das entidades consultadas, em resposta ao repto lançado pela tutela da Saúde, e permitiu apurar um universo de cerca de 37 entidades (23% do universo inicialmente identificado, de 160) que remeteram as suas sugestões e propostas na sequência das reuniões de trabalho em que participaram, organizadas em torno das duas questões centrais antes identificadas (os problemas e desafios mais emergentes no panorama atual da saúde; potenciais medidas concretas e acionáveis como resposta aos desafios identificados)[21].

52. Segundo a informação recolhida junto do coordenador do GT 1, os trabalhos de recolha, sistematização e análise dos contributos recebidos foram estruturados em cinco eixos prioritários [22] e atribuída a responsabilidade por cada um desses eixos a um membro específico do grupo de trabalho. A abordagem seguida consistiu, assim, na definição prévia pelo GT 1 dos cinco eixos prioritários do Plano e na posterior afetação dos contributos recebidos a cada um desses eixos, para tratamento pelos respetivos responsáveis. O processo de consulta ocorreu já após a definição inicial desses cinco eixos, sendo os contributos enquadrados nessa matriz de análise.

53. A responsabilidade pela análise e sistematização dos contributos ficou inteiramente a cargo do GT 1. Não foi, contudo, obtida documentação que permita reconstituir os critérios utilizados para seleção, exclusão, hierarquização ou reformulação dos contributos recebidos. Questionado a este respeito, o MS esclareceu [23], que os critérios usados "*assumidos em função dos consensos identificados pela agregação das contribuições dos interlocutores envolvidos, foram a valorização de problemas concretos percecionados pela população e objetivamente identificados, pelas entidades e peritos do setor da Saúde, como*

[21] O MS disponibilizou um universo de cerca de 51 emails. Excluindo aqueles que não respeitavam à remessa de contributos e as repetições, permaneceram 37 entidades distintas, das quais cerca de nove hospitais do SNS e 14 associações nacionais de doentes, bem como entidades ligadas ao setor farmacêutico e ordens e associações profissionais (ofício do Gabinete da Ministra da Saúde n.º S 1187/2026 de 13 de março).

[22] Os cinco eixos estratégicos do PETS, considerados pelo GT 1 *"(...) como fundamentais para assegurar e reforçar os direitos na saúde, que todo e qualquer cidadão residente em Portugal reconhece como premente e urgente, (...)"*: Eixo estratégico 1 – Resposta a tempo e horas; Eixo estratégico 2 – Bebés e mães em segurança; Eixo estratégico 3 – Cuidados urgentes e emergentes; Eixo estratégico 4 – Saúde próxima e familiar e Eixo estratégico 5 – Saúde mental.

[23] Ofício do Gabinete da Ministra da Saúde n.º S 1187/2026 de 13 de março.

especialmente graves, urgentes e/ou atrasados na sua implementação, com impacto relevante [...] para a melhoria da prestação de cuidados de Saúde."

54. Com efeito, o Plano aprovado identifica, as 10 fragilidades que com maior frequência foram referidas pelas entidades consultadas (PETS, p. 206), contribuindo para a definição dos seus eixos estratégicos e respetivas medidas.

55. Quanto à priorização, o Plano prevê a classificação das medidas em urgentes, prioritárias e estruturantes, visando facilitar *"(...) a compreensão das diferentes escalas de tempo associadas a cada tipo de medida proposta"* e permitir um *"(...) acompanhamento meticuloso e uma monitorização constante da implementação (...)"* do Plano (p. 12).

56. As medidas urgentes visariam resposta tão rápida quanto possível em situações de impacto imediato e grave para os doentes; as prioritárias, embora relevantes, dependeriam de alguma reorganização, de procedimentos administrativos ou de intervenção legislativa; e as estruturantes traduziriam orientações de transformação estrutural do sistema, sem calendarização fechada[24].

57. Todavia, com exceção das medidas diretamente ancoradas nos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) e dados de listas de espera, não ficou evidenciada a aplicação de critérios explícitos e verificáveis para atribuição de prioridade e, em particular, para a fixação de prazos de conclusão da execução (medidas urgentes até 31.08.2024 e medidas prioritárias até 31.12.2024), e para a ausência de prazos nas medidas estruturantes, não se demonstrando uma análise integrada que combine riscos, recursos necessários e viabilidade de execução.

58. Não obstante o GT 1 ter conduzido a conceção do Plano integrando consulta de partes interessadas e evidência estatística, não ficou demonstrada uma abordagem metodológica devidamente documentada que assegure uma relação clara e fundamentada entre: (i) necessidades identificadas e quantificadas; (ii) contributos obtidos na consulta de partes interessadas; e (iii) definição e priorização das medidas.

    Em sede de contraditório, a Ministra da Saúde refere que o PETS foi concebido *"(...) num horizonte temporal muito curto (...)"*, para responder a problemas cuja resolução não admitia os tempos próprios de preparação dos instrumentos de planeamento convencionais. Salienta ainda que o Plano "*(...) nunca pretendeu assumir a natureza de um plano estratégico clássico nem substituir os instrumentos de planeamento setorial existentes (...)*".

    Neste âmbito, importa notar que o contexto de urgência está refletido no prazo de conceção do PETS e na distinção entre medidas urgentes, prioritárias e estruturantes. O Plano abrange, porém, também 15 medidas (estruturantes) de transformação de médio e longo prazo e prevê objetivos, metas, cronogramas e indicadores. A rapidez da resposta não dispensa a fundamentação das opções nem a identificação dos recursos, processos e riscos que condicionam a sua concretização. Pelo contrário, prazos exigentes tornam especialmente

[24] De acordo com a descrição dada pelo coordenador do GT 1, em reunião com a equipa de auditoria.

relevante verificar, desde o desenho, se as medidas são exequíveis e podem ser monitorizadas na sua implementação.

59. Apesar das limitações identificadas, o processo de conceção do PETS registou aspetos positivos que merecem ser assinalados. Desde logo, a constituição formal de um grupo de trabalho (GT 1) para esse efeito, que integrou profissionais com experiência clínica e de gestão em saúde, o que assegurou conhecimento técnico do setor na formulação das opções estratégicas que viriam a integrar o Plano. O universo de entidades identificado para consulta foi alargado e abrangeu os principais intervenientes do setor da Saúde. A manutenção no GT 1 da responsabilidade substantiva pela definição dos eixos e das medidas, tendo a entidade consultora assegurado o apoio à organização dos trabalhos e à produção do documento final, permitindo consolidar, em tempo útil, os *inputs* daquele grupo de trabalho.

60. Em síntese, embora o levantamento de necessidades e a definição e priorização de medidas tenham sido conduzidos pelo GT 1, com recurso simultâneo à consulta de partes interessadas e à análise de estatísticas relevantes, a insuficiência de documentação e rastreabilidade do processo – incluindo a fundamentação de metas quantitativas e prazos de execução – limita a verificabilidade de como os *inputs* suportaram as decisões finais, podendo afetar a exequibilidade, a estimativa rigorosa de recursos e a perceção de legitimidade e apropriação do Plano pelos diferentes *stakeholders*.

61. Estas circunstâncias são particularmente relevantes em políticas públicas desenhadas sob forte pressão temporal, em que aumenta o risco de objetivos com dificuldades de concretização, formulações pouco claras e de preferência por soluções com pendor simbólico, quando a capacidade e condições de execução não estão demonstradas. Com efeito, em linha com boas práticas internacionais, a evidência deve sustentar de forma contínua a conceção, a implementação e a avaliação das políticas públicas, permitindo incorporar aprendizagem anterior, evitar soluções ineficazes e adaptar a intervenção às condições de execução. A ausência de documentação metodológica das atividades do GT 1 e do tratamento da consulta a partes interessadas constrange a transparência e a verificabilidade da relação entre diagnóstico, medidas e metas e eleva o risco de desalinhamento entre ambição, recursos e exequibilidade (Howlett & Migone, 2025; OECD, 2020a).

Em sede de contraditório, a Ministra da Saúde refere que vários dos elementos cuja formalização é recomendada pelo Tribunal se encontravam *"(...) distribuídos por documentação técnica, instrumentos de gestão e mecanismos de coordenação já existentes nas entidades responsáveis pela execução das diferentes medidas, não estando necessariamente concentrados num único documento de planeamento*."

O esclarecimento reforça a importância da sistematização e da conservação da documentação que suporta as decisões, de modo a permitir reconstituir a relação entre necessidades, contributos, prioridades e medidas. Não está em causa a concentração de todos os elementos num único documento, mas a possibilidade de identificar as fontes, os critérios e a forma como foram considerados. Neste caso, foram disponibilizados contributos escritos de 37 entidades e identificadas áreas com suporte quantitativo, mas não foi obtida documentação que permitisse reconstituir os critérios de tratamento dos contributos, nem

demonstrada, de forma transversal, a fundamentação das metas e dos prazos definidos. A referência genérica a documentação dispersa não esclarece estas lacunas, pelo que se mantêm as observações sobre a insuficiente rastreabilidade do processo, uma vez que não foi disponibilizada evidência que permitisse reconstituir de forma sistemática e verificável o processo de fundamentação, priorização e parametrização das medidas incluídas no Plano.

6.2. Riscos e medidas de mitigação

62. De acordo com a OCDE (2020b) a conceção e implementação de políticas públicas deve integrar mecanismos de identificação, avaliação e gestão de riscos (incluindo medidas de mitigação), de forma a antecipar constrangimentos que possam comprometer a execução das medidas e o alcance dos objetivos definidos. Neste sentido, a identificação prévia dos riscos associados à implementação dos planos e programas constitui um elemento essencial de boa governança pública, permitindo apoiar a tomada de decisão, reforçar a monitorização da execução e assegurar maior eficácia e sustentabilidade das políticas públicas.

63. A identificação e análise dos riscos de implementação e execução do Plano permitiria antecipar eventuais constrangimentos, designadamente ao nível do cumprimento dos prazos definidos para a concretização das medidas e da disponibilidade de recursos necessários, contribuindo para uma execução mais eficaz e sustentável das orientações propostas.

64. Todavia, na fase de desenho e planeamento do PETS não ficou evidenciada uma análise sistematizada e documentada dos riscos associados à sua implementação, nem tão pouco foram estabelecidas medidas para a respetiva mitigação.

65. Sobre esta matéria o Ministério da Saúde[25] refere terem sido, isso sim, *"... identificadas algumas dificuldades de natureza operacional relativamente a algumas medidas do Plano, seja relativamente aos prazos de execução (...), seja por razões de natureza técnica a até clínica, como é o caso da separação das especialidades de Ginecologia e Obstetrícia (...)."* Mais acrescentando que daquela constatação "*resultaram propostas de recalendarização de algumas medidas, passando à categoria de "estruturais" e beneficiando de prazo de execução mais alargado (...)"*, identificando em concreto as Medidas A.3 do Eixo 2, A.1 do Eixo 3, A.3 do Eixo 5. Contudo, não existe evidência dessa revisão para lá das propostas feitas nesse sentido pelo GT 2. À data de elaboração do presente relatório, as três medidas indicadas pelo MS, na sua resposta, permaneciam como medidas urgentes.

66. Segundo a evidência recolhida[26], terá sido efetuada uma apreciação meramente informal da exequibilidade das medidas, com audição de pessoas conhecedoras do setor, incluindo representantes da ACSS e da SPMS, visando aferir a sua exequibilidade administrativa e funcional e, nas medidas de maior impacto financeiro, o respetivo custo e comportabilidade orçamental. Não obstante, não foi evidenciada documentação que traduza essa ponderação num processo estruturado de identificação, avaliação, hierarquização e tratamento de riscos.

[25] Informação prestada pelo Gabinete da Ministra da Saúde, ofício n.º S 4689/2025 de 26 de novembro.

[26] Em reunião da equipa de auditoria com o Coordenador do GT 1.

67. A incorporação da identificação, análise, avaliação e mitigação dos riscos na fase de desenho do Plano e subsequente execução, garante a continuidade dos serviços, a redução dos impactos, a criação de mecanismos alternativos e o ajustamento das medidas conforme a categoria (ou tipo) de risco. Apenas os relatórios de monitorização e acompanhamento da execução do Plano, produzidos pelo grupo de trabalho responsável pela monitorização do PETS [27] (GT 2), sinalizaram alguns riscos de implementação, ainda que pontualmente, resultando em propostas de medidas de mitigação, elaboradas sob a forma de recomendações, dirigidas à Tutela.

68. Questionado o MS sobre o acolhimento dado a estas recomendações formuladas pelo GT 2 nos respetivos relatórios de acompanhamento, respondeu este Ministério que *"esta informação encontra-se disponível com os níveis de execução para cada um dos eixos indicados, acessível através do link https://www.sns.gov.pt/plano-de-emergencia-e-transformacao-na-saude/."*[28] Importa referir que na ligação mencionada não consta qualquer evidência de acolhimento das recomendações formuladas pelo GT 2.

69. É pertinente também salientar que as recomendações formuladas pelo GT 2 abrangem a revisão dos prazos de medidas, a implementação de incentivos financeiros para retenção de profissionais e outras que se encontram sintetizadas no Apêndice 2.

7. QA 2: A implementação do PETS é suportada por estruturas de governança, mecanismos de coordenação e recursos adequados?

70. À luz das boas práticas internacionais (ISO, 2021; OECD, 2020b) os princípios orientadores da governança pública devem integrar liderança estratégica e coerência da ação governativa, assegurar mecanismos de coordenação horizontal e multinível, promover a participação estruturada de *stakeholders*, reforçar a capacidade institucional para a formulação, implementação e avaliação de políticas e garantir elevados padrões de integridade e transparência. Ou seja, a governança procura assegurar que a implementação de medidas de política decorre de forma coerente, transparente e eficaz, com capacidade de corrigir desvios e orientar a ação para os resultados pretendidos.

7.1. Governança: papéis e responsabilidades e coordenação interinstitucional

71. A governança do PETS pode ser genericamente entendida como o modelo de direção, coordenação, execução, monitorização e prestação de contas do Plano, que define as entidades envolvidas, os respetivos papéis (*e.g.*, cargos) e responsabilidades, bem como os mecanismos de articulação, decisão, reporte e controlo necessários à sua implementação (ISO, 2021; OECD, 2005, p. 16).

---

[27] Despacho n.º 10208-A/2024, de 29 de agosto, da Ministra da Saúde, com produção de efeitos a 1 de junho de 2024, que constituiu um grupo de trabalho para efeitos de acompanhamento e seguimento da implementação e desenvolvimento das medidas urgentes, prioritárias e estruturantes plasmadas no PETS.

[28] Ofício do Gabinete da Ministra da Saúde n.º S 1187/2026 de 13 de março.

72. As entidades responsáveis pela execução do PETS encontram-se identificadas no Plano aprovado, através dos cronogramas de atividades definidos para cada eixo estratégico, e correspondem maioritariamente a entidades com competências instituídas no âmbito do MS, como sejam as ULS, a DE-SNS, a ACSS, entre outras. Também as estruturas políticas da área da saúde (*e.g.*, gabinetes governamentais) assumem responsabilidades no PETS, estando identificadas no mesmo como "Ministério da Saúde"[29].

73. Para além das competências legalmente atribuídas a estas entidades nos respetivos diplomas orgânicos, no quadro do Plano não foram explicitados e formalizados os papéis e responsabilidades específicos que às mesmas caberiam no contexto da sua implementação, monitorização e reporte.

74. O desenho do Plano, a coordenação da sua execução e a sua monitorização alicerçaram-se na criação de estruturas temporárias de apoio, materializadas na constituição de grupos de trabalho com finalidades específicas. O primeiro desses grupos diz respeito à constituição do designado GT 1 (Despacho n.º 6563/2024, de 24 de maio, da Ministra da Saúde, com produção de efeitos a 5 de abril) com vista à *"definição de orientações que permitam melhorar o acesso, em tempo útil, aos cuidados de saúde"*, responsável pelo desenho do Plano. Numa fase posterior foi constituído o GT 2 (Despacho n.º 10208-A/2024, de 29 de agosto, da Ministra da Saúde, com produção de efeitos a 1 de junho) responsável pelo *"acompanhamento e seguimento da implementação e desenvolvimento das medidas urgentes, prioritárias e estruturantes plasmadas e constantes"* no PETS.

75. Adicionalmente, considerando a necessidade de cooperação e articulação entre todas as entidades e estruturas do MS para a concretização dos objetivos definidos no Plano, foi designado, pela Ministra da Saúde, o coordenador de execução do PETS, através do Despacho n.º 41/2024, de 29 de julho[30], (não publicado), cuja atividade se desenrolou junto do gabinete da Ministra da Saúde.

76. Este coordenador surge descrito no referido despacho como "*Ponto Focal de Coordenação sistémica da atividade das Instituições envolvidas; de acompanhamento e seguimento dos trabalhos; de liderança das dinâmicas multidisciplinares necessárias e todas as demais tarefas inerentes ao desenvolvimento e execução"* do PETS. Contudo, o exercício dessas funções cessou em 05.06.2025, sem que tenha sido nomeado novo coordenador, apesar de

[29] Nos termos conjugados dos artigos 1.º e 3.º da Lei Orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro (na sua redação atual), o Ministério da Saúde é o departamento governamental que tem por missão definir e conduzir a política nacional de saúde, garantindo uma aplicação e utilização sustentáveis dos recursos e a avaliação dos seus resultados, prosseguindo as suas atribuições através de serviços integrados na administração direta do Estado, de organismos integrados na administração indireta do Estado, de órgãos consultivos, de outras estruturas e de entidades integradas no sector empresarial do Estado.

[30] Este despacho, datado de 29 de julho e produzindo efeitos na data da sua assinatura, fazia menção a um outro (Despacho n.º 11763/2024, da Ministra da Saúde), apenas publicado em outubro de 2024, datado de 27 de julho e com efeitos a 15 de julho de 2024, e que nomeava aquele coordenador como técnico especialista do gabinete da Ministra da Saúde.

o MS ter indicado, em reunião realizada no final de outubro de 2025[31], a possibilidade de essa nomeação ocorrer até ao final desse ano. Segundo o MS, as funções foram asseguradas por um técnico especialista do Gabinete da Ministra da Saúde, sendo a recolha e comunicação de informação apoiadas pela SPMS, com colaboração da DE-SNS. [32]

Em sede de contraditório, a Ministra da Saúde menciona que, na fase inicial de implementação do Plano, *"(...) ocorreu a apresentação da demissão do Diretor Executivo do Serviço Nacional de Saúde"*, circunstância que afirma ter condicionado transitoriamente a coordenação institucional e a articulação entre as entidades executoras.

A dificuldade descrita reforça a importância de uma definição clara das responsabilidades e dos mecanismos de articulação que assegure a continuidade da coordenação perante alterações dos seus intervenientes. No contexto do PETS, não houve uma explicitação dos poderes concretos do coordenador, dos circuitos de reporte nem da articulação com o GT 2.

77. A análise da cronologia dos diplomas que criam os vários grupos de trabalho e designam responsáveis relevantes revelam uma arquitetura institucional que foi sendo formalizada *a posteriori* face ao próprio ciclo de conceção, execução e monitorização do Plano. Embora esse desfasamento possa refletir a intenção de dar cobertura formal a trabalhos já iniciados, ele enfraquece a formalização *ex ante* dos mandatos, a transparência sobre quem decide e executa em cada momento, e a reconstituição da cadeia de responsabilidades. Isso é particularmente visível no despacho[33] que cria o GT 1, responsável pelo desenho do Plano, que apenas foi publicado em 12.06.2024, apesar de produzir efeitos a 05.04.2024. Contudo, o PETS já se encontrava aprovado em 29.05.2024. Na prática, a composição do GT 1, responsável pelo desenho do Plano, só foi tornada pública após a aprovação do PETS.

78. O mesmo padrão surge para a monitorização. Com efeito, o diploma[34] que cria o grupo de trabalho de acompanhamento e seguimento da implementação do Plano (o GT 2) e estabelece que o mesmo deve apresentar um documento mensal sobre a evolução do estado de implementação e desenvolvimento das medidas apenas foi publicado em 29.08.2024, embora produzindo efeitos a 01.06.2024. Ora, o PETS qualifica as medidas urgentes como devendo gerar resultados até três meses e as medidas prioritárias como devendo produzir resultados até ao final de 2024. Tendo o Plano sido aprovado em 29.05.2024, a formalização do mecanismo de monitorização ocorreu praticamente no termo da janela temporal das medidas urgentes. Este desfasamento limitou a utilidade da monitorização enquanto mecanismo de identificação atempada de desvios, de correção em tempo útil e de sinalização precoce de constrangimentos na fase mais crítica do arranque da implementação.

79. Já quanto à designação do coordenador de execução do PETS (ver §75), ocorrida em 29.07.2024, apesar de não se tratar aqui de retroatividade, a questão de governança subsiste

[31] Reunião com a equipa de auditoria realizada em 31.10.2025, no MS.

[32] Informação prestada pelo Gabinete da Ministra da Saúde, ofício n.º 2896/2026, de 3 de julho.

[33] Despacho n.º 6563/2024, de 24 de maio, da Ministra da Saúde.

[34] Despacho n.º 10208-A/2024, de 29 de agosto, da Ministra da Saúde.

sob a forma de formalização tardia das responsabilidades de coordenação. A designação, naquela data, ocorreu cerca de dois meses após a aprovação do Plano e já muito próximo do final do período reservado às medidas urgentes, o que pode ter condicionado, no momento inicial, a clareza da cadeia de comando, a articulação entre as entidades responsáveis e a disponibilização atempada de informação de suporte à decisão.

80. Acresce que o despacho de designação do coordenador de execução do Plano definiu de forma genérica o seu papel, sem explicitar os seus poderes concretos, o circuito de reporte, os instrumentos de articulação com as entidades executoras nem os critérios pelos quais deveria exercer as funções atribuídas. De igual modo, o despacho que cria o grupo de trabalho de acompanhamento (GT 2) fixa a sua missão, composição e dever de reporte mensal, mas não explicita a metodologia de trabalho, o conteúdo mínimo dos produtos a apresentar, os critérios de análise da execução, nem a forma de articulação com o coordenador da execução.

81. Estes diplomas, sintetizados no Apêndice 3, apontam para um modelo de governança do PETS em que as estruturas e mecanismos de suporte ao desenho, execução e monitorização foram, em parte, formalizados *ex post*. Ao nível da execução, tal contribuiu para aumentar o risco de arranques heterogéneos, responsabilidades difusas e resposta tardia a constrangimentos, sobretudo na fase de implementação das medidas urgentes.

82. De acordo com o coordenador do GT 1[35], a definição de um modelo de governança para a execução e monitorização do Plano foi ponderada na fase de conceção do mesmo. Contudo, essa opção não reuniu consenso no grupo de trabalho, por se entender que a definição daquele modelo deveria ser reservada à esfera política.

83. Na monitorização, ficou reduzida a capacidade de gerar evidência útil e tempestiva para corrigir a implementação antes do final de agosto de 2024. Por inerência, também limitou o tempo disponível para aprender com a implementação das medidas urgentes e reajustar, até ao final de 2024, a execução das medidas prioritárias. O desfasamento entre a aprovação do Plano e a formalização das estruturas de coordenação e monitorização aumentou o risco de indefinição das responsabilidades na fase inicial e enfraqueceu, assim, aspetos nucleares de uma boa governança, nomeadamente a definição clara de mandatos, a responsabilização dos intervenientes, a verificabilidade do processo de tomada de decisão e a capacidade de corrigir desvios de forma atempada.

84. Questionado o MS quanto ao modelo de governança aprovado e implementado para a execução do PETS, remeteu o Ministério[36] para o *"fluxograma que garante total independência do GT* [GT 2] *relativamente às entidades que são fonte de informação relevante"*. O fluxograma em causa respeita ao *Modelo de Governo* desenvolvido pelo consultor externo contratado em agosto de 2024, pela DE-SNS, para apoiar a seleção de indicadores no contexto da monitorização do desempenho do PETS. Aquele modelo foi apresentado ao MS a 16 de

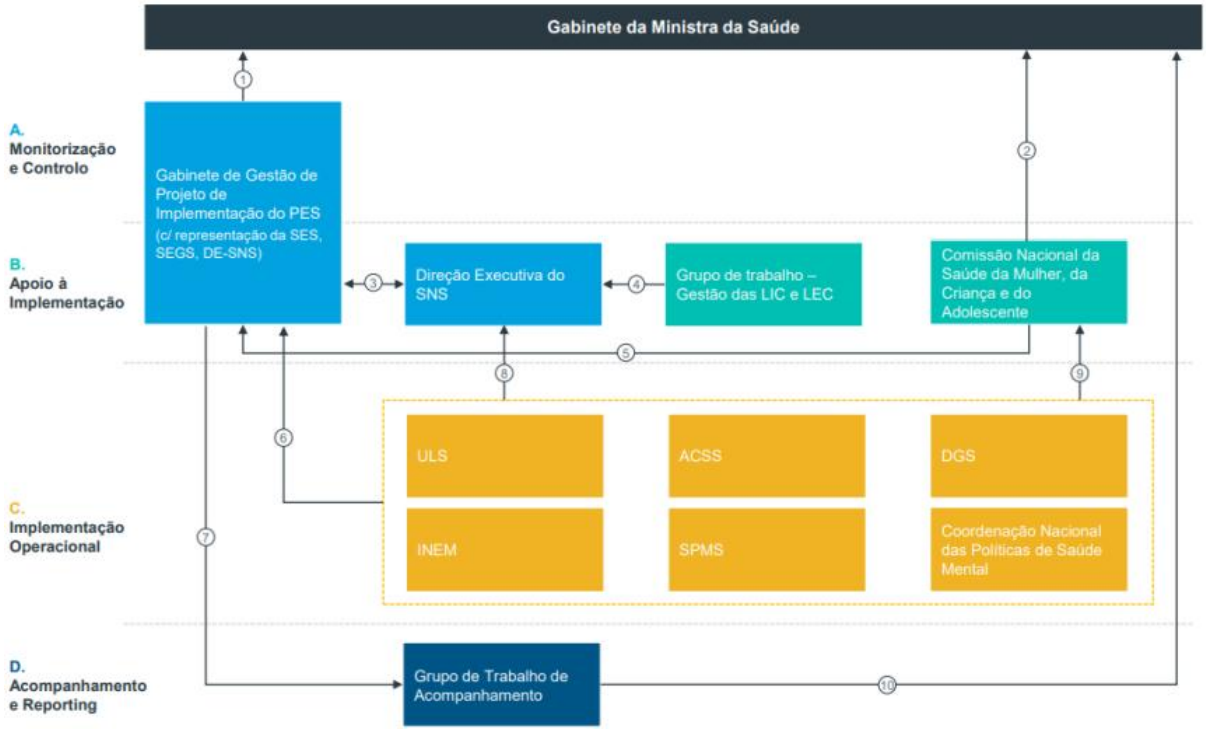
[35] Em reunião com a equipa de auditoria.

[36] Ofício do Gabinete da Ministra da Saúde n.º S 4689/2025 de 26 de novembro.

outubro de 2024 e definia quatro níveis de responsabilidade (identificados pelas letras "A", "B", "C" e "D", conforme Figura 2):

(i) monitorização e controlo - a funcionar no Gabinete da MS (Gabinete de Gestão de Projeto do PETS);
(ii) apoio à implementação – a cargo do referido Gabinete de Gestão de Projeto, da DE-SNS e do grupo de trabalho para a gestão das LIC e LEC;
(iii) implementação operacional – a cargo das ULS, ACSS, SPMS, Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), Direção-Geral da Saúde (DGS) e da Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental[37];
(iv) acompanhamento e *reporting* – atribuído ao GT 2.

Figura 2 – Modelo de articulação entre os intervenientes no PETS



Legenda: 1. Relatório semanal de progresso de implementação das medidas; 2. Relatório anual Eixo 2; 3 Informação sobre execução e *Key Performance Indicators* (KPI); 4. Informação LIC e LEC para relatório de progresso; 5. Informação sobre implementação de medidas do Eixo 2; 6. e 7. Informação sobre implementação das medidas; 8. Informação operacional das medidas do Eixo 1; 9. Informação operacional das medidas do Eixo 2; 10. Relatório mensal do impacto das medidas do PETS no SNS.
Fonte: informação prestada pelo Gabinete da Ministra da Saúde, Ofício n.º 4689/2025, de 26 de novembro.

85. Relativamente às várias estruturas associadas aos diferentes níveis de responsabilidade propostos no modelo apresentado pelo consultor externo, importa destacar o seguinte:

[37] Comissão criada pelo Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro.

- Não há evidência da criação formal do Gabinete de Gestão de Projeto de Implementação do PETS, que previa a representação da DE-SNS, da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e da Secretaria de Estado da Gestão da Saúde (SEGS);
- De igual modo, não há evidência do seu funcionamento, ainda que no contexto de uma estrutura informal. Existe sim, a designação do coordenador de execução do PETS[38] ;
- Desconhece-se eventuais trabalhos efetuados pela Comissão Nacional da Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente[39], no âmbito do PETS;
- Quanto ao apoio à implementação, verifica-se a criação, em 15 de julho de 2024, por deliberação da DE-SNS (n.º 24/2024), do grupo de trabalho para a gestão das listas de espera (LIC e LEC). No *Modelo de Governo* proposto previa-se que este grupo de trabalho disponibilizasse informação acerca das listas de espera para efeitos dos relatórios de monitorização do GT 2. A deliberação da DE-SNS previa que este grupo de trabalho apenas funcionasse até final de 2024;
- Não foi obtido evidência acerca da efetiva articulação deste grupo de trabalho das LIC e LEC com o GT 2, no âmbito da disponibilização de informação de suporte aos relatórios de monitorização do PETS.

86. Genericamente, não há evidência documental do cumprimento regular das responsabilidades de prestação de informação e de reporte previstas no modelo proposto (*e.g.*, produção pelo GT 2 do relatório mensal do impacto das medidas do PETS no SNS, a apresentar à Ministra da Saúde), tendo por referência a leitura do diagrama que traduz o respetivo modelo (Figura 2). Acresce referir que o modelo proposto não foi acompanhado de uma descrição ainda que sumária da sua dinâmica de funcionamento, explicitando os papéis e responsabilidades dos vários intervenientes (*e.g.*, o diagrama não explicita a periodicidade de todos os fluxos de informação representados).

87. Em reunião de trabalho relativa ao PETS, de 23.10.2024, onde estiveram presentes elementos do GT 2, um elemento da DE-SNS e, em parte da reunião, a Ministra da Saúde, foi apresentado e discutido o referido *Modelo de Governo*, tendo sido autorizada a sua publicação e assumido que as estruturas como as ULS, DGS, ACSS, INEM e outras *"são os organismos responsáveis pela implementação do PETS"* [40].

88. Contudo, apesar da validação deste *Modelo de Governo*, não há evidência da sua efetiva operacionalização, destacando-se os seguintes aspetos:

- a falta de canais formais para troca de informação e reporte entre as entidades e estruturas envolvidas na implementação e monitorização;
- a não identificação e publicitação de pontos focais nas várias entidades executoras;

[38] Solicitada evidência ao MS quanto à formalização desta estrutura - Gabinete de Gestão de Projeto de Implementação do PETS - apenas foi disponibilizado o Despacho n.º 41/2024, de 29 de julho, da Ministra da Saúde, (não publicado) que designou o coordenador da execução do PETS.

[39] Cf. Despacho n.º 8434/2024, de 18 de julho, da Ministra da Saúde.

[40] De acordo com a ata da reunião, disponibilizada pelo MS (ofício n.º S 1187/2026 de 13 de março).

- a insuficiência da evidência documental produzida (*e.g.*, atas, convocatórias, agendas, comunicações) para demonstrar a regularidade e a abrangência do acompanhamento da execução. As duas atas disponibilizadas pelo MS comprovam a realização de reuniões, mas não permitem reconstituir o acompanhamento ao longo de todo o período;
- a não definição e explicitação, adequadamente documentada, dos mecanismos, processos, responsáveis e calendários, associados à produção e recolha de informação para suporte ao acompanhamento e monitorização da execução; e
- a inexistência de sistemas de partilha de informação dedicados.

Na sua resposta em sede de contraditório, a Ministra da Saúde salientou ainda que "*(...) parte significativa das medidas do PETS assentou em iniciativas já em curso, enquadradas em programas financiados pelo Plano de Recuperação e Resiliência, no Plano Nacional de Saúde, na contratualização do Serviço Nacional de Saúde e em outros instrumentos de gestão, os quais dispunham já de mecanismos próprios de monitorização, indicadores e modelos de governação.*"

Esses mecanismos podiam, com efeito, contribuir para a execução e o acompanhamento do PETS. A sua utilização não dispensava, contudo, a definição das responsabilidades e dos circuitos que assegurassem uma visão integrada do Plano, enquanto instrumento transversal de política pública, e a definição de um modelo de governança específico. Pelo contrário, a integração de medidas provenientes de diferentes programas torna especialmente relevante explicitar responsabilidades, pontos focais e circuitos de informação, para que o acompanhamento de cada iniciativa se traduza numa visão coerente da execução global. O modelo de governança validado em outubro de 2024 (ver Figura 2) não foi acompanhado de uma descrição suficiente do seu funcionamento e não ficou demonstrado o cumprimento regular dos fluxos de informação e reporte nele previstos. Mantêm-se, assim, as observações relativas à insuficiente operacionalização do modelo de governança, sem desconsiderar as atividades de coordenação e acompanhamento identificadas.

7.2. Recursos afetos ao PETS

89. A adequada estimativa dos custos e recursos financeiros necessários é essencial no desenho de políticas públicas, pois permite aferir a viabilidade da intervenção, sustentar a afetação de recursos e avaliar se os resultados esperados justificam o esforço financeiro. De acordo com a OCDE a informação de custos é relevante para o planeamento financeiro, para a implementação sustentável e para a demonstração do valor da intervenção (OECD, 2020a, pp. 97-101). Neste contexto, a ACSS elaborou, a pedido do Ministério da Saúde e antes da aprovação do Plano, em 29.05.2024, uma estimativa dos recursos financeiros necessários à implementação das medidas urgentes e prioritárias, excluindo assim as estruturantes deste exercício. Esta estimativa ascendeu a 442,3 M€, distribuídos por várias medidas integradas nos 5 eixos estratégicos do Plano (Tabela 5).

Tabela 5 - Estimativa dos montantes financeiros necessários à implementação do PETS

Medidas por Eixos Estratégicos	2024	2025	Total
Eixo 1 - Resposta a tempo e horas	**109 000 000**		**109 000 000**
A.1 Regularização da lista de espera para cirurgia oncológica: OncoStop 2024	23 000 000		23 000 000
B.1 Programa cirúrgico extraordinário para os doentes não oncológicos	75 000 000		75 000 000
B.3 Reforço do acesso à consulta especializada (pagamento adicional por consulta adicional)	11 000 000		11 000 000
Eixo 2 - Saúde materno infantil	**25 000 000**		**25 000 000**
A.2 Atribuição de incentivos financeiros de forma a aumentar a capacidade para a realização de partos	25 000 000		25 000 000
Eixo 3 - Cuidados urgentes e emergentes	**25 200 000**	**100 300 000**	**125 500 000**
A.1 Requalificação dos espaços dos Serviços de Urgências Gerais / Psiquiátricas		50 000 000	50 000 000
A.2 Criação de Centros de Atendimento Clínico (não urgente nas regiões do Porto e Lisboa)	3 500 000	7 000 000	10 500 000
B.1 Libertação de camas indevidamente ocupadas nos internamentos hospitalares	21 600 000	43 200 000	64 800 000
B.5 Desenvolvimento do algoritmo do SNS24 ao nível da referenciação, pré-triagem, encaminhamento e agendamento de consultas do dia seguinte	100 000	100 000	200 000
Eixo 4 - Saúde próxima e familiar	**18 000 000**	**118 400 000**	**136 400 000**
A1 e A.2 Reforço da resposta pública com parceiros do setor social (UMP) e privado (Hospital de Cascais)	18 000 000	36 000 000	54 000 000
B.1 Implementar USF tipo C		50 400 000	50 400 000
B.5 Incentivo à adesão ao regime voluntário de carteira adicional de utentes		32 000 000	32 000 000
Eixo 5 - Saúde Mental	**1 000 000**	**45 425 100**	**46 425 100**
A.1 Contratação de 100 psicólogos para os Cuidados de Saúde Primários	1 000 000	3 050 000	4 050 000
A.3 Desinstitucionalização de situações crónicas em saúde mental		26 275 100	26 275 100
B.1 Criação de 20 Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM) para adultos, infância e adolescência		4 600 000	4 600 000
B.2 Disponibilização de programas estruturados de intervenção na ansiedade e na depressão nos Cuidados de Saúde Primários		1 000 000	1 000 000
B.3 Garantia de capacidade de internamento para situações agudas nos Serviços Locais de Saúde Mental (PRR)		6 000 000	6 000 000
B.4 Criação de serviços de saúde mental regionais para internamento de doentes de elevada complexidade		4 500 000	4 500 000
Total dos Eixos	**178 200 000**	**264 125 100**	**442 325 100**

Notas: valores em euros. A identificação das medidas por letras, A e B, indicam a prioridade das mesmas. As medidas identificadas com a letra A, são medidas consideradas urgentes, as identificadas com a letra B, são consideradas medidas prioritárias.
Fonte: elaboração própria com base na informação disponibilizada pela ACSS (e-mail de 15.07.2025).

90. Segundo informação prestada pelo MS, o Ministério das Finanças comprometeu-se a libertar as verbas necessárias à implementação do PETS em função do grau de execução das medidas. Ainda de acordo com a informação prestada pelo MS, até final de maio de 2025 tinham sido executadas medidas no montante de 117,4 M€, correspondendo a 27% dos recursos financeiros estimados (Tabela 6)[41].

[41] Informação do Gabinete da Ministra da Saúde, ofício n.º S 4689/2025 de 26 de novembro.

Tabela 6 - Execução financeira do PETS

Eixos	Financiamento previsto	Executado ou em execução (até 30 maio 2025)	% excução
Eixo 1 - Resposta a tempo e horas	109 000 000		
Eixo 2 - Saúde materno infantil	25 000 000	28 600 000	114%
Eixo 3 - Cuidados urgentes e emergentes	125 500 000	72 750 000	58%
Eixo 4 - Saúde próxima e familiar	136 400 000	16 000 000	12%
Eixo 5 - Saúde Mental	46 425 100		0%
Total	**442 325 100**	**117 350 000**	**27%**

Nota: valores em euros.

Fonte: elaboração própria com base na informação disponibilizada pelo MS (Ofício n.º S 4689/2025 de 26 de novembro).

91. Na sequência da informação reportada a maio de 2025, o TdC solicitou ao MS[42] a atualização da informação sobre a execução financeira do Plano a 31.12.2025, com idêntico nível de detalhe da informação anteriormente disponibilizada (ver Tabela 6). Contudo, na sua resposta[43], o MS não incluiu informação sobre os montantes de execução acumulada àquela data, o que não permitiu verificar a evolução da execução financeira até ao final de 2025 nem demonstrar a regularidade e a abrangência dos mecanismos de controlo e monitorização dos recursos afetos ao Plano.

92. Segundo os esclarecimentos prestados em sede de contraditório pelo Ministro de Estado e das Finanças (MEF), a ACSS solicitou, em 25 de junho de 2025, um reforço de 117,4 M€ destinado a repor verbas já despendidas pelas entidades executoras do PETS. A execução então reportada foi suportada pelos orçamentos das ULS e IPO *"com o consequente custo de oportunidade financeiro no que concerne à tesouraria das entidades EPE (ULS/IPO) do SNS"*, como reconhecido pelo MS[44].

Em contraditório, o MEF refere que *"(...) o montante de 117,4 M€, indicado como executado até 30 de maio de 2025, coincide com o valor do pedido de reforço inicial da ACSS, constante da sua informação n.º 40756/2025/DFI/ACSS, de 25 de junho de 2025, que visava repor nos orçamentos das entidades executoras verbas já despendidas na execução do Plano, o que se articula com a referência ao custo de oportunidade financeiro suportado pelas entidades do SNS (...)."*

Os esclarecimentos prestados confirmam, assim, as observações de auditoria, porquanto evidenciam que as entidades do SNS suportaram antecipadamente os encargos associados

[42] Por ofício dirigido à Ministra da Saúde, através do seu Gabinete, onde se solicitava, entre outros, a seguinte informação: *"Tendo por referência a V/resposta de 26 de novembro de 2025 (S 4689/2025), designadamente no que se refere ao ponto 5, agradecemos a atualização dos montantes financeiros efetivamente executados à data de 31 de dezembro de 2025, com desagregação idêntica à anteriormente apresentada"*.

[43] Ofício do Gabinete da Ministra da Saúde n.º S 1187/26 de 13 de março.

[44] Informação do Gabinete da Ministra da Saúde, ofício n.º S 4689/2025 de 26 de novembro.

à execução das medidas, sem que tenham sido desencadeadas, em momento oportuno, as diligências formais necessárias ao reforço dos orçamentos das entidades executoras, a fim de assegurar a respetiva implementação.

93. Só em 5 de novembro de 2025, por despacho do Secretario de Estado Adjunto e do Orçamento (SEAO)[45], foi autorizado o reforço orçamental da ACSS – Programa Orçamental da Saúde – em 22,9 M€, correspondente a cerca de 5% da estimativa inicial de 442,3 M€ para as medidas urgentes e prioritárias em 2024 e 2025. As verbas aprovadas contemplaram medidas do Eixo 3 – Cuidados urgentes e emergentes (Medida A.2 – Criação de Centros de Atendimento Clínico para situações agudas de menor complexidade e urgência clínica, Medida B.1 – Libertação de camas indevidamente ocupadas nos internamentos hospitalares e Medida B.5 Desenvolvimento do algoritmo do SNS24 para pré-triagem, encaminhamento, referenciação e agendamento de consultas do dia seguinte), assim como uma medida do Eixo 4 – Saúde Próxima e Familiar (Medida B.1 - Implementação de USF modelo C). No conjunto, estas verbas representam cerca de 18% das necessidades estimadas para o Eixo 3 e 0,4% do previsto para o Eixo 4 (Tabela 7).

Em contraditório, o MEF esclareceu que o pedido inicial da ACSS, de 117,4 M€, foi revisto *"(...) na sequência da identificação de diversas inconsistências (...)"* e da prestação de esclarecimentos entre as entidades intervenientes, referindo que *"(...) a necessidade de financiamento para o ano de 2025 foi fixada em 29,051 M€, tendo sido autorizados 22,851 M€"*.

Quanto à diferença, explicou que cerca de 5 M€ respeitavam a Centros de Elevado Desempenho[46], cuja implementação durante 2025 ainda não estava assegurada. Conclui, por isso, que *"(...) na verdade, a necessidade de financiamento ascendeu aos 22,851M€"*, montante cujo reforço foi autorizado. O MEF informou ainda que *"(...) a dotação para o PETS esteve assegurada, desde a preparação do OE 2025, com 200M€ inscritos no Capítulo 60 – Despesas Excecionais (ETF), sendo que, para o ano de 2026, foi autorizado o reforço adicional de 50M€, através do Despacho SEAO n.º 166/2026 de 23 de março, o que evidencia continuidade do compromisso financeiro para além do período auditado."*

A inscrição de dotação é relevante para a programação financeira, mas não permite, por si só, aferir quando os recursos ficaram disponíveis para executar as medidas previstas no Plano. O reforço autorizado em março de 2026 constitui um desenvolvimento posterior e não altera o financiamento inicial por recursos próprios das entidades nem a falta de informação atualizada sobre a execução a 31 de dezembro de 2025.

[45] Despacho n.º 291/2025, de 5 de novembro.

[46] Os Centros de Elevado Desempenho em Obstetrícia e Ginecologia (CED-ObGin) foram criados pelo Decreto-Lei n.º 1/2026, publicado a 14/01/2026, em regime experimental no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este modelo de gestão autónoma visa estabilizar as urgências, reter profissionais de saúde através de incentivos remuneratórios e assegurar cuidados especializados de alta qualidade

Tabela 7 – Verbas atribuídas ao PETS em novembro de 2025

Eixos estratégicos	Verbas estimadas	Verbas atribuídas	Peso %
Eixo 3 - Cuidados urgentes e emergentes	125 500 000	22 250 000	17,7%
A.1 Requalificação dos espaços dos Serviços de Urgências Gerais / Psiquiátricas	50 000 000		
A.2 Criação de Centros de Atendimento Clínico (não urgente nas regiões do Porto e Lisboa)	10 500 000	4 000 000	38,1%
B.1 Libertação de camas indevidamente ocupadas nos internamentos hospitalares	64 800 000	7 500 000	11,6%
B.5 Desenvolvimento do algoritmo do SNS24 ao nível da referenciação, pré-triagem, encaminhamento e agendamento de consultas do dia seguinte	200 000	10 750 000	5375,0%
Eixo 4 - Saúde próxima e familiar	136 400 000	601 000	0,4%
A1 e A.2 Reforço da resposta pública com parceiros do setor social (União das Misericórias Portuguesas) e privado (Hospital de Cascais)	54 000 000		
B.1 Implementar USF tipo C	50 400 000	601 000	1,2%
B.5 Incentivo à adesão ao regime voluntário de carteira adicional de utentes	32 000 000		
Total Eixo 3 + Eixo 4	261 900 000	22 851 000	8,7%

Notas: 1. Valores em euros. 2. A identificação das medidas por letras, A e B, indicam a prioridade das mesmas. As medidas identificadas com a letra A, são medidas consideradas urgentes, as identificadas com a letra B, são consideradas medidas prioritárias. 3. A diferença entre o montante inicialmente estimado e a verba atribuída à medida B.5 do Eixo 3 foi justificada pelo MS com o facto de, na fase inicial do PETS, ter sido prevista uma estimativa indicativa de 200 mil euros destinada exclusivamente ao desenvolvimento técnico do algoritmo do SNS24, circunscrita às atividades de configuração e integração funcional de um projeto-piloto. Posteriormente, a ACSS procedeu a uma revisão global dos montantes associados às medidas do plano, tendo estimado um custo total de 10,5 M€ da medida referida. Este montante passou a contemplar não apenas o desenvolvimento do algoritmo, mas também a integração e expansão do projeto "Ligue Antes, Salve Vidas" a 39 ULS, o reforço da capacidade de resposta da Linha SNS24 face ao aumento da procura e a implementação de novas funcionalidades digitais.
Fonte: elaboração própria com base na informação disponibilizada pelo Ministério da Saúde, através dos ofícios n.º S 1187/2026 de 13 de março e S 2896/2026, de 3 de julho.

94. No que respeita à dimensão dos recursos humanos, a evidência recolhida indica que o PETS apresenta fragilidades face às boas práticas de conceção de políticas públicas, as quais recomendam que a definição das medidas de política seja precedida por um diagnóstico da capacidade existente e por uma estimativa, ainda que aproximada, dos recursos humanos necessários à sua execução, em coerência com a respetiva ambição, horizonte temporal e modelo de implementação. Concretizando, as boas práticas neste domínio apontam para a necessidade de avaliar de forma clara os recursos e capacidades necessárias, uma vez que insuficiências nesta matéria aumentam o risco de formulação desajustada e de falhas de implementação.

95. No caso do PETS, não foi evidenciada a realização de um levantamento transversal, estruturado e documentado das necessidades de recursos humanos por medida, perfil profissional, entidade responsável ou região. Pelo contrário, segundo informação do MS[47], não foi desenvolvida uma estimativa dos recursos necessários, por se considerar, com base nos contributos recolhidos no processo de consulta a partes interessadas, que o SNS dispunha de recursos humanos suficientes para executar o Plano, afetos às ULS e aos IPO. Também a empresa de consultoria contratada para acompanhar as atividades do GT 1,

[47] Ofício do Gabinete da Ministra da Saúde n.º S 4689/2025 de 26 de novembro.

responsável pelo desenho do PETS [48], afirmou não ter participado em análises de levantamento de recursos humanos nem ter conhecimento de análises dessa natureza realizadas pelo MS. Esta opção evidencia um desalinhamento face a boas práticas, na medida em que substitui um diagnóstico de capacidade demonstrável por uma convicção geral sobre suficiência de meios, não suportada por evidência estruturada e verificável.

96. A análise do Plano mostra, além disso, que várias medidas assentam sobretudo na expectativa de mobilização ou reorganização de recursos já existentes, na criação de incentivos ou em soluções complementares futuras, sem demonstração de que esses mecanismos seriam suficientes para assegurar a respetiva execução. Esta dissociação entre objetivos operacionais e estimativa prévia dos recursos necessários traduz um desvio face ao princípio de alinhamento entre fins, meios e capacidade de execução.

97. Também ao nível do controlo e monitorização subsiste um afastamento face a boas práticas. Com efeito, não ficou evidenciada a existência de um mecanismo transversal de monitorização da suficiência, distribuição e utilização dos recursos humanos afetos ao PETS. A monitorização prevista incide sobretudo sobre medidas isoladas e não sobre a adequação global dos meios humanos mobilizados para a execução do Plano.

8. QA 3: O PETS estabelece objetivos, indicadores adequados e valores de referência fiáveis?

98. Para efeitos da resposta à questão de auditoria, importa começar por delimitar os conceitos em análise. No contexto do PETS, e em alinhamento com a terminologia adotada pela OECD (2023a) em matéria de conceção de projetos ou políticas públicas, da implementação e gestão de programas e da respetiva monitorização, o termo objetivo reporta-se ao propósito próprio e específico da intervenção pública, isto é, ao resultado concreto que cada uma das medidas do Plano visa alcançar de forma direta[49]. Este conceito distingue-se dos objetivos ou ambições estratégicas de alto nível (*goals*)[50] para os quais se espera que o PETS contribua ultimamente, como sejam, por exemplo, a melhoria do acesso aos cuidados de saúde ou dos resultados em saúde da população, cuja concretização depende de um conjunto mais amplo de fatores e políticas.

99. O conceito de objetivo distingue-se igualmente dos *outputs* (realizações), entendidos como os produtos, bens, serviços ou entregas diretamente gerados pela execução das medidas, e dos seus *outcomes* (resultados), correspondentes aos efeitos de curto e médio prazo produzidos por esses *outputs*. Os indicadores constituem as variáveis utilizadas para

[48] Em reunião com a equipa de auditoria realizada no dia 23 de dezembro de 2025.

[49] Objetivo da intervenção (OECD, 2023a, p. 44): O objetivo global de uma intervenção, abrangendo os resultados físicos, financeiros, institucionais, sociais, ambientais ou outros que se espera que a intervenção alcance ou para os quais se espera que contribua (tradução livre do inglês).

[50] Correspondente ao conceito de *"goals"*, no original em inglês, entendido como o nível mais elevado de ambição estratégica ou objetivo de alto nível para o qual se espera que uma dada intervenção pública contribua (tradução livre do inglês). (OECD, 2023a, p. 35)

acompanhar a execução e os resultados da intervenção, enquanto as metas (*targets*) traduzem os valores esperados desses indicadores num determinado horizonte temporal. Já os valores de referência ou linhas de base (*baselines*) remetem para as condições existentes previamente a uma dada intervenção ou no início de um determinado período, e contra as quais as alterações introduzidas podem ser medidas, monitorizadas e avaliadas[51].

8.1. Definição de objetivos

100. De acordo com boas práticas em matéria de desenho de políticas públicas e planeamento de reformas setoriais, os objetivos de uma dada intervenção devem ser definidos de forma participada, com envolvimento dos principais atores ou partes interessadas e formulados em linguagem simples, clara e acessível. A adequação dos objetivos deve ser aferida pelo modelo SMART[52], segundo o qual os objetivos devem ser específicos, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e delimitados temporalmente - dimensões que, na prática, são frequentemente asseguradas pelos indicadores associados e pelas respetivas linhas de base e metas (Kusek & Rist, 2004, pp. 91–92; Vági & Rimkute, 2018, pp. 44–45).

101. O PETS estrutura os seus objetivos em três níveis hierárquicos. No nível mais elevado, define as ambições ou objetivos estratégicos de alto nível (*goals*): a regularização do acesso aos cuidados de saúde e a melhoria das condições de acompanhamento e tratamento do doente; a criação de um ambiente seguro para o nascimento, com adequado apoio durante a gravidez; o reforço da missão dos serviços de urgência; a resolução dos problemas de acesso aos cuidados de saúde primários, nomeadamente no que respeita à figura do médico de família; e a garantia de acesso a cuidados de promoção da saúde mental.

102. Num segundo nível, o Plano organiza-se em torno de cinco eixos estratégicos, a cada um dos quais associa os resultados ou efeitos esperados (*outcomes*) (Tabela 8).

Tabela 8 – Resultados esperados por eixo

Eixo	Resultados esperados (*outcomes*)
Eixo estratégico 1 – Resposta a tempo e horas	▪ Fim das listas de espera de cirurgia oncológica no SNS ▪ Alteração radical das Listas de espera para cirurgia e consultas no SNS ▪ Cumprimento regular em todo o território nacional dos TMRG
Eixo estratégico 2 – Bebés e mães em segurança	▪ Reforço motivacional e organizacional das equipas obstétricas e multidisciplinares de assistência à grávida e ao nascituro ▪ Nova resposta de urgência para Ginecologia ▪ Maior humanização nos cuidados assistenciais perinatais e da infância

[51] OECD (2023a, p. 21).

[52] Acrónimo do inglês "*Specific*", "*Measurable*", "*Achievable*", "*Relevant*" e "*Time-Bound*".

Eixo	Resultados esperados (*outcomes*)
Eixo estratégico 3 – Cuidados urgentes e emergentes	▪ Criação dos Centros de atendimento clínico para casos urgentes de menor complexidade ▪ Novos espaços nos Cuidados de Saúde Primários para consultas de urgência diferidas ▪ Diminuição significativa dos internamentos sociais em Hospitais com apoio específico para Médicos em Lares (ERPI) ▪ Requalificação física e operacional dos Serviços de Urgência com destaque para Vias Verdes
Eixo estratégico 4 – Saúde próxima e familiar	▪ Nova parceria público-social para dar Médico de Família a 350.000 pessoas em áreas muito carenciadas: Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve ▪ Médico de Família atribuído em mais de 100 concelhos do País ▪ Criação de 20 USF tipo C ▪ Reforço de meios técnicos nos Cuidados de Saúde Primários com atendimento clínico urgente
Eixo estratégico 5 – Saúde mental	▪ Contratação de Psicólogos nos Cuidados de Saúde Primários ▪ Programas de intervenção em ansiedade e depressão por Equipas Comunitárias de Saúde Mental ▪ Generalização de CRIs de Saúde Mental

Fonte: elaboração própria com base no Plano de Emergência da Saúde – Um Plano de Emergência e Transformação, de 29 de maio de 2024 (pp. 13-19).

103. Num terceiro nível, a concretização dos resultados esperados por eixo assenta em 54 medidas, distribuídas pelos cinco eixos, e às quais correspondem objetivos, entendidos como os propósitos próprios e específicos de cada medida.

104. A análise da qualidade da formulação dos objetivos do PETS tomou como matriz de avaliação este terceiro nível, considerando que é nos objetivos das 54 medidas que se concretizam, de forma operacional, as opções programáticas expressas nos seus objetivos estratégicos de alto nível (*goals*) e nos resultados esperados (*outcomes*) dos seus eixos estratégicos.

105. Partindo deste pressuposto, a análise incidiu sobre a qualidade da formulação dos objetivos de cada uma das 54 medidas, analisados agregadamente por medida, visando aferir se identificam com clareza o resultado diretamente pretendido (especificidade), se admitem medição por referência a indicadores e metas (mensurabilidade) e se se encontram associados a um horizonte temporal suficientemente preciso, isto é, se aqueles objetivos se encontram formulados de forma específica, mensurável e temporalmente delimitada. Nesta perspetiva, a análise não recai sobre a execução das medidas nem sobre a verificação dos respetivos *outcomes*, mas sobre a qualidade da formulação *ex ante* dos seus objetivos.

106. Importa referir ainda que a análise realizada se baseou na formulação de objetivos constante do Plano aprovado, tal como aí surgem descritos e explicitados, na medida em que a qualidade da formulação dos objetivos é um indicador da qualidade da conceção do Plano, permitindo aferir o alinhamento com boas práticas, garantindo que orientam a sua implementação e suportam a sua monitorização e avaliação.

107. O Plano revela, desde logo, dois aspetos positivos. Por um lado, organiza as medidas segundo uma estrutura comum, com referência a objetivos específicos associados às medidas, conceito, população-alvo, cronograma de atividades e indicadores de monitorização e desempenho, o que favorece uma apresentação mais sistemática das intervenções, facilita a identificação do problema visado, dos destinatários, das principais etapas de execução e dos parâmetros previstos para acompanhamento. Esta estrutura comum contribui, pelo menos em abstrato, para reforçar a comparabilidade entre medidas, apoiar a coordenação da implementação e criar uma base mínima para monitorização e prestação de contas.

108. Por outro lado, o Plano classifica as medidas em urgentes, prioritárias e estruturantes, introduzindo uma primeira delimitação temporal que traduz, genericamente, o calendário previsto de concretização dos objetivos próprios de cada medida e introduz uma lógica de diferenciação entre resposta imediata a problemas críticos, consolidação de respostas no curto e médio prazo e transformação de médio/longo prazo. Esta diferenciação constitui um elemento positivo de desenho, na medida em que procura ordenar as intervenções segundo diferentes horizontes de resultado, apoiar a priorização e alocação de recursos e tornar mais inteligível a articulação entre medidas de resposta imediata e medidas orientadas para a reforma do sistema.

109. Não obstante esse esforço de estruturação, a análise dos objetivos próprios das 54 medidas do Plano evidencia níveis diferenciados de concretização e precisão. Assim, quanto ao carácter específico dos objetivos, os resultados diretamente visados são genericamente identificáveis. Contudo, na maioria dos casos, esta especificidade exige uma leitura conjugada dos vários parâmetros de enquadramento e descrição das medidas do Plano, designadamente "Conceito" e "População-Alvo" (e por vezes, da própria designação da medida) e não apenas da leitura isolada do parâmetro "Objetivos" (*vide* Apêndice 4a e Apêndice 4b, para explicação dos critérios usados e detalhe da análise efetuada).

110. Já o carácter mensurável dos objetivos constitui a dimensão mais frágil da sua formulação: apenas 9 (16,7% do total) apresentam indicadores e metas suficientemente definidos (*i.e.*, possuem indicadores e apresentam metas), 29 (53,7%) surgem como apenas parcialmente mensuráveis (apresentam indicadores, mas todos ou parte deles sem metas) e 16 (29,6%) surgem como não mensuráveis, uma vez que não identificam indicadores (15 respeitantes aos objetivos da totalidade das medidas estruturantes e 1 ao objetivo de uma medida urgente).

111. Quanto à definição temporal, e conforme já referido no §108, considera-se que os objetivos associados às medidas urgentes e prioritárias (39; 72,2%) possuem prazos ou marcos temporais suficientemente claros, alinhados com os prazos de implementação das respetivas medidas. Já os objetivos das 15 medidas estruturantes não apresentam prazo de concretização.

112. Contudo, não obstante a avaliação feita, será de referir que os objetivos próprios de cada medida do Plano teriam beneficiado de uma calendarização mais detalhada e específica, designadamente através da explicitação de marcos temporais intercalares, que melhor

suportassem a execução das medidas e o acompanhamento do respetivo grau de concretização dos seus objetivos.

113. Em síntese, o PETS deu prioridade à identificação dos domínios em que pretendia intervir, em detrimento da explicitação, de forma consistente, de como os resultados seriam medidos e quando deveriam estar alcançados (Caixa 1).

> Caixa 1 – Medida A.1 (Eixo 1): Regularização da lista de espera para cirurgia oncológica: OncoStop2024
>
> A formulação dos objetivos da medida A.1 do Eixo 1 ilustra simultaneamente aspetos positivos e limitações identificadas na análise. Por um lado, delimita o universo de incidência em 9.374 doentes oncológicos acima do TMRG, prevê a realização do programa entre 17 de maio e 31 de agosto de 2024 e associa metas explícitas para alguns indicadores, designadamente 0% de doentes em LIC fora do TMRG ao final de 3 meses, complicações inferiores a 10%, tempo de diagnóstico anátomo-patológico inferior a 15 dias e satisfação superior a 80%. Por outro lado, o próprio enunciado sob a epígrafe "Objetivos" mistura o objetivo da intervenção com realizações (*outputs*) e elementos operacionais, como a implementação do programa extraordinário e a publicação de resultados, e vários indicadores surgem ainda com a indicação "a definir".

114. No caso particular dos objetivos associados às medidas estruturantes, estes foram definidos em termos mais gerais, numa lógica programática (*goals*), e não acompanhados de uma desagregação em objetivos específicos e operacionalizáveis através de um sistema de gestão do desempenho, assente em indicadores que capturem as dimensões relevantes (*e.g.*, recursos, realizações, resultados e impactos), com metas e prazo associados.

115. O desenho do PETS revela esforço de estruturação e alguns exemplos de formulação robusta, mas não evidencia, de forma consistente, que os objetivos das suas medidas estejam sempre enunciados como objetivos plenamente específicos, mensuráveis (com indicadores e metas), e temporalmente delimitados, de forma concreta e própria.

8.2. Metodologia e critérios de seleção dos indicadores de monitorização

116. A definição dos indicadores para a monitorização do PETS decorreu em dois períodos distintos. O primeiro teve lugar entre abril e maio de 2024, no âmbito da fase de desenho do Plano, e foi conduzido pelo GT 1, com a colaboração da consultora externa contratada pelo MS para acompanhar as atividades desenvolvidas por este Grupo. Assim, no quadro dos trabalhos realizados, foram propostos e sistematizados 174 indicadores, integrados no Plano aprovado (indicadores iniciais).

117. A intervenção da consultora incidiu sobretudo no apoio ao processo de reflexão e discussão, estimulando a análise dos peritos e contribuindo, em alguns casos, para ajustamentos na formulação dos indicadores.

118. Num segundo período, entre agosto e outubro de 2024, já na fase de implementação do Plano, procedeu-se à reavaliação dos indicadores inicialmente definidos. Esta reavaliação ocorreu

quando o prazo das medidas urgentes (31.08.2024) já se encontrava ultrapassado e o das medidas prioritárias próximo do seu termo (31.12.2024). A análise incidiu sobre um universo total de 226 indicadores, que incluía os 174 previstos no Plano, acrescidos de 52 novos indicadores para consideração e avaliação, dos quais 42 foram propostos pela SPMS e 10 resultaram da compilação de métricas divulgadas pelo Ministério da Saúde em comunicações públicas.

119. Deste processo de reavaliação resultou a seleção de um conjunto final de 55 indicadores para monitorização do PETS (indicadores finais), correspondendo a menos de um terço dos indicadores inicialmente previstos no Plano aprovado (§116). Este processo foi conduzido pelo coordenador de execução do PETS, designado pelo Despacho n.º 41/2024, de 29 de julho, da Ministra da Saúde (não publicado), e contou com a participação da DE-SNS, da SPMS e do GT 2. Foi ainda apoiado por consultoria externa, ao abrigo de contrato celebrado em 29.08.2024 com a DE-SNS, cujo objeto principal foi a seleção de indicadores para a monitorização do desempenho do Plano.

Caixa 2 – Segundo contrato de consultoria

O Contrato n.º 1_PS/2024, celebrado em 29 de agosto entre a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. (DE-SNS), e a IQVIA *Solutions* Portugal, Unipessoal, Lda., visou a aquisição de serviços de consultoria para a implementação da monitorização do Plano de Emergência e Transformação na Saúde (PETS), no contexto da operacionalização e acompanhamento dos respetivos 5 eixos e 54 medidas, qualificadas como urgentes, prioritárias e estruturantes.

A contratação, efetuada por consulta prévia, visou garantir apoio especializado na definição e operacionalização dos indicadores de monitorização do PETS, na análise periódica dos dados de execução e na elaboração de relatórios de monitorização, incluindo ainda suporte ao desenvolvimento de um *dashboard* para divulgação pública do progresso da implementação do Plano, em articulação com a SPMS[53].

Não obstante a assinatura do contrato datar de 29 de agosto de 2024, o Ponto V, relativo aos prazos de execução, constante do seu Anexo I – Especificações Técnicas estipulava que "*O início dos trabalhos deve acontecer até ao dia 24 de julho de 2024 e terminarem o [sic] final da implementação das medidas prioritárias (estimado no final de dezembro de 2024).*"

O mesmo Ponto V indicava ainda que o calendário de execução das atividades previstas no contrato deveria *"estar alinhado com os prazos de implementação da classificação das medidas, tendo por objetivo a publicação dos primeiros indicadores durante o mês de julho e agosto."* Ora, tendo o contrato sido assinado apenas em 29 de agosto, este objetivo afigurava-se desde logo impossível de concretizar. Com efeito, a publicação estruturada de dados de execução das medidas do PETS apenas aconteceria a 20 de dezembro (ver 9.2).

[53] O preço contratual foi fixado em 73.650,00 €, acrescido de IVA, perfazendo o montante global de 90.589,50 €. O pagamento foi efetuado em duas prestações, mediante apresentação das faturas n.º 4121033819, de 30 de setembro de 2024, e n.º 4121035266, de 30 de dezembro de 2024, ambas no montante de 45.294,75 € (IVA incluído): a primeira foi autorizada em 5 de dezembro de 2024, através do Pedido de Autorização de Pagamento (PAP) n.º 278, e paga em 11 de dezembro de 2024; a segunda foi autorizada em 27 de janeiro de 2025, através do PAP n.º 59, e paga em 30 de janeiro de 2025.

A evidência documental dos produtos "entregues" pela consultora no quadro da execução do contrato celebrado para apoio à monitorização do PETS, corresponde a documentação de suporte metodológico e operacional à monitorização do PETS, designadamente, fichas técnicas de indicadores, apresentações de acompanhamento do projeto elaboradas pela IQVIA e a página pública do Portal do SNS com quadros (*dashboards*) de monitorização do Plano.

120. Relativamente à definição dos 174 indicadores iniciais, o Plano não explicita os critérios, metodologias ou procedimentos formais adotados para a sua seleção, validação e garantia de qualidade, nem existe evidência documental de um processo estruturado subjacente ao seu desenvolvimento. As boas práticas internacionais recomendam o uso de um número limitado de indicadores de monitorização, a fim de gerir a carga de trabalho e custos associados à monitorização, normalmente um processo abrangente e exigente em termos de recursos (*e.g.*, Kusek & Rist, 2004, p. 70, 82; Vági & Rimkute, 2018, p. 52).

121. Aquele universo inicial de cerca de 174 indicadores resultou dos contributos dos especialistas de várias áreas envolvidos na fase da conceção do Plano, obedecendo sobretudo a uma lógica de identificação exaustiva dos indicadores considerados desejáveis ou ideais para medição da execução e dos resultados das medidas. Porém, face ao curto prazo disponível, não existia perceção exata da exequibilidade da recolha, da disponibilidade dos dados necessários ou da possibilidade de operacionalização efetiva daqueles indicadores[54].

122. Como tal, não há evidência de um diagnóstico prévio que avaliasse a exequibilidade técnica dos indicadores propostos, nomeadamente no que respeita à disponibilidade e qualidade da informação necessária à sua produção, o que comprometeu a garantia de uma monitorização eficaz. Refira-se ainda que, na fase de conceção do Plano, não foram definidos indicadores para as medidas estruturantes.

123. Já no processo de seleção dos 55 indicadores finais, a consultora contratada (*vide* § 119 e Caixa 2) propôs à DE-SNS um modelo analítico baseado em boas práticas internacionais, nomeadamente as preconizadas pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE)[55], do Reino Unido, assente na avaliação e seleção dos indicadores com base em critérios de relevância (40%), facilidade de implementação (35%), alinhamento com o Quadro Global de Referência (QGR) do SNS[56] (15%) e publicação em *dashboards* internos ou externos (10%).

124. A responsabilidade pela seleção dos indicadores finais coube à DE-SNS e à SPMS, competindo à consultora prestar apoio técnico à tomada de decisão. A validação deste conjunto final de indicadores consta das conclusões da 2.ª reunião do GT 2, realizada em 23 de outubro de 2024, conforme ata disponibilizada pelo MS, e resultou na consolidação de 55 indicadores, a maioria dos quais correspondente a métricas não previstas na versão inicial do

[54] Informação recolhida em reunião com o Coordenador do GT 1.

[55] *NICE indicator process guide* (2026), originalmente publicado em 2014, revisto em 2019 e atualizado em 2026.

[56] O Despacho n.º 6770/2024, de 13 de maio, do Ministro das Finanças, e de 30 de abril da Ministra da Saúde, estabelece o Quadro Global de Referência (QGR) do SNS para o período 2024, conforme o artigo 67.º-A do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual.

Plano (37 em 55; 67%). Não foi obtida evidência documental da aplicação efetiva do modelo analítico proposto pela consultora por parte da DE-SNS, e que terá resultado na seleção dos 55 indicadores finais.

125. Sintetizando, a seleção inicial dos 174 indicadores constantes do Plano aprovado não assentou numa abordagem metodológica claramente definida, com critérios de avaliação explícitos, tendo resultado essencialmente de um processo alargado de discussão no âmbito das atividades do GT 1, orientado por uma lógica de abrangência, mas sem evidência de análises prévias quanto à exequibilidade da sua operacionalização.

126. Já a seleção de indicadores finais beneficiou de uma proposta de abordagem metodológica com explicitação clara de critérios de avaliação, assente nos contributos da consultora contratada para apoiar o processo de implementação da monitorização do PETS, bem como do envolvimento de entidades centrais na avaliação da exequibilidade de implementação dos indicadores em análise.

127. Da sucessão destes dois processos resultou um modelo de monitorização inicialmente sobredimensionado, metodologicamente pouco sustentado e sem validação prévia da sua exequibilidade, que teve de ser revisto já em plena fase de execução do PETS, quando o prazo das medidas urgentes se encontrava ultrapassado e o das prioritárias próximo do termo. Esta reformulação tardia, que reduziu o universo de 174 para 55 indicadores e assentou maioritariamente em indicadores não previstos na versão inicial do Plano, comprometeu a estabilidade e continuidade do referencial de monitorização, limitou a comparabilidade entre o desenho inicial e a execução efetiva do PETS e fragilizou a transparência do processo de acompanhamento. Em consequência, ficou reduzida a capacidade de dispor, desde o início, de informação fiável, consistente e operacionalmente viável para apoiar o controlo da implementação, a prestação de contas e a tomada atempada de decisões corretivas.

8.3. Especificação técnica dos indicadores de monitorização

128. Uma questão crucial na definição de indicadores, a par com a determinação dos seus valores iniciais ou linhas de base e o estabelecimento de metas, é a definição de responsabilidades institucionais no contexto mais amplo do sistema de monitorização. As boas práticas referem que para cada indicador devem ser especificados: (i) a designação e definição do indicador;(ii) a fórmula de cálculo;(iii) a entidade responsável pela recolha dos dados e a periodicidade dessa recolha; (iv) a entidade responsável pelo reporte; e (v) a entidade encarregue da análise do desempenho. Mais, esta atribuição de responsabilidades deve desde logo estar definida no documento estratégico que suporta a intervenção pública (*e.g.*, Vági & Rimkute, 2018, p. 52). O que não sucedeu no PETS, como já descrito na secção 8.2.

129. Foi já em plena fase de implementação do PETS que foram selecionados os 55 indicadores de monitorização (indicadores finais), num processo que envolveu a DE-SNS, a SPMS, o GT 2 e teve o suporte de serviços de consultoria externa.

130. Com efeito, entre os "entregáveis" produzidos pela consultora contratada para suportar o processo de seleção de indicadores de monitorização, consta um documento designado como "Ficha Técnica dos Indicadores", e que consiste num ficheiro Excel que contém a sistematização dos indicadores definidos para a monitorização da execução do PETS, incluindo a respetiva caracterização técnica, fontes de dados, entidades responsáveis, periodicidade de recolha e critérios de divulgação[57].

131. O documento integra ainda a identificação dos indicadores de divulgação pública, bem como um modelo normalizado de ficha técnica, constituindo um referencial metodológico de apoio ao acompanhamento e reporte da execução das medidas previstas no Plano.

132. A análise das fichas técnicas dos indicadores demonstra que, em geral, estes se encontram bem definidos, contemplando a descrição, variáveis, unidade de medida, periodicidade de recolha e publicação, fórmula de cálculo, fonte de dados, entidade editora e autor, bem como o carácter público ou interno da informação (ver Apêndice 5).

133. O desenvolvimento deste tipo de instrumento está parcialmente alinhado com as boas práticas internacionais: se, por um lado, as fichas técnicas produzidas contemplam os elementos de caracterização recomendados, por outro, a sua elaboração ocorreu já em fase de implementação do PETS, contrariando a recomendação de que esta reflexão e especificação sejam realizadas na fase de desenho e planeamento. A publicação e divulgação pública das fichas de indicadores constitui também uma boa prática recomendada, na medida em que contribui para credibilidade e transparência do Plano, prática que não foi adotada no PETS (Vági & Rimkute, 2018, p. 59).

134. A distribuição dos indicadores por medidas seguiu predominantemente a lógica de um indicador por medida (41 medidas das 54 existentes). Contudo, 10 medidas dispõem de dois ou três indicadores e três medidas estruturantes não possuem qualquer indicador, devido à necessidade de reflexão adicional sobre as mesmas (Eixo 2 - Medida C.1 - Separação das especialidades de ginecologia e obstetrícia) ou à pendência de legislação (Eixo 2 – Medida C.2 - Reforço do acompanhamento da grávida por especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia e Eixo 3 - Medida C.2 - Apoio médico a doentes em lares (ERPI))[58].

135. A definição clara dos indicadores de monitorização do PETS, incluindo a identificação das fontes de dados, dos métodos de apuramento e das periodicidades de recolha, contribuiu para reforçar a robustez do sistema de acompanhamento.

136. Esta clarificação metodológica permitiu assegurar maior consistência e fiabilidade na produção da informação, reduzindo ambiguidades e garantindo que os dados são recolhidos e reportados de forma uniforme pelas diferentes entidades envolvidas. Em simultâneo, a explicitação das responsabilidades e da natureza dos dados reforça a transparência e a

[57] No mesmo sentido, ver o artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 86/2025, de 18 de julho.

[58] Conforme informação constante do documento designado como "Ficha Técnica dos Indicadores", disponibilizado pelo MS, e descrito no § 130.

responsabilização institucional, possibilitando um escrutínio mais eficaz e aumentando a confiança nos resultados apresentados.

137. Uma monitorização, reporte e avaliação eficazes exigem indicadores claramente definidos, com linhas de base (ou valores de referência) e metas associadas (Kusek & Rist, 2004, pp. 65-72 e 133; Vági & Rimkute, 2018, p. 91)[59]. Nas fichas técnicas que descrevem os indicadores, não é apresentada, de forma explícita e sistemática, a indicação de valores de referência (*baselines*) para cada indicador. No entanto, no documento do Plano, 21 das 54 medidas previstas (39%) incluem a quantificação das necessidades que lhes estão subjacentes, integradas na sua descrição detalhada, designadamente através dos parâmetros "Objetivo" e "Conceito". Nos casos em que as variáveis usadas naquela quantificação coincidem com indicadores definidos para a monitorização da execução das medidas, pode considerar-se que os valores apurados inicialmente constituem as linhas de base a partir da qual se afere a evolução da execução[60].

138. Não obstante, a monitorização do Plano ficou condicionada pela ausência generalizada de valores de referência, uma vez que a documentação do PETS não os apresenta de forma consistente.

139. A comparação dos dados de desempenho ao longo do tempo, tendo por referência valores ou linhas de base (*baselines*) e medições intermédias, é essencial para avaliar a evolução de uma intervenção pública. Dados isolados de um trimestre ou ano têm utilidade limitada, pois não permitem identificar tendências, nem aferir a evolução face à situação inicial e avaliar se os progressos observados foram sustentados, pontuais ou entretanto revertidos (Kusek & Rist, 2004, p. 133).

140. A ausência de definição consistente e sistemática de linhas de base traduz um afastamento face às boas práticas de planeamento e monitorização, as quais recomendam o recurso a dados iniciais ou históricos como referência e a documentação explícita do estado de partida, condição essencial para um acompanhamento estruturado e eficaz. A inexistência de valores de referência limita a avaliação objetiva do desempenho, fragiliza a tomada de decisão e dificulta a priorização de ações e recursos. Adicionalmente, reduz a transparência e a comparabilidade dos resultados, aumentando a subjetividade na sua interpretação e podendo afetar a credibilidade global do Plano.

Em sede de contraditório, a Ministra da Saúde refere que parte significativa das medidas do PETS se encontrava enquadrada em instrumentos que já dispunham de indicadores e mecanismos próprios de monitorização.

[59] Tradução livre do inglês: "*Good monitoring, reporting and evaluation require well-defined indicators with baselines and targets*".

[60] Veja-se, a título de exemplo a quantificação das necessidades para a Medida A.1 do Eixo 1 - Regularização da lista de espera para cirurgia oncológica: OncoStop2024: Programa destinado aos 9.374 doentes oncológicos, que em abril de 2024 estavam em lista de espera acima do TMRG em todo o território nacional.

A utilização de indicadores existentes pode reduzir o esforço de recolha de informação, mas exige verificar se medem os objetivos das medidas do PETS, se têm metas e valores de referência adequados e se estão disponíveis os dados e meios necessários ao seu apuramento. No Plano aprovado, apenas nove medidas apresentavam indicadores e metas suficientemente definidos, e o universo inicial de 174 indicadores foi profundamente revisto durante a implementação, dando origem a 55 indicadores finais, dos quais 37 não estavam inicialmente previstos. Estes resultados evidenciam a importância de validar a adequação e a exequibilidade dos indicadores antes de os adotar, mesmo quando provêm de sistemas já existentes.

A definição posterior de fichas técnicas para o universo de indicadores finais constituiu um progresso, mas não supriu todas as lacunas, designadamente a falta de indicadores para três medidas estruturantes e de linhas de base explícitas. A existência de métricas noutros instrumentos não afasta, assim, as observações sobre a qualidade do referencial de monitorização do PETS.

9. QA 4: Foram definidos mecanismos de monitorização do PETS, transparentes e orientados para a melhoria contínua do Plano?

141. A implementação do PETS foi acompanhada pela definição de mecanismos formais destinados a assegurar a sua monitorização regular, sistemática e multidisciplinar. Entre estes mecanismos destaca-se a criação, através do Despacho n.º 10208-A/2024, de 29 de agosto, da Ministra da Saúde, do designado GT 2, integrado por profissionais de reconhecida experiência e colocado sob a dependência direta do Gabinete da Ministra da Saúde. Este grupo de trabalho foi criado para garantir uma avaliação contínua e proporcionar uma visão holística do progresso do Plano.

142. Em paralelo, foi disponibilizado no Portal do SNS uma área dedicada à execução do PETS - o portal do PETS - que permite consultar o Plano, acompanhar a execução das medidas em cada eixo estratégico e aceder aos dois relatórios do GT 2 relativos à monitorização da execução das várias medidas. Esta ferramenta visou reforçar a transparência e assegurar a disponibilização de informação atualizada.

143. Foi também proposto pela consultora contratada pela DE-SNS um *Modelo de Governo*, no contexto da implementação da monitorização do PETS (cf. detalhado na secção 7.1).

9.1. Mecanismos de monitorização

144. Apesar do enquadramento formal, a evidência recolhida revelou limitações quanto à operacionalização atempada dos instrumentos de monitorização, à regularidade da produção de relatórios de acompanhamento e à documentação das atividades de acompanhamento realizadas.

145. A nomeação do GT 2, bem como o arranque do processo de definição dos indicadores finais de monitorização, ocorreram tardiamente, numa fase em que os prazos de conclusão das medidas urgentes já se encontravam próximos. O conjunto de 55 indicadores finais foi validado em 23 de outubro de 2024, já depois do termo previsto para as medidas urgentes, e a cerca de dois meses do fim do prazo de execução das medidas prioritárias, o que limitou o período útil de monitorização baseada nesses indicadores.

146. No despacho[61] que criou o GT 2, estava prevista a produção de relatórios mensais sobre o estado de implementação do Plano. Contudo, segundo a informação prestada pelo coordenador do GT 2, aquele acompanhamento mensal desenvolveu-se sobretudo através de reuniões entre o GT 2 e o coordenador da execução do PETS, com participação pontual da Ministra da Saúde, as quais, embora úteis para acompanhamento da execução e identificação de constrangimentos, não resultaram na elaboração de relatórios mensais formais.

147. Neste âmbito, foi solicitado ao coordenador do GT 2 o envio do suporte documental relativo às reuniões de acompanhamento realizadas, designadamente convocatórias, atas e demais documentação de apoio (*e.g.*, dados de monitorização da execução)[62]. Todavia, na resposta remetida, não foi enviada qualquer evidência documental daquele acompanhamento, pelo que ficou por demonstrar a sua regularidade, conteúdo e resultados.

148. Sem prejuízo da ausência de evidência remetida pelo coordenador do GT 2, o Gabinete da Ministra da Saúde, remeteu as atas respeitantes a duas reuniões do GT 2 com o coordenador da execução do PETS, realizadas em 26 de setembro de 2024 e em 23 de outubro de 2024, sendo de registar a presença da Ministra da Saúde em parte da reunião realizada em 23 de outubro de 2024.

149. O GT 2 produziu e publicou apenas dois relatórios de acompanhamento – "Relatório do Grupo de Trabalho" e "Relatório de Progresso" - referentes à informação disponível a 20 de dezembro de 2024 e a 31 de março de 2025, respetivamente, não observando a periodicidade mensal estabelecida no despacho de criação do GT 2.

150. Estes dois relatórios adotaram uma matriz comum, composta por preâmbulo metodológico, a que se segue, para cada eixo estratégico, o enquadramento, quadros de medidas com indicação de prioridade e estado de execução ("concluída", "em curso" e "por iniciar"), análise, conclusões e recomendações. A apreciação incidiu nas medidas urgentes e prioritárias, examinando os respetivos graus de execução, os resultados reportados, as insuficiências de informação, a efetividade das medidas e a necessidade de reprogramação ou revisão em vários eixos de intervenção.

---

[61] Despacho n.º 10208-A/2024, de 29 de agosto, da Ministra da Saúde.

[62] Entre outras questões, o TdC solicitou, através de ofício dirigido ao Coordenador do GT 2: "*Descrição dos mecanismos de articulação com o Ministério de Saúde para o acompanhamento da execução do PETS (tipologia e periodicidade), incluindo eventuais ajustamentos implementados e mecanismos atualmente em vigor, acompanhada de evidência documental ilustrativa (e.g., atas de reuniões, convocatórias, documentação de suporte).*"

151. O 1.º relatório publicado, reportado a 20 de dezembro de 2024, indicou uma taxa de execução de 41% (22 medidas concluídas em 54 definidas). Já o relatório referente a 31 de março de 2025 concluiu por uma taxa de execução de 52% (28 medidas concluídas em 54 definidas, mais 6 medidas face ao final de 2024).

152. As limitações observadas nos parágrafos anteriores – validação tardia dos indicadores finais de monitorização, a não produção dos relatórios mensais previstos e a insuficiência da documentação disponível sobre a regularidade, conteúdo e resultados dos mecanismos de acompanhamento – são suscetíveis de ter impactado de forma relevante a eficácia do sistema de monitorização do PETS, nomeadamente:

- A capacidade de acompanhamento tempestivo, limitando a deteção precoce de desvios, riscos ou constrangimentos na execução das medidas;
- Insuficiente suporte à tomada de decisão, devido à disponibilização tardia de indicadores estruturados e fiáveis;
- Redução da transparência e da *accountability*, decorrente da inexistência de relatórios com a periodicidade prevista, dificultando o escrutínio público e institucional; e
- Limitação da avaliação dos efeitos das medidas urgentes, cuja execução coincidiu com o período em que os instrumentos de monitorização estavam ainda em desenvolvimento.

153. Boas práticas internacionais realçam que a monitorização e avaliação devem assentar em mecanismos regulares, sistemáticos e institucionalizados com responsabilidades definidas, metodologias consistentes e periodicidade clara. Estes elementos garantem informação fiável e comparável ao longo do tempo, promovendo decisões fundamentadas e uma cultura organizacional orientada para a evidência e melhoria contínua (OECD, 2020b).

154. Importa aqui referir que, no âmbito dos trabalhos de auditoria, foram solicitados esclarecimentos ao coordenador do GT 2 sobre os mecanismos de monitorização e avaliação do PETS, designadamente quanto: (i) à participação do GT 2 na seleção e validação dos indicadores finais de monitorização do Plano; (ii) aos mecanismos e instrumentos de disponibilização de dados de monitorização; (iii) à qualidade dos dados utilizados nos relatórios de acompanhamento; (iv) às inconsistências identificadas entre esses relatórios e o *dashboard* público do Portal do SNS; e (v) ao fundamento para a classificação pontual de medidas como concluídas, perante a constatação da ausência de dados que permitissem avaliação adequada.

155. Os esclarecimentos prestados pelo coordenador do GT 2 não corresponderam aos solicitados pelo TdC, limitando-se, na maioria dos casos, a remeter para respostas anteriormente dadas pelo Ministério da Saúde, sobre aspetos distintos daqueles sobre os quais se solicitou esclarecimentos junto daquele responsável. Esta circunstância limitou a obtenção de informação sobre matérias relevantes para a avaliação dos mecanismos de monitorização da execução do PETS, limitando a avaliação da regularidade, consistência e abrangência do seu funcionamento e prejudicando a demonstração da sua existência.

Em contraditório, a Ministra da Saúde refere que *"(...) foram desenvolvidos mecanismos regulares de acompanhamento da execução das medidas, envolvendo os diversos serviços e organismos responsáveis"* e que *"[a] Monitorização constituiu um processo contínuo de gestão operacional e apoio à decisão, permitindo identificar constrangimentos, redefinir prioridades e acompanhar o grau de concretização das iniciativas."* Reconhece, contudo, que nem toda a atividade se traduziu em relatórios com a periodicidade prevista, mas salienta que *"(...) tal circunstância não significa ausência de monitorização nem de acompanhamento executivo (...)"*, relacionando-a com a prioridade atribuída à implementação das medidas. Acolhe favoravelmente o reforço da documentação e da divulgação pública recomendados pelo Tribunal.

As alegações apresentadas não afastam, em substância, as observações formuladas, que não incidem sobre a inexistência de atividades de acompanhamento, mas sobre a insuficiente demonstração do funcionamento regular e continuado dos mecanismos de monitorização definidos. Com efeito, a evidência recolhida documenta as reuniões de setembro e outubro de 2024 e os relatórios reportados a dezembro de 2024 e março de 2025, mas os elementos disponíveis não permitem demonstrar, de forma sustentada, a frequência, o conteúdo e os resultados do acompanhamento sistemático referido pelo MS. A prioridade atribuída à execução pode contextualizar a opção adotada, mas não afasta o incumprimento da periodicidade mensal estabelecida nem dispensa a sistematização do acompanhamento. O reporte regular permite conservar e comparar os respetivos resultados, explicitar desvios e apoiar as decisões corretivas e a prestação de contas, sendo particularmente relevante para a identificação atempada de constrangimentos.

Mantêm-se, por isso, as observações quanto às limitações dos mecanismos de monitorização do PETS em matéria de documentação, transparência, verificabilidade, prestação de contas e avaliação de resultados.

9.2.Transparência

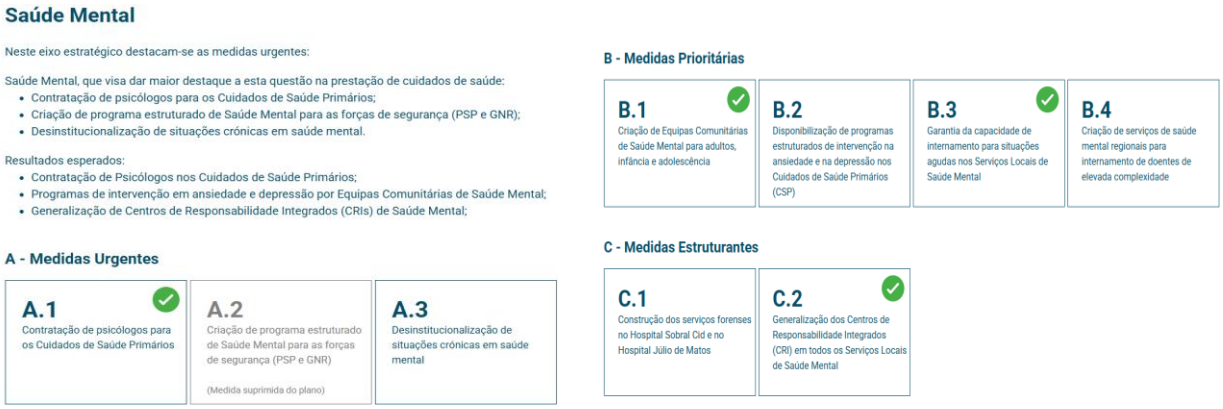
156. A informação relativa à execução do PETS encontra-se disponível numa área dedicada do Portal do SNS – o portal do PETS, "*desenvolvido pela SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, em parceria com o Grupo de Trabalho responsável pelo acompanhamento do PETS*", lançado em 20 de dezembro de 2024[63]. Este portal permite consultar o Plano, acompanhar a execução das medidas em cada eixo estratégico e aceder aos dois relatórios do GT 2, relativos à monitorização da execução das várias medidas.

157. Embora a disponibilização e divulgação públicas de informação estruturada e sistematizada sobre a execução das medidas do PETS só tenha ocorrido mais de seis meses após a sua aprovação, em 29 de maio de 2024, através do portal do PETS, tal constituiu, juntamente com a publicação dos relatórios do GT 2, um contributo relevante para o reforço da transparência e da *accountability*.

[63] https://web.archive.org/web/20250114225116/https://www.portugal.gov.pt/pt/gc24/comunicacao/noticia?...

158. Naquele portal, a informação sobre o Plano encontra-se organizada em cinco páginas, correspondentes aos respetivos eixos estratégicos. Em cada página é identificado o âmbito do eixo, são destacadas as principais áreas de intervenção e os resultados esperados, sendo apresentadas as medidas que o integram, agrupadas em urgentes, prioritárias e estruturantes, com indicação do respetivo código, designação e, quando aplicável, da sua concretização ou supressão (Figura 3[64]). Todavia, a informação disponibilizada não inclui elementos fundamentais, designadamente as datas de conclusão das medidas, a evidência que sustenta a respetiva concretização e o fundamento das medidas assinaladas como suprimidas.

Figura 3 – Informação disponível no portal do PETS: resultados esperados e estado das medidas



Notas: 1. Dados relativos ao Eixo 5 – Saúde Mental. 2. As figuras apresentadas são visualizações parciais retiradas do Portal do PETS, que servem um propósito meramente ilustrativo quanto à natureza e formato da informação aí disponibilizada.
Fonte: Portal do PETS, consultado em 08.06.2026.

159. Cada uma das cinco páginas (uma página por eixo) integra ainda uma área de "Resultados", na qual são divulgados indicadores selecionados, apresentados através de valores em destaque e de representações gráficas, designadamente evolução mensal, comparações entre anos, variações homólogas e valores acumulados, com identificação da fonte e indicação da data ou período de referência.

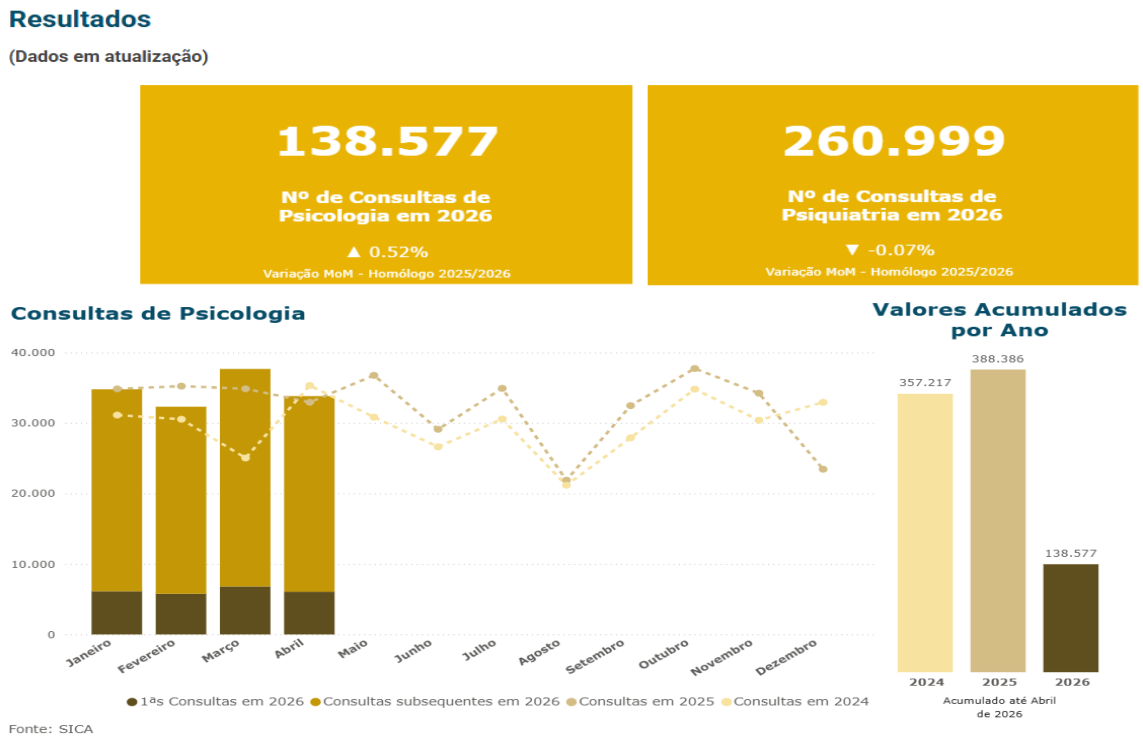
160. Esta abordagem está alinhada com práticas recomendadas de monitorização regular e comunicação sistematizada do desempenho (Kusek & Rist, 2004; Vági & Rimkute, 2018). No entanto, a sua abrangência revela-se limitada: não é apresentada uma associação direta entre estes indicadores e as medidas de cada eixo - pelo que a respetiva correspondência tem de ser inferida pelo utilizador - e a informação publicada não cobre a totalidade dos 55 indicadores finais definidos para a monitorização da execução do PETS (ver 8.2). Com efeito, da análise da informação publicada, apenas se identificaram 18[65] (33%) que correspondem

[64] *E.g.*, Plano de Emergência e Transformação na Saúde Eixo 5 – SNS.

[65] Da análise dos indicadores publicados identificaram-se dois que não constavam do universo de 55 indicadores finais selecionados, são eles: "Utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários" (Eixo 4 – Saúde próxima e familiar) e "Consultas de Psiquiatria" (Eixo 5 – Saúde Mental). Estes indicadores estão listados e descritos no Apêndice 7.

total ou parcialmente àquele universo. A correspondência entre indicadores finais e indicadores publicados, por eixo estratégico e medida, é apresentada no Apêndice 6, enquanto o Apêndice 7 lista e descreve apenas os indicadores publicados.

Figura 4 - Informação disponível no portal do PETS: indicadores publicados



Notas: 1. Dados relativos ao Eixo 5 – Saúde Mental. 2. As figuras apresentadas são visualizações parciais retiradas do Portal do PETS, que servem um propósito meramente ilustrativo quanto à natureza e formato da informação aí disponibilizada.
Fonte: Portal do PETS, consultado em 08.06.2026.

161. Questionado sobre a razão da não publicação da totalidade dos 55 indicadores finais[66], o MS não apresentou essa justificação nem explicitou os critérios de seleção dos indicadores divulgados, limitando-se a referir a existência de um modelo integrado de monitorização e a salientar a disponibilização de um *dashboard* público de monitorização global do PETS no Portal do SNS. A DE-SNS, por seu turno, remeteu a publicação dos dados para a SPMS, afirmando não dispor de elementos que permitissem esclarecer aquela questão[67]. Já a SPMS, em informação recolhida em momento anterior, havia referido que o portal inclui apenas os

[66] Concretamente, o MS foi questionado quanto à *"[r]azão da não publicação de informação que responda à totalidade dos indicadores finais para a monitorização do Plano (55), que constam do "ficheiro Excel com os Bilhetes de Identidade dos indicadores (...)" remetido ao Tribunal em anexo ao ofício n.º S 1962/2025 de 07.05.2025, do Gabinete da Ministra da Saúde"*.

[67] Através de email do Diretor Executivo do SNS, de 3 de julho de 2026, a DE-SNS, informou que *"a publicação dos dados [no portal do PETS] encontra-se cometida à SPMS, E.P.E."*, acrescentando que lhe competia apenas "*colaborar na recolha e validação de informação cuja extração direta dos sistemas de informação esteja indisponível*". Concluiu, assim, não dispor "*de elementos que permitam esclarecer a razão pela qual não terá sido publicada informação relativamente à totalidade dos 55 indicadores selecionados.*"

indicadores principais identificados pela DE-SNS. Assim, permaneceu por esclarecer a razão da não publicação da totalidade dos 55 indicadores finais, bem como os critérios subjacentes à seleção dos indicadores divulgados, subsistindo incongruência entre os elementos transmitidos pelas entidades envolvidas.

162. Adicionalmente, no final das páginas dedicadas a cada um dos eixos prioritários do Plano é possível aceder à área de "Monitorização", que consiste numa página autónoma destinada à consulta do grau de execução das medidas por eixo estratégico. Esta área é apresentada sob a forma de *dashboard* interativo, com navegação lateral entre os cinco eixos estratégicos. Para cada eixo, disponibiliza uma síntese quantitativa do estado de execução das medidas, globalmente e por nível de prioridade - urgentes, prioritárias e estruturantes - através de gráficos circulares que distinguem as medidas concluídas das que permanecem em curso.

163. O *dashboard* inclui ainda filtros por medida, prioridade e estado de execução, permitindo ajustar a consulta da informação. Na parte inferior, apresenta uma tabela com a identificação e designação de cada medida, o respetivo nível de prioridade e o estado atribuído, possibilitando a passagem de uma visão agregada para o detalhe individual das medidas.

Figura 5 – Informação de monitorização no portal PETS



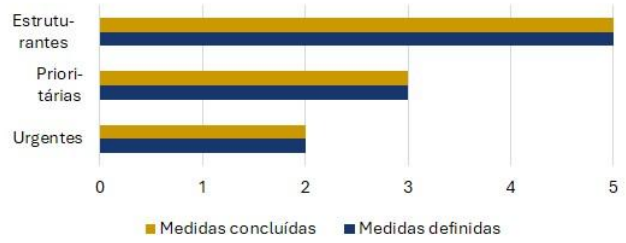
Nota: 1. Dados relativos ao Eixo 4 – Saúde Próxima e Familiar. 2. As figuras apresentadas são visualizações parciais retiradas do Portal do PETS, que servem um propósito meramente ilustrativo quanto à natureza e formato da informação aí disponibilizada.
Fonte: Portal do PETS, consultado em 08.06.2026.

164. Não obstante o detalhe da informação disponibilizada no *dashboard*, o portal não apresenta a taxa de execução de cada eixo estratégico, nem a taxa de execução global do PETS. Essa informação só pode ser obtida mediante cálculo pelo utilizador, a partir da contagem das medidas concluídas e da determinação do respetivo peso no total de medidas previstas, quer em cada eixo, quer no conjunto do Plano (54 medidas inicialmente definidas). Esta opção impede a perceção imediata do grau de execução do PETS e dos respetivos eixos estratégicos.

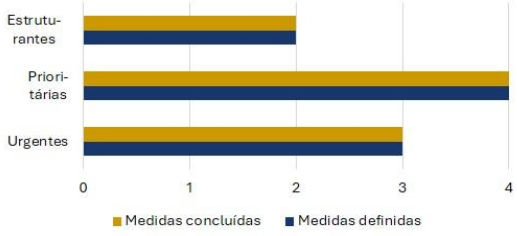
165. A Figura 6 apresenta uma síntese do grau de execução das medidas por eixo estratégico, evidenciando a distribuição das medidas por nível de prioridade e o respetivo estado de execução, que consta da informação publicada no portal do PETS, consultado no âmbito da presente ação em 08.06.2026.

Figura 6 – Execução das medidas por eixo

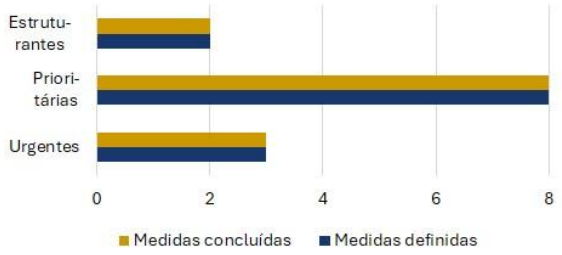
Eixo 1. Resposta a tempo e horas



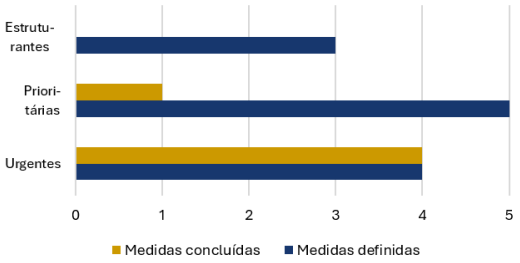
Eixo 2. Bebés e mães em segurança



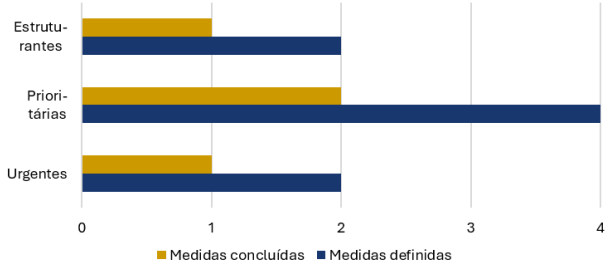
Eixo 3. Cuidados urgentes e emergentes



Eixo 4 – Saúde próxima e familiar



Eixo 5 – Saúde mental



Fonte: elaboração própria, com base na informação disponível no Portal do PETS (consultado a 08.06.2026).

166. Em síntese, a publicitação de informação acerca do grau de execução das medidas no portal do PETS, apesar de representar um esforço relevante no sentido da transparência, sai

fragilizada pela ausência de informação completa, falta de fundamentação das medidas consideradas como concluídas ou concretizadas, e demais limitações identificadas (*e.g.*, indicadores selecionados *versus* indicadores publicados), reduzindo a sua utilidade enquanto instrumento de escrutínio público. As boas práticas recomendam que a informação disponibilizada seja clara, compreensível, sistemática e atualizada, de modo a sustentar o acompanhamento efetivo das medidas, reforçar a confiança dos cidadãos nas instituições e promover a melhoria contínua das políticas públicas (Kusek & Rist, 2004, pp. 130-131).

167. No portal do PETS são igualmente disponibilizados os relatórios elaborados pelo GT 2, responsável pelo acompanhamento da execução do Plano. Porém, para além de não ter sido cumprida a periodicidade de reporte mensal prevista no Despacho n.º 10208-A/2024, de 29 de agosto, da Ministra da Saúde - foram publicados apenas dois relatórios, relativos à execução do Plano reportada a dezembro de 2024 e a março de 2025 - a informação neles constante não evidencia, de forma exaustiva, os resultados dos indicadores definidos para a monitorização do PETS, que deveriam sustentar a classificação das medidas como concluídas, em curso ou por iniciar. A análise apresentada limita-se, essencialmente, à descrição dos argumentos justificativos do grau de implementação das medidas, sem demonstração objetiva dos resultados através dos respetivos indicadores.

9.3.Melhoria contínua

168. "*Um relatório* [de monitorização] *só tem valor na medida em que contribui para assegurar uma execução eficaz e eficiente da reforma e apoia a adoção de medidas corretivas quando necessário*".[68]

169. Não foi obtida evidência de que a monitorização e avaliação do PETS tenham sustentado de forma sistemática e estruturada, ajustamentos ao Plano durante a sua execução. Apesar das recomendações formuladas pelo GT 2, relativas à revisão de medidas e prazos em vários eixos, de que são exemplos a saúde materna, as urgências e a saúde mental (Apêndice 2) o PETS permaneceu praticamente inalterado desde a sua aprovação, evidenciando a ausência de mecanismos efetivos de melhoria contínua. Confrontado com esta matéria, o MS[69] limitou-se a remeter[70] para os relatórios do GT 2, sem esclarecer o acolhimento dado às suas recomendações.

170. Com efeito, a consulta ao portal do PETS, em 08.06.2026, apenas permitiu identificar alterações relativas à supressão de duas das 54 medidas inicialmente previstas, por *"(...) decisão dos membros do Governo responsáveis pela área governativa da Saúde"*[71] : a Medida C.1 do Eixo 2, relativa à separação das especialidades de Ginecologia e Obstetrícia e a Medida A.2., do Eixo 5, respeitante à criação de um programa estruturado de Saúde Mental para as forças de segurança (PSP e GNR). Refira-se que o GT 2 recomendou, nos dois relatórios

[68] Tradução livre do inglês: "*A report is good only in as far as it helps to ensure effective and efficient reform delivery and supports the taking of corrective measures where necessary*." (Vági & Rimkute, 2018, p. 92).

[69] Ofício dirigido à Chefe do Gabinete da Ministra da Saúde, remetido em 26 de janeiro de 2026 através de email.

[70] Ofício do Gabinete da Ministra da Saúde n.º S 1187/2026 de 13 de março.

[71] Informação prestada pelo Gabinete da Ministra da Saúde, através do ofício n.º 2896/2026 de 3 de julho.

publicados[72], a reavaliação da Medida C.1 do Eixo 2, por considerar a mesma de difícil implementação.

171. Da análise aos relatórios produzidos pelo GT 2, constata-se que as recomendações formuladas assumiram natureza heterogénea, incidindo, sobretudo, sobre os seguintes aspetos: ajustamentos à programação e execução das medidas previstas no PETS, designadamente através da revisão de prazos e da recalendarização de iniciativas; a reformulação do conteúdo de algumas medidas e do respetivo enquadramento regulamentar; o reforço da monitorização e da avaliação da execução, nomeadamente mediante o desenvolvimento de novos indicadores e a melhoria da disponibilidade de dados; e, ainda, propostas de reforço organizacional e da capacidade de resposta dos serviços. O Apêndice 2 identifica e consolida de forma sumária, por eixo estratégico, as recomendações constantes dos dois relatórios produzidos pelo GT 2.

172. Embora o coordenador do GT 2 tenha referido ser intenção do MS proceder à revisão do Plano, não foi obtida evidência concreta desse processo. O MS, nos esclarecimentos prestados sobre esta matéria, limitou-se a indicar que tal intenção estaria refletida nos relatórios do GT 2, contudo sem evidência de decisões formais associadas.

173. O reduzido número de ajustamentos conhecidos demonstra uma insuficiente utilização dos resultados da monitorização, contrariando boas práticas que recomendam mecanismos de revisão contínua e integração da evidência na tomada de decisão (OECD, 2020b).

174. Assim, a não utilização dos resultados da monitorização do PETS pode ter comprometido a capacidade do Plano para se adaptar dinamicamente e de forma informada às necessidades identificadas durante a sua execução. Quando os resultados da monitorização não são incorporados, perde-se a oportunidade de corrigir ineficiências, ajustar medidas e reforçar a eficácia das políticas, diminuindo a probabilidade de alcançar os resultados previstos e de responder adequadamente a desafios emergentes. No caso do PETS, isto poderá ter significado menor capacidade de aprendizagem institucional e limitado o potencial do Plano enquanto instrumento dinâmico de apoio à governança e gestão na saúde.

[72] Relatório do Grupo de Trabalho e Relatório de Progresso.

IV. CONCLUSÕES

Conclusão 1. O desenho do Plano de Emergência e Transformação na Saúde (PETS), preparado num contexto de urgência e de elevada pressão sobre o SNS, assentou num processo com aspetos positivos relevantes: a constituição de um grupo de trabalho com perfil técnico multidisciplinar (GT 1), integrando experiência clínica e de gestão em saúde; a consulta a um universo alargado de entidades representativas do setor da saúde; e a manutenção, no grupo de trabalho constituído, da responsabilidade substantiva pela definição dos eixos e medidas do Plano. Em algumas áreas, designadamente no acesso a cuidados hospitalares programados e na caracterização da procura, o diagnóstico recorreu a elementos quantitativos com sustentação assinalável. [Secção 6.1]

Conclusão 2. Não obstante, identificaram-se limitações que condicionam a verificabilidade do processo. O diagnóstico de necessidades revelou-se desigual, coexistindo áreas com suporte quantitativo adequado e outras com fundamentação insuficiente ou não demonstrada; o processo de consulta de partes interessadas, embora perspetivado como abrangente, apresentou lacunas ao nível da estruturação, documentação e demonstração do tratamento dado aos contributos recebidos; e não ficou demonstrado que a priorização de medidas e fixação de prazos assentassem em critérios explícitos e verificáveis que integrassem riscos, recursos e viabilidade de execução. [Secção 6.1]

Conclusão 3. Na fase de conceção (ou desenho) do PETS, não ficou evidenciada uma identificação sistemática e documentada dos riscos nem a definição de medidas de mitigação. A apreciação da exequibilidade de algumas medidas não permitiu demonstrar uma ponderação integrada dos riscos operacionais, financeiros e de recursos humanos suscetíveis de afetar a execução das medidas previstas e o cumprimento dos seus objetivos. [Secção 6.2]

Conclusão 4. A conceção e implementação do PETS assentou em estruturas de suporte formalmente identificáveis, designadamente nas entidades executoras do SNS, na criação de dois grupos de trabalho (GT 1 e GT 2) e na designação de um coordenador de execução. Contudo, esses elementos não foram acompanhados de uma definição suficientemente clara e atempada dos papéis, responsabilidades específicas, circuitos de reporte e mecanismos de articulação entre os vários intervenientes aos mais diferentes níveis. [Secção 7.1]

Conclusão 5. A formalização dos mecanismos de coordenação e monitorização ocorreu tardiamente, já em fase de implementação e próximo do termo das medidas urgentes (três meses após a aprovação do plano). Esse desfasamento reduziu a utilidade da coordenação e monitorização, enfraqueceu a clareza das responsabilidades e dificultou a reconstituição do processo de tomada de decisão (rastreabilidade). Acresce que o modelo de governo apresentado pelo consultor externo não é acompanhado de evidência suficiente da sua efetiva operacionalização, nomeadamente quanto a reporte formal, pontos focais, acompanhamento regular e partilha de informação. [Secção 7.1]

Conclusão 6. A coordenação das entidades assentou sobretudo em mecanismos informais, baseados nas competências existentes, tendo o coordenador da execução do PETS sido

designado dois meses após a aprovação do Plano, quando várias medidas urgentes já deveriam encontrar-se em fase avançada de implementação, sem que tenha ficado demonstrado o funcionamento de um modelo estruturado de coordenação institucional. [Secção 7.1]

Conclusão 7. Embora o PETS tenha beneficiado de uma estimativa prévia das necessidades financeiras (442,3 M€) e, segundo informação do Ministro de Estado e das Finanças (MEF), de uma dotação de 200 M€ assegurada desde a preparação do OE 2025, inscrita no Capítulo 60 – Despesas Excecionais (ETF), a evidência recolhida não demonstra que a afetação dos recursos tenha sido assegurada atempadamente nem acompanhada por mecanismos consistentes de controlo. A execução assentou, em larga medida, nos orçamentos das entidades executoras. O Ministério da Saúde (MS) apenas disponibilizou informação de execução financeira reportada a maio de 2025, que então ascendia a 117,4 M€ (27% do montante previamente estimado). Apesar de ter sido solicitada ao MS, não foi disponibilizada informação de execução atualizada. [Secção 7.2]

Conclusão 8. Em 5 de novembro de 2025, por despacho do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento (SEAO), foi autorizado o reforço orçamental da ACSS – Programa Orçamental da Saúde, em 22,9 M€, correspondente a cerca de 5% das necessidades financeiras estimadas para o Plano, e incidindo especificamente sobre os Eixos 3 e 4. As verbas atribuídas ao Eixo 3 abrangeram algumas medidas específicas, representando aproximadamente 18% do financiamento estimado para este eixo, enquanto o Eixo 4 beneficiou de uma dotação residual, cerca de 0,4% do total previsto, circunstâncias que, associadas à aprovação tardia do reforço, poderão ter condicionado a execução atempada e plena dos objetivos definidos no PETS.
[Secção 7.2]

Conclusão 9. Quanto aos recursos humanos, não ficou evidenciado um diagnóstico estruturado das necessidades nem uma monitorização transversal da sua suficiência e afetação, o que fragiliza a demonstração de recursos adequados à implementação. [Secção 7.2]

Conclusão 10. O PETS evidencia um esforço de estruturação na definição das suas medidas, ao adotar uma matriz comum com referência a objetivos, conceito, população-alvo, cronograma de atividades e indicadores, bem como ao distinguir medidas urgentes, prioritárias e estruturantes. Este enquadramento favorece a organização e a inteligibilidade do Plano. Contudo, esse esforço não se traduziu, de forma consistente, na formulação de objetivos específicos, mensuráveis e temporalmente delimitados em todas as 54 medidas do Plano. [Secção 8.1]

Conclusão 11. A análise realizada evidencia que predominam situações em que essas características apenas estão parcialmente asseguradas, com frequente sobreposição entre objetivos da intervenção, realizações (*outputs*) e passos de execução, a existência de indicadores sem metas definidas e a insuficiente delimitação temporal de várias medidas, em especial das estruturantes (15 medidas em 54). [Secção 8.1]

Conclusão 12. No que respeita aos indicadores de monitorização, o PETS também revela fragilidades relevantes ao nível do desenho inicial. O conjunto de 174 indicadores iniciais incluído na versão aprovada do Plano não assentou em metodologia claramente explicitada, nem em critérios formais de seleção, validação ou aferição prévia da respetiva exequibilidade técnica. A necessidade de, já em fase de implementação, proceder a uma reavaliação profunda que reduziu

esse universo para 55 indicadores finais (32% do universo inicial), na sua maioria distintos dos inicialmente previstos, aquando da conceção do Plano, evidencia que o referencial de monitorização então adotado era excessivo, pouco estabilizado e insuficientemente sustentado do ponto de vista metodológico, o que prejudicou a continuidade e comparabilidade da monitorização. [Secção 8.2]

Conclusão 13. Já numa fase posterior, a definição técnica dos 55 indicadores finais passou a assentar em fichas técnicas com descrição, fórmula de cálculo, fontes de dados, periodicidade e identificação de entidades responsáveis, o que constitui um desenvolvimento positivo e reforça a consistência do sistema de monitorização. Ainda assim, esta especificação ocorreu tardiamente, em plena execução do PETS, e não na fase de conceção e planeamento, como recomendam as boas práticas. Acresce que subsistem lacunas, designadamente a ausência de indicadores para três medidas estruturantes e a não divulgação pública daquelas fichas técnicas, o que limita a transparência do modelo de monitorização. [Secção 8.3]

Conclusão 14. O PETS não assegura, de forma explícita e sistemática, a existência de valores de referência ou linhas de base (*baselines*) para o conjunto dos indicadores de monitorização. Embora em 21 medidas seja possível inferir valores iniciais a partir da quantificação das necessidades descritas no Plano, essa solução não substitui a definição formal e consistente de linhas de base. A ausência generalizada desses referenciais fragiliza a aferição objetiva dos progressos alcançados, dificulta a comparação entre situação inicial e resultados obtidos e reduz a robustez do sistema de monitorização e avaliação. [Secção 8.3]

Conclusão 15. O PETS foi acompanhado pela criação de mecanismos formais de monitorização, designadamente a criação de um grupo de trabalho de acompanhamento e seguimento da implementação (GT 2), a previsão de relatórios periódicos e a disponibilização de informação pública no Portal do PETS. Estes instrumentos revelam a intenção de assegurar acompanhamento regular, transparência e uma visão global da execução do Plano. Contudo, a sua operacionalização foi tardia: a estrutura formal de acompanhamento foi instituída já depois do início da implementação e a definição dos indicadores de monitorização apenas se consolidou numa fase avançada da execução. [Secção 9.1]

Conclusão 16. Essa operacionalização tardia condicionou a eficácia do sistema de monitorização. O conjunto de 55 indicadores finais foi validado em outubro de 2024, quando já se encontrava ultrapassado o período de implementação das medidas urgentes e faltavam cerca de dois meses para o termo previsto para as medidas prioritárias, reduzindo o tempo útil de acompanhamento da execução com base nesses indicadores. Acresce que o modelo previsto de reporte regular não foi cumprido: embora estivesse estabelecida a elaboração de relatórios mensais, foram produzidos e publicados apenas dois relatórios - um em dezembro de 2024 e outro em março de 2025 - o que ficou aquém da periodicidade prevista e limitou a produção de informação tempestiva e sistemática. [Secção 9.1]

Conclusão 17. No plano da transparência, a criação do portal do PETS constituiu um elemento positivo, ao permitir a divulgação pública de informação sobre a execução do PETS e dos relatórios do GT 2. Ainda assim, a utilidade deste instrumento ficou limitada por várias insuficiências: a divulgação pública ocorreu apenas em dezembro de 2024, a informação disponibilizada não explicita a evidência subjacente às classificações atribuídas às medidas, a informação publicada

não permite monitorizar a totalidade dos 55 indicadores finais para acompanhamento da execução do PETS, respondendo apenas a 18 desses indicadores. Acresce que, relativamente a alguns destes 18 indicadores, verificam-se discrepâncias entre a informação apresentada no Portal do PETS e as especificações constantes das respetivas fichas técnicas. [Secção 9.2]

Conclusão 18. Também a orientação para a melhoria contínua se revelou limitada. Embora os relatórios publicados pelo GT 2, relativos a dezembro de 2024 e a março de 2025, incluíssem recomendações concretas de revisão de medidas e de reprogramação de prazos, não foi evidenciada a sua tradução em decisões formais ou em alterações ao Plano, que permaneceu quase inalterado desde a aprovação. Assim, a monitorização não foi utilizada de forma consequente como instrumento de ajustamento da execução. Em resultado, os mecanismos de monitorização do PETS mostraram-se apenas parcialmente eficazes, transparentes e orientados para a melhoria contínua. [Secção 9.3]

V. RECOMENDAÇÕES

Atentas as observações e conclusões da auditoria, apresenta-se a lista de recomendações:

À Ministra da Saúde

1. Assegurar, em futuros processos de conceção de planos setoriais, programas ou medidas de reforma no âmbito da Saúde, a adoção e formalização prévia de uma metodologia documentada de desenho da política que inclua: (i) a identificação e quantificação das necessidades, com indicação das fontes, critérios e bases de cálculo; (ii) a definição e registo dos critérios de seleção, de consulta e de participação das partes interessadas, bem como da sistematização dos respetivos contributos; (iii) a fundamentação expressa da priorização das medidas e dos respetivos prazos de execução; e (iv) a identificação dos principais riscos, recursos e medidas de mitigação, com registo documental de todos estes elementos, que garanta a rastreabilidade entre diagnóstico, contributos, medidas aprovadas e execução.

2. Garantir, em futuros planos ou programas setoriais na área da Saúde, a aprovação prévia de um modelo formal de governança e coordenação, que identifique, para cada entidade interveniente, os respetivos papéis e responsabilidades, circuitos de reporte, pontos focais, formas de articulação, mecanismos de monitorização e respetiva periodicidade.

3. Assegurar, previamente à aprovação e durante a execução de futuros planos ou programas setoriais, a identificação, estimativa, afetação e monitorização dos recursos financeiros e humanos necessários à implementação de cada medida, incluindo fontes de financiamento, perfis de competências técnicas e mecanismos de reporte periódico da execução.

4. Diligenciar para que, em futuros planos ou programas setoriais, cada medida seja aprovada com a identificação expressa do respetivo objetivo específico, dos indicadores de monitorização associados, das metas a atingir, dos valores de referência iniciais, das fontes de dados e das entidades responsáveis pela sua disponibilização, da fórmula de cálculo e da periodicidade de recolha e reporte.

5. Assegurar que, em futuros planos ou programas setoriais, o sistema de monitorização seja definido e operacionalizado desde o início da execução, incluindo a seleção e validação prévias dos indicadores, com base em critérios metodológicos explícitos, e a definição dos mecanismos de acompanhamento, designadamente das responsabilidades, dos circuitos de informação, da periodicidade de reporte e dos instrumentos a utilizar, garantindo a adequada documentação e transparência de todo o processo.

6. Garantir, no contexto do PETS, a produção e divulgação dos relatórios de monitorização com a periodicidade formalmente estabelecida, contendo, para cada medida, a identificação do estado de execução, os indicadores apurados, a evidência que sustenta a classificação atribuída e os principais desvios ou constrangimentos identificados.

7. Determinar que os resultados da monitorização sejam objeto de apreciação formal periódica e, quando revelem desvios, atrasos ou insuficiências, deem lugar a decisões expressas sobre a revisão de medidas, prazos ou condições de execução, com registo da respetiva fundamentação.

VI. VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO

Do projeto de relatório foi dada vista ao Ministério Público, nos termos e para os efeitos do n.º 5, do artigo 29.º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, na sua redação atual, que emitiu o respetivo Parecer.

VII. DECISÃO

Os juízes do Tribunal de Contas deliberam, em plenário da 2.ª Secção, o seguinte:

1. Aprovar o presente Relatório;

2. Determinar que o Relatório seja remetido aos seguintes responsáveis:
   - Presidente da Assembleia da República;
   - Ministro de Estado e das Finanças;
   - Ministra da Saúde;
   - Diretor Executivo do Serviço Nacional de Saúde;
   - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.;
   - Presidente do Conselho de Administração da SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.;
   - Coordenador do Grupo de Trabalho designado pelo Despacho n.º 6563/2024, de 24 de maio, da Ministra da Saúde;
   - Coordenador da Execução do Plano de Emergência e Transformação na Saúde, designado pelo Despacho n.º 41/2024, de 29 de julho, da Ministra da Saúde;
   - Coordenador do Grupo de Trabalho, designado pelo Despacho n.º 10208-A/2024, de 29 de agosto, da Ministra da Saúde.

3. Determinar 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 sua redação atual;

4. Determinar que os responsáveis destinatários das recomendações informem, no prazo de seis meses após a receção deste Relatório, o Tribunal de Contas, por escrito e com a inclusão dos respetivos documentos comprovativos, acerca da sequência dada às recomendações;

5. Fixar o valor dos emolumentos em 17.164,00 €, nos termos dos artigos 2.º, 10.º e 11.º do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, a pagar pelas seguintes entidades: Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P., Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. e SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.;

6. Determinar que, após as notificações e comunicações necessárias, o Relatório seja colocado à disposição dos órgãos de comunicação social e publicado no sítio do Tribunal de Contas na Internet.

Tribunal de Contas, em 29 de outubro de 2026.

O Juiz Conselheiro Relator

(Luis Filipe Cracel Viana)

Os Juízes Conselheiros Adjuntos

Participou por videoconferência, tendo votado favoravelmente.

(Fernando José de Oliveira Silva)

Participou por videoconferência, tendo votado favoravelmente

(Sofia David)

(Maria da Luz Carmezim Pedroso de Faria)

Participou por videoconferência, tendo votado favoravelmente.

(Helena Maria Mateus de Vasconcelos Abreu Lopes)

(Maria da Conceição dos Santos Vaz Antunes)

Ana Furtado

(Ana Margarida Leal Furtado)

(José Manuel Gonçalves Santos Quelhas)

Referências

Howlett, M., & Migone, A. (2025). Beyond evidentiary uncertainty: mitigating political risks in policy designs. *Policy Design and Practice*. https://doi.org/10.1080/25741292.2025.2529624

International Organization for Standardization. (2021). *Governance of organizations - Guidance (ISO 37000:2021)*. https://www.iso.org/obp/ui/en/#iso:std:65036:en

Kusek, J. Z., & Rist, R. C. (2004). *Ten Steps to a Results-Based Monitoring and Evaluation System*. World Bank. https://documents1.worldbank.org/curated/en/638011468766181874/pdf/296720PAPER0100steps.pdf

National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2026). *NICE indicator process guide*. https://www.nice.org.uk/process/pmg44/resources/nice-indicator-process-guide-pdf-72286836351685

OECD. (2005). *Modernising Government: The Way Forward, OECD Publishing, Paris*. https://doi.org/10.1787/9789264010505-en

OECD. (2020a). *Mobilising Evidence for Good Governance: Taking Stock of Principles and Standards for Policy Design, Implementation and Evaluation*. https://doi.org/10.1787/3f6f736b-en

OECD. (2020b). *Policy Framework on Sound Public Governance*. OECD. https://doi.org/10.1787/c03e01b3-en

OECD. (2023a). *Glossary of Key Terms in Evaluation and Results Based Management for Sustainable Development (Second Edition)* (Second). https://doi.org/10.1787/632da462-en-fr-es

OECD. (2023b). *The Principles of Public Administration*. OECD. https://doi.org/10.1787/7f5ec453-en

Vági, P., & Rimkute, E. (2018). Toolkit for the preparation, implementation, monitoring, reporting and evaluation of public administration reform and sector strategies: Guidance for SIGMA partners. In *SIGMA Papers* (SIGMA Papers, Vol. 57). OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/37E212E6-EN

Apêndices

Apêndice 1: 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 incidiu na identificação, recolha e análise da legislação e informação disponível sobre o PETS.

A definição dos critérios teve em conta a coerência com o objetivo e as questões de auditoria (ISSAI 3000/47) e constituiu a base para a recolha e análise de evidência que sustenta as observações e conclusões da auditoria (GUID 3920/38). Nesse sentido os critérios de auditoria utilizados assentaram:

- No Plano de Emergência e Transformação na Saúde e respetivos objetivos, indicadores-chave de desempenho e metas estabelecidos no mesmo;
- Nos processos e procedimentos estabelecidos no Plano;
- Nas normas e referenciais de organizações internacionais;
- Nos referenciais de bom desempenho e boas práticas.

Foi elaborado o Plano Auditoria que delimita o âmbito, identifica o objetivo, as questões, os critérios, as fontes de evidência e a metodologia a utilizar.

EXECUÇÃO DA AUDITORIA

Na fase de execução procedeu-se a entrevistas estruturadas e semiestruturadas a representantes das entidades envolvidas no PETS, com vista a obter uma compreensão integrada da governança, dos processos de decisão e dos mecanismos de coordenação, monitorização e comunicação.

Com base na análise das entrevistas realizadas, da informação recolhida junto dos diversos intervenientes e da documentação de suporte disponibilizada, verificou-se se as práticas adotadas apresentam, de um modo geral, coerência e alinhamento com o previsto no Plano e se estão conforme com as referências e boas práticas internacionais aplicáveis à governança pública e a algumas fases do processo das políticas públicas (e.g., desenho e implementação).

RELATO

Nos termos legais e regulamentares, o Juiz Conselheiro Relator aprovou o Relato para remessa para contraditório após distribuição aos Juízes Conselheiros Adjuntos.

Apêndice 2: Recomendações formuladas pelo Grupo de Trabalho responsável pela monitorização do PETS

Eixos Estratégicos	Recomendações
Eixo 1. Resposta a tempo e horas	i. Revisão regulamentar que permitirá enquadrar novas prioridades clínicas para o doente oncológico (medida B2); ii. Avaliação do impacto e da utilidade de atos não cirúrgicos, nomeadamente no âmbito da intervenção vascular, cardiovascular, broncológica na resolução de processos clínicos a aguardar cirurgia e que eventualmente possam ter resolução não cirúrgica.
Eixo 2. Bebés e mães em segurança	i. Revisão dos prazos das medidas: C2 - Reforço do acompanhamento da grávida por Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia; C3 - Estabelecimento de novas estruturas organizacionais para blocos de parto / obstetrícia; ii. Repensar a Medida C1 - Separação das especialidades de ginecologia e de obstetrícia.
Eixo 3. Cuidados urgentes e emergentes	i. Recalendarização da medida A1- Requalificação dos espaços dos Serviços de Urgência Psiquiátricos; ii. Desenvolvimento de novos indicadores/obtenção de dados, que permitam avaliar o impacto e eficácia das medidas: A2. Criação de Centros de Atendimento Clínico para situações agudas de menor complexidade e urgência clínica; A3. Implementação da consulta do dia seguinte nos Cuidados de Saúde Primários para situações agudas de menor complexidade e urgência; B1. Libertação de camas indevidamente ocupadas nos internamentos hospitalares; B3. Desenvolvimento de programas de vacinação contra o Vírus da Gripe e Vírus Sincicial Respiratório; B5. Desenvolvimento do algoritmo do SNS24 para pré-triagem, encaminhamento, referenciação e agendamento de consultas do dia seguinte; B6. Realização de campanhas de informação utilizando a rede de farmácias comunitárias.
Eixo 4 – Saúde próxima e familiar	i. Implementar incentivos financeiros e condições atrativas para retenção de profissionais para as zonas mais carenciadas e de maior dispersão geográfica, ponderando medidas como suplementos salariais, progressão na carreira e pagamento integral do vencimento dos médicos aposentados; ii. Expandir as parcerias com os setores social e privado através da criação de um quadro legal estável para parcerias; estabelecimento de indicadores de desempenho obrigatórios para instituições parceiras; iii. Reforçar e modernizar a Linha “ligue antes, salve vidas” ajustando a capacidade de atendimento às variações sazonais; adoção de tecnologias de triagem automática (IA) para diminuição de tempos de espera e promoção da literacia da população através de campanhas públicas de consciencialização para uso adequado do serviço; iv. Implementar e expandir as USF modelo C, com a simplificação do processo de candidatura; criação de equipas regionais de apoio às novas candidaturas; fixação de metas regionais de cobertura com base em indicadores de carência assistencial; v. Acelerar a implementação dos Centros de Avaliação Médica e Psicológica, facilitando a delegação de funções administrativas como a emissão de atestados, libertando tempo clínico nos CSP e assegurando a interoperabilidade digital com sistemas do SNS e Segurança Social; vi. Acelerar a disponibilização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), formando equipas locais para operação e interpretação dos exames; ampliar a integração digital dos sistemas de saúde para facilitar a comunicação e o encaminhamento dos utentes;

Eixos Estratégicos	Recomendações
	vii. Garantir a disponibilização de meios complementares de diagnóstico, como radiologia convencional e química seca, para aumentar a capacidade resolutiva dos Cuidados de Saúde Primários com extensão a todo o sistema de saúde; viii. Alargar os rastreios oncológicos tendo em consideração as recomendações relevantes designadamente do Conselho da Europa.
Eixo 5. Saúde mental	i. Monitorização contínua das medidas implementadas; ii. Reforço do investimento em recursos humanos e infraestruturas, devendo a contratação de psicólogos e enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica ser acompanhada de incentivos que garantam a fixação de especialistas nas regiões mais carenciadas; iii. Promoção da literacia em saúde mental através da implementação de campanhas nacionais de sensibilização para combater o estigma e aumentar a procura atempada destes cuidados; iv. Desenvolvimento de plataformas digitais para acompanhamento remoto e apoio à saúde mental, facilitando o acesso em regiões com menor cobertura de serviços; v. Articulação interministerial e intersectorial promovendo parcerias entre setores da saúde, educação, trabalho e segurança social, de forma a criar respostas integradas e eficazes.

Fonte: elaboração própria, com base na análise dos relatórios do GT 2.

Apêndice 3: Diplomas relevantes para o desenho e implementação do PETS

Ordem	Diploma	Data de publicação	Produção de efeitos	Objeto / natureza	N.º de membros / lugares	Membros identificados
1	**Despacho n.º 6563/2024 — da Ministra da Saúde**	12.06.2024	05.04.2024	Constitui o grupo de trabalho com vista à definição de orientações que permitam melhorar o acesso, em tempo útil, aos cuidados de saúde	19	Eurico Castro Alves (coord.), Alberto Caldas Afonso, André Cunha Santos, António João Sant'Anna Gandra Leite d'Almeida, António Marques, Catarina Baptista, Cláudia Belo Ferreira, Fernando Severino, Humberto Alexandre Marçal Tomás Martins, Joana Mourão, João Gouveia, Lucindo do Couto Ormonde, Luís Campos Pinheiro, Maria do Rosário dos Reis Vieira Rodrigues de Barros, Nuno Miguel Marta de Oliveira da Silva Freitas, Paulo Jorge Barbosa Carvalho, Ricardo Mexia, Ricardo Correia de Matos, Rosa Valente de Matos Zorrinho
2	**Despacho n.º 10208-A/2024 — da Ministra da Saúde**	29.08.2024	01.06.2024	Constitui o grupo de trabalho para acompanhamento e seguimento da implementação e desenvolvimento das medidas urgentes, prioritárias e estruturantes do PETS	12	Carlos Manuel Silva Robalo Cordeiro (coord.), Eurico Castro Alves, Ricardo Correia de Matos, Humberto Alexandre Marçal Tomás Martins, Henrique Cyrne Carvalho, Paulo Alexandre de Azevedo Pereira dos Santos, Carlos Manuel Gregório dos Santos, Miguel Castelo-Branco Craveiro Sousa, Teresa Maria da Silva Sustelo Fidalgo de Freitas, Ricardo Filipe Barreiros Mexia, Maria Luísa Carvalho de Aguiar Camara Ximenez, Noélia Rubina Correia Liça Pinto
3	Deliberação DE-SNS 024/2024 — Diretor Executivo do Serviço Nacional de Saúde	15.07.2024	15.07.2024	Cria o grupo de trabalho para a gestão das Listas de Inscritos para Cirurgia (LIC) e Lista de Espera para Consulta Especializada (LEC)	5	Joana Mourão (coord.), Luís Campos Pinheiro, Jorge Pereira, Cláudia Belo Ferreira, Paulo Sousa Almeida

Ordem	Diploma	Data de publicação	Produção de efeitos	Objeto / natureza	N.º de membros / lugares	Membros identificados
4	**Despacho n.º 41/2024 de 29.07.2024 — assinado pela Ministra da Saúde**	N.A.	29.07.2024	Designa Rui Pedro Guimarães de Melo Carvalho Lopes como Coordenador da Execução do PETS	1	Rui Pedro Guimarães de Melo Carvalho Lopes
5	Despacho n.º 3918/2025 — Gabinete da Ministra da Saúde / assinado pela Ministra da Saúde	28.03.2025	29.03.2025	Cria o grupo de trabalho para a preparação da extinção das plataformas associadas ao sistema de acesso e para a implementação do novo SINACC, nos termos do PETS	18 lugares	Joana Irene Barros Mourão (coord.), Rui Pedro Guimarães de Melo Carvalho Lopes *(identificado no diploma como Pedro Melo Lopes)*, Carlos Galamba, Rui Santos, Bernardo Teixeira, Joana Fonseca Castro, um representante da Direção Executiva do SNS a designar, Carla Gonçalo, Carlos Martins, Alexandre Lourenço, Pedro Marques da Cunha, Luís Campos Pinheiro, Jorge Pereira, Cláudia Belo Ferreira, Paulo Sousa Almeida, Donzília da Conceição Sousa da Silva, Donzília de Sousa Brito, José Luís de Pinho Fernandes
6	Despacho n.º 14188/2025 — Gabinete da Ministra da Saúde / assinado pela Ministra da Saúde	27.11.2025	05.06.2025	Cria o grupo de trabalho para apoio à implementação faseada do SINACC, nos termos do PETS	14	Joana Irene Barros Mourão (coord.), Rui Pedro Guimarães de Melo Carvalho Lopes *(identificado no diploma como Pedro Melo Lopes)*, Carlos Galamba, Rui Santos, Bernardo Teixeira, Joana Fonseca Castro, Fernando Pereira, Luís Campos Pinheiro, Jorge Pereira, Cláudia Belo Ferreira, Paulo Sousa Almeida, Donzília da Conceição Sousa da Silva, Donzília de Sousa Brito, José Luís de Pinho Fernandes

Nota: Estão destacados a negrito os diplomas 1, 2 e 4 por respeitarem a estruturas (1 e 2) ou responsabilidades centrais (4) no âmbito da conceção, coordenação da execução e monitorização da implementação do Plano.
Fonte: elaboração própria, com base na consulta dos diplomas legais identificados.

Apêndice 4a: Critérios de avaliação da formulação dos objetivos por medida

Critério	Classificação	Definição da classificação
Específico: Um objetivo é específico quando descreve de forma clara o que se pretende alcançar, definindo a ação, o âmbito e o foco da intervenção, sem recorrer a formulações vagas ou genéricas.	**Específico**	O objetivo é claro, com ação, âmbito e foco definidos, e suscetível de uma única interpretação.
	Parcialmente específico	O objetivo apresenta elementos concretos, mas revela lacunas na definição da ação, âmbito ou foco.
	Não específico	Predominam formulações genéricas, vagas ou ambíguas, sem definição de ação, âmbito e foco.
Mensurável: Um objetivo é mensurável quando permite acompanhar, de forma objetiva e verificável, o seu grau de realização, pressuposto que envolve a existência de indicadores quantificáveis, unidade de medida definida, situação inicial conhecida, valor-meta estabelecido, informação disponível e periodicidade de medição. No contexto da presente análise, optou-se por uma operacionalização simplificada deste critério, centrada na existência de indicadores com metas.	**Mensurável**	Existência de indicadores com metas.
	Parcialmente mensurável	Existência de indicadores sem metas.
	Não Mensurável	Inexistência de indicadores.
Prazo: Objetivos associados a um horizonte temporal suficientemente preciso. No caso do PETS, entende-se que a classificação das medidas em urgentes e prioritárias conferiu aos respetivos objetivos uma delimitação temporal suficientemente precisa: até 31 de agosto de 2024, para os objetivos das medidas urgentes; e até 31 de dezembro de 2024 para os objetivos associados às medidas prioritárias. Tal não sucedeu com os objetivos associados às medidas estruturantes, para as quais não foi definido um prazo preciso de implementação.	**Com prazo**	Com delimitação temporal prevista no Plano.
	Sem prazo	Sem delimitação temporal prevista no Plano.

Nota: Para avaliar o carácter específico do objetivo fez-se uma leitura conjugada dos vários parâmetros de enquadramento e descrição das medidas do Plano, designadamente "Conceito" e "População-Alvo" (e por vezes, da própria designação da medida) e não apenas da leitura isolada do parâmetro "Objetivos".
Fonte: elaboração própria.

Apêndice 4b: Análise da formulação dos objetivos por medida

Eixo 1 — Resposta a Tempo e Horas

Medida	Designação	Objetivo	Específico	Mensurável	Prazo
A.1	Regularização da lista de espera para cirurgia oncológica: OncoStop2024	Implementação do programa cirúrgico extraordinário denominado OncoStop2024, a ser realizado entre 17 de maio e 31 de agosto de 2024. Este programa é destinado especificamente aos 9.374 doentes oncológicos que estão em lista de espera acima do TMRG em todo o território nacional; Publicação completa dos resultados cirúrgicos até 30 de setembro de 2024.	Específico	Parcialmente mensurável	Com prazo
A.2	Aproximação do SNS ao cidadão através da Linha SNS24	Estreitar a relação entre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a população, facilitando o agendamento de cirurgias para os doentes que estão na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), a começar pelos doentes oncológicos, e que ultrapassaram o Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG).	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo
B.1	Programa cirúrgico para doentes não-oncológicos	Redução da Lista de Inscritos para Cirurgia acima do TMRG; Extinção do atual programa SIGIC e criação do Sistema Nacional de Acesso a Consulta e Cirurgia (SINACC) - novo modelo com revisão integral das regras em vigor e dos preços praticados.	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo
B.2	Nova prioridade clínica para doentes oncológicos	Nova regulamentação com mecanismos de monitorização e controlo de forma a assegurar que todos os doentes do fórum oncológico são tratados e operados em tempo útil; Revisão dos indicadores oncológicos de forma a garantir a correta priorização dos doentes, e de forma a assegurar as vagas necessárias.	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo

Medida	Designação	Objetivo	Específico	Mensurável	Prazo
B.3	Reforço do acesso à consulta especializada	Redução das Listas de Espera para Consulta Especializada, com especial foco em doentes com os TMRG ultrapassados.	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo
C.1	Monitorização à distância do doente crónico	Com o advento da tecnologia digital e a sua crescente aplicação na área da saúde, pretende-se implementar um programa de monitorização à distância para doentes crónicos, utilizando não só a tecnologia de teleconsulta, mas também pela disponibilização de produtos (*devices*) e serviços.	Parcialmente específico	Não mensurável	Sem prazo
C.2	Revisão de protocolos para consulta de especialidade nos Cuidados de Saúde Primários	As revisões destes protocolos têm dois grandes objetivos; por um lado, garantir uma melhor triagem dos doentes antes de serem referenciados para os hospitais centrais. Esta medida permitirá uma utilização mais eficiente dos recursos hospitalares e reduzirá a pressão sobre os serviços de especialidade. Por outro, pretende-se garantir que, quando os doentes são enviados para a consulta de especialidade, já vão acompanhados com os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) mais usuais utilizados pela especialidade. Isto permitirá que os especialistas tenham acesso a um conjunto de informações iniciais crucias [sic] para fazer um primeiro diagnóstico e, potencialmente, iniciar o tratamento o mais rapidamente possível.	Parcialmente específico	Não mensurável	Sem prazo
C.3	Alargamento da Hospitalização Domiciliária	O principal objetivo é o alargamento da hospitalização domiciliária em Portugal, com especial foco nos doentes pós-operatórios. Este alargamento visa garantir o correto acompanhamento dos doentes que tenham condições clínicas e de suporte familiar adequadas para o acompanhamento domiciliário. Através deste modelo de cuidados, pretende-se melhorar a qualidade de vida dos doentes, reduzir o tempo de internamento hospitalar e otimizar a utilização dos recursos hospitalares. Além disso, a hospitalização domiciliária pode contribuir para a redução do	Parcialmente específico	Não mensurável	Sem prazo

Medida	Designação	Objetivo	Específico	Mensurável	Prazo
		risco de infeções hospitalares e promover a autonomia do doente no seu processo de recuperação.			
C.4	Revisão dos protocolos para inclusão de doente em Lista de Inscritos para Cirurgia	Com a implementação desta medida, pretende-se de [sic] rever os protocolos atuais de inclusão na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), com o objetivo de esgotar todas as possibilidades de tratamentos antes de se proceder à inclusão de um paciente na referida lista. Esta estratégia implica uma avaliação regular do estado de saúde do doente e a consideração de todas as opções de tratamento disponíveis, sejam elas farmacológicas ou não farmacológicas, antes de se tomar a decisão pela intervenção cirúrgica.	Parcialmente específico	Não mensurável	Sem prazo
C.5	Monitorização de acompanhamento à atividade adicional	O objetivo principal desta medida é garantir que os tempos máximos de resposta são cumpridos, e que a prestação de serviços de saúde é feita de uma forma eficaz, eficiente e de qualidade; Os principais atributos deste regulamento [nova regulamentação que visa monitorizar, fiscalizar e penalizar as instituições de saúde que não atendam aos objetivos e compromissos propostos] passam por: 1. Monitorização contínua: Será identificada uma entidade responsável por monitorizar o cumprimento dos tempos máximos de resposta garantida em todas as instituições de saúde. Essa entidade avaliará regularmente os indicadores de desempenho, como o tempo de espera para consultas, exames e cirurgias; 2. Supervisão e fiscalização rigorosa: As instituições de saúde serão submetidas a auditorias regulares para verificar o cumprimento dos prazos. Caso sejam identificadas falhas, serão aplicadas sanções proporcionais à gravidade da infração; 3. Priorização da Patologia Oncológica: Reconhecemos a importância da patologia oncológica e da sua urgência, de acordo com a prioridade clínica respetiva, será dada prioridade a estes doentes de forma que sejam	Parcialmente específico	Não mensurável	Sem prazo

Medida	Designação	Objetivo	Específico	Mensurável	Prazo
		atendidos o mais rápido possível. Reconhecendo a existência de exceções a esta regra, estes casos deverão ser clinicamente justificados de forma que, quando auditados, não comprometam a norma geral apresentada.			

Nota: O texto da designação da medida e do objetivo corresponde à formulação que consta do Plano.
Fonte: elaboração própria, com base na análise do Plano de Emergência da Saúde – Um Plano de Emergência e Transformação, de 29 de maio de 2024.

Eixo 2 — Bebés e Mães em Segurança

Medida	Designação	Objetivo	Específico	Mensurável	Prazo
A.1	Criação de canal de atendimento direto para a grávida, alavancado na linha SNS24 (SNS GRÁVIDA)	Privilegiar a comunicação direta com a grávida via a criação de linha telefónica diferenciada, para a referenciação urgente, ou para a maternidade acordada com o médico obstetra assistente, ou no âmbito da disponibilidade da rede global de maternidades, privilegiando a comunicação direta com a grávida como medida de maior proximidade junto da utente; Organizar o circuito da grávida, em particular em situações de urgência, garantindo uma resposta de qualidade e segurança.	Específico	Parcialmente mensurável	Com prazo
A.2	Atribuição de incentivos financeiros para aumentar a capacidade de realização de partos	Rentabilizar a capacidade instalada global do país em locais de parto do Serviço Nacional de Saúde.	Parcialmente específico	Mensurável	Com prazo
A.3	Reforço de convenções com o setor social e privado	Aumentar a capacidade instalada para realização de partos em parceria com o setor social e privado, para a garantia de cuidados em tempo útil.	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo

Medida	Designação	Objetivo	Específico	Mensurável	Prazo
B.1	Criação de regime de atendimento referenciado de ginecologia de urgência	Permitir que os médicos especializados em Obstetrícia possam dedicar a maioria do seu tempo de atividade em urgência a casos clínicos da sua área de especialidade (Obstetrícia), em detrimento de urgências ginecológicas; Fomentar o acesso dos utentes a consulta dedicada de Ginecologia em regime aberto.	Parcialmente específico	Mensurável	Com prazo
B.2	Atualização dos rácios de pessoal e da composição das equipas nos locais de parto em função de critérios técnico-científicos atendíveis	Otimizar as valências técnicas e capacidade de intervenção de especialistas da equipa multiprofissional nos locais de parto, garantindo disponibilidade de equipa para realização de partos em todos os turnos; Rentabilizar a capacidade de intervenção de especialistas da equipa multiprofissional, conforme as atribuições e responsabilidades funcionais definidas nas boas práticas.	Parcialmente específico	Mensurável	Com prazo
B.3	Revisão da tabela de preços convencionados para os MCDT (ecografias pré-natais)	Promover a realização de um maior número de ecografias pré-natais, complementando a capacidade atual do sistema público com a capacidade adicional do setor privado.	Parcialmente específico	Mensurável	Com prazo
B.4	Generalização do atendimento pediátrico referenciado	Alargar o acesso a cuidados agudos e urgentes, nomeadamente com a generalização de pontos de Atendimento Pediátrico Referenciado (APR) no contexto das unidades locais de saúde, como complemento da rede de serviços de urgência vocacionada para situações clínicas mais graves.	Específico	Mensurável	Com prazo
C.1	Separação das especialidades de	Promover o foco dos profissionais de saúde nas áreas de especialização correspondentes, potenciando as suas valências e conhecimento clínico;	Parcialmente específico	Não mensurável	Sem prazo

Medida	Designação	Objetivo	Específico	Mensurável	Prazo
	ginecologia e obstetrícia	Minimizar ocorrências de atendimento de utentes com necessidades ginecológicas por profissionais especialistas em Obstetrícia.			
C.2	Reforço do acompanhamento da grávida por Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia	Assegurar um acompanhamento dedicado e de proximidade da grávida desde o início da gravidez até ao momento do parto; Promover o papel dos Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) ao nível do apoio à grávida ao longo do período de gravidez.	Parcialmente específico	Não mensurável	Sem prazo
C.3	Estabelecimento de novas estruturas organizacionais para blocos de parto/obstetrícia	Criar um novo modelo de organização e financiamento dos blocos de parto e serviços de obstetrícia, promovendo a sua diferenciação e dotando-os de maior autonomia e capacidade de incentivo e fixação dos profissionais.	Parcialmente específico	Não mensurável	Sem prazo

Nota: O texto da designação da medida e do objetivo corresponde à formulação que consta do Plano.
Fonte: elaboração própria, com base na análise do Plano de Emergência da Saúde – Um Plano de Emergência e Transformação, de 29 de maio de 2024.

Eixo 3 — Cuidados Urgentes e Emergentes

Medida	Designação	Objetivo	Específico	Mensurável	Prazo
A.1	Requalificação dos espaços dos Serviços de Urgência - Urgência Geral / Psiquiátrica	Realizar obras em espaços dos Serviços de Urgência hospitalares, com início nas Urgências Psiquiátricas carenciadas, para melhoria da qualidade de atendimento, aumento da segurança dos doentes e incremento da eficiência dos cuidados prestados pelas equipas multidisciplinares do Serviço Nacional de Saúde (SNS).	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo

Medida	Designação	Objetivo	Específico	Mensurável	Prazo
A.2	Criação de Centros de Atendimento Clínico para situações agudas de menor complexidade e urgência clínica	Disponibilizar alternativas de atendimento a doentes não urgentes ou pouco urgentes, com início num piloto em Lisboa e no Porto, com intenção de expansão mediante os resultados obtidos ao longo da implementação, e alargamento progressivo a outras áreas urbanas, em função da necessidade identificada localmente.	Parcialmente específico	Não mensurável	Com prazo
A.3	Implementação da consulta do dia seguinte nos Cuidados de Saúde Primários para situações agudas de menor complexidade e urgência	Possibilitar o agendamento de consulta do dia seguinte com Médico de Família nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) da zona de residência do doente não urgente ou pouco urgente.	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo
B.1	Libertação de camas indevidamente ocupadas nos internamentos hospitalares	Aumentar o número de camas disponíveis para internamentos hospitalares, evitando a utilização de [sic] indevida de camas clínica por motivos socais (o que impede acesso a cuidados a doentes que necessitam dessas camas); Diminuir a existência de camas com doentes internados nos corredores dos serviços de urgência, promovendo a alocação das situações sociais noutros espaços da comunidade/rede adequados ao propósito; Reforçar as equipas multidisciplinares de resposta domiciliária.	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo
B.2	Criação da especialidade médica de Urgência	Permitir a especialização médica numa área de impacto direto na qualidade dos cuidados de saúde prestados a doentes urgentes e emergentes que correm risco de vida.	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo

Medida	Designação	Objetivo	Específico	Mensurável	Prazo
B.3	Desenvolvimento de programas de vacinação contra o Vírus da Gripe e Vírus Sincicial Respiratório	Implementar programas de vacinação para a época Outono-inverno 2024/2025 – vírus da gripe e vírus sincicial respiratório – no sentido de se diminuírem as idas às urgências.	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo
B.4	Realização de teleconsultas médicas em situações agudas de menor complexidade e urgência clínica	Garantir, via SNS24, o acesso a teleconsultas a qualquer doente não urgente e pouco urgente para acelerar o seu atendimento e evitar que permaneça no Serviço de Urgência hospitalar.	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo
B.5	Desenvolvimento do algoritmo do SNS24 para pré-triagem, encaminhamento, referenciação e agendamento de consultas do dia seguinte	Promover a melhoria contínua do serviço do SNS24 no sentido de se aumentar a sua relevância como primeira linha de contacto dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde.	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo
B.6	Realização de campanhas de informação utilizando a rede de farmácias comunitárias	Informar a população sobre a correta utilização dos serviços de saúde, destacando alternativas ao serviço de urgência, particularmente em situações de atendimento a doentes não urgentes ou pouco urgentes; Facilitar o entendimento sobre o percurso adequado do doente dentro do sistema de saúde, promovendo um encaminhamento eficiente e correto.	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo

Medida	Designação	Objetivo	Específico	Mensurável	Prazo
B.7	Criação do Departamento de Urgência e Emergência Médica na Direção-Executiva do Serviço Nacional de Saúde	Garantir a centralização e responsabilização da gestão e acompanhamento da rede de urgência e emergência numa equipa dedicada dentro da Direção-Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE- SNS).	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo
B.8	Transporte inter-hospitalar integrado do doente crítico	Garantir o transporte inter-hospitalar do doente crítico em segurança, com veículos e Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar do INEM, e Médicos e Enfermeiro experientes das ULS, com início em Lisboa, no Porto e em Coimbra.	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo
C.1	Alteração do modelo dos locais de atendimento de doentes com situações agudas de menor complexidade e urgência clínica	Rever o modelo atual dos locais de atendimento de doentes não urgentes e pouco urgentes, atualmente designados de Serviço de Atendimento de Situações Urgentes (SASU), que per si constitui um contrassenso técnico para "Centros de Atendimento Clínico".	Parcialmente específico	Não mensurável	Sem prazo
C.2	Apoio médico a doentes em lares (ERPI)	Assegurar que os doentes em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) são regularmente acompanhados por médicos das respetivas USF que se deslocam à sua localização, ou outros mecanismos de acompanhamento clínico. Adicionalmente, deverá ser reavaliado o mecanismo de candidatura à verba prevista em PRR para reabilitação dos ERPIs.	Parcialmente específico	Não mensurável	Sem prazo

Nota: O texto da designação da medida e do objetivo corresponde à formulação que consta do Plano.
Fonte: elaboração própria, com base na análise do Plano de Emergência da Saúde – Um Plano de Emergência e Transformação, de 29 de maio de 2024.

Eixo 4 — Saúde Próxima e Familiar

Medida	Designação	Objetivo	Específico	Mensurável	Prazo
A.1	Afetação de Médicos de Família aos utentes em espera com a capacidade atual do setor público	Otimizar a atribuição de Médicos de Família, tendo em consideração a atualização das listas de utentes das ULS e o grau de necessidade e utilização dos cuidados de saúde primários pela população; Fomentar a atribuição de Médicos de Família com capacidade imediata à população atualmente em espera, considerando critérios de estratificação de risco, valorizando quem mais precisa face à carga de doença e ao risco calculado em função de parâmetros científicos.	Específico	Mensurável	Com prazo
A.2	Reforço da resposta pública dos Cuidados de Saúde Primários em parceria com o setor social	Aumentar a resposta pública dos cuidados de saúde primários com vista a garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde essenciais, de forma regular, quando o utente necessitar.	Parcialmente específico	Mensurável	Com prazo
A.3	Reforço da resposta pública em parceria com o setor privado (Parceria Público-Privada com Hospital de Cascais)	Criar capacidade adicional de prestação de cuidados de saúde primários que beneficiará diretamente os utentes das ULS de Lisboa Ocidental e Amadora-Sintra, inseridas numa das regiões com maior escassez de Médicos de Família.	Parcialmente específico	Mensurável	Com prazo
A.4	Criação de linha de atendimento para utentes que necessitem de acesso a médico no dia	Estabelecer um canal de comunicação direto com utentes que necessitem acesso a Médico de Família / médico assistente no dia; Facilitar o processo de atribuição de médico assistente aos utentes elegíveis, promovendo uma via de contacto dedicada com os mesmos.	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo

Medida	Designação	Objetivo	Específico	Mensurável	Prazo
B.1	Implementação de USF-modelo C	Aumentar a capacidade disponível no SNS para prestação de cuidados de saúde primários, com especial enfoque em regiões com menor cobertura de Médicos de Família; Criar um modelo complementar de organização das unidades de prestação de cuidados de saúde primários (USF-modelo C), em paralelo com o reforço da estrutura atual com expansão de USF modelo B.	Parcialmente específico	Mensurável	Com prazo
B.2	Reforço da resposta pública com médicos aposentados	Colmatar lacunas pontuais na capacidade disponível para prestação de cuidados de saúde primários à população; Dotar as ULS de recursos humanos adicionais / temporários para satisfazer as necessidades de cuidados de saúde dos seus utentes.	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo
B.3	Revisão dos critérios de transição de USF-modelo A e UCSP e para USF-modelo B	Potenciar a melhoria na prestação de cuidados de saúde das atuais USF-modelo A e UCSP, com vista a efetuarem a transição para USF-modelo B; Fomentar o alargamento da rede de USF-modelo B a nível nacional.	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo
B.4	Reforço da resposta pública em parceria com o setor privado (Associações de Médicos e Cooperativas)	Alargar a capacidade para prestação de cuidados de saúde primários do SNS; Garantir o acesso a cuidados de saúde de proximidade aos utentes das ULS com limitações na capacidade disponível.	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo
B.5	Incentivo à adesão ao regime voluntário de carteira adicional de utentes	Aumentar a capacidade disponível para acomodar novos utentes nos cuidados de saúde primários do SNS;	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo

Medida	Designação	Objetivo	Específico	Mensurável	Prazo
		Possibilitar o aumento da carteira de utentes por médico, em regime voluntário.			
C.1	Disponibilização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica em química seca e radiologia convencional	Fomentar o diagnóstico antecipado e tratamento de patologias detetáveis através de meios complementares de diagnóstico (MCDT) de química seca e radiologia convencional; Dotar os cuidados de saúde primários de MCDT adequados; Democratizar o acesso a MCDT e reduzir necessidade de encaminhamento para centros especializados, nomeadamente em regiões remotas.	Parcialmente específico	Não mensurável	Sem prazo
C.2	Dinamização de rastreios oncológicos nos Cuidados de Saúde Primários	Promover a prevenção de doenças oncológicas através do rastreio; Facilitar o acesso dos utentes ao rastreio de doenças oncológicas; Alargar o papel das unidades prestadoras de Cuidados de Saúde Primários (CSP) na vertente preventiva, dentro da esfera oncológica.	Parcialmente específico	Não mensurável	Sem prazo
C.3	Criação de Centros de Avaliação Médica e Psicológica	Libertar os centros de saúde de tarefas referentes à emissão de documentos para fins Fiscais e Sociais; Garantir resposta centralizada e otimizada, ao nível da ULS, para a emissão de Atestados de Robustez Física e Psíquica.	Parcialmente específico	Não mensurável	Sem prazo

Nota: O texto da designação da medida e do objetivo corresponde à formulação que consta do Plano.
Fonte: elaboração própria, com base na análise do Plano de Emergência da Saúde – Um Plano de Emergência e Transformação, de 29 de maio de 2024.

Eixo 5 — Saúde Mental

Medida	Designação	Objetivo	Específico	Mensurável	Prazo
A.1	Contratação de psicólogos para os Cuidados de Saúde Primários	Reforçar a integração e participação de 100 p[ólogos nas equipas multidisciplinares dos CSP na promoção da saúde mental, prevenção da doença e melhoria dos cuidados de saúde prestados em Portugal.	Específico	Parcialmente mensurável	Com prazo
A.2	Criação de programa estruturado de Saúde Mental para as forças de segurança (PSP e GNR)	Implementar uma Via Verde dedicada às forças de segurança; Disponibilizar os Cuidados de Saúde Primários com equipas multidisciplinares dedicadas; Recorrer aos serviços do SNS em caso de doença aguda em ambiente de urgência psiquiátrica; Rever o protocolo de apoio e acompanhamento psicológico e prevenção do suicídio.	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo
A.3	Desinstitucionalização de situações crónicas em saúde mental	Desinstitucionalizar as pessoas com doença mental residentes em hospitais, promovendo respostas residenciais na comunidade.	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo
B.1	Criação de Equipas Comunitárias de Saúde Mental para adultos, infância e adolescência	Criação de Equipas Comunitárias de Saúde Mental para adultos, infância e adolescência.	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo
B.2	Disponibilização de programas estruturados de intervenção na ansiedade e na depressão nos	Desenvolver uma carteira de intervenções, nomeadamente programa de intervenção na doença mental comum – depressão e ansiedade - nos Cuidados de Saúde Primários.	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo

Medida	Designação	Objetivo	Específico	Mensurável	Prazo
	Cuidados de Saúde Primários				
B.3	Garantia da capacidade de internamento para situações agudas nos Serviços Locais de Saúde Mental	Instalar unidades de internamento de psiquiatria e saúde mental na ULS Viseu Dão Lafões – Tondela e ULS Entre Douro e Vouga, para garantia de resposta a situações agudas.	Específico	Parcialmente mensurável	Com prazo
B.4	Criação de serviços de saúde mental regionais para internamento de doentes de elevada complexidade	Garantir resposta adequada de internamento para doentes de elevada complexidade.	Parcialmente específico	Parcialmente mensurável	Com prazo
C.1	Construção dos serviços forenses no Hospital Sobral Cid e no Hospital Júlio de Matos	Construir serviço forense na ULS Coimbra (Hospital Sobral Cid) e na ULS São José (Hospital Júlio de Matos), à semelhança do ocorrido na ULS Santo António (Hospital de Magalhães Lemos) por forma a garantir uma rede com três serviços regionais.	Específico	Não mensurável	Sem prazo
C.2	Generalização dos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) em todos os Serviços Locais de Saúde Mental	Criar um novo modelo de organização e financiamento dos Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM), promovendo a sua diferenciação e dotando-os de maior autonomia e capacidade de atração e retenção dos profissionais.	Parcialmente específico	Não mensurável	Sem prazo

Nota: O texto da designação da medida e do objetivo corresponde à formulação que consta do Plano.
Fonte: elaboração própria, com base na análise do Plano de Emergência da Saúde – Um Plano de Emergência e Transformação, de 29 de maio de 2024.

Apêndice 5: Especificações técnicas dos indicadores finais

Eixo estratégico 1 -Resposta a tempo e horas

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores	Descrição do Indicador	Variáveis a incluir	Unidade de medida	Fonte de dados	Editor (Entidade que gere a fonte)	Periodicidade de recolha	Fórmula de cálculo	Autor (entidade que gere a publicação dos dados)	Periodicidade da publicação	Publicação (interno/ público)
Urgentes	**A.1** - Regularização da lista de espera para cirurgia oncológica: OncoStop2024	**(1)** Doentes oncológicos em LIC	• Total de doentes oncológicos em LIC, com comparação face ao período homólogo, detalhando as seguintes variáveis: Dentro e fora dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), por entidade, por especialidade.	Fora do TMRG	N.º e %	SIGLIC	SPMS	Semanal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Mensal	Público
		(2) Doentes oncológicos operados	• Total de doentes oncológicos operados, com comparação face ao período homólogo, detalhando as seguintes variáveis: Por entidade, por especialidade/serviço, no Sistema Nacional de Saúde, no setor Privado, no setor Social.	Por entidade	N.º e %	SIGLIC	SPMS	Semanal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Mensal	Público
	A.2 - Aproximação do Serviço Nacional de Saúde ao cidadão através da Linha SNS24	**(3)** Doentes em LIC contactados pelo SNS24 no âmbito de vales cirurgia	• Total de doentes em LIC contactados pelo SNS24 no âmbito de vales de cirurgia, com detalhe referente a doentes oncológicos/não oncológicos e dentro/fora dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) - comparação com período homólogo.	Doentes oncológicos/não oncológicos	N.º e %	SNS24	SPMS	Diário	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
		(4) Chamadas realizadas pela linha SNS24 a doentes no âmbito de vales cirurgia	• Total de chamadas realizadas pelo SNS24 no âmbito de vales de cirurgia, com detalhe referente a doentes oncológicos/não oncológicos e dentro/fora dos Tempos Máximos de Resposta	Doentes oncológicos/não oncológicos	N.º e %	SNS24	SPMS	Diário	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores	Descrição do Indicador	Variáveis a incluir	Unidade de medida	Fonte de dados	Editor (Entidade que gere a fonte)	Periodicidade de recolha	Fórmula de cálculo	Autor (entidade que gere a publicação dos dados)	Periodicidade da publicação	Publicação (interno/ público)
			Garantidos (TMRG) - comparação com período homólogo.									
		(5) Cativação de vales cirurgia pela linha SNS24 Fonte dados: SNS24, D	• Total de vales cirurgia cativados pela linha SNS24, com detalhe referente a doentes oncológicos/não oncológicos e dentro/fora dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) - comparação com período homólogo.	Doentes oncológicos/não oncológicos	N.º e %	SNS24	SPMS	Diário	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
Prioritárias	**B.1** - Programa cirúrgico para doentes não oncológicos	**(6)** Doentes não oncológicos em LIC	• Total de doentes não oncológicos em LIC, com comparação face ao período homólogo, detalhando as seguintes variáveis: Dentro e Fora dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), por entidade, por especialidade.	Fora do TMRG	N.º e %	SIGLIC	SPMS	Semanal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Mensal	Público
		(7) Doentes não oncológicos operados	• Total de doentes não oncológicos operados, com comparação face ao período homólogo, detalhando as seguintes variáveis: Por entidade, por especialidade/serviço, no Sistema Nacional de Saúde, no setor Privado, no setor Social.	Dentro do TMRG	N.º e %	SIGLIC	SPMS	Semanal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Mensal	Público
	B.2 - Nova prioridade clínica para doentes oncológicos	*Repetido, mesmo indicador da medida A.1 deste eixo* **(2)** Doentes oncológicos operados	• Total de doentes oncológicos operados, com comparação face ao período homólogo, detalhando as seguintes variáveis: Por entidade, por especialidade/serviço, no Sistema	Por entidade	N.º e %	SIGLIC	SPMS	Semanal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Mensal	Público

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores	Descrição do Indicador	Variáveis a incluir	Unidade de medida	Fonte de dados	Editor (Entidade que gere a fonte)	Periodicidade de recolha	Fórmula de cálculo	Autor (entidade que gere a publicação dos dados)	Periodicidade da publicação	Publicação (interno/ público)
			Nacional de Saúde, no setor Privado, no setor Social.									
	B.3 - Reforço do acesso à consulta especializada	**(8)** Consultas médicas de especialidade	• Total de consultas médicas de especialidade, com detalhe entre primeiras consultas, consultas subsequentes e divisão por entidade e especialidade - comparação com período homólogo.	1.ªs Consultas	N.º e %	SICA	SPMS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Mensal	Público
Estruturantes	**C.1** - Monitorização à distância do doente crónico	**(9)** Doentes crónicos abrangidos pela App da Telemonit	• Total de doentes crónicos abrangidos pela App da Telemonit, detalhe por ULS e Patologia (ICC, DPOC, Covid, Diabetes e Hospitalização Domiciliária).	Por ULS	N.º e %	Telemonit	SPMS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
	C.2 - Revisão dos protocolos para consulta de especialidade nos CSP	**(10)** Referenciações de 1º consulta por especialidade	• Total de referenciações de primeiras consultas por especialidade, com detalhe por ULS	Por ULS	N.º e %	SIGA SNS	SPMS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
	C.3 - Alargamento da Hospitalização Domiciliária	**(11)** Doentes em regime de hospitalização domiciliária	• Total de doentes em regime de hospitalização domiciliária, com detalhe por ULS, com alta e por tipologia (pós-operatório).	Por ULS	N.º e %	Sclínico Hosp	SPMS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
	C.4 - Revisão dos protocolos para inclusão de doente em LIC	*Repetido, mesmo indicador da medida B.1 deste eixo* **(6)** Doentes não oncológicos em LIC	• Total de doentes não oncológicos em LIC, com comparação face ao período homólogo, detalhando as seguintes variáveis: Dentro e Fora dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), por entidade, por especialidade.	Fora do TMRG	N.º e %	SIGLIC	SPMS	Semanal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Mensal	Público

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores	Descrição do Indicador	Variáveis a incluir	Unidade de medida	Fonte de dados	Editor (Entidade que gere a fonte)	Periodicidade de recolha	Fórmula de cálculo	Autor (entidade que gere a publicação dos dados)	Periodicidade da publicação	Publicação (interno/ público)
	C.5 - Monitorização de acompanhamento à atividade adicional	**(12)** Doentes em LEC	• Total de doentes em LEC, com detalhe de dentro/fora dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), entidade e especialidade.	Fora do TMRG	N.º e %	SIGLIC	SPMS	Semanal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
Total	**10 medidas**	**12 indicadores**										

Legenda: DPOC - Doença pulmonar obstrutiva crónica; ICC - Insuficiência cardíaca congestiva; LEC - lista de espera para consulta; LIC – lista de inscritos para cirurgia; Sclínico - Sistema de cuidados de saúde hospitalares; SICA - Sistema de informação para a contratualização e acompanhamento; SIGA SNS - Sistema integrado de gestão do acesso no Serviço Nacional de Saúde; SIGLIC - Sistema integrado de gestão de inscritos para cirurgia; TMRG -Tempos máximos de resposta garantidos;
Telemonit - destina-se a utilizadores integrados em programas de telemonitorização do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A aplicação permite registar e consultar informação de saúde no contexto desses programas, incluindo medições de parâmetros biométricos obtidas através de dispositivos externos, quando aplicável, e autoavaliações inseridas pelo utilizador. Os dados registados podem ser consultados pelos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento do utente.
Fonte: elaboração própria com base em informação disponibilizada pelo Ministério da Saúde (ofício n.º S 1962/2025 de 7 de maio).

Eixo estratégico 2 - Bebés e Mães em segurança

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores	Descrição do Indicador	Variáveis a incluir	Unidade de medida	Fonte de dados	Editor (Entidade que gere a fonte)	Periodicidade de recolha	Fórmula de cálculo	Autor (entidade que gere a publicação dos dados)	Periodicidade da publicação	Publicação (interno/ público)
Urgentes	**A.1** - Criação de canal de atendimento direto para a grávida, alavancando na linha SNS24 (SNS GRÁVIDA)	**(13)** Chamadas recebidas na linha de atendimento SNS GRÁVIDA	• Total de chamadas recebidas pela linha de atendimento SNS Grávida - detalhe do destino de referenciação: autocuidados, CSP, SU, INEM e consulta aberta hospital.	Total	N.º e %	SNS24	SPMS	Diário	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Mensal	Público
	A.2 - Atribuição de incentivos financeiros para aumentar a capacidade de realização de partos	**(14)** Partos e cesarianas realizados	• Total de partos realizados no SNS.	No SNS	N.º e %	SICA	SPMS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Mensal	Público
	A.3 - Reforço de convenções com o setor social e privado	**(15)** Partos realizados ao abrigo do protocolo com o setor social/privado	• Total de partos realizados ao abrigo do protocolo com o setor social e privado.	Total	N.º e %	Sclínico	DE-SNS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
Prioritárias	**B.1** - Criação de um regime de Atendimento Referenciado de Ginecologia de Urgência	*Repetido, mesmo indicador da medida A.1 deste eixo* **(13)** Chamadas recebidas na linha de atendimento SNS GRÁVIDA	• Total de chamadas recebidas pela linha de atendimento SNS Grávida - detalhe do destino de referenciação: autocuidados, CSP, SU, INEM e consulta aberta hospital.	Total	N.º e %	SNS24	SPMS	Diário	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Mensal	Público

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores	Descrição do Indicador	Variáveis a incluir	Unidade de medida	Fonte de dados	Editor (Entidade que gere a fonte)	Periodicidade de recolha	Fórmula de cálculo	Autor (entidade que gere a publicação dos dados)	Periodicidade da publicação	Publicação (interno/ público)
	B.2 - Atualização dos rácios de pessoal e da composição das equipas nos locais de parto em função de critérios técnico-científicos atendíveis	**(16)** Profissionais de saúde em exercício nos serviços de Ginecologia e Obstetrícia	• Total de profissionais de saúde em exercício nos serviços de Ginecologia e Obstetrícia, detalhe por ULS.	Por ULS	N.º	RHV	ACSS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
	B.3 - Revisão da tabela de preços convencionados para MCDT (ecografias pré-natais)	**(17)** Ecografias pré-natais prescritas e realizadas (por tipologia: 1º trimestre, 2º trimestre, 3º trimestre)	• Total de ecografias pré-natais prescritas e realizadas no setor convencionado, por tipologia (1º trimestre, 2º trimestre, 3º trimestre).	No setor convencionado	N.º e %	BDNP	SPMS	Semanal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Mensal	Público
	B.4 - Generalização do Atendimento Pediátrico Referenciado	**(18)** ULS com APR operacional	• Total de ULS com APR operacional, em articulação com linha SNS24.	Total em articulação com linha SNS24	N.º	SNS24	SPMS	Diário	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
Estruturantes	**C.1** - Separação das especialidades de Ginecologia e Obstetrícia	SEM Indicador. Carece de reflexão. Decidido não considerar indicador (DE-SNS 11/10/2024)										

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores	Descrição do Indicador	Variáveis a incluir	Unidade de medida	Fonte de dados	Editor (Entidade que gere a fonte)	Periodicidade de recolha	Fórmula de cálculo	Autor (entidade que gere a publicação dos dados)	Periodicidade da publicação	Publicação (interno/ público)
	C.2 - Reforço do acompanhamento da grávida por Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia	SEM Indicador. Carece de legislação. Decidido não considerar indicador (DE-SNS 11/10/2024)										
	C.3 - Estabelecimento de novas estruturas organizacionais para blocos de parto / obstetrícia	*Repetido, mesmo indicador da medida A.1 deste eixo* **(14)** Partos e cesarianas realizados	• Total de partos realizados no SNS	Por ULS	N.º	RHV	ACSS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
Total	**10 medidas**	**6 indicadores**										

Legenda: APR - Atendimento pediátrico referenciado; BDNP – Base de dados nacional de prescrições; CSP – Cuidados de saúde primários; DE-SNS – Direção Executiva do SNS; INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica; MCDT – Meios complementares de diagnóstico e terapêutica; RHV – Recursos humanos e vencimentos – SPMS; Sclínico – Sistema de cuidados de saúde hospitalares; SICA – Sistema de informação para a contratualização e acompanhamento; SU – Serviço de urgência; ULS – Unidade Local de Saúde.
Fonte: elaboração própria com base em informação disponibilizada pelo Ministério da Saúde (ofício n.º S 1962/2025 de 7 de maio).

Eixo estratégico 3 - Cuidados urgentes e emergentes

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores	Descrição do Indicador	Variáveis a incluir	Unidade de medida	Fonte de dados	Editor (Entidade que gere a fonte)	Periodicidade de recolha	Fórmula de cálculo	Autor (entidade que gere a publicação dos dados)	Periodicidade da publicação	Publicação (interno/ público)
Urgentes	**A.1** - Requalificação dos espaços dos Serviços de Urgência - Urgência Geral / Psiquiátrica	**(19)** Requalificações de serviços de urgência	• Total de requalificações de serviços de urgência, com detalhe por: previstas, a decorrer, concluídas	Previstas	N.º e %	DE-SNS/ACSS	DE-SNS/ACSS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
	A.2 - Criação de Centros de Atendimento Clínico para situações agudas de menor complexidade e urgência clínica	**(20)** Doentes atendidos nos CAC	• Total de doentes atendidos nos CAC, incluindo CAC pediátrico - detalhe de número total de doentes encaminhados para CAC pelo SNS24 e total de doentes atendidos referenciados pelo SNS24.	Doentes encaminhados para CAC pelo SNS24	N.º	SNS24	SPMS	Diário	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Mensal	Público
	A.3 - Implementação da consulta do dia seguinte nos CSP para situações agudas de menor complexidade e urgência	**(21)** Episódios de urgência com prioridade de Manchester azul e verde	• Total de episódios de urgência com prioridade de Manchester azul e verde, com detalhe por prioridade e por ULS	Por ULS	N.º e %	SICA	SPMS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Mensal	Público
		(22) Consultas do dia seguinte realizadas nos CSP	• Total de consultas do dia seguinte realizadas nos Cuidados de Saúde Primários, por ULS, com detalhe referente à origem do agendamento: Agendado via Hospital, agendado via SNS24	Por ULS	N.º e %	SIMSNS	SPMS	Diário	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Mensal	Público

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores	Descrição do Indicador	Variáveis a incluir	Unidade de medida	Fonte de dados	Editor (Entidade que gere a fonte)	Periodicidade de recolha	Fórmula de cálculo	Autor (entidade que gere a publicação dos dados)	Periodicidade da publicação	Publicação (interno/ público)
Prioritárias	**B.1** - Libertação de camas indevidamente ocupadas nos internamentos hospitalares	**(23)** Camas para internamentos hospitalares	• Total de camas para internamentos hospitalares, detalhe por camas ocupadas e camas ocupadas com casos sociais	Ocupadas	N.º e %	BI Hospitalar	SPMS	Diário	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
		(24) Camas contratadas no setor social e privado	• Total de camas contratadas ao setor social e privado, com detalhe do custo das mesmas	Custo com setor social	Valor	ACSS	ACSS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
	B.2 - Criação da especialidade médica de Urgência	**(25)** Vagas para a especialidade médica de urgência	• Total de vagas para a especialidade médica de urgência, por ULS	Por ULS	N.º	RHV	ACSS	Semestral	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
	B.3 - Desenvolvimento de programas de vacinação contra o Vírus da Gripe e Vírus Sincicial Respiratório	**(26)** Utentes vacinados contra a gripe	• Total de utentes vacinados contra a gripe com detalhe por faixa etária (>85 anos, >60 anos), vacinados contra gripe e Covid e local de vacinação.	População elegível	N.º e %	Vacinas	SPMS	Diário	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Mensal	Público
		(27) Utentes vacinados contra a VSR	• Total de doentes vacinados contra a VSR com detalhe por local de vacinação	População elegível	N.º e %	Vacinas	SPMS	Diário	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Mensal	Público

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores	Descrição do Indicador	Variáveis a incluir	Unidade de medida	Fonte de dados	Editor (Entidade que gere a fonte)	Periodicidade de recolha	Fórmula de cálculo	Autor (entidade que gere a publicação dos dados)	Periodicidade da publicação	Publicação (interno/ público)
	B.4 - Realização de teleconsultas médicas em situações agudas de menor complexidade e urgência clínica	**(28)** Teleconsultas realizadas	• Total de teleconsultas realizadas via RSE live, com detalhe por local: CSP, Hospital, SNS24.	CSP via SER live	N.º e %	SER live	SPMS	Diário	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
	B.5 - Desenvolvimento do algoritmo do SNS24 para pré-triagem, encaminhamento, referenciação e agendamento de consultas do dia seguinte	**(29)** Linha de atendimento SNS24	• Total de chamadas atendidas, tiradas e encaminhadas pela linha SNS24.	Chamadas atendidas	N.º e %	SNS24	SPMS	Diário	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Mensal	Público
	B.6 - Realização de campanhas de informação utilizando a rede de farmácias comunitárias	**(30)** Farmácias comunitárias com campanhas informativas	Total de farmácias comunitárias com campanhas informativas.	Total	N.º e %	Relatório	DGS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
	B.7 - Criação do Departamento de Urgência e Emergência Médica na DE-SNS	**(31)** Atividades desenvolvidas pelo departamento de urgência e emergência da DE-SNS	• Total de atividades desenvolvidas pelo departamento de urgência e emergência da DE-SNS.	Total	N.º	Relatório	DE-SNS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores	Descrição do Indicador	Variáveis a incluir	Unidade de medida	Fonte de dados	Editor (Entidade que gere a fonte)	Periodicidade de recolha	Fórmula de cálculo	Autor (entidade que gere a publicação dos dados)	Periodicidade da publicação	Publicação (interno/ público)
	B.8 - Transporte inter-hospitalar integrado do doente crítico	**(32)** Transportes de doentes críticos realizados	• Total de transportes críticos realizados, com detalhe por entidade.	Por entidade	N.º	INEM	INEM	Diário	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
Estruturantes	**C.1** - Alteração do modelo dos locais de atendimento de doentes com situações agudas de menor complexidade e urgência clínica	*Repetido, mesmo indicador da medida A.2 deste eixo* **(20)** Doentes atendidos nos CAC	• Total de doentes atendidos nos CAC, incluindo CAC pediátrico - detalhe de número total de doentes encaminhados para CAC pelo SNS24 e total de doentes atendidos referenciados pelo SNS24.	Doentes encaminhados para CAC pelo SNS24	N.º	SNS24	SPMS	Diário	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Mensal	Público
	C.2 - Apoio médico a doentes em lares (ERPI)	SEM Indicador. Carece de legislação. Decidido não considerar indicador										
Total	**13 medidas**	**14 indicadores**										

Legenda: ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde; CAC - Centro de atendimento clínico; CSP – Cuidados de saúde primários; DE-SNS – Direção Executiva do SNS; ERPI – Estrutura residencial para pessoas idosas; INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica; Sclínico – Sistema de cuidados de saúde hospitalares; SICA – Sistema de informação para a contratualização e acompanhamento; SIMSNS - Sistema de informação e monitorização do SNS; BI Hospitalar – *Business Intelligence* Hospitalar (sistema de informação e análise de dados do SNS); BI CSP - *Business Intelligence* CSP; RHV - Recursos humanos e vencimentos – SPMS; SER Live - Plataforma oficial de telessaúde do Serviço Nacional de Saúde; ULS – Unidade Local de Saúde, VSR – Vírus sincicial respiratório.
Fonte: elaboração própria com base em informação disponibilizada pelo Ministério da Saúde (ofício n.º S 1962/2025 de 7 de maio).

Eixo estratégico 4 - Saúde próxima e familiar

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores	Descrição do Indicador	Variáveis a incluir	Unidade de medida	Fonte de dados	Editor (Entidade que gere a fonte)	Periodicidade de recolha	Fórmula de cálculo	Autor (entidade que gere a publicação dos dados)	Periodicidade da publicação	Publicação (interno/ público)
Urgentes	**A.1** - Atribuição de Médicos de Família aos utentes em espera com a capacidade atual do setor público	**(33)** Utentes com médico de família	• Total de utentes com médico de família, por ULS/Unidade funcional.	Por ULS / Unidade funcional	N.º	SIMSNS	SPMS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Mensal	Público
		(34) Consultas Médicas nos CSP	• Total de consultas médicas nos Cuidados de Saúde Primários, com detalhe por primeiras consultas e consultas subsequentes.	Total	N.º e %	Em falta	SPMS	Em falta	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Mensal	Público
	A.2 - Reforço da resposta pública dos CSP em parceria com o setor social	**(35)** Utentes com médico de família abrangidos por resposta setor social	• Total de utentes com médico de família abrangidos por resposta do setor social, por ULS	Por ULS	N.º	SIMSNS	SPMS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
	A.3 -Reforço da resposta pública em parceria com o setor privado (Parceria Público-Privada com Hospital de Cascais)	**(36)** Utentes com médico de família abrangidos pela parceria Hospital de Cascais	• Total de utentes com médico de família abrangidos pela parceria com o Hospital de Cascais.	Total	N.º e %	BICSP	DE-SNS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
		(37) Prescrição MCDTS	• Total de MCDT prescritos.	Total	N.º e %	BICSP	DE-SNS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores	Descrição do Indicador	Variáveis a incluir	Unidade de medida	Fonte de dados	Editor (Entidade que gere a fonte)	Periodicidade de recolha	Fórmula de cálculo	Autor (entidade que gere a publicação dos dados)	Periodicidade da publicação	Publicação (interno/ público)
		(38) Consultas	• Total de Consultas efetuadas, com detalhe por Primeiras consultas e consultas Subsequentes.	1.ªs Consultas	N.º e %	BICSP	DE-SNS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
	A.4 - Criação de linha de atendimento para utentes que necessitem de acesso a médico no dia	*Repetido, mesmo indicador da medida A.3 do Eixo 3* **(22)** Consultas do dia seguinte realizadas nos Cuidados de Saúde Primários	• Total de consultas do dia seguinte realizadas nos Cuidados de Saúde Primários, por ULS, com detalhe referente à origem do agendamento: agendado via Hospital, agendado via SNS24.	Por ULS	N.º e %	SIMSNS	SPMS	Diário	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Mensal	Público
Prioritárias	**B.1** - Implementação de USF-modelo C	**(39)** Novos agrupamentos de USF modelo C (até 5 USF por agrupamento) por região selecionada (de acordo com o estipulado no Caderno Encargos)	• Total de novos agrupamentos de USF modelo C (até 5 por agrupamento) por região selecionada (de acordo com o estipulado no Caderno de Encargos), por estado de execução: Previsto, em processo, em funcionamento.	Previsto	N.º e %	DE-SNS/ACSS	DE-SNS/ACSS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
	B.2 - Reforço da resposta pública com médicos aposentados	**(40)** Médicos aposentados	• Total de médicos aposentados em exercício nos CSP.	Em Exercício nos CSP	N.º e %	ACSS	ACSS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores	Descrição do Indicador	Variáveis a incluir	Unidade de medida	Fonte de dados	Editor (Entidade que gere a fonte)	Periodicidade de recolha	Fórmula de cálculo	Autor (entidade que gere a publicação dos dados)	Periodicidade da publicação	Publicação (interno/ público)
	B.3 - Revisão dos critérios de transição de USF-modelo A e UCSP para USF-modelo B	**(41)** UCSP transitadas para USF modelo B, após revisão dos critérios	• Total de UCSP transitadas para USF modelo B após revisão dos critérios.	Total	N.º	Relatório	DE-SNS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
	B.4 - Reforço da resposta pública em parceria com o setor privado (Associações de Médicos e Cooperativas)	**(42)** Convenção com cooperativas / associações de médicos	• Total de utentes abrangidos por convenções com cooperativas, associações de médicos.	Utentes abrangidos	N.º e %	SIMSNS	SPMS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
	B.5 - Incentivo à adesão ao regime voluntário de carteira adicional de utentes	**(43)** Utentes cobertos pelo regime voluntário de carteira adicional de utentes	• Total de utentes cobertos pelo regime voluntário de carteira adicional de utentes.	Total	N.º	BICSP	DE-SNS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
Estruturantes	**C.1** - Disponibilização de MCDT em química seca e radiologia convencional	**(44)** CDI implementados	• Total de CDI implementados, por ULS	Total	N.º	Relatório	ACSS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
	C.2 - Dinamização de rastreios oncológicos nos CSP	**(45)** Rastreios oncológicos realizados nos CSP	• Total de rastreios oncológicos realizados nos CSP, por ULS, com indicação de número de diagnósticos positivos.	Por ULS	N.º	SiiMA rastreios	DGS	Mensal	Sem indicação	SPMS	Semanal	Interno

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores	Descrição do Indicador	Variáveis a incluir	Unidade de medida	Fonte de dados	Editor (Entidade que gere a fonte)	Periodicidade de recolha	Fórmula de cálculo	Autor (entidade que gere a publicação dos dados)	Periodicidade da publicação	Publicação (interno/ público)
	C.3 - Criação de Centros de Avaliação Médica e Psicológica	**(46)** Atestados de robustez física e psíquica emitidos por USF e CAMP, por ULS	• Total de atestados de robustez física e psíquica emitidos por USF e CAMP, por ULS, detalhado por Certificado de Incapacidade Temporária (CIT) e Autodeclaração de Doença (ADD).	CIT	N.º e %	CITs	SPMS	Mensal	Sem indicação	SPMS	Semanal	Interno
Total	**12 medidas**	**14 indicadores**										

Legenda: ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde; BI CSP - *Business Intelligence* dos Cuidados de saúde primários; CAMP – Centro de avaliação médica e psicológica do SNS; CDI – Centros de diagnóstico integrado; CIT – Certificado de incapacidade temporária; CSP – Cuidados de saúde primários; DE-SNS – Direção Executiva do SNS; MCDT – Meios complementares de diagnóstico e terapêutica; SIM@SNS - Sistema de informação e monitorização do SNS; BI CSP - *Business Intelligence* CSP; SiiMA rastreios – Gestão clínica e operacional de programas de rastreio; SU – Serviço de urgência; ULS – Unidade Local de Saúde; USF – Unidade de Saúde Familiar; UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

Fonte: elaboração própria com base em informação disponibilizada pelo Ministério da Saúde (ofício n.º S 1962/2025 de 7 de maio).

Eixo estratégico 5 - Saúde Mental

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação do Indicador	Descrição do Indicador (ficha técnica)	Variáveis a incluir	Unidade de medida	Fonte de dados	Editor (Entidade que gere a fonte)	Periodicidade de recolha	Fórmula de cálculo	Autor (entidade que gere a publicação dos dados)	Periodicidade da publicação	Publicação
Urgentes	**A.1** - Contratação de psicólogos para os CSP	**(47)** Psicólogos nos CSP.	• Total de Psicólogos nos Cuidados de Saúde Primários, por ULS/Unidade funcional.	Por ULS/Unidade Funcional	N.º	DE-SNS/ACSS	DE-SNS/ACSS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Mensal	Público
	A.2 - Criação de programa estruturado de Saúde Mental para as forças de segurança (PSP e GNR)	**(48)** Agentes que utilizaram a Via Verde.	• Total de agentes das forças de segurança que utilizaram a via verde da Saúde Mental.	Total	N.º e %	DE-SNS/ACSS	DE-SNS/ACSS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
	A.3 - Desinstitucionalização de situações crónicas em saúde mental	**(49)** Instituições com respostas de desinstitucionalização de situações crónicas em saúde mental implementadas.	• Total de instituições com respostas de desinstitucionalização de situações crónicas em saúde mental implementadas.	Total	N.º	CNPSM*	CNPSM	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
Prioritárias	**B.1** - Criação de Equipas Comunitárias de Saúde Mental para adultos, infância e adolescência	**(50)** Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM).	• Total de Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM) e número de consultas realizadas pelas mesmas.	Total	N.º	CNPSM	CNPSM	Mensal	Sem indicação	SPMS	Semanal	Interno
	B.2 - Disponibilização de programas estruturados de intervenção na ansiedade e na depressão nos CSP	*Repetido, mesmo indicador da medida C.3 do Eixo 4* **(46)** Consultas realizadas por Psicólogos nos CSP.	• Total de atestados de robustez física e psíquica emitidos por USF e CAMP, por ULS, detalhado por Certificado de Incapacidade Temporária (CIT) e Autodeclaração de Doença (ADD).	CIT	N.º e %	CITs	SPMS	Mensal	Sem indicação	SPMS	Semanal	Interno
	B.3 - Garantia da capacidade de internamento para situações agudas nos Serviços Locais de Saúde Mental	**(51)** Doentes saídos por entidades especializadas.	• Total de doentes saídos por entidade especializada.	Total	N.º	BI Hospitalar	SPMS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação do Indicador	Descrição do Indicador (ficha técnica)	Variáveis a incluir	Unidade de medida	Fonte de dados	Editor (Entidade que gere a fonte)	Periodicidade de recolha	Fórmula de cálculo	Autor (entidade que gere a publicação dos dados)	Periodicidade da publicação	Publicação
	B.4 - Criação de serviços de saúde mental regionais para internamento de doentes de elevada complexidade	**(52)** Serviços de saúde mental regionais criados.	• Total de serviços de saúde mental regionais criados.	Total	N.º	Relatório	ACSS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
		(53) Doentes saídos em serviços de saúde mental regionais para internamento de doentes de elevada complexidade.	• Total de doentes saídos em serviços de saúde regionais para internamento de doentes de elevada complexidade.	Total	N.º	SICA	DE-SNS	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
Estruturantes	**C.1** - Construção dos serviços forenses no Hospital Sobral Cid e no Hospital Júlio de Matos	**(54)** Doentes inimputáveis internados, por unidade de psiquiatria forense.	• Total de doentes inimputáveis internados, por unidade de psiquiatria forense	Total	N.º e %	Não indicada	Não indicada	Mensal	N.º total (retirado diretamente da fonte dos dados)	SPMS	Semanal	Interno
	C.2 - Generalização dos Centros de Responsabilidade Integrados em todos os Serviços Locais de Saúde Mental	*Repetido, mesmo indicador da medida B.3 deste eixo* **(51)** Doentes saídos por entidades especializadas.	• Total de Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM) e número de consultas realizadas pelas mesmas.	Total	N.º	CNPSM	CNPSM	Mensal	Sem indicação	SPMS	Semanal	Interno
		(55) Novos CRI.	• Total de novos CRI criados.	Total	N.º	Relatório	DE-SNS	Mensal	Sem indicação	SPMS	Mensal	Público
Total	**9 medidas**	**9 indicadores**										

Legenda: ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde; BI Hospitalar - *Business Intelligence* Hospitalar; CAMP - Centro de avaliação médica e psicológica do SNS; CIT - Certificado de incapacidade temporária; CNPSM – Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental – SNS; CRI – Centros de responsabilidade integrados; CSP – Cuidados de saúde primários; DE-SNS – Direção Executiva do SNS; SICA - Sistema de informação para a contratualização e acompanhamento; ULS – Unidade Local de Saúde; USF – Unidade de Saúde Familiar.

Fonte: elaboração própria com base em informação disponibilizada pelo Ministério da Saúde (ofício n.º S 1962/2025 de 7 de maio).

Apêndice 6: Indicadores selecionados *versus* indicadores publicados

Eixo estratégico 1 - Resposta a tempo e horas

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores selecionados	Descrição do Indicador (ficha técnica)	Indicadores publicados
Urgentes	**A.1** - Regularização da lista de espera para cirurgia oncológica: OncoStop2024	**(1)** Doentes oncológicos em LIC **(2)** Doentes oncológicos operados Fonte dados: SIGLIC, S	• Total de doentes oncológicos em LIC, com comparação face ao período homólogo, detalhando as seguintes variáveis: Dentro e fora dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), por entidade, por especialidade. • Total de doentes oncológicos operados, com comparação face ao período homólogo, detalhando as seguintes variáveis: Por entidade, por especialidade/serviço, no Sistema Nacional de Saúde, no setor Privado, no setor Social	Doentes oncológicos em LIC fora do TMRG e por agendar, evolução mensal para cada um dos anos do triénio: 2024, 2025 e 2026. Doentes oncológicos operados, evolução mensal e acumulado anual para cada um dos anos do triénio: 2024, 2025 e 2026. Variação do número de doentes oncológicos operados em 2026 face ao mesmo período de 2025
	A.2 - Aproximação do Serviço Nacional de Saúde ao cidadão através da Linha SNS24	**(3)** Doentes em LIC contactados pelo SNS24 no âmbito de vales cirurgia **(4)** Chamadas realizadas pela linha SNS24 a doentes no âmbito de vales cirurgia **(5)** Cativação de vales cirurgia pela linha SNS24 Fonte dados: SNS24, D	• Total de doentes em LIC contactados pelo SNS24 no âmbito de vales de cirurgia, com detalhe referente a doentes oncológicos/não oncológicos e dentro/fora dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) - comparação com período homólogo • Total de chamadas realizadas pelo SNS24 no âmbito de vales de cirurgia, com detalhe referente a doentes oncológicos/não oncológicos e dentro/fora dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) - comparação com período homólogo • Total de vales cirurgia cativados pela linha SNS24, com detalhe referente a doentes oncológicos/não oncológicos e dentro/fora dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) - comparação com período homólogo	Não publicado
Prioritárias	**B.1** - Programa cirúrgico para doentes não oncológicos	**(6)** Doentes não oncológicos em LIC **(7)** Doentes não oncológicos operados Fonte dados: SIGLIC, S	• Total de doentes não oncológicos em LIC, com comparação face ao período homólogo, detalhando as seguintes variáveis: Dentro e Fora dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), por entidade, por especialidade • Total de doentes não oncológicos operados, com comparação face ao período homólogo, detalhando as seguintes variáveis: Por entidade, por especialidade/serviço, no Sistema Nacional de Saúde, no setor Privado, no setor Social	Doentes não oncológicos em LIC, fora do TMRG e por agendar, evolução mensal para cada um dos anos do triénio: 2024, 2025 e 2026 Doentes não oncológicos operados, evolução mensal e acumulado anual para cada um dos anos do triénio 2024, 2025 e 2026 Variação do número de doentes não oncológicos operados em 2026 face ao mesmo período de 2025
	B.2 - Nova prioridade clínica para doentes oncológicos	*Repetido, mesmo indicador da medida A.1 deste eixo* **(2)** Doentes oncológicos operados Fonte dados: SIGLIC, S	• Total de doentes oncológicos operados, com comparação face ao período homólogo, detalhando as seguintes variáveis: Por entidade, por especialidade/serviço, no Sistema Nacional de Saúde, no setor Privado, no setor Social	Doentes oncológicos operados, evolução mensal e acumulado anual para cada um dos anos do triénio: 2024, 2025 e 2026

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores selecionados	Descrição do Indicador (ficha técnica)	Indicadores publicados
	B.3 - Reforço do acesso à consulta especializada	**(8)** Consultas médicas de especialidade Fonte dados: SICA, M	• Total de consultas médicas de especialidade, com detalhe entre primeiras consultas, consultas subsequentes e divisão por entidade e especialidade - comparação com período homólogo	Evolução anual do n.º de consultas médicas hospitalares para o triénio: 2024, 2025 e 2026 Evolução mensal das 1.ªs consultas e das consultas subsequentes no ano de 2026 Evolução mensal do n.º total de consultas para os anos 2024 e 2025 Variação do número de consultas médicas hospitalares em 2026 face ao mesmo período de 2025
Estruturantes	**C.1** - Monitorização à distância do doente crónico	**(9)** Doentes crónicos abrangidos pela App da Telemonit Fonte dados: Telemonit, M	• Total de doentes crónicos abrangidos pela App da Telemonit, detalhe por ULS e Patologia (ICC, DPOC, Covid, Diabetes e Hospitalização Domiciliária)	Não publicado
	C.2 - Revisão dos protocolos para consulta de especialidade nos CSP	**(10)** Referenciações de 1º consulta por especialidade Fonte dados: SIGA SNS, M	• Total de referenciações de primeiras consultas por especialidade, com detalhe por ULS	Não publicado
	C.3 - Alargamento da Hospitalização Domiciliária	**(11)** Doentes em regime de hospitalização domiciliária Fonte dados: Sclinico Hospitalar, M	• Total de doentes em regime de hospitalização domiciliária, com detalhe por ULS, com alta e por tipologia (pós-operatório)	Não publicado
	C.4 - Revisão dos protocolos para inclusão de doente em LIC	*Repetido, mesmo indicador da medida B.1 deste eixo* **(6)** Doentes não oncológicos em LIC Fonte dados: SIGLIC, S	• Total de doentes não oncológicos em LIC, com comparação face ao período homólogo, detalhando as seguintes variáveis: Dentro e Fora dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), por entidade, por especialidade	Doentes não oncológicos em LIC, fora do TMRG e por agendar, evolução mensal para cada um dos anos do triénio: 2024, 2025 e 2026
	C.5 - Monitorização de acompanhamento à atividade adicional	**(12)** Doentes em LEC Fonte dados: SIGLIC, S	• Total de doentes em LEC, com detalhe de dentro/fora dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), entidade e especialidade	Não publicado
Total	**10 medidas**	**12 indicadores**		**5 indicadores publicados (42%)**

Notas: 1. Para o Eixo 1 foram definidos 12 indicadores, 2 dos quais surgem associados à monitorização de mais do que uma medida. 2. As Letras D, M e S indicam a periodicidade de recolha de informação relativa ao indicador, D – Diário, Mensal e S – Semanal.

Legenda: DPOC - Doença pulmonar obstrutiva crónica; ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva; LEC - Lista de Espera para Consulta; LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia; Sclínico - Sistema de cuidados de saúde hospitalares; SICA - Sistema de informação para a contratualização e acompanhamento; SIGA SNS - Sistema integrado de gestão do acesso no Serviço Nacional de Saúde; SIGLIC - Sistema integrado de gestão de inscritos para cirurgia; TMRG -Tempos máximos de resposta garantidos;

Telemonit - destina-se a utilizadores integrados em programas de telemonitorização do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A aplicação permite registar e consultar informação de saúde no contexto desses programas, incluindo medições de parâmetros biométricos obtidas através de dispositivos externos, quando aplicável, e autoavaliações inseridas pelo utilizador. Os dados registados podem ser consultados pelos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento do utente.
Fonte: elaboração própria com base em informação disponibilizada pelo Ministério da Saúde e pela DE-SNS, e na informação publicada no portal do PETS.

Eixo estratégico 2 - Bebés e Mães em segurança

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores selecionados	Descrição do Indicador (ficha técnica)	Indicadores publicados
Urgentes	**A.1** - Criação de canal de atendimento direto para a grávida, alavancando na linha SNS24 (SNS GRÁVIDA)	**(13)** Chamadas recebidas na linha de atendimento SNS GRÁVIDA Fonte de dados: SNS24, D	• Total de chamadas recebidas pela linha de atendimento SNS Grávida - detalhe do destino de referenciação: autocuidados, CSP, SU, INEM e consulta aberta hospital	Linha SNS Grávida/Encaminhamentos: N.º total de triagens, e respetivo destino (autocuidados, CSP, INEM, SU) - Resultados mensais desde junho de 2024 até janeiro de 2026
	A.2 - Atribuição de incentivos financeiros para aumentar a capacidade de realização de partos	**(14)** Partos e cesarianas realizados Fonte de dados: SICA, M	• Total de partos realizados no SNS	Total de cesarianas e total de partos sem cesarianas, evolução mensal e acumulado anual, no triénio 2024, 2025 e 2026 Variação do total de partos sem cesarianas em 2026 (sem indicação do período comparativo) Variação de cesarianas em 2026 (sem indicação do período comparativo)
	A.3 - Reforço de convenções com o setor social e privado	**(15)** Partos realizados ao abrigo do protocolo com o setor social/privado Fonte de dados: SClínico, M	• Total de partos realizados ao abrigo do protocolo com o setor social e privado	Não publicado
Prioritárias	**B.1** - Criação de um regime de Atendimento Referenciado de Ginecologia de Urgência	*Repetido, mesmo indicador da medida A.1 deste eixo* **(13)** Chamadas recebidas na linha de atendimento SNS GRÁVIDA Fonte de dados: SNS24, D	• Total de chamadas recebidas pela linha de atendimento SNS Grávida - detalhe do destino de referenciação: autocuidados, CSP, SU, INEM e consulta aberta hospital	N.º total de triagens, e respetivo destino (autocuidados, CSP, INEM, SU) - Resultados para os meses desde junho de 2024 até dezembro de 2025
	B.2 - Atualização dos rácios de pessoal e da composição das equipas nos locais de parto em função de critérios técnico-científicos atendíveis	**(16)** Profissionais de saúde em exercício nos serviços de Ginecologia e Obstetrícia Fonte de dados: RHV, M	• Total de profissionais de saúde em exercício nos serviços de Ginecologia e Obstetrícia, detalhe por ULS	Não publicado

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores selecionados	Descrição do Indicador (ficha técnica)	Indicadores publicados
	B.3 - Revisão da tabela de preços convencionados para MCDT (ecografias pré-natais)	**(17)** Ecografias pré-natais prescritas e realizadas (por tipologia: 1º trimestre, 2º trimestre, 3º trimestre) Fonte de dados: BDNP, S	• Total de ecografias pré-natais prescritas e realizadas no setor convencionado, por tipologia (1º trimestre, 2º trimestre, 3º trimestre)	Total de ecografias Pré-Natais após o Despacho n.º 10466/C2024, de 4 de setembro
	B.4 - Generalização do Atendimento Pediátrico Referenciado	**(18)** ULS com APR operacional Fonte de dados: SNS24, D	• Total de ULS com APR operacional, em articulação com linha SNS24	Não publicado
Estruturantes	**C.1** - Separação das especialidades de Ginecologia e Obstetrícia	SEM Indicador. Carece de reflexão. Decidido não considerar indicador (DE-SNS 11/10/2024)	N/D	N/D
	C.2 - Reforço do acompanhamento da grávida por Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia	SEM Indicador. Carece de legislação. Decidido não considerar indicador (DE-SNS 11/10/2024)	N/D	N/D
	C.3 - Estabelecimento de novas estruturas organizacionais para blocos de parto /obstetrícia	*Repetido, mesmo indicador da medida A.2 deste eixo* **(14)** Partos e cesarianas realizados Fonte de dados: SICA, M	• Total de partos realizados no SNS	Total de cesarianas e total de partos sem cesarianas, evolução mensal e acumulado anual, no triénio 2024, 2025 e 2026 Variação do total de partos sem cesarianas em 2026 (sem indicação do período comparativo) Variação de cesarianas em 2026 (sem indicação do período comparativo)
Total	**10 medidas**	**6 indicadores**		**3 indicadores publicados (50%)**

Notas: 1. Para o Eixo 2 foram definidos 6 indicadores, 2 dos quais surgem associados à monitorização de mais do que uma medida. 2. As Letras D, M e S indicam a periodicidade de recolha de informação relativa ao indicador; D – Diário; M – Mensal; e S – Semanal.

Legenda: APR - Atendimento pediátrico referenciado; BDNP – Base de dados nacional de prescrições; CSP – Cuidados de saúde primários; DE-SNS – Direção Executiva do SNS; INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica; MCDT – Meios complementares de diagnóstico e terapêutica; RHV – Recursos humanos e vencimentos – SPMS; Sclínico – Sistema de cuidados de saúde hospitalares; SICA – Sistema de informação para a contratualização e acompanhamento; SU – Serviço de urgência; ULS – Unidade Local de Saúde; N/D – Não disponível.

Fonte: elaboração própria com base em informação disponibilizada pelo Ministério da Saúde e pela DE-SNS, e na informação publicada no portal do PETS.

Eixo estratégico 3 - Cuidados urgentes e emergentes

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores selecionados	Descrição do Indicador (ficha técnica)	Indicadores publicados
Urgentes	**A.1** - Requalificação dos espaços dos Serviços de Urgência – Urgência Geral / Psiquiátrica	**(19)** Requalificações de serviços de urgência Fonte de dados: DE-SNS/ACSS, M	• Total de requalificações de serviços de urgência, com detalhe por: previstas, a decorrer, concluídas	Não publicado
	A.2 - Criação de Centros de Atendimento Clínico para situações agudas de menor complexidade e urgência clínica	**(20)** Doentes atendidos nos CAC Fonte de dados: SNS24/Sclínico CSP, D	• Total de doentes atendidos nos CAC, incluindo CAC pediátrico - detalhe de número total de doentes encaminhados para CAC pelo SNS24 e total de doentes atendidos referenciados pelo SNS24	Número acumulado até janeiro de 2026 de: Centros de Atendimento Clínico, Utentes atendidos nos CAC desde agosto de 2024 Doentes referenciados pela linha SNS24
	A.3 - Implementação da consulta do dia seguinte nos CCSP para situações agudas de menor complexidade e urgência	**(21)** Episódios de urgência com prioridade de Manchester azul e verde Fonte de dados: SICA, M	• Total de episódios de urgência com prioridade de Manchester azul e verde, com detalhe por prioridade e por ULS	Não publicado
		(22) Consultas do dia seguinte realizadas nos CSP Fonte de dados: SIM@SNS, D	• Total de consultas do dia seguinte realizadas nos Cuidados de Saúde Primários, por ULS, com detalhe referente à origem do agendamento: Agendado via Hospital, Agendado via SNS24	Ligue Antes, Salve Vidas: Número acumulado, até janeiro de 2026, de: Agendamentos de consultas CSP Agendamentos pelo SNS24 Agendamentos pelo Serviço de Urgência (SU)
Prioritárias	**B.1** - Libertação de camas indevidamente ocupadas nos internamentos hospitalares	**(23)** Camas para internamentos hospitalares Fonte de dados: BI Hospitalar, D	• Total de camas para internamentos hospitalares, detalhe por camas ocupadas e camas ocupadas com casos sociais	Não publicado
		(24) Camas contratadas no setor social e privado Fonte de dados: ACSS, M	• Total de camas contratadas ao setor social e privado, com detalhe do custo das mesmas	Número de camas contratualizadas a acrescer às já existentes
	B.2 - Criação da especialidade médica de Urgência	**(25)** Vagas para a especialidade médica de urgência Fonte de dados: RHV, S	• Total de vagas para a especialidade médica de urgência, por ULS	Não publicado
	B.3 - Desenvolvimento de programas de vacinação contra o Virus da Gripe e Vírus Sincicial Respiratório	**(26)** Utentes vacinados contra a gripe **(27)** Utentes vacinados contra a VSR Fonte de dados: Vacinas, D	• Total de utentes vacinados contra a gripe com detalhe por faixa etária (>85 anos, >60 anos), vacinados contra gripe e Covid e local de vacinação • Total de doentes vacinados contra a VSR com detalhe por local de vacinação	Número acumulado, até janeiro de 2026, de: Utentes vacinados COVID-19, Utentes vacinados - Gripe, Utentes vacinados no mesmo dia coadministrações, COVID-19+Gripe
	B.4 - Realização de teleconsultas médicas em situações agudas de menor complexidade e urgência clínica	**(28)** Teleconsultas realizadas Fonte de dados: RSE Live, D	• Total de teleconsultas realizadas via RSE live, com detalhe por local: CSP, Hospital, SNS24	Número acumulado a janeiro de 2026 do acréscimo de teleconsultas realizadas pelo SNS24, desde 19 de dezembro de 2024

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores selecionados	Descrição do Indicador (ficha técnica)	Indicadores publicados
	B.5 - Desenvolvimento do algoritmo do SNS24 para pré-triagem, encaminhamento, referenciação e agendamento de consultas do dia seguinte	**(29)** Linha de atendimento SNS24 Fonte de dados: SNS24, D	• Total de chamadas atendidas, tiradas e encaminhadas pela linha SNS24	Não publicado
	B.6 - Realização de campanhas de informação utilizando a rede de farmácias comunitárias	**(30)** Farmácias comunitárias com campanhas informativas Fonte de dados: Relatório, M	• Total de farmácias comunitárias com campanhas informativas	Não publicado
	B.7 - Criação do Departamento de Urgência e Emergência Médica na DE-SNS	**(31)** Atividades desenvolvidas pelo departamento de urgência e emergência da DE-SNS Fonte de dados: Relatório, M	• Total de atividades desenvolvidas pelo departamento de urgência e emergência da DE-SNS	Não publicado
	B.8 - Transporte inter-hospitalar integrado do doente crítico	**(32)** Transportes de doentes críticos realizados Fonte de dados: INEM, D	• Total de transportes críticos realizados, com detalhe por entidade	Não publicado
Estruturantes	**C.1** - Alteração do modelo dos locais de atendimento de doentes com situações agudas de menor complexidade e urgência clínica	*Repetido, mesmo indicador da medida A.2 deste eixo* **(20)** Doentes atendidos nos CAC Fonte de dados: SNS24, D	• Total de doentes atendidos nos CAC, incluindo CAC pediátrico - detalhe de número total de doentes encaminhados para CAC pelo SNS24 e total de doentes atendidos referenciados pelo SNS24	Número acumulado até janeiro de 2026 de: Centros de Atendimento Clínico Utentes atendidos nos CAC desde agosto de 2024 Doentes referenciados pela linha SNS24
	C.2 - Apoio médico a doentes em lares (ERPI)	SEM Indicador. Carece de legislação. Decidido não considerar indicador	N/D	N/D
Total	**13 medidas**	**14 indicadores**		**5 indicadores publicados (36%)**

Notas: 1. Para o Eixo 3 foram definidos 14 indicadores 1 dos quais surge associado à monitorização de mais do que uma medida. 2. As Letras D, M e S indicam a periodicidade de recolha de informação relativa ao indicador: D – Diário; M - Mensal; e S – Semanal.

Legenda: ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde; CAC - Centro de atendimento clínico; CSP – Cuidados de saúde primários; DE-SNS – Direção Executiva do SNS; ERPI – Estrutura residencial para pessoas idosas; INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica; Sclínico – Sistema de cuidados de saúde hospitalares; SICA – Sistema de informação para a contratualização e acompanhamento; SIMSNS - Sistema de informação e monitorização do SNS; BI Hospitalar – *Business Intelligence* Hospitalar (sistema de informação e análise de dados do SNS); BI CSP - *Business Intelligence* CSP; RHV - Recursos humanos e vencimentos – SPMS; SER Live - Plataforma oficial de telessaúde do Serviço Nacional de Saúde; ULS – Unidade Local de Saúde, VSR – Vírus sincicial respiratório; N/D – Não disponível.

Fonte: elaboração própria com base em informação disponibilizada pelo Ministério da Saúde e pela DE-SNS, e na informação publicada no portal do PETS.

Eixo estratégico 4 - Saúde próxima e familiar

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores selecionados	Descrição do Indicador (ficha técnica)	Indicadores publicados
Urgentes	**A.1** - Atribuição de Médicos de Família aos utentes em espera com a capacidade atual do setor público	**(33)** Utentes com médico de família **(34)** Consultas Médicas nos CSP Fonte de dados: SIM@SNS, M	• Total de utentes com médico de família, por ULS/Unidade funcional • Total de consultas médicas nos Cuidados de Saúde Primários, com detalhe por primeiras consultas e consultas subsequentes	Número acumulado, até janeiro de 2026, de: utentes inscritos atuais e utentes inscritos com médico de família atual Número total de consultas 2026, % de variação das consultas (sem indicação do período usado para comparação) % utentes com médico de família, análise mensal para os anos de 2024, 2025 e 2026 Número de utentes inscritos nos CSP, análise mensal para os anos 2024, 2025 e janeiro de 2026, com a seguinte desagregação: Utentes inscritos com Médico de Família Utentes inscritos sem Médico de Família Utentes inscritos sem Médico de Família por opção Número de consultas médicas nos CSP, desagregadas entre presenciais, não presenciais ou inespecíficas, ao domicílio, análise mensal para os anos de 2024, 2025 janeiro de 2026 Número acumulado de consultas médicas nos CSP para os anos de 2024, 2025 e 2026
	A.2 - Reforço da resposta pública dos CSP em parceria com o setor social	**(35)** Utentes com médico de família abrangidos por resposta setor social Fonte de dados: SIM@SNS, M	• Total de utentes com médico de família abrangidos por resposta do setor social, por ULS	Número acumulado, até dezembro de 2024, de consultas nas parcerias com o setor social Taxa de variação das consultas (sem indicação do período usado para comparação) Número de ULS com Acordos Número de instituições Sociais
	A.3 -Reforço da resposta pública em parceria com o setor privado (Parceria Público-Privada com Hospital de Cascais)	**(36)** Utentes com médico de família abrangidos pela parceria Hospital de Cascais **(37)** Prescrição MCDTS **(38)** Consultas Fonte de dados: BI CSP, M	• Total de utentes com médico de família abrangidos pela parceria com o Hospital de Cascais • Total de MCDT prescritos • Total de Consultas efetuadas, com detalhe por Primeiras consultas e consultas Subsequentes	Não publicado
	A.4 - Criação de linha de atendimento para utentes que necessitem de acesso a médico no dia	*Repetido, mesmo indicador da medida A.3 do Eixo 3* **(22)** Consultas do dia seguinte realizadas nos CSP Fonte de dados: SIM@SNS, D	• Total de consultas do dia seguinte realizadas nos Cuidados de Saúde Primários, por ULS, com detalhe referente à origem do agendamento: Agendado via Hospital, Agendado via SNS24	Ligue Antes, Salve Vidas: Número total acumulado, até janeiro de 2026, de: Agendamentos de consultas CSP Agendamentos pelo SNS24 Agendamentos pelo Serviço de Urgência (SU)
Prioritárias	**B.1** - Implementação de USF-modelo C	**(39)** Novos agrupamentos de USF modelo C (até 5 USF por agrupamento) por região selecionada (de acordo com o estipulado no Caderno Encargos); Fonte de dados: DE-SNS/ACSS, M	• Total de novos agrupamentos de USF modelo C (até 5 por agrupamento) por região selecionada (de acordo com o estipulado no Caderno de Encargos), por estado de execução: Previsto, em processo, em funcionamento	Não publicado

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação dos indicadores selecionados	Descrição do Indicador (ficha técnica)	Indicadores publicados
	B.2 - Reforço da resposta pública com médicos aposentados	**(40)** Médicos aposentados Fonte de dados: ACSS, M	• Total de médicos aposentados em exercício nos CSP	Número total de médicos contratados em 2025 das 1070 vagas disponíveis Número total de médicos contratados em 2025 de Medicina Geral e Familiar Número total de médicos aposentados autorizados para 2026
	B.3 - Revisão dos critérios de transição de USF-modelo A e UCSP para USF-modelo B	**(41)** UCSP transitadas para USF modelo B, após revisão dos critérios Fonte de dados: Relatório, M	• Total de UCSP transitadas para USF modelo B após revisão dos critérios	Não publicado
	B.4 - Reforço da resposta pública em parceria com o setor privado (Associações de Médicos e Cooperativas)	**(42)** Convenção com cooperativas / associações de médicos; Fonte de dados: SIM@SNS, M	• Total de utentes abrangidos por convenções com cooperativas, associações de médicos	Não publicado
	B.5 - Incentivo à adesão ao regime voluntário de carteira adicional de utentes	**(43)** Utentes cobertos pelo regime voluntário de carteira adicional de utentes Fonte de dados: BI CSP, M	• Total de utentes cobertos pelo regime voluntário de carteira adicional de utentes	Não publicado
Estruturantes	**C.1** - Disponibilização de MCDT em química seca e radiologia convencional	**(44)** CDI implementados Fonte de dados: Relatório, M	• Total de CDI implementados, por ULS	Não publicado
	C.2 - Dinamização de rastreios oncológicos nos CSP	**(45)** Rastreios oncológicos realizados nos CSP Fonte de dados: SiiMA rastreios, M	• Total de rastreios oncológicos realizados nos CSP, por ULS, com indicação de número de diagnósticos positivos	Não publicado
	C.3 - Criação de Centros de Avaliação Médica e Psicológica	**(46)** Atestados de robustez física e psíquica emitidos por USF e CAMP, por ULS Fonte de dados: CITs, M	• Total de atestados de robustez física e psíquica emitidos por USF e CAMP, por ULS, detalhado por Certificado de Incapacidade Temporária (CIT) e Autodeclaração de Doença (ADD)	Não publicado
Total	**12 medidas**	**14 indicadores**		**4 indicadores publicados (29%)**

Notas: 1. Para o Eixo 4 foram definidos 14 indicadores 1 dos quais surge associado à monitorização de mais do que uma medida. 2. As Letras D, M e S indicam a periodicidade de recolha de informação relativa ao indicador: D – Diário; M - Mensal; e S – Semanal.

Legenda: ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde; BI CSP - *Business Intelligence* dos Cuidados de saúde primários; CAMP – Centro de avaliação médica e psicológica do SNS; CDI – Centros de diagnóstico integrado; CIT – Certificado de incapacidade temporária; CSP – Cuidados de saúde primários; DE-SNS – Direção Executiva do SNS; MCDT – Meios complementares de diagnóstico e terapêutica; SIM@SNS - Sistema de informação e monitorização do SNS; SiiMA rastreios – Gestão clínica e operacional de programas de rastreio; SU – Serviço de urgência; ULS – Unidade Local de Saúde; USF – Unidade de Saúde Familiar; UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

Fonte: elaboração própria com base em informação disponibilizada pelo Ministério da Saúde e pela DE-SNS, e na informação publicada no portal do PETS.

Eixo estratégico 5 - Saúde Mental

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação do Indicador	Descrição do Indicador (ficha técnica)	Indicadores publicados
Urgentes	**A.1** - Contratação de psicólogos para os CSP	**(47)** Psicólogos nos CSP Fonte de dados: DE-SNS/ACSS, M	• Total de Psicólogos nos Cuidados de Saúde Primários, por ULS/Unidade funcional • Total de Consultas de Psicologia realizadas nos Cuidados de Saúde Primários	Número total de consultas de Psicologia em 2026, variação homologa face ao mesmo período de 2025 Número total de consultas de Psiquiatria em 2026, variação homologa face ao mesmo período de 2025 Número de 1.ª Consultas e de Consultas subsequentes, de Psicologia, evolução mensal em 2024, 2025 e janeiro de 2026 Número acumulado de consultas de Psicologia para os anos de 2024, 2025 e 2026 Número de 1.ª Consultas e de Consultas subsequentes, de Psiquiatria, evolução mensal em 2024, 2025 e janeiro de 2026 Número acumulado de consultas de Psiquiatria para os anos de 2024, 2025 e 2026
	A.2 - Criação de programa estruturado de Saúde Mental para as forças de segurança (PSP e GNR)	**(48)** Agentes que utilizaram a Via Verde Fonte de dados: DE-SNS/ACSS, M	• Total de agentes das forças de segurança que utilizaram a via verde da Saúde Mental	Não publicado
	A.3 - Desinstitucionalização de situações crónicas em saúde mental	**(49)** Instituições com respostas de desinstitucionalização de situações crónicas em saúde mental implementadas Fonte de dados: CNPSM, M	• Total de instituições com respostas de desinstitucionalização de situações crónicas em saúde mental implementadas	Não publicado
Prioritárias	**B.1** - Criação de Equipas Comunitárias de Saúde Mental para adultos, infância e adolescência	**(50)** Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM) Fonte de dados: CNPSM, M	• Total de Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM) e número de consultas realizadas pelas mesmas	Não publicado
	B.2 - Disponibilização de programas estruturados de intervenção na ansiedade e na depressão nos CSP	*Repetido, mesmo indicador da medida A.1 deste Eixo* **(47)** Psicólogos nos CSP Fonte de dados: SIM@SNS, M	• Total de Psicólogos nos Cuidados de Saúde Primários, por ULS/Unidade funcional • Total de Consultas de Psicologia realizadas nos Cuidados de Saúde Primários	Número total de consultas de Psicologia em 2026, variação homologa face ao mesmo período de 2025 Número total de consultas de Psiquiatria em 2026, variação homologa face ao mesmo período de 2025 Número de 1.ª Consultas e de Consultas subsequentes, de Psicologia, evolução mensal em 2024, 2025 e janeiro de 2026 Número acumulado de consultas de Psicologia para os anos de 2024, 2025 e 2026 Número de 1.ª Consultas e de Consultas subsequentes, de Psiquiatria, evolução mensal em 2024, 2025 e janeiro de 2026 Número acumulado de consultas de Psiquiatria para os anos de 2024, 2025 e 2026

Tipo de medidas	Designação da medida	Designação do Indicador	Descrição do Indicador (ficha técnica)	Indicadores publicados
	B.3 - Garantia da capacidade de internamento para situações agudas nos Serviços Locais de Saúde Mental	**(51)** Doentes saídos por entidades especializadas Fonte de dados: BI Hospitalar, M	• Total de doentes saídos por entidade especializada	Não publicado
	B.4 - Criação de serviços de saúde mental regionais para internamento de doentes de elevada complexidade	**(52)** Serviços de saúde mental regionais criados **(53)** Doentes saídos em serviços de saúde mental regionais para internamento de doentes de elevada complexidade Fonte de dados: Relatório, M	• Total de serviços de saúde mental regionais criados • Total de doentes saídos em serviços de saúde regionais para internamento de doentes de elevada complexidade	Não publicado
Estruturantes	**C.1** - Construção dos serviços forenses no Hospital Sobral Cid e no Hospital Júlio de Matos	**(54)** Doentes inimputáveis internados, por unidade de psiquiatria forense Fonte de dados: Não indicado, M	• Total de doentes inimputáveis internados, por unidade de psiquiatria forense	Não publicado
	C.2 - Generalização dos Centros de Responsabilidade Integrados em todos os Serviços Locais de Saúde Mental	*Repetido, mesmo indicador da medida B.3 deste eixo* **(51)** Doentes saídos por entidades especializadas Fonte de dados: BI Hospitalar, M	• Total de Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM) e número de consultas realizadas pelas mesmas	Não publicado
		(55) Novos CRI Fonte de dados: Relatório, M	• Total de novos CRI criados	Não publicado
Total	**9 medidas**	**9 indicadores**		**1 indicador publicado (11%)**

Notas: 1. Para o Eixo 5 foram definidos 9 indicadores, 2 dos quais surgem associados à monitorização de mais do que uma medida. 2. As Letras D, M e S indicam a periodicidade de recolha de informação relativa ao indicador: D – Diário; M - Mensal; e S – Semanal.

Legenda: ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde; BI Hospitalar - *Business Intelligence* Hospitalar; CAMP - Centro de avaliação médica e psicológica do SNS; CIT - Certificado de incapacidade temporária; CNPSM – Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental – SNS; CRI – Centros de responsabilidade integrados; CSP – Cuidados de saúde primários; DE-SNS – Direção Executiva do SNS; SICA - Sistema de informação para a contratualização e acompanhamento; ULS – Unidade Local de Saúde; USF – Unidade de Saúde Familiar.

Fonte: elaboração própria com base em informação disponibilizada pelo Ministério da Saúde e pela DE-SNS, e na informação publicada no portal do PETS.

Apêndice 7: Indicadores publicados no Portal PETS

Eixos estratégicos	Indicadores		Dados publicados	Eixos/Medidas
Eixo 1 Resposta a tempo e horas	1	Doentes oncológicos operados	Evolução mensal e acumulado anual para cada um dos anos do triénio: 2024, 2025 e 2026 Variação do número de doentes oncológicos operados em 2026 face ao mesmo período de 2025	Eixo 1, Medida A.1
	2	Doentes não oncológicos operados	Evolução mensal e acumulado anual para cada um dos anos do triénio: 2024, 2025 e 2026 Variação do número de doentes não oncológicos operados em 2026 face ao mesmo período de 2025	Eixo 1, Medida B.1
	3	Lista de inscritos para cirurgia (LIC) oncológica, fora do TMRG e por agendar	Doentes oncológicos em LIC fora do TMRG e por agendar, evolução mensal para cada um dos anos do triénio (2024, 2025 e 2026)	Eixo 1, Medida A.1
	4	Lista de inscritos para cirurgia (LIC) não oncológica, fora do TMRG e por agendar	Doentes não oncológicos em LIC fora do TMRG e por agendar, evolução mensal para cada um dos anos do triénio: 2024, 2025 e 2026	Eixo 1, Medida B.1
	5	Consultas médicas hospitalares	Evolução anual do n.º de consultas médicas hospitalares para o triénio: 2024, 2025 e 2026 Evolução mensal das 1.ªs consultas e das consultas subsequentes no ano de 2026 Evolução mensal do n.º total de consultas para os anos 2024 e 2025 Variação do número de consultas médicas hospitalares em 2026 face ao mesmo período de 2025	Eixo 1, Medida B.3
Eixo 2 Bebés e Mães em segurança	6	Linha SNS24 Grávida/ Encaminhamentos	N.º total de triagens, e respetivo destino (autocuidados, CSP, INEM, SU) - Resultados mensais desde junho de 2024 até janeiro de 2026	Eixo 2, Medida A.1
	7	Partos e Cesarianas	Total de cesarianas e total de partos sem cesarianas, evolução mensal e acumulado anual, no triénio 2024, 2025 e 2026 Variação do total de partos sem cesarianas em 2026 (sem indicação do período comparativo) Variação de cesarianas em 2026 (sem indicação do período comparativo)	Eixo 2, Medida A.2
	8	Ecografias Pré-Natais	Total de ecografias Pré-Natais após o Despacho n.º 10466/C2024, de 4 de setembro	Eixo 2, Medida B.3
Eixo 3 Cuidados urgentes e emergentes	9	Ligue Antes, Salve Vidas	Número acumulado, até janeiro de 2026, de: Agendamentos de consultas CSP Agendamentos pelo SNS24 Agendamentos pelo Serviço de Urgência (SU)	Eixo 3, Medida A.3
	10	Centro de Atendimento Clínico (CAC)	Número acumulado até janeiro de 2026 de: Centros de Atendimento Clínico, Utentes atendidos nos CAC desde agosto de 2024 Doentes referenciados pela linha SNS24	Eixo 3, Medida A.2
	11	Vacinação	Número acumulado, até janeiro de 2026, de: Utentes vacinados COVID-19 Utentes vacinados no mesmo dia coadministrações, COVID-19+Gripe	Eixo 3, Medida B.3
	12	Libertação de camas indevidamente ocupadas nos internamentos hospitalares	Número de camas contratualizadas a acrescer às já existentes	Eixo 3, Medida B.1
	13	Teleconsultas realizadas pelo SNS24	Número acumulado a janeiro de 2026 do acréscimo de teleconsultas realizadas pelo SNS24, desde 19 de dezembro de 2024	Eixo 3, Medida B.4
Eixo 4 Saúde próxima e familiar	14	Utentes com Médico de Família	Número acumulado, até janeiro de 2026, de: utentes inscritos atuais e utentes inscritos com médico de família atual Número total de consultas 2026, % de variação das consultas (sem indicação do período usado para comparação) % utentes com médico de família, análise mensal para os anos de 2024, 2025 e 2026	Eixo 4, Medida A.1
	15	Utentes Inscritos nos Cuidados Saúde Primários	Número de utentes inscritos nos CSP, análise mensal para os anos 2024, 2025 e janeiro de 2026, com a seguinte desagregação: Utentes inscritos com Médico de Família Utentes inscritos sem Médico de Família Utentes inscritos sem Médico de Família por opção	Sem medida atribuída, não consta da ficha técnica de indicadores

Eixos estratégicos	Indicadores		Dados publicados	Eixos/Medidas
	16	Consultas Médicas nos Cuidados Saúde Primários	Número de consultas médicas nos CSP, desagregadas entre presenciais, não presenciais ou inespecíficas, ao domicílio, análise mensal para os anos de 2024, 2025 janeiro de 2026 Número acumulado de consultas médicas nos CSP para os anos de 2024, 2025 e 2026	Eixo 4, Medida A.1
	17	Parcerias com o Setor Social	Número acumulado, até dezembro de 2024, de consultas nas parcerias com o setor social Taxa de variação das consultas (sem indicação do período usado para comparação) Número de ULS com Acordos Número de instituições Sociais	Eixo 4, Medida A.2
	18	Contratação de Médicos Aposentados	Número total de médicos contratados em 2025 das 1070 vagas disponíveis Número total de médicos contratados em 2025 de Medicina Geral e Familiar Número total de médicos aposentados autorizados para 2026	Eixo 4, Medida B.2
Eixo 5 Saúde Mental	19	Consultas de Psicologia	Número total de consultas de Psicologia em 2026, variação homologa face ao mesmo período de 2025 Número de 1.ª Consultas e de Consultas subsequentes, de Psicologia, evolução mensal em 2024, 2025 e janeiro de 2026 Número acumulado de consultas de Psicologia para os anos de 2024, 2025 e 2026	Eixo 5, Medida A.1
	20	Consultas de Psiquiatria	Número total de consultas de Psiquiatria em 2026, variação homologa face ao mesmo período de 2025 Número de 1.ª Consultas e de Consultas subsequentes, de Psiquiatria, evolução mensal em 2024, 2025 e janeiro de 2026 Número acumulado de consultas de Psiquiatria para os anos de 2024, 2025 e 2026	Sem medida atribuída, não consta da ficha técnica de indicadores
		20 indicadores publicados		

Nota: A expressão "ficha técnica de indicadores" é a designação dada ao ficheiro Excel disponibilizado pelo MS e pela DE-SNS, no qual estão listados os 55 indicadores finais para monitorização do PETS e se especificam os seguintes elementos: i) a descrição do indicador; ii) as variáveis consideradas; iii) a unidade de medida; iv) a periodicidade de recolha dos dados; v) a fórmula de cálculo; vi) a fonte de dados e o respetivo editor (entidade responsável pela gestão dos dados); vii) o autor (entidade responsável pela publicação); viii) a periodicidade de divulgação; ix) a indicação sobre o carácter público ou interno da informação.

Legenda: CSP – Cuidados de saúde Primários; INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica; LIC – Lista de inscritos para cirurgia; SU – Serviço de urgência; ULS – Unidade Local de Saúde; TMRG – Tempos máximos de resposta garantidos.

Fonte: elaboração própria com base em informação disponibilizada pela SPMS (email de 14 de julho de 2025) e na informação publicada no portal do PETS.

Anexo – Respostas recebidas em sede de contraditório

Ministro de Estado e das Finanças

REPÚBLICA PORTUGUESA
GABINETE DO MINISTRO DE ESTADO E DAS FINANÇAS

Exma. Senhora
Diretora-Geral do Tribunal de Contas

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
	24/07/2026	Nº: 1005/2026 ENT.: 4777/2026 PROC. Nº: 05.04	07/08/2026

ASSUNTO **Auditoria ao Plano de Emergência e Transformação na Saúde (PETS)**

Exma. Senhora Diretora-Geral do Tribunal de Contas,

Reportando-me assunto mencionado em epígrafe, encarrega-me S.E. o Ministro de Estado e das Finanças de

No que se refere à execução reportada pelo Ministério da Saúde (n.º 87 e 89 do Relato), regista-se que o montante de 117,4 M€, indicado como executado até 30 de maio de 2025, coincide com o valor do pedido de reforço inicial da ACSS, constante da sua Informação n.º 40756/2025/DFI/ACSS, de 25 de junho de 2025, que visava repor nos orçamentos das entidades executoras verbas já despendidas na execução do Plano, o que se articula com a referência ao custo de oportunidade financeiro suportado pelas entidades do SNS, no ponto 89 do Relato.

Relativamente aos recursos afetos ao PETS (n.º 90 do Relato), já quanto ao facto de que "só em 5 de novembro de 2025, por despacho do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento (SEAO), foi autorizado o reforço orçamental da ACSS - Programa Orçamental da Saúde - em 22,9 M€, correspondente a cerca de 5% das necessidades de recursos financeiros estimadas para a execução do PETS (442,3 M€)", importa referir que o Despacho do SEAO n.º 291/2025, de 5 de novembro, teve por base o pedido formulado pela ACSS, em 25 de junho de 2025, onde era solicitado o reforço do programa da saúde em 117,4 M€, contudo, na sequência da identificação de diversas inconsistências, designadamente no que concerne à Medida A.1 do Eixo 3, e após os esclarecimentos adicionais prestados pela ACSS a esta EO, diversos esclarecimentos entre o GSEAO e o GSEGS, a necessidade de financiamento para o ano de 2025 foi fixada em 29,051 M€, tendo sido autorizados

Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças
Av. Infante D. Henrique, 1, 1149-009 Lisboa, PORTUGAL
TEL + 351 21 881 68 00 EMAIL gabinete.ministro@mf.gov.pt www.portugal.gov.pt

REPÚBLICA PORTUGUESA

GABINETE DO MINISTRO DE ESTADO E DAS FINANÇAS

22,851 M€, com incidência sobre medidas dos Eixos 3 e 4 conforme se demonstra no quadro seguinte:

Medida	Eixo	Proposto na Instrução técnica (EO)	Autorizado (Despacho SEAO n.º 291/2025)	Diferença
B.5 – Desenvolvimento do algoritmo SNS24	Eixo 3	10,75	10,75	0
A.2 – Centros de Atendimento Clínico (CAC)	Eixo 3	4	4	0
B.1 – Libertação de camas / ECCI	Eixo 3	7,5	7,5	0
B.1 – Implementação de USF modelo C	Eixo 4	0,601	0,601	0
A.2 – Incentivos à realização de partos	Eixo 2	5	—	-5,00
A1/A.2 – Parceria Hospital de Cascais	Eixo 4	1,2	—	-1,20
TOTAL	—	**29,051**	**22,851**	**-6,20**

Quanto à diferença entre a necessidade de financiamento de 29,051M€ e a autorização de reforço orçamental em 22,851M€, tal deveu-se ao facto de se ter identificado que, sensivelmente, 5M€ respeitavam aos Centros de Elevado Desempenho, cujo diploma legal foi aprovado em Conselho de Ministros no mesmo dia do Despacho do Sr. SEAO, de modo que não havia ainda a certeza da implementação dos projetos pilotos durante 2025; ou seja, na verdade, a necessidade de financiamento ascendeu aos 22,851M€, cujo reforço orçamental foi autorizado pelo Sr. SEAO.

Acresce informar que a dotação para o PETS esteve assegurada, desde a preparação do OE 2025, com 200 M€ inscritos no Capítulo 60 - Despesas Excecionais (ETF), sendo que, para o ano 2026, foi autorizado um reforço adicional de 50 M€, através do Despacho SEAO n.º 166/2026 de 23 de março, o que evidencia continuidade do compromisso financeiro para além do período auditado.

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe do Gabinete

Nelson Coelho

Cc: SEAO

Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças
Av. Infante D. Henrique, 1, 1149-009 Lisboa, PORTUGAL
TEL + 351 21 881 68 00 EMAIL gabinete.ministro@mf.gov.pt www.portugal.gov.pt

Ministra da Saúde

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

MS | S 3586/2026 | 21-08-2026 | P 030.01.02 - 213/2025
Gabinete da Ministra da Saúde

Exma. Senhora
Dra. Maria da Conceição Albuquerque Cardoso Reis Ventura
Diretora-Geral do Tribunal de Contas
Av. da República, 65
1050-189 Lisboa

da3@tcontas.pt

SUA REFERÊNCIA:	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA Nº:	DATA:
DA III Proc. N.º 9/2025 – Audit	24/07/2026	ENT.: 8355/2026 PROC. Nº: 213/2025 CLASS: 030.01.02/2025	24/07/2026

ASSUNTO: **Auditoria ao Plano de Emergência e Transformação na Saúde (PETS) - Apresentação de pronúncia**

Estimada Senhora Diretora-Geral,

Pronúncia da Senhora Ministra da Saúde sobre o projeto de recomendações constante do Relato da auditoria ao Plano de Emergência e Transformação na Saúde – Processo n.º 9/2025 – Audit. 2.ª S, remetido pelo Tribunal de Contas para efeitos de contraditório:

A Senhora Ministra da Saúde agradece ao Tribunal de Contas o trabalho desenvolvido e a oportunidade de exercer o direito ao contraditório relativamente ao projeto de relatório.

O Ministério da Saúde reconhece a relevância das recomendações formuladas, enquanto contributo para o aperfeiçoamento dos processos de formulação, implementação e monitorização das políticas públicas no setor da saúde. Todavia, considera importante enquadrar as conclusões à luz da natureza específica do Plano de Emergência e Transformação da Saúde (PETS) e do contexto em que o mesmo foi concebido.

O PETS constituiu um instrumento de resposta governativa de natureza extraordinária, elaborado num contexto de elevada pressão sobre o Serviço Nacional de Saúde, visando responder, num horizonte temporal muito curto, a problemas estruturais e conjunturais cuja resolução não admitia os tempos próprios da preparação de instrumentos de planeamento estratégico convencionais. Acresce que, durante a fase inicial da implementação do Plano, ocorreu a apresentação da demissão do Diretor Executivo do Serviço Nacional de Saúde, circunstância que condicionou o normal funcionamento do modelo de coordenação institucional inicialmente

Av. João Crisóstomo 9 – 6.º
1049-062 Lisboa, PORTUGAL
Email: gabinetems@ms.gov.pt
TEF: +351 213305100
portugal.gov.pt

previsto e limitou, de forma transitória, a articulação entre as diferentes entidades envolvidas na execução das medidas, num período particularmente exigente para o SNS.

Neste contexto, importa distinguir entre um plano de emergência, orientado para uma resposta rápida e imediata, e instrumentos de planeamento plurianual ou de reforma estrutural, cuja preparação envolve, naturalmente, metodologias de desenho, consulta, avaliação de impacto e governação de maior complexidade.
Assim, entende o Ministério da Saúde que as recomendações formuladas pelo Tribunal de Contas constituem boas práticas relevantes para futuros processos de planeamento estratégico, não podendo, contudo, deixar de ser apreciadas tendo presente a natureza excecional do PETS.

Sobre as recomendações 1 a 5:

O Ministério da Saúde concorda com os princípios subjacentes às recomendações relativas ao reforço da metodologia de desenho das políticas públicas, da governação, do planeamento de recursos e da monitorização.

Não obstante, importa salientar que o PETS nunca pretendeu assumir a natureza de um plano estratégico clássico nem substituir os instrumentos de planeamento setorial existentes, antes se configurando como um programa governativo de ação imediata destinado a mobilizar rapidamente os diversos organismos do setor para a implementação de um conjunto de medidas prioritárias.

Por esse motivo, vários dos elementos cuja formalização é agora recomendada pelo Tribunal encontravam-se distribuídos por documentação técnica, instrumentos de gestão e mecanismos de coordenação já existentes nas entidades responsáveis pela execução das diferentes medidas, não estando necessariamente concentrados num único documento de planeamento.

Acresce que parte significativa das medidas do PETS assentou em iniciativas já em curso, enquadradas em programas financiados pelo Plano de Recuperação e Resiliência, no Plano Nacional de Saúde, na contratualização do Serviço Nacional de Saúde e em outros instrumentos de gestão, os quais dispunham já de mecanismos próprios de monitorização, indicadores e modelos de governação.

Av. João Crisóstomo 9 – 6.º
1049-062 Lisboa, PORTUGAL
Email: gabinetems@ms.gov.pt
TEF: +351 213305100
portugal.gov.pt

Sem prejuízo deste enquadramento, o Ministério da Saúde reconhece que futuros programas desta natureza poderão beneficiar de uma maior sistematização documental dos elementos identificados pelo Tribunal de Contas.

Sobre as recomendações 6 e 7:

Relativamente à monitorização do PETS foram desenvolvidos mecanismos regulares de acompanhamento da execução das medidas, envolvendo os diversos serviços e organismos responsáveis.

A monitorização constituiu um processo contínuo de gestão operacional e apoio à decisão, permitindo identificar constrangimentos, redefinir prioridades e acompanhar o grau de concretização das iniciativas.

É certo que nem toda essa atividade se traduziu na produção formal, com a periodicidade inicialmente prevista, de relatórios públicos estruturados com o detalhe agora recomendado pelo Tribunal.

Todavia, tal circunstância não significa ausência de monitorização nem de acompanhamento executivo, antes refletindo a prioridade atribuída, durante a execução do Plano, à implementação efetiva das medidas e à resolução dos problemas identificados, num contexto particularmente exigente para os serviços do SNS.

Ainda assim, o Ministério da Saúde reconhece que existe margem para reforçar a formalização documental dos processos de monitorização e respetiva divulgação pública, acolhendo favoravelmente as recomendações formuladas nesse domínio.

Considerações Finais

O Ministério da Saúde considera que o projeto de relatório beneficiaria de refletir, de forma mais explícita, a natureza extraordinária do PETS e o contexto de urgência em que foi concebido e executado, circunstâncias que condicionaram legitimamente algumas das opções metodológicas adotadas.

Av. João Crisóstomo 9 – 6.º
1049-062 Lisboa, PORTUGAL
Email: gabinetems@ms.gov.pt
TEF: +351 213305100
portugal.gov.pt

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

Gabinete da Ministra da Saúde

Do mesmo modo, entende que as conclusões deverão evidenciar que as recomendações formuladas correspondem sobretudo a orientações para o desenho de futuros instrumentos de política pública, não significando, por si só, que a execução do PETS tenha sido destituída de mecanismos de coordenação, acompanhamento ou avaliação.

Finalmente, importa referir que várias das práticas recomendadas pelo Tribunal de Contas têm vindo, entretanto, a ser progressivamente incorporadas pelo Ministério da Saúde nos novos instrumentos de planeamento, contratualização, monitorização e governação do Serviço Nacional de Saúde, reforçando uma cultura de gestão orientada para resultados, transparência e prestação de contas.

Nestes termos, solicita-se que o Tribunal de Contas pondere introduzir no relatório final os esclarecimentos acima expostos, de forma a refletir com maior rigor o contexto específico da elaboração e execução do Plano de Emergência e Transformação da Saúde e a evitar interpretações que possam sugerir a inexistência de mecanismos de governação ou acompanhamento que, embora nem sempre formalizados nos moldes ora recomendados, efetivamente existiram e sustentaram a implementação das medidas previstas.

Com os melhores cumprimentos

P.I.

A Chefe do Gabinete

Beatriz Lavrador

Av. João Crisóstomo 9 - 6.º
1049-062 Lisboa, PORTUGAL
Email: gabinetems@ms.gov.pt
TEF: +351 213305100
portugal.gov.pt