



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

RELATÓRIO ANUAL SOBRE O ACESSO

A CUIDADOS DE SAÚDE NO

SNS

2012

(LEI Nº 41/2007, DE 24 DE AGOSTO)

JUNHO 2013

ÍNDICE

<i>Índice de tabelas</i>	3
<i>Índice de figuras</i>	5
<i>Lista de siglas e abreviaturas</i>	6
CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS	8
SUMÁRIO EXECUTIVO	9
PRIMEIRA PARTE	12
REFORMA ORGANIZATIVA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	12
1. Cuidados de Saúde Primários.....	13
2. Cuidados Continuados Integrados.....	16
3. Sistemas de informação para a monitorização do acesso.....	21
3.1. <i>SICTH - Sistema Integrado para gestão do acesso à 1ª consulta especialidade hospitalar</i>	21
3.2. <i>SIGIC - Sistema Integrado de gestão de inscritos para cirurgia</i>	22
3.3. <i>SISO – Sistema de Informação para a Saúde Oral</i>	23
3.4. <i>SISBAS – Sistema de Informação sobre Benefícios Adicionais em Saúde</i>	23
3.5. <i>PDS - Plataforma de Dados da Saúde</i>	24
SEGUNDA PARTE	30
ÁREAS ESPECÍFICAS DO ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE	30
4. Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.....	31
5. Linha Saúde 24.....	32
6. Benefícios Adicionais em Saúde.....	35
7. Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio - Ajudas Técnicas.....	38
8. Procriação Medicamente Assistida.....	38
9. Taxas Moderadoras.....	39
TERCEIRA PARTE	43
SÍNTESE DE RESULTADOS COLIGIDOS A PARTIR DO RELATÓRIO ANUAL DE CADA UMA DAS INSTITUIÇÕES PRESTADORAS DE CUIDADOS	43
10. Informação geral.....	44
11. Principais áreas de prestação de cuidados no SNS. Produção e tempos de resposta.....	50
11.1. <i>Cuidados de Saúde Primários</i>	51
11.2. <i>Cuidados de Saúde Hospitalares</i>	53
11.3. <i>Cuidados Continuados Integrados</i>	61
11.4. <i>Meios complementares de diagnóstico e terapêutica em doenças cardiovasculares</i>	63
REFLEXÕES PARA A AÇÃO FUTURA	65
ANEXO	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Organização dos cuidados de saúde primários em 2012, por região de saúde.....	14
Tabela 2. Inscritos nas Unidades Funcionais de cuidados de saúde primários em 2011 e em 2012.....	15
Tabela 3. Número de profissionais que constituíam as USF a 31 de dezembro de 2012.....	16
Tabela 4. . Número de utentes referenciados para RNCCI, por tipo de instituição de origem no SNS (2010 a 2012).....	17
Tabela 5. Evolução do número de camas contratadas na RNCCI, por tipologia de internamento.	18
Tabela 6. Evolução do n.º camas da RNCCI, por tipologia de internamento e região de saúde.	18
Tabela 7. Participação dos parceiros na Rede – respostas de internamento	19
Tabela 8. Percentagem de utentes assistidos em relação à população com idade > 65 anos nas diferentes regiões 2012.....	20
Tabela 9. Número de utentes SNS beneficiários do Programa de Saúde Oral.....	31
Tabela 10. Número de cheques emitidos por Grupo-Alvo	31
Tabela 11. Número total de cheques utilizados	32
Tabela 12. Distribuição e utilização dos cheques em a crianças e jovens escolarizados.....	32
Tabela 13. Caracterização das chamadas telefónicas na Linha Saúde 24 em 2012, por módulo de atendimento.	33
Tabela 14: N.º de beneficiários e de pedidos realizados, valor e tipo de despesa, em 2012.....	37
Tabela 15: N.º Ajudas técnicas atribuídas pelas entidades hospitalares em 2011 e 2012, por ARS.....	38
Tabela 16: N.º Produção PMA 2011 e 2012	39
Tabela 17: Evolução das Isenções/ Dispensas de pagamento de Taxas Moderadoras entre 2011e e 2012.....	40
Tabela 18. Relatórios elaborados pelas instituições do SNS, por região de saúde.	44
Tabela 19. Referência órgãos de participação/consulta, apoio técnico no âmbito do acesso e gabinete do utente/cidadão.....	44
Tabela 20. Sistemas de informação em uso no(s) setor(es) que envolve(m) o acesso a cuidados.....	44
Tabela 21. Outros aspetos de regulação, organização e controlo interno com reflexo acesso cuidados saúde.....	45
Tabela 22. Constituição de estrutura multidisciplinar interna tendo em vista a implementação da carta dos direitos de acesso.	46
Tabela 23. Suporte de regulação de procedimentos para a implementação da carta de direitos de acesso.	46
Tabela 24. Definição de indicadores de resultados na componente do acesso e de produção, pela própria instituição ou de acordo com instância(s) de contratualização.	46
Tabela 25. Os indicadores de resultados na componente de acesso e de produção tem em conta os Tempos de Resposta.	46
Tabela 26. Utilização de indicadores de resultados direcionados ao acesso, a todos os níveis (verticais e horizontais).	47
Tabela 27. Análise periódica pela instituição utilizando indicadores de resultados direcionados ao acesso.....	47
Tabela 28. Existência de planos especiais de monitorização e correção de desvios e/ou incumprimento de objetivos.	47
Tabela 29. Revisão crítica regular da relevância e atualidade dos indicadores utilizados.	47
Tabela 30. Existência de procedimentos de controlo para minimizar o risco de erros, insuficiência, inadequação e eventual desvirtuação de informação.....	47

Tabela 31. Fixação, pela instituição, de Tempos de Resposta Garantidos	48
Tabela 32. Integração, pela instituição, dos Tempos de Resposta Garantidos definidos nos Planos e Relatórios de Atividades.	48
Tabela 33. Integração dos Tempos de Resposta Garantidos no Contrato-programa/ Plano de Desempenho da instituição.	48
Tabela 34. Afixação de informação atualizada relativa aos Tempos de Resposta Garantidos em locais de fácil acesso e consulta, para os diversos tipos de prestações e por patologia ou grupos de patologia.	48
Tabela 35. Disponibilização no sítio da internet de informação atualizada. Sobre as áreas de atividade/serviços disponíveis, a capacidade instalada e os respetivos Tempos de Resposta Garantidos, nas diversas modalidades de prestação de cuidados de Saúde	48
Tabela 36. Existe comprovativo, mediante registo ou impresso próprio, da prestação de informação aos utentes no ato de pedido ou marcação de consulta, tratamento ou exame, sobre os TRG para prestação dos cuidados.	49
Tabela 37. Estão definidos procedimentos para informar os utentes sobre o TMRG, para lhe serem prestados os respetivos cuidados no estabelecimento para o qual é referenciado, no caso de referência para outra unidade de saúde.	49
Tabela 38. O Relatório anual sobre o acesso foi divulgado e publicado em suporte autónomo ou consta do Relatório de Atividades e/ou Plano de Desempenho.	49
Tabela 39. As reclamações e/ou sugestões relativas ao acesso são objeto de tratamento próprio, independentemente da sua génese/proveniência. (Gabinete do Utente, Entidade Reguladora da Saúde)	49
Tabela 40. As sugestões e reclamações ou outras formas de participação dos utentes/cidadãos na melhoria do acesso são integradas na avaliação e medidas de correção.	49
Tabela 41. A Entidade Reguladora da Saúde promoveu diligências, intervenções ou outras medidas junto da instituição, em resultado de reclamações relativas ao acesso a cuidados de saúde.	50
Tabela 42. Foram constituídos/abertos processos sancionatórios em resultado e/ou mero incumprimento da Lei.	50
Tabela 43. O Relatório sobre o Acesso foi objeto de auditoria pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde.	50
Tabela 44. As reclamações, sugestões e comentários foram comunicados à Direcção-Geral da Saúde, no âmbito do projeto "SIM Cidadão"	50
Tabela 45. Utilização de consultas médicas nos cuidados de saúde primários 2011-12.	51
Tabela 46. Consultas médicas de programas de saúde (Dados coligidos a partir do relatório das instituições CSP*).	53
Tabela 47. Consultas hospitalares no SNS, nas especialidades com maior produção em 2012.	54
Tabela 48. Pedidos inscritos, pedidos concluídos, consultas realizadas e pedidos não concluídos em 2011 e 2012, segundo o destino dos pedidos (hospitais das ARS e entidades não SNS).	55
Tabela 49. Tempo médio de resposta e mediana do tempo decorrido até à realização da primeira consulta em 2011 e 2012 (consultas realizadas)	55
Tabela 50. Número de consultas realizadas em 2012 e cumprimento do TMRG, segundo a prioridade na triagem e o destino dos pedidos.	56
Tabela 51. Evolução global da oferta de 2006 a 2012.	57
Tabela 52. Indicadores de Procura desde 2006 a 2012.	57
Tabela 53. Doenças cardiovasculares MCDT: intervenções realizadas nos anos de 2012 e 2011 - Cateterismo cardíaco.	64
Tabela 54. Doenças cardiovasculares MCDT: intervenções realizadas nos anos de 2012 e 2011 - Implantação de pacemaker cardíaco.	64

Figura 1. Evolução n. total camas /100.000 hab. > 65 anos*, por região de saúde (2010, 2011 e 2012).....	20
Figura 2. Evolução do número absoluto mensal de Consultas.....	26
Figura 3. Evolução do número absoluto mensal de Consultas, por região.....	26
Figura 4. Valores absolutos de Pedidos de Receituário	27
Figura 5. Distribuição das chamadas no Centro de Atendimento do SNS em 2012	33
Figura 6. Caracterização do Módulo TAE do Centro de Atendimento do SNS em 2012	34
Figura 7. Algoritmo do Módulo TAE, por grupo etário.....	34
Figura 8. Caracterização dos Contactos na Linha de Saúde Pública, em 2012.....	35
Figura 9. Caracterização do Atendimento no Módulo de Informação Geral de Saúde, em 2012	35
Figura 10. Número de receitas renováveis em 2011 e 2012	52
Figura 11. Consultas domiciliárias médicas e de enfermagem.....	52
Figura 12. Total de consultas hospitalares: evolução 2005-2012.....	53
Figura 13. Total de primeiras consultas hospitalares: evolução 2005-2012.....	54
Figura 15. Evolução da LIC e mediana de TE da LIC, desde 2006 a 2012.....	58
Figura 16. Evolução das Saídas, desde 2006 a 2012.	59
Figura 17. Distribuição dos Operados em 2012.....	59
Figura 18. Produção cirúrgica em hospitais convencionados desde 2006 até 2012.....	60
Figura 19. Evolução da % Inscritos em LIC que ultrapassam o TMRG.....	60

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público
ARS – Administração Regional de Saúde, Instituto Público
BAS – Benefícios Adicionais de Saúde
CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados
CPNPSO – Coordenação do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
CS – Centro de Saúde
CSI – Complemento Solidário para Idosos
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CTH – Consulta a Tempo e Horas
DGS – Direção Geral da Saúde
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EGA – Equipa de Gestão de Altas
EIHSCP - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
EPE – Entidade Pública Empresarial
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
IGAS – Inspeção Geral das Atividades em Saúde
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
ITIJ – Instituto de Tecnologias de Informação da Justiça
LBS – Lei de Bases da Saúde
LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia
MCDT- Meios complementares de diagnóstico e terapêutica
MCSP – Missão Para os Cuidados Primários de Saúde
NM – Neoplasia maligna
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PDS - Plataforma de Dados da Saúde
PMA – Procriação Medicamente Assistida
PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNDCV – Registo Nacional das Doenças Cardiovasculares
RNU – Registo Nacional do Utente (SNS)
RRH – Rede de Referência Hospitalar
RSE – Registo de Saúde Eletrónico
SAM – Sistema de Apoio ao Médico
SAPA - Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SICA – Sistema de Informação para a Contratualização
SIGIC – Sistema de Informação de Inscritos para Cirurgia
SIGLIC – Sistema de Informação da Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia
SINUS – Sistema Informação Nacional de Utentes da Saúde
SISBAS – Sistema de Benefícios Adicionais de Saúde
SISO - Sistema de Informação para a Saúde Oral
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SONHO – Sistema de informação hospitalar

TE – Tempo de espera
TIC – Tecnologias de informação e Comunicação
TMRG - Tempo Máximo de Resposta Garantido
TR – Tempo de Resposta
TRG - Tempo de Resposta Garantido
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCCTH – Unidade Central da Consulta a Tempo e Horas (ACSS, IP)
UCGIC - Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (ACSS, IP)
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UF – Unidades Funcionais
ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção
ULS – Unidade Local de Saúde
URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública

CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS

O presente relatório dá cumprimento ao disposto no n.º 1 do artigo 7.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto – Carta dos Direitos do Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) - e avalia o posicionamento das instituições em relação ao cumprimento da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, que fixa os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) para todo o tipo de prestações de cuidados de saúde sem carácter de urgência.

À semelhança do ocorrido em anos anteriores, o presente relatório apresenta informação relativa à evolução da produção e do tempo de resposta aos utentes referenciados para as unidades do SNS, organizando-se por cada uma das grandes áreas de atividade, nomeadamente ao nível dos: a) cuidados de saúde primários, ambulatório e cuidados domiciliários, b) cuidados hospitalares, consultas externas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e cirurgia programada e c) cuidados continuados integrados, número de utentes referenciados para a Rede e evolução do número de camas de internamento.

A informação que se apresenta resulta da agregação de dados coligidos a partir dos relatórios individuais elaborados pelas entidades hospitalares e agrupamentos de centros de saúde (ACES), bem como da recolha de dados a partir de sistemas de informação centrais, designadamente no âmbito da produção hospitalar, cirurgia programada, da primeira consulta de especialidade hospitalar e do cateterismo e *pacings* cardíacos.

O relatório elaborado pelas entidades mantém a estrutura de anos anteriores, a qual foi definida com base numa proposta inicial apresentada pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), a que acresceram sugestões de diversas outras entidades, nomeadamente, da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS) e Direção Geral da Saúde (DGS).

SUMÁRIO EXECUTIVO

A sociedade portuguesa está a passar por mudanças ímpares face às últimas décadas e, em muito pouco tempo, instalou-se a perceção de um forte constrangimento económico e financeiro. É, pois, legítimo, dir-se-á mesmo prudente antever a possibilidade de dificuldades acrescidas no acesso a cuidados de saúde. OSNS sustentável, forte, coeso e de qualidade é determinante para que a globalidade dos cidadãos tenha acesso a cuidados de saúde, sendo este um dos aspetos mais relevantes para a coesão social do nosso País.

Neste momento, é exigível que o SNS corresponda à necessidade de consolidação fiscal do País e, simultaneamente, assegure aos Portugueses o acesso a cuidados de saúde. Como se constata no presente relatório, o SNS não só manteve o nível de acesso aos cuidados de saúde verificado em anos anteriores, como também possibilitou uma melhoria do acesso aos cuidados de saúde pelos Portugueses. Por esse motivo, os utentes do SNS e os seus profissionais devem congratular-se pelos resultados alcançados, nomeadamente os utentes, pela ajustada utilização do serviço, e os profissionais pelo esforço diário e dedicação em prestar mais e melhores cuidados de saúde.

O ano de 2012, foi caracterizado por ser o primeiro ano completo em que todas as instituições do SNS vêm os seus dados (*i.é.* acesso, qualidade, produtividade, capacidade instalada e económico-financeira), publicados mensalmente (Despacho n.º 11374/2011, do Senhor Secretário de Estado da Saúde, publicado na 2.ª Série do Diário da República de 7 de Setembro). Este é um marco impar em termos de transparência e contínua disponibilização de informação, que tem permitido um maior conhecimento do desempenho do SNS, por parte dos cidadãos e das comunidades, e um reforço dos mecanismos de transparência e de responsabilização da gestão, da prestação e do consumo de cuidados de saúde.

Os dados preliminares de um inquérito desenvolvido pela *Nova School of Business and Economics*, aplicado pela GfK, durante o mês de abril de 2013, a uma amostra representativa da população portuguesa, analisou a última decisão em caso de doença apercebida, nos últimos 12 meses (Abril 2012 a Abril 2013), pelos cidadãos com 15 ou mais anos. Entre os inquiridos, 43,57% sentiram-se doentes nos últimos 12 meses (Abril 2012 a Abril 2013). Dos que se sentiram doentes, na última vez em que tal sucedeu, 87% procuraram o sistema de saúde. Apenas 13% desses 43,57% (ou seja, 5,67% da população com 15 anos ou mais) não procuraram apoio no sistema de saúde. Os 5,67% dos inquiridos não procuraram auxílio por motivações várias (respostas não são mutuamente exclusivas aceitando-se várias): 1) Não era grave (82,6%); 2) Não quis esperar para ser atendido (7,3%), Não valia a pena pagar a taxa moderadora (5,5%); Não tinha capacidade para pagar a taxa moderadora (1,1%); Não tinha capacidade para pagar o transporte (0,0%) ou outra (7,7%). Estes dados permitem concluir que as taxas moderadoras foram encaradas como uma barreira impeditiva de acesso a cuidados de saúde por menos de 1% dos utentes, sendo que os custos de transporte não são mencionados como tendo tido qualquer papel na ausência de recurso a cuidados de saúde nesta amostra.

Por outro lado, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), em recente estudo dedicado à avaliação dos impactos da alteração do regime de taxas moderadoras no perfil dos utentes isentos, no acesso a cuidados de saúde primários e hospitalares nas redes do SNS, constata que o novo regime de taxas moderadoras não constitui uma

barreira ao acesso do SNS, tendo antes promovido um aumento desejável dos cuidados de saúde programados em detrimento dos não programados. Com efeito, o Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, que veio regular o acesso às prestações do SNS por parte dos utentes, no que respeita ao regime de taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios, permitiu aumentar o número de utentes isentos ou dispensados do pagamento de taxas moderadoras (+987.952 utentes). Em termos de proporcionalidade, os utentes isentos do pagamento de taxas moderadoras por motivações económicas passaram de 38,8% para 53,8% do total de utentes isentos e dispensados, ou seja, mais 1.171.262 de utentes passaram a estar isentos por esta motivação decorrente da aplicação dos novos critérios de apuramento dos rendimentos e limiar de rendimentos estabelecido (salário mínimo *versus* 1,5 vezes o Indexante de Apoios Sociais).

Ao nível dos cuidados de saúde primários, a taxa de utilização de consultas médicas aumentou, permitindo que mais 311.997 utentes tivessem, pelo menos, uma consulta médica nos cuidados de saúde primários. Com efeito mais de sete milhões de utentes acederam a, pelo menos, uma consulta médica neste período, o que permite afirmar que, em 2012, registou-se a maior taxa de utilização de consultas médicas ao nível dos cuidados de saúde primários desde que este indicador é monitorizado sistematicamente em todo o continente. Contudo, verifica-se uma redução do número de consultas médicas realizadas (-4,7%). Em média cada português teve 2,9 consultas com o médico de família quando, em 2011, a média foi de 3,0 consultas com médico de família (considerando população residente no continente em 2011). A redução no número de consultas médicas é mais acentuada ao nível das consultas presenciais (-7,7%), verificando-se um crescimento do número de consultas não presenciais (+4,0%) e de consultas domiciliárias (+1,9%). Este dado indicia um efeito de substituição de consultas presenciais por outras tipologias de consultas. Adicionalmente, o aumento substancial da prescrição eletrónica de receitas com validade de seis meses (+2.289.578 receitas renováveis face a período homólogo) poderá explicar a redução de consultas presenciais. De igual modo, verifica-se, ao nível dos programas de saúde a) vigilância da diabetes, b) vigilância de hipertensos e c) planeamento familiar, um crescimento do número de consultas médicas face a 2011.

Através do mesmo estudo, a ERS conclui que a redução na utilização global de consultas médicas presenciais nos cuidados de saúde primários foi mais acentuada no conjunto de consultas de utentes isentos de taxa moderadora, *i.é.*, nos utentes que não enfrentam a barreira financeira das taxas. Mais refere que tal impacto poderá decorrer de um efeito de redução global do consumo de bens e serviços, face às atuais dificuldades económicas em Portugal, e não por alterações ao modelo preconizado, dado que os utentes isentos por condição de insuficiência económica têm agora um maior peso relativo no total de utentes isentos.

Ao nível das consultas médicas hospitalares, verificou-se um crescimento das primeiras consultas (2,2%) e das consultas subsequentes (0,4%). No universo realizaram-se mais 104.341 consultas médicas que em igual período de 2011. É desejável que ocorra transferência de cuidados dos hospitais para os cuidados de saúde primários, aumentando o acesso às primeiras consultas hospitalares e uma redução das consultas subsequentes. No que diz respeito às primeiras consultas de especialidade hospitalar, solicitadas através do sistema Consulta a Tempo e Horas (CTH) pelos cuidados de saúde primários (CSP), constata-se que cerca de 70% tiveram lugar dentro do tempo recomendado para o nível de prioridade atribuído ao pedido em sede da triagem hospitalar, em

linha com o observado em 2011. Em 2012, o tempo médio de resposta ao pedido de consulta foi de 122,9 dias e a mediana do tempo até à realização da primeira consulta foi de 81,2 dias. Apesar do substancial aumento de referências (+158.219 pedidos de consulta) verifica-se uma redução da média de tempo em 7 dias e um ligeiro crescimento da mediana em 1,2 dias face a 2011. Observa-se a melhoria do tempo de resposta em todas as prioridades – “muito prioritário”, “prioritário” e “normal” -, com ganho de 2, 9 e 6 dias respetivamente, face ao ano anterior. Apesar da melhoria observada em 2012, os indicadores para acesso a consulta hospitalar mantêm-se muito débeis e merecem uma atenção especial em termos do desenvolvimento das políticas de acesso.

Em 2012, foram alvo de intervenção cirúrgica 534.415 inscritos para cirurgia, representando um crescimento de 6,1% face ao ano anterior e 54,8% face a 2006 (sete anos). O número de doentes propostos para cirurgia cresceu a um ritmo de 2,1% face ao ano anterior e 38,1%, face a 2006 (período de 7 anos). O aumento da atividade permitiu uma redução da Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) face a 2011 de -7,5% (-13.558 inscritos a aguardar cirurgia) e uma forte redução da mediana de tempo de espera para cirurgia (3,0 meses): a mais baixa de sempre no SNS. Ao nível da percentagem de inscritos que ultrapassam os TMRG verificou-se também uma redução de 4,4%. Apesar da melhoria deste indicador, constata-se que, em 2012, 15,1% dos doentes não foram operados dentro dos tempos devidos.

Quanto aos cateterismos cardíacos, verificou-se em 2012 um aumento de 0,7% no número de intervenções realizadas face ao ano anterior, uma variação de cerca de 9,4%, quando se analisa o número de implantações de pacemakers cardíacos em 2011 face a 2010.

Com a exceção de seis instituições (6 ACES da ARS Norte), todas as instituições do SNS produziram o Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde referente ao ano de 2012 a tempo de ser considerado no presente relatório. Ao nível da implementação cabal da Carta dos Direitos do Acesso, é necessário manter a pressão sobre as instituições do SNS com o intuito de aumentar a articulação com os doentes e a comunidade, tal como desenvolver iniciativas e processos locais para a promoção do acesso.

PRIMEIRA PARTE

REFORMA ORGANIZATIVA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os CSP são o pilar central do sistema de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde, prevenção e prestação de cuidados na doença, continuidade de cuidados e articulação com outros serviços de saúde.

Fruto da Reforma que tem vindo a ser desenvolvida nos últimos anos no nosso País, com o objetivo de promover a acessibilidade dos cidadãos a este nível de cuidados e melhorar a quantidade e qualidade dos cuidados e serviços prestados à população, esta oferta de cuidados em Portugal apresenta hoje uma organização que pretende alcançar dois desideratos:

- a) Promover a constituição de equipas prestadoras de cuidados de saúde à população, as quais orientam a sua atividade segundo elevados patamares de desempenho assistencial e económico-financeiro, numa filosofia de aumento da responsabilidade e da autonomia de gestão dos profissionais em relação aos cuidados prestados à população, cujo paradigma está patente nas Unidades de Saúde Familiar (USF);
- b) Agregação de recursos e de estruturas de gestão, por forma a permitir a organização de recursos especializados ao nível de uma escala superior e potenciando a utilização de recursos escassos que se encontram dispersos.

Em resultado desta nova abordagem organizacional, os CSP encontram-se organizados em ACES, que são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

Os ACES são constituídos pelos seguintes tipos de unidades funcionais (UF):

- As USF, compostas por equipas multidisciplinares com autonomia organizativa, funcional e técnica, com as quais é contratualizada uma carteira de serviços que tem subjacente um sistema de financiamento que premeia a acessibilidade e qualidade dos cuidados aos cidadãos, bem como a produtividade dos profissionais;
- As Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), para a prestação de cuidados individuais e familiares sempre que não estejam ainda constituídas USF na respetiva área;
- As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), que prestam cuidados de saúde e de apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário;
- As Unidades de Saúde Pública (USP), cuja missão passa por contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção;
- As Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), que prestam serviços de consultadoria e assistenciais às unidades funcionais do ACES, bem como organizam ligações funcionais aos serviços hospitalares.

O desenvolvimento organizacional dos CSP constitui-se como um processo evolutivo e de melhoria contínua que concorre para a sustentabilidade económica, financeira e social do SNS.

O quadro seguinte apresenta já a mais recente organização em termos de CSP, na medida em que foram recentemente publicadas novas portarias com a reconfiguração dos ACES, as quais permitiram reduzir o número de ACES existentes, por agregação em estruturas de maior dimensão e mais eficientes que abrangem grupos de população mais numerosa, cumprindo, também, atento o contexto económico atual, o imperativo de adoção de medidas para a racionalização da despesa e otimização dos recursos disponíveis – Portaria n.º 308/2012, de 9 de outubro (ARS Alentejo), Portaria n.º 310/2012, de 10 de outubro (ARS Norte), Portaria n.º 394-A/2012, de 29 de novembro (ARS Centro) e Portaria n.º 394-B/2012, de 29 de novembro (ARS LVT).

Tabela 1. Organização dos cuidados de saúde primários em 2012, por região de saúde

2012	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve	Portugal Continental
Número de ACES	24	9	15	4	3	55
Número de UCC	84	21	64	29	11	209
Número de UCSP	210	122	154	45	90	621
Número de USF modelo A	91	23	63	12	6	195
Número de USF modelo B	95	14	48	2	3	162

Em termos de política de saúde, e no contexto de uma progressiva restrição orçamental decorrente da atual conjuntura económica e financeira, o ano de 2012 exigiu um acrescido rigor e responsabilização na gestão do bem público, visando cumprir os objetivos definidos ao nível da atividade dos CSP e responder às necessidades em saúde dos cidadãos, pelo que o processo de contratualização neste âmbito, que tem vindo a ser implementado e consolidado nos últimos anos, apresenta-se como um instrumento importante para a melhoria do acesso, da qualidade e da eficiência dos cuidados prestados à população.

O ACES “tipo” em 2012 tinha as seguintes características:

- Uma proporção de 89,8% de utentes com médico de família;
- Um rácio de 1.789 inscritos ativos com médico atribuído, por médico;
- Taxa de utilização de 66,0%;
- Uma produção de 337 consultas por mês, por médico;
- Uma prevalência de 6,3% de utentes com diabetes;
- Uma prevalência de 17,5% de utentes com hipertensão arterial;

Em 2012, uma UF “tipo” (USF ou UCSP) tinha as seguintes características:

- Uma média de 12.400 inscritos;
- Uma proporção de 90,4% de utentes com médico de família;
- Um rácio de 1.725 inscritos ativos com médico atribuído, por médico;
- Taxa de utilização de 67,0%;
- Uma produção de 328 consultas por mês, por médico;
- Uma prevalência de 6,4% de utentes com diabetes;
- Uma prevalência de 18,0% de utentes com hipertensão arterial.

Por último, e considerando a estrutura etária da população inscrita nas unidades de CSP no final de 2012, salientamos os seguintes aspetos:

- Em 2012, 52,2% dos utentes eram do sexo feminino.
- Em 2012, existiam 17,6% utentes com idades compreendidas no intervalo [0; 18[anos, sobre os quais incidiram as atividades do programa de saúde infantil e juvenil.
- Em 2012, existiam 10,4% de adolescentes (utentes com idades entre 10 e 19 anos). Os adolescentes são um grupo mais suscetível a alguns problemas, como os psicológicos, relação sociofamiliar e integração social.
- Em 2012, existiam 23,9% de mulheres em idade fértil (MIF) com idades pertencentes ao intervalo [15; 50[anos, em MIF. Estas mulheres apresentam necessidades específicas em relação ao Planeamento Familiar.
- A proporção de idosos (idade igual ou superior a 65 anos) é de 19,4%. Os idosos são o grupo mais utilizador de consultas médicas e de enfermagem.

Analisando mais em detalhe a realidade específica das USF e das UCSP, importa observar os quadros seguintes, destacando-se que, no final de 2012, o número de utentes sem médico de família atribuído decresceu, tendência que continua a acentuar-se nos primeiros meses de 2013.

Tabela 2. Inscritos nas Unidades Funcionais de cuidados de saúde primários em 2011 e em 2012

2011	N.º UF	Nº Inscritos	% Inscritos em UF	Com Médico	% Inscritos C/ MF	Sem Médico	% Inscritos S/ MF
UCSP	486	7.157.711	65%	5.338.463	74,6%	1.819.248	25,4%
USF A	184	2.058.457	19%	2.044.878	99,3%	13.579	0,7%
USF B	137	1.879.383	17%	1.873.415	99,7%	5.968	0,3%
USF	321	3.937.840	35%	3.918.293	99,5%	19.547	0,5%
Total	807	11.095.551	100%	9.256.756	83,4%	1.838.795	16,6%
Residentes							
		10.030.968		9.256.756		774.212	7,7%
UCC	182						
2012	Nº. UF	Nº Inscritos	% Inscritos	Com Médico	% Inscritos C/ MF	Sem Médico	% Inscritos S/ MF
UCSP	465	6.737.537	60%	5.103.219	75,7%	1.634.318	24,3%
USF A	195	2.159.837	19%	2.136.357	98,9%	23.480	1,1%
USF B	162	2.250.094	20%	2.247.283	99,9%	2.811	0,1%
USF	357	4.409.931	40%	4.383.640	99,4%	26.291	0,6%
Total	822	11.147.468	100%	9.486.859	85,1%	1.660.609	14,9%
Residentes							
		9.976.649		9.486.859		489.790	4,9%
UCC	209						

Fonte: RNU, INE

A 31 de Dezembro de 2012, encontravam-se em atividade 357 USF que abrangiam 4.409.931 utentes o que, face à situação de partida do final do ano de 2011, representa um aumento de quase 500.000 utentes servidos por USF (40% dos utentes estavam inscritos em USF no final de 2012).

Outro dado relevante é o do número de inscritos sem médico de família. Ao considerarmos o número de residentes em território nacional, ao invés do número de inscritos registado no Registo Nacional de Utentes (RNU), reconhecidamente sobredimensionado face ao número de residentes, verificamos uma progressão do número de utentes com médico de família. Efetivamente, a percentagem de residentes sem médico passa de 7,7% para 4,9%, significando que, em números absolutos, reduziu-se o número de utentes sem médico de família em 284.422. O processo de atualização de listas de utentes, iniciado em 2013, irá permitir ter dados mais

concretos sobre estes valores, nomeadamente devido à eliminação de utentes duplicados e não ativos. Este processo permitirá atribuir médico de família a uma elevada percentagem de utentes sem esta qualidade de acesso. Dados provisórios mostram reduções de números de utentes sem médico, por ARS, entre 50% a 80%, pelo que os números de 2013 já refletirão a redução muito significativa de utentes sem médico de família.

O quadro seguinte apresenta um resumo do número de profissionais que constituíam as USF a 31 de dezembro de 2012.

Tabela 3. Número de profissionais que constituíam as USF a 31 de dezembro de 2012

Profissionais	Médicos	Enfermeiros	Secretários Clínicos	Total / Média Profissionais
Total USF	2.452	2.428	1.942	6.822
Média por USF	6,8	6,8	5,8	19,4

2. CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede) criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Segurança e Solidariedade Social, veio promover a abertura organizacional a novos modelos de cuidados, com incorporação de paradigmas de respostas intersectoriais e multidisciplinares, orientados para a prestação de cuidados numa ótica global de satisfação das necessidades das pessoas que apresentam dependência, com necessidade de cuidados de saúde e de apoio social.

A mudança de paradigma preconizada pela Rede na organização e prestação de cuidados, aliada à sua intersecção com os vários níveis do SNS e com as políticas de apoio social, implicou uma dinâmica de interiorização paulatina dos novos princípios de organização e funcionamento, transversal a todo o sistema. Este novo paradigma tem como princípio e fim a resposta às necessidades existentes de integralidade e continuidade de cuidados, só alcançáveis com a adesão dos profissionais e instituições de saúde e de apoio social.

A RNCCI está presente em todo o território continental, com as tipologias de cuidados domiciliários e de internamento, e inclui instituições públicas, privadas e do setor social que prestam cuidados integrados no domínio da saúde e da ação social a pessoas em situação de dependência ou perda de autonomia cuja situação não exige internamento hospitalar mas requer internamento com um tipo de abordagem e orientação.

Estão disponíveis diversas tipologias de resposta: unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção, unidades de cuidados paliativos, unidades de dia e de promoção da autonomia e equipas domiciliárias.

É promovida a autonomia e a funcionalidade das pessoas, através da reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social pelo que, para cada situação específica, é preconizada uma abordagem integrada saúde/ação social.

Os utentes referenciados pelas instituições do SNS distribuem-se regionalmente como se mostra no quadro seguinte.

Tabela 4. . Número de utentes referenciados para RNCCI, por tipo de instituição de origem no SNS (2010 a 2012).

Região	Referenciação por centros de saúde			Referenciação por Hospitais			Total		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Norte	1.738	2.893	3.110	6.576	8.531	9.220	8.314	11.424	12.330
Centro	2.206	2.522	2.441	3.146	3.683	3.654	5.352	6.205	6.095
LVT	1.569	2.434	2.383	3.922	4.413	3.576	5.491	6.847	5.959
Alentejo	1.172	1.455	1.424	1.533	1.678	1.509	2.705	3.133	2.933
Algarve	460	807	1.081	1.682	1.687	1.392	2.142	2.494	2.473
Total	7.145	10.111	10.439	16.859	19.992	19.351	24.004	30.103	29.790

Fonte: UMCCI. Relatório RNCCI 2012

Conforme se constata da leitura do quadro anterior, a referenciação de utentes estabilizou de 2011 para 2012, sendo que a referenciação provenientes dos hospitais é o dobro da referenciação de utentes provenientes dos CSP. Por regiões de saúde, a ARS Norte é responsável por cerca de um terço do total de referenciações de utentes para a RNCCI.

No que respeita às equipas referenciadoras hospitalares - Equipas de Gestão de Altas (EGA) - mantém-se a cobertura total dos hospitais existentes. Em relação à referenciação pelos CSP – Equipas Referenciadoras dos Centros de Saúde - existem 405 (293 em 2011) a nível nacional, representando um crescimento de 38% em relação a 2011, sendo o Alentejo a região que mais cresceu, seguida do Norte.

Quanto ao número de Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), existe uma diminuição nas regiões do Centro (-11%), em LVT (-7%) e Norte (-2%). O Alentejo manteve-se inalterado e o Algarve aumentou 1 ECCI. A diminuição a nível nacional é de 4%. Fruto destas alterações, constatamos que a capacidade das ECCI, refletida em número de lugares domiciliários na Rede diminuiu 2% de 2011 para 2012.

As Equipas de suporte em cuidados paliativos distribuem-se pelas Intra-hospitalares (EIHSCP) e Comunitárias de Suporte em cuidados paliativos (ECSCP). A sua alocação por regiões é a seguinte:

- O Norte tem 4 EIHSCP, das quais 2 efetuam também cuidados domiciliários – ECSCP. Adicionalmente existe 1 ECSCP. Assim existem 3 ECSCP;
- O Centro tem uma EIHSCP que atua também como ECSCP;
- LVT tem 11 EIHSCP e 1 ECSCP;
- O Alentejo tem 7 EIHSCP das quais 2 atuam também como ECSCP. Adicionalmente existe 1 ECSCP, existindo assim 3 ECSCP;
- O Algarve tem 2 EIHSCP, que atuam também como ECSCP. Adicionalmente existe 1 ECSCP, existindo assim 3 ECSCP;

Em suma, constatamos que a nível nacional existem 25 EIHSCP e 11 ECSCP.

Em relação à evolução da disponibilidade de camas por tipologia de internamento, a situação a 31 de dezembro de 2012 é a que se apresenta na tabela seguinte.

Tabela 5. Evolução do número de camas contratadas na RNCCI, por tipologia de internamento.

Tipologia de internamento	Nº camas contratadas 31.12.2008	Nº camas contratadas 31.12.2009	Nº camas contratadas 31.12.2010	Nº camas contratadas 31.12.2011	Nº camas contratadas 31.12.2012	Variação 2010-2012	Variação 2011-2012
Unidades de convalescença	530	625	682	906	867	27%	-4%
Unidades de média duração e reabilitação	922	1.253	1.497	1.747	1.820	22%	4%
Unidades de longa duração e manutenção	1.325	1.942	2.286	2.752	3.031	33%	10%
Unidades de cuidados paliativos	93	118	160	190	193	21%	2%
Total	2.870	3.938	4.625	5.595	5.911	28%	6%

Fonte: UMCCI. Relatório RNCCI 2012

O número de camas contratadas em funcionamento na RNCCI, a 31 de dezembro de 2012, cresceu 6% de 2011 para 2012, representando 316 novos lugares de internamento.

O maior crescimento em valor absoluto verifica-se na tipologia de Longa Duração e Manutenção (ULDM) (279 dos 316 novos lugares), representando 88% do total das novas camas contratadas e alcançando 51,3% do total de camas existentes na RNCCI, em 31 de dezembro de 2012.

Analisando a evolução do número de camas contratadas a nível regional, verificamos que a evolução foi mais acentuada na ARS Alentejo, onde o número de lugares de internamento da RNCCI cresceu 16%, conforme se constata no quadro seguinte.

Tabela 6. Evolução do n.º camas da RNCCI, por tipologia de internamento e região de saúde.

Tipologia de internamento	Norte		Centro		LVT		Alentejo		Algarve		Total	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Unidades de convalescença	332	313	202	202	157	157	135	135	80	60	906	867
Unidades de média duração e reabilitação	518	552	581	597	385	408	159	159	104	104	1.747	1.820
Unidades de longa duração e manutenção	891	965	779	822	571	634	292	391	219	219	2.752	3.031
Unidades de cuidados paliativos	43	53	45	45	75	68	17	17	10	10	190	193
Total	1.784	1.883	1.607	1.666	1.188	1.267	603	702	413	393	5.595	5.911

Fonte: UMCCI. Relatório RNCCI 2012

Detalhando melhor a análise do quadro anterior, verificamos que em 2012 encerraram 22 camas de UCP em LVT (2 Unidades), e abriu 1 UCP no Norte com 10 camas e 1 UCP em LVT com 15 camas, tendo LVT diminuído 7 camas em relação a 2011 e um acréscimo nacional de 3 camas em relação a 2011. Houve diminuição de 39 camas de Convalescença (19 no Norte e 20 no Algarve).

Para além disso, e analisando a evolução por tipologia e região, constatamos que o Norte cresceu mais em Paliativos (23%) e o Alentejo em ULDM (34%). Em relação ao crescimento percentual regional, o Alentejo foi a região que mais cresceu – 16,4% - à custa das camas de ULDM.

Quanto à cobertura populacional, verifica-se que em relação a camas de Convalescência a maior cobertura populacional existe na região do Alentejo, que a região que apresenta maior cobertura nas camas de Média Duração e Reabilitação é a região Centro e que em relação a camas de Longa Duração e Manutenção, Paliativos e total Nacional, o Alentejo tem a maior cobertura.

Na região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) verifica-se a menor cobertura populacional em todas as tipologias, exceto em Unidades de Cuidados Paliativos, e também a menor cobertura global, o que evidencia a necessidade de crescimento de respostas.

Participação dos parceiros na RNCCI

A participação dos parceiros na Rede é ilustrada pelo desenvolvimento das respostas de internamento da RNCCI, com base:

- No estabelecimento de acordos de prestação de serviços, com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), que representam 71% do total de acordos celebrados e a contratação de 4.042 camas, representando 68,4% da oferta.
- O SNS abrange 11% do total de acordos celebrados, com a contratação de 8,1% da capacidade instalada da RNCCI (480 camas).
- As entidades privadas com fins lucrativos representam 18% dos acordos com 1.389 camas contratadas, representando 23,5% da capacidade instalada da RNCCI.

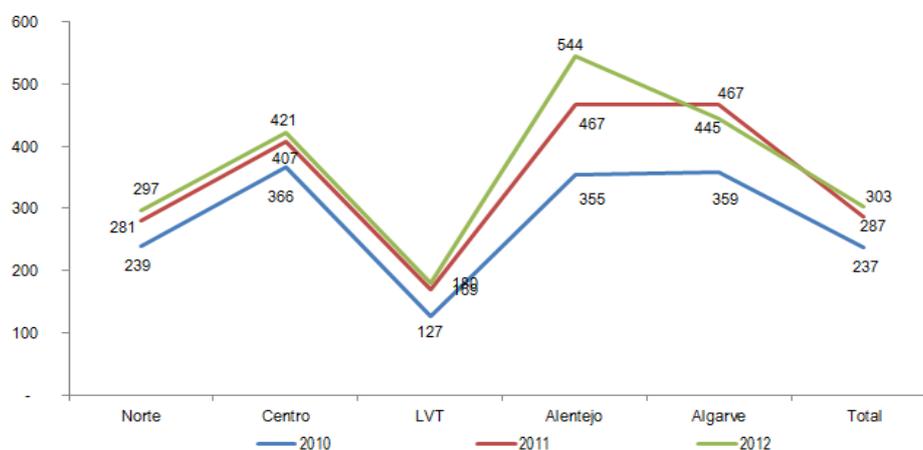
Tabela 7. Participação dos parceiros na Rede – respostas de internamento 2012

Entidade Prestadora		Nº de acordos celebrados	% total acordos celebrados	Nº de camas contratadas	% camas por acordos celebrados
		31.12.12		31.12.12	
SNS		29	11%	480	8,1%
IPSS	SCM	134	50%	2.795	47,3%
	OUTRAS	55	21%	1247	21,1%
TOTAL IPSS		189	71%	4.042	68,4%
PRIVADA com fins lucrativos		49	18%	1389	23,5%
TOTAL		267		5.911	

Legenda: IPSS - SCM: Santa Casa da Misericórdia; IPSS - Outras: Instituição Particular de Solidariedade Social; SNS: Serviço Nacional de Saúde

Tendo por base o grupo etário dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos* resultante dos censos de 2001¹, o gráfico seguinte indica-nos que a região do Alentejo apresenta os melhores resultados no indicador número camas/100.000 habitantes, seguindo-se a região do Algarve:

Figura 1. Evolução n. total camas /100.000 hab. > 65 anos*, por região de saúde (2010, 2011 e 2012)



Fonte: UMCCI. Relatório RNCCI 2012

* a população com idade igual ou superior a 65 anos é aquela que apresenta maiores necessidades e que utiliza mais a RNCCI, pelo que se utiliza este número como um *proxy* do grupo alvo, apesar de todos os grupos serem potenciais beneficiários da RNCCI.

Por último, o quadro seguinte, relaciona a percentagem de utentes assistidos na RNCCI com a população alvo desta Rede, ou seja, a população com mais de 65 anos.

Tabela 8. Percentagem de utentes assistidos em relação à população com idade > 65 anos nas diferentes regiões 2012

Região	N.º de habitantes com idade ≥ 65 anos	Assistidos 2012	%
Norte	634.756	15.379	2,4%
Centro	395.294	7.885	2,0%
LVT	702.070	7.633	1,1%
Alentejo	129.033	4.286	3,3%
Algarve	88.404	4.480	5,1%
TOTAL	1.949.557	39.663	2,0%

Fonte: UMCCI. Relatório RNCCI 2012

O Algarve é a região que maior % de utentes assistiu – 5,1% - em relação à população com idade superior a 65 anos, cerca de 2,5 vezes mais em relação à média nacional. O Alentejo foi a 2ª região, com 3,3% da população assistida, e a região de LVT tem a menor capacidade de resposta, cerca de 1%, de acordo com a mais baixa cobertura populacional das respostas da RNCCI que esta região apresenta.

¹ Conforme se destaca no Relatório da RNCCI de 2011, a comparação da cobertura populacional foi efetuada considerando o censo de 2001, de forma a podermos avaliar o crescimento face ao ano de 2010, em que os cálculos foram efetuados com esse censo

O número total de utentes referenciados desde o início da RNCCI é de 135.047 utentes. O número de assistidos desde o início de RNCCI é de 129.780 utentes, significando que a Rede assistiu, até final de 2012, 96,1% dos utentes referenciados.

3. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA A MONITORIZAÇÃO DO ACESSO

A nível nacional, a monitorização do acesso a cuidados de saúde em áreas específicas assenta em SI que permitem gerir o acesso. É o caso do Sistema de Informação de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), do Sistema CTH, do Sistema de Informação para a Saúde Oral (SISO) ou do Sistema de Informação dos Benefícios Adicionais em Saúde (BAS).

Estes SI vêm potenciar a indução de melhores práticas na organização da prestação de cuidados e na resposta do SNS, com ganhos de eficácia e eficiência, mais equidade no acesso a cuidados, maior responsabilização a todos os níveis do sistema de saúde e maior transparência da informação para todas as partes, utentes, profissionais e instituições prestadores de cuidados, entidades pagadoras, cidadãos em geral.

Outras iniciativas de desenvolvimento de TIC e SI específicos têm repercussões diretas ou indiretas no acesso a cuidados de saúde, como é o caso da Plataforma de Dados da Saúde (PDS).

3.1. SICTH - Sistema Integrado para gestão do acesso à 1ª consulta especialidade hospitalar

O Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do SNS, designado por CTH,, foi criado em 2008 e assenta num sistema informático de referência dos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar oriundos dos cuidados de saúde primários. O CTH gere a informação relativa aos pedidos de consulta dos médicos de família, desde o momento do seu registo no sistema informático até que fiquem concluídos, e possibilita uma melhor gestão do acesso a uma primeira consulta de especialidade no SNS.

O Regulamento do CTH foi aprovado pela Portaria nº 615/2008, de 11 de julho, tendo como objetivo harmonizar os procedimentos inerentes à implementação e gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, estabelecendo um conjunto de regras que vinculam as instituições do SNS e os profissionais de saúde intervenientes no processo, articulando-os de forma criteriosa e transparente.

Recentemente, e decorridos mais de cinco anos sobre a publicação da supracitada Portaria, e face à experiência adquirida na utilização do CTH e integração de entidades com acordo de cooperação com o SNS, constatou-se a necessidade de adequar este Regulamento à nova realidade, mediante a publicação de nova portaria (Portaria n.º 95/2013, de 4 de março), mantendo-se, no entanto, inalteráveis a finalidade, os objetivos e os princípios, bem como a estrutura organizacional já consagradas naquele normativo.

Assim, o novo regulamento visa clarificar o acesso à consulta externa hospitalar e alargar ao CTH a referência de pedidos de primeira consulta de especialidade com origem nos hospitais do SNS e com origem em entidades com acordo de cooperação com o SNS. De igual forma, pretendeu-se clarificar a excecionalidade

da referência proveniente de entidades privadas, passando estes pedidos de consulta a ser geridos pelo CTH. Desta forma, procurou assegurar-se que os pedidos de primeira consulta oriundos de um prestador público ou de um prestador privado obedecem aos mesmos princípios de transparência e uniformização do tratamento.

Para além destes aspetos, o novo regulamento define o conceito de falta não justificada do utente (idêntico ao conceito utilizado no código de trabalho) e estabelece o prazo para a justificação correspondente (informar cinco dias antes da impossibilidade de comparecer à consulta ou justificar a falta nos sete dias subsequentes à consulta), sendo esta uma matéria relevante para a homogeneização de procedimentos e combate às faltas injustificadas.

Finalmente, procedeu-se à inclusão de áreas multidisciplinares especializadas que têm vindo a autonomizar-se nos hospitais, a saber, a dor, a senologia, as doenças autoimunes e a diabetologia. A referência direta de pedidos de consulta para estas áreas resulta num benefício claro para os utentes e promove uma maior celeridade no acesso aos cuidados.

Ao CTH são reconhecidos os seguintes benefícios:

- Transparência no processo de marcação de primeira consulta de especialidade hospitalar no SNS;
- Triagem clínica nos hospitais com atribuição de níveis de prioridade às situações dos utentes;
- Uniformização do tratamento da informação sobre o acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar;
- Mais eficácia e eficiência na resposta das instituições prestadoras de cuidados e maior facilidade na comunicação entre os profissionais de saúde;
- Melhor orientação dos utentes para a consulta da especialidade de que necessitam.

Em concreto, importa referir que o sistema contém toda a informação relativa ao pedido de consulta, desde o momento do seu registo inicial até à conclusão do mesmo. Assim, é centralizada numa única base de dados toda a informação correspondente à procura e resposta no que respeita às primeiras consultas de especialidade hospitalar no SNS. É, contudo, fundamental prosseguir o esforço de melhoria das práticas de utilização do sistema pelas instituições, sendo já perceptível a progressiva fiabilidade dos dados, o que melhora o conhecimento das necessidades neste domínio da prestação de cuidados e contribui para uma maior eficácia da administração em saúde.

3.2. SIGIC - Sistema Integrado de gestão de inscritos para cirurgia

O SIGIC, criado em 2004, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de junho, efetua, através de uma base de dados centralizada, a gestão integrada da resposta do SNS no âmbito da cirurgia programada. O Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, publicado pela Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro (substituiu o anterior regulamento aprovado pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro), alarga o âmbito do SIGIC às entidades privadas convencionadas, de forma a melhor assegurar a liberdade de escolha dos utentes sempre que sejam ultrapassados 75% dos TMRG, igualdade de acesso e tratamento cirúrgico nos TMRG.

O SIGIC é gerido através de um Sistema de Informação centralizado, o SIGLIC, o que contribui para a monitorização do tempo de acesso à cirurgia e permite, controlar e avaliar de forma integrada todo o processo de gestão da LIC.

Como recentemente reconhecido pela OCDE, o SIGIC possibilitou a melhoria substancial dos tempos de espera para cirurgia programada aos utentes do SNS, sendo reconhecido por aquela organização no relatório "*Waiting Time Policies in the Health Sector - What Works?*" como um programa estrutural e exemplar para os restantes países membros da organização. Importa destacar que o SIGIC continua permanentemente a evoluir e a procurar gerir da melhor forma possível as necessidades de acesso dos utentes do SNS. A título de exemplo, as alterações introduzidas em 2012, como incentivo ao cumprimento dos TMRG e à utilização da capacidade instalada no SNS, o hospital de origem do doente passou a ter a responsabilidade financeira pela realização atempada de toda a atividade cirúrgica inscrita nas listas de inscritos para cirurgia da respetiva instituição hospitalar. Com idêntico propósito, o prazo para emissão de nota de transferência cirúrgica entre hospitais públicos foi reduzida de 6 meses (75% do TMRG: emissão de cheque cirurgia para o setor convencionado) para 4 meses. Adicionalmente, e com o intuito de clarificar a separação entre prestação pública e privada, também desde 2012, a produção cirúrgica a realizar num hospital convencionado, no âmbito do SIGIC, só pode dar origem a faturação se a equipa médica cirúrgica que a efetuar não apresentar relação contratual com o hospital de origem do utente intervencionado.

Como destaca o relatório da OCDE, a gestão do acesso a cirurgias programadas é uma matéria complexa para os países ocidentais. Nesta e em outras áreas da prestação de cuidados de saúde, o SNS é reconhecidamente exemplar a nível internacional.

3.3. SISO – Sistema de Informação para a Saúde Oral

O SISO incorpora as regras do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, de acordo com os processos definidos no Despacho n.º 4324/2008, de 22 de janeiro, publicado no diário da República, 2.ª série, n.º 35, de 19 de Fevereiro, que alarga aquele Programa, aprovado pelo Despacho n.º 153/2005 (2.ª série), publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 3, de 5 de Janeiro. Trata-se de uma aplicação *web* acedida por serviços públicos e por prestadores privados que inclui todas as funcionalidades necessárias à gestão do Programa a partir de qualquer nível da administração do sistema de saúde. O SISO disponibiliza dados sobre a oferta de cuidados, o número e tipo de beneficiários, a utilização dos cheques-dentista, a saúde oral dos utentes. Permite, também, o acompanhamento da execução do programa na vertente da sua integração com o Programa de Saúde Escolar, o controlo da faturação e pagamento dos atos terapêuticos e, ainda, a emissão dos cheques-dentista.

3.4. SISBAS – Sistema de Informação sobre Benefícios Adicionais em Saúde

Para operacionalização do BAS foi implementado um sistema informático centralizado na ACSS, o *SISBAS*, disponibilizado via *web* e acedido pelos ACES e respetivas UF.

Através do *SISBAS* é realizado, designadamente, o registo dos pedidos de reembolso e despesas efetuadas e ainda não reembolsadas, bem como a transmissão da informação referente às respetivas ordens de pagamento e à efetiva liquidação dos reembolsos.

Compete ao Diretor Executivo do ACES, ou a pessoa por este designada, tomar a decisão final sobre a atribuição dos BAS, terminando o processo com a aposição de Despacho.

Em caso de deferimento, é assinalado no SISBAS a devida autorização de atribuição e os documentos comprovativos das despesas e pedido de atribuição dos BAS são remetidos à ACSS, entidade a quem compete articular com a Segurança Social (SS) para efeitos de reembolso.

3.5. PDS - Plataforma de Dados da Saúde

Nos últimos anos, os sistemas de informação da saúde têm evoluído de uma perspetiva focalizada nas unidades de saúde para uma visão integrada e em rede e mais orientada para o cidadão.

Neste sentido, surgiu durante o ano de 2012, a PDS - Plataforma de Dados da Saúde, um sistema que permite o registo e a partilha de informação clínica entre utentes, profissionais de saúde e entidades prestadoras de serviços de saúde, através de quatro portais específicos, seguros e contextualizados:



A partilha de informação através da PDS é gerida e controlada pelo próprio utente, através do acesso via Portal do Utente. A partir do momento em que o utente autoriza a partilha de informação, o médico ou o enfermeiro de um serviço de saúde (hospitais, urgências, cuidados primários) pode consultar os seus dados de saúde através dos restantes portais e, deste modo, chegar mais rapidamente ao diagnóstico/terapêutica.

Portal do Utente

O Portal do Utente posiciona-se como o ponto único centralizador da prestação de serviços ao utente do SNS, disponibilizando dois níveis de serviços:

- Serviços informativos, cujo acesso é público, dispensando a autenticação do utente;
- Serviços eletrónicos, disponíveis na área "A minha saúde", cujo acesso exige o registo e a autenticação do utente com o Cartão de Cidadão e PIN de Autenticação ou número de utente do SNS e senha.

Em 31 maio 2012, entrou em funcionamento da primeira versão da PDS – Portal do Utente, centrada na disponibilização de serviços eletrónicos (PHR/"As minhas notas", eAgenda - Marcação Eletrónica de Consultas, eSIGIC - consulta do tempo de espera para cirurgia, Sim Cidadão, pedidos de isenção do pagamento de taxas moderadoras)

Durante o ano de 2012, e em relação ao Portal do Utente, foi possível implementar o novo modelo de autenticação e planeamento do desenvolvimento no RNU, para registo presencial de utilizador do Portal do Utente nas unidades de saúde:

Acesso <https://servicos.min-saude.pt/utente/portal/paginas/default.aspx>

Serviços informativos:

- Informação sobre o que o utente precisa para realizar um determinado serviço do Serviço Nacional de Saúde (contactos, horário e locais de atendimento), listado por áreas e destinatários;
- Pesquisa avançada de prestadores de serviços de saúde;
- Destaques referentes ao Portal do Utente e à área da saúde que sejam relevantes para os utentes;
- Dicionário do utente – disponibilização de informação médico-científica, em linguagem clara, sobre as doenças e situações clínicas mais frequentes, bem como sobre os exames e tratamentos mais comuns.
- Eventos e datas comemorativas da área da saúde;
- Perguntas frequentes e guias para a utilização de serviços;
- Contactos e linhas de atendimento da saúde.

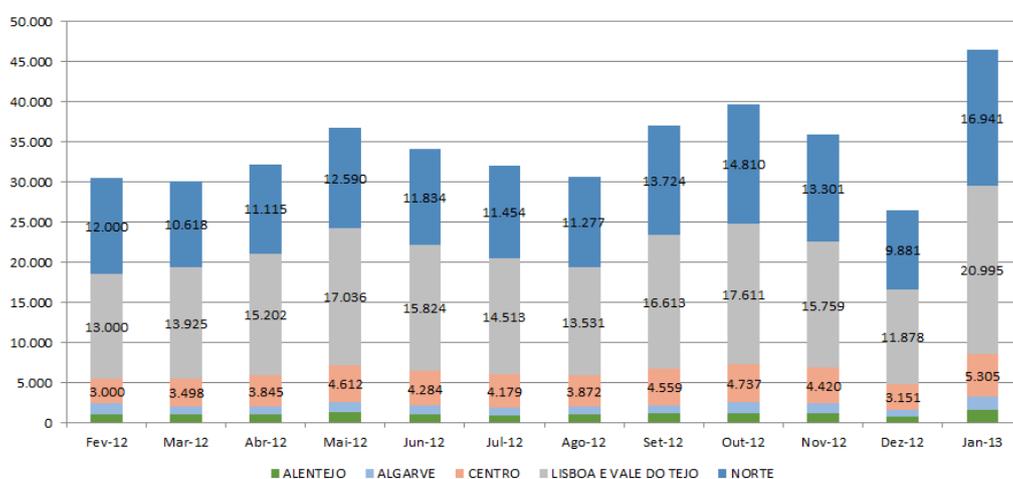
Serviços eletrónicos disponíveis mediante autenticação no portal:

- Registo de contactos de emergência através da opção "Os meus dados" da área "A minha saúde";
- Registo de informação sobre hábitos, medicação, alergias e doenças através da opção "Os meus registos" da área "A minha saúde";
- Registo das medições de peso, altura, glicémia, tensão arterial, colesterol, triglicéridos, saturação de oxigénio e de tempo de coagulação do sangue (INR) através da opção "As minhas medições" da área "A minha saúde";
- Carregamento de documentos de saúde, como análises clínicas, relatórios médicos e similares através da opção "Documentos" da área "A minha saúde";
- Partilha dos dados de saúde com os profissionais de saúde do SNS (hospitais, urgências, cuidados primários), mediante autorização prévia do utente, e com a possibilidade de poder consultar o histórico de acessos a essa informação através da opção "Os meus dados" da área "A minha saúde";
- Contacto direto com o centro saúde (ass. técnico, enfermeiro ou médico) da área "A minha saúde";
- Marcação online de consultas médicas para os prestadores de Cuidados de Saúde Primários do SNS através da opção "eAgenda", bem como a consulta e o cancelamento das marcações efetuadas por esta via mediante autenticação;
- Pedido de prescrição de medicação crónica prevista na lista de medicamentos autorizados pelo médico do prestador de cuidados de saúde primários do SNS através da aplicação "eAgenda";

- Associação ao perfil do utilizador dos utentes pertencentes ao seu agregado familiar, possibilitando a realização de marcações de consulta médica e pedidos de prescrição de medicação crónica para os seus familiares através da aplicação “eAgenda”;
- Consulta da situação da inscrição, a posição na lista e o tempo de espera previsível para cirurgia por parte dos utentes do SNS inscritos para cirurgia através da aplicação eSIGIC;
- Preenchimento e submissão de pedidos de isenção do pagamento das taxas moderadoras, bem como a consulta do estado do pedido e a reclamação sobre o resultado obtido.

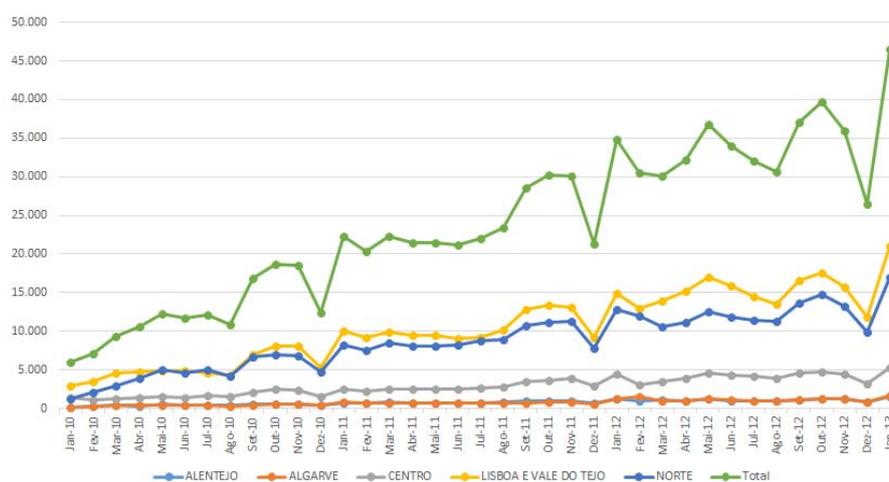
Em relação ao eAgenda, apresentamos de seguida alguns indicadores de atividade referente ao ano de 2012, nomeadamente:

Figura 2. Evolução do número absoluto mensal de Consultas



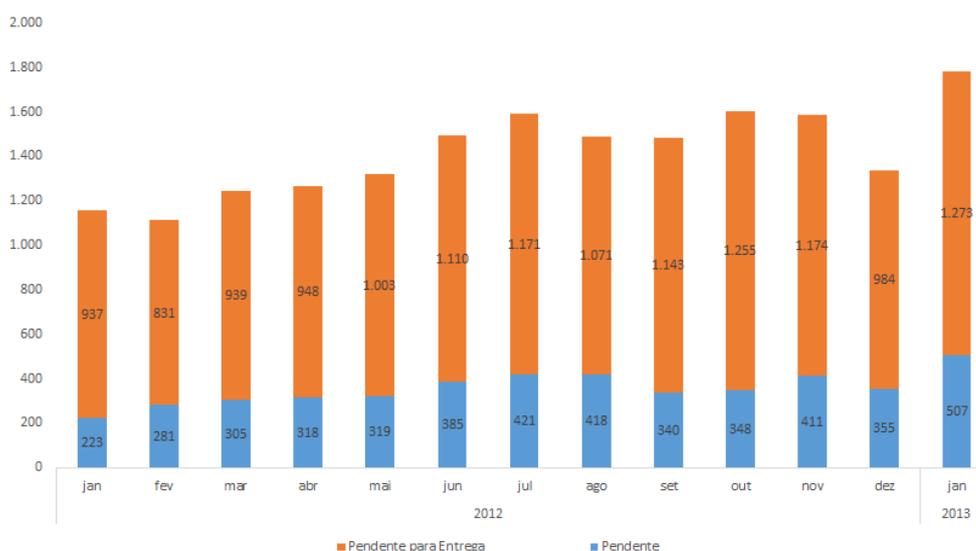
Fonte: SPMS

Figura 3. Evolução do número absoluto mensal de Consultas, por região



Fonte: SPMS

Figura 4. Valores absolutos de Pedidos de Receituário



Fonte: SPMS

Serviços eletrónicos disponíveis mediante autenticação com Cartão de Cidadão no portal:

- Consulta do cronograma referente ao historial clínico do utente através da opção “Registos clínicos”;
- Consulta do eBoletim de Saúde Infantil e Juvenil, que é a versão digital do BSIJ, que disponibiliza informações importantes sobre a saúde e o desenvolvimento da criança (marcações de consultas, reforço de vacinas ou a realização de exames clínicos, entre outros).

PDS - Portal Profissional

O Portal do Profissional é uma plataforma centrada no utente que permite aos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) ter acesso à informação clínica do mesmo. A informação que o utente disponibiliza na PDS - Portal do Utente e que posteriormente autoriza a sua consulta, permite ao profissional de saúde obter alguns indicadores que o podem auxiliar a um melhor conhecimento, diagnóstico e tratamento do mesmo.

Acesso sistema informático utilizado pelo prestador de serviços de saúde (SAM, SAPE, ...).

Cronologia histórica

abril de 2012	Fase de testes na Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos
09 julho 2012	Roll-out ARS Norte
18 julho 2012	Roll-out ARS Alentejo
23 julho 2012	Roll-out ARS Algarve
16 setembro 2012	Roll-out ARS Centro
06 novembro 2012	Roll-out ARS Lisboa e Vale do Tejo
19 outubro 2012	Acesso à informação RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados por parte de CSP e hospitais

Funcionalidades

- Acesso via aplicação (SAM, SAPE, ...), no contexto de um utente e episódio;
- Verificação de informação enviada junto do RNU (Nº Utente, Sexo, Data de nascimento)
- Validação da autorização do Utente efetuada através do Portal do Utente;

- Ligação ao processo clínico eletrónico e, deste modo, acesso ao mapa de instituições portuguesas no âmbito das seguintes redes: RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados e GID – Doença Renal Crónica;
- Cronograma referente ao historial clínico do utente;
- Dados de Saúde partilhados no Portal Utente;
- Histórico de prescrições;
- Resumo de saúde oral;
- Informação disponibilizada pela Direcção-Geral da Saúde: Normas de orientação clínica (NOC's); Mutilação Genital Feminina; Doenças Raras; Cirurgia Segura Salva Vidas e Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, através do módulo “eCriança”.

PDS - Portal Institucional

A PDS - Portal Institucional tem como objetivo disponibilizar um conjunto de estatísticas referentes ao Portal do Profissional.

Acesso através da RIS – Rede Informática da Saúde, mediante nome de utilizador e senha

Cronologia histórica

novembro de 2012

Disponibilização do acesso ao Portal Institucional

Funcionalidades

Disponibilização de dados estatísticos relativos ao:

- Número de acessos a ARS
- Número de acessos por dia
- Número de acessos por dia/hora
- Número de acessos das instituições
- Número de acessos por aplicação
- Número de acessos por ARS
- Número de acessos por instituição/Dia
- Número de acessos de instituições externas
- Número de acessos por funcionalidade
- Número de acessos por grupo funcional
- Número de acessos por tipo de episódio
- Instituições sem acessos
- Novos profissionais por dia

PDS - Portal Internacional

A PDS - Portal Internacional torna possível, por intermédio do projeto epSOS - *European Patients - Smart open Services*, a um médico de outro país da União Europeia consultar um sumário de dados de saúde português, desde que, o utente o autorize.

O projeto epSOS (www.epsos.eu) é uma iniciativa europeia de *eHealth*, nomeadamente ao nível da interoperabilidade de registos de saúde eletrónicos, cofinanciada pela Comissão Europeia e parceiros associados.

O objetivo do epSOS centra-se na melhoria dos cuidados de saúde de cidadãos que se encontrem fora do seu país de residência, através da disponibilização para os profissionais de saúde, de informação relevante para o tratamento do cidadão.

Funcionalidades

- **Resumo Clínico do Utente** – acesso dos prestadores a informação fundamental à prestação de cuidados de saúde, nos papéis de “emissor” (país A) ou “recetor” (país B) de informação.

SEGUNDA PARTE

ÁREAS ESPECÍFICAS DO ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE

4. PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE ORAL

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) visa a diminuição da incidência e da prevalência da cárie dentária, através de uma estratégia combinada de promoção da saúde e de prevenção primária e secundária, estando baseado na atividade desenvolvida ao nível da rede de cuidados de saúde primários.

As suas atividades articulam-se, em especial, com as dos programas de saúde escolar, saúde infantil e juvenil, saúde materna e vigilância da saúde do idoso. Desde 28 de outubro de 2010, passou a incluir o grupo de risco dos portadores de HIV/SIDA. Até 2008, o PNPSO estava centrado em atividades de prevenção e educação para a saúde e na avaliação da saúde oral e/ou tratamento de doenças da boca e dentes a crianças escolarizadas, mediante acordo entre o SNS e especialistas privados. A partir de 27 maio 2008, teve início a emissão de cheques-dentista a grávidas em vigilância pré-natal no SNS, bem como a idosos beneficiários do complemento solidário e também utentes do SNS.

O PNPSO é atualmente regulado pela Portaria nº 301/2009, de 24 de março, que confirma as grávidas e os idosos como grupos alvo e eleva para os 16 anos a idade para inclusão de crianças e jovens.

Tabela 9. Número de utentes SNS beneficiários do Programa de Saúde Oral

Nº Utentes SNS beneficiários *	2008 (a)	2009	2010	2011	2012
Grávidas	20.538	35.633	39.474	38.855	41.158
Idosos	3.554	7.127	6.492	5.451	5.301
Saúde infantil (<= 6 anos)		7.550	19.033	21.155	24.127
Crianças e Jovens 2008/2009		218.401			
Crianças e Jovens 2009/2010		105.207	184.884		
Crianças e Jovens 2010/2011			142.967	150.028	
Crianças e Jovens 2011/2012				133.432	151.925
Crianças e Jovens 2012/2013					16.225
Crianças e Jovens Idades Intermédias 2009			3.308	4.445	6.438
Portadores de VIH/Sida (b)			41	255	244
Total	24.092	373.918	396.199	353.621	245.418

* Este número inclui os utentes referenciados para higienista oral e os que receberam documentos informativos

(a) a partir de 27-05-2008; (b) a partir de 28-10-2010

Fonte: DGS. CPNPSO

No período entre 27 de maio de 2008 e 31 de dezembro de 2012, os cheques-dentista emitidos e utilizados distribuíram-se conforme se apresenta no quadro seguinte.

Tabela 10. Número de cheques emitidos por Grupo-Alvo

Cheques emitidos por grupo-alvo	2008*	2009	2010	2011	2012
Grávidas	33.005	72.099	81.322	80.415	85.052
Idosos	4.275	11.585	10.940	9.377	9.091
Crianças com idade inferior a 6 anos		7.550	19.033	21.155	24.127
Crianças e Jovens		392.371	463.273	427.807	315.389
Crianças e Jovens Idades Intermédias			3.308	4.445	6.438
Portadores de VIH/Sida			51	637	582
Total	37.280	483.605	577.927	543.836	440.679

Fonte: DGS. CPNPSO

Tabela 11. Número total de cheques utilizados

Total de Cheques Utilizados	2008*	2009	2010	2011	2012
Grávidas	23.707	60.971	68.120	67.626	71.219
Idosos	3.259	9.829	9.530	8.353	8.085
Crianças com idade inferior a 6 anos		3.806	10.621	13.126	14.683
Crianças e Jovens		188.263	308.031	318.555	307.406
Crianças e Jovens Idades Intermédias			1.706	2.959	4.873
Portadores de VIH/Sida			20	566	503
Total	26.966	262.869	398.028	411.185	406.769
Tx utilização dos Cheques	2008*	2009	2010	2011	2012
Grávidas	72%	85%	84%	84%	84%
Idosos	76%	85%	87%	89%	89%
Saúde Infantil		50%	56%	62%	61%
Crianças e Jovens		48%	66%	74%	97%
Crianças e Jovens Idades Intermédias			52%	67%	76%
Portadores de VIH/Sida			39%	89%	86%
Total	72%	54%	69%	76%	92%

* a partir de 27-05-2008

Fonte: DGS. CPNPSO

Conforme se constata, foram emitidos 2.083.327 cheques dentistas desde o início do programa de saúde oral, sendo que a percentagem de cheques que foram efetivamente utilizados é de 72,3%.

Em relação a crianças e jovens escolarizados, a distribuição e utilização dos cheques dentista é a que consta da tabela seguinte.

Tabela 12. Distribuição e utilização dos cheques em a crianças e jovens escolarizados

Ano letivo	2008/2009	2009/2010	2010/2011	2011/2012
Cheques emitidos	314.832	417.920	429.452	433.459
Cheques utilizados	204.911	293.522	318.856	317.720
Taxa de utilização	65%	70%	74%	73%

Já durante este ano de 2013, e através do Despacho nº 7402/2013, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 28 de maio, foi reforçada a cobertura das crianças em meio escolar, alargando a intervenção às crianças e jovens da coorte dos 15 anos completos, que tenham sido utentes beneficiários do Programa de Saúde Oral e seguido o plano de tratamentos aos 13 anos de idade.

5. LINHA SAÚDE 24

O número telefónico 808 24 24 24 destinado ao contacto direto do cidadão com o SNS dá corpo ao Centro de Atendimento do SNS, denominado Linha Saúde 24, um projeto desenvolvido em parceria entre a DGS, o Instituto Nacional de Emergência Médica, IP, a ACSS, a Secretaria Geral do Ministério da Saúde e as ARS.

Trata-se de um serviço com cobertura nacional através do qual é efetuada a triagem, o aconselhamento e o encaminhamento dos cidadãos em situação de doença, incluindo problemas urgentes, facilitando, deste modo, o acesso aos serviços de saúde de forma mais adequada.

Os principais resultados obtidos com esta resposta à população, no ano de 2012, foram os seguintes:

- Orientação e aconselhamento dos cidadãos: identificação do tipo e localização dos serviços de saúde mais adequados a prestar cuidados em cada caso; aconselhamento específico sobre os cuidados de saúde que a situação requer; adequação do horário de encaminhamento de acordo com a urgência da situação: atendimento imediato ou no horário mais adequado.
- Menor concentração dos utentes nos serviços, com potencial redução de idas desnecessárias às urgências hospitalares. Faz-se notar que, das 55,1% de chamadas com intenção inicial “urgência hospitalar”, apenas 37,1% destas foram encaminhadas para uma urgência hospitalar. As restantes 35,4% foram encaminhados para observação médica em consulta e 27,0% a aconselhamento para autocuidados.
- Qualificação do encaminhamento, com encaminhamento de utentes para avaliação médica quando julgavam não necessitar. Das 18,6% chamadas com intenção inicial “cuidados em casa”, 26,4% destas tiveram encaminhamento para urgência hospitalar e 31,7% para observação médica em consulta. Salienta-se, no entanto, do total de chamadas com intenção inicial de “cuidados em casa” 41,4% mantiveram esse aconselhamento para autocuidados.
- Mais e melhor acessibilidade: serviço universal, com capacidade de atendimento em tempo real.
- Melhor acesso a informação de saúde, com disponibilidade e informação credível sobre serviços saúde.
- O atendimento médio diário foi de 2.080 chamadas (superior ao verificado em 2011, que era de 1.770).

Tabela 13. Caracterização das chamadas telefónicas na Linha Saúde 24 em 2012, por módulo de atendimento.

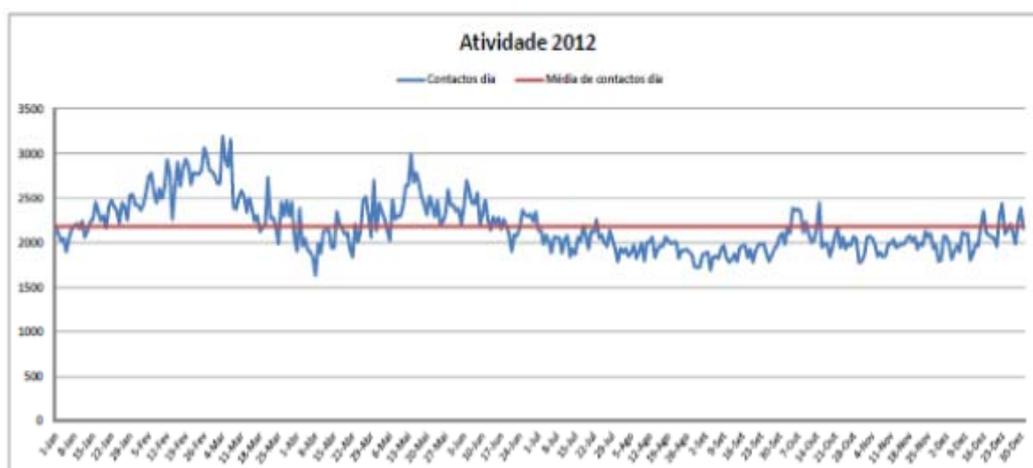
Módulos	Triagem, Aconselhamento, Encaminhamento	Linha Saúde Pública	Informação geral de saúde	Chamadas inapropriadas *	Total
Total	542.750	44.301	24.727	149.323	761.101
%	71,3%	5,8%	3,2%	19,6%	100%
Média/dia	1.483	121	68	408	2.080

Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

* chamadas que não configuram serviço prestado, de agradecimento, abusivas/ofensivas, utente não deseja continuar, etc.

Para além do resumo supra apresentados, na figura seguinte podemos observar com maior detalhe os resultados alcançados no Linha Saúde 24 em 2012, começando pela distribuição das chamadas ao longo deste ano.

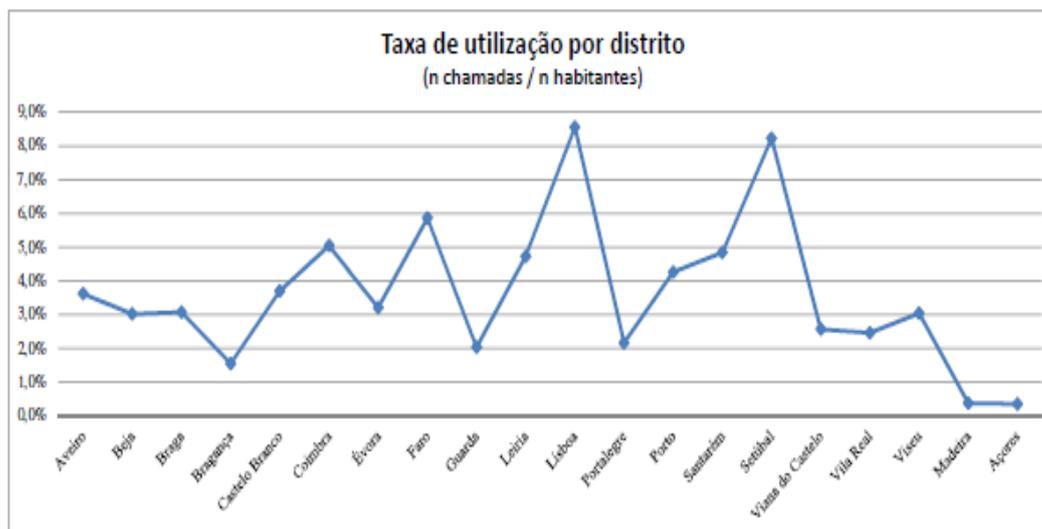
Figura 5. Distribuição das chamadas no Centro de Atendimento do SNS em 2012



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

No gráfico seguinte apresenta-se uma caracterização da utilização do módulo Triagem, Aconselhamento, Encaminhamento, por distrito, constatando-se que é nos distritos de Lisboa e de Setúbal que se registam as percentagem mais elevadas de chamadas por habitante.

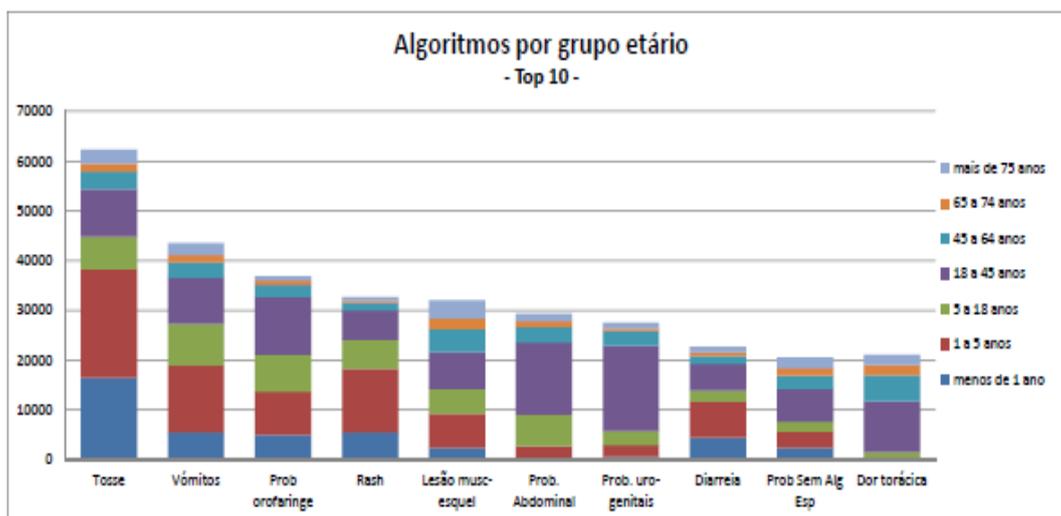
Figura 6. Caracterização do Módulo TAE do Centro de Atendimento do SNS em 2012



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Já quanto aos motivos pelos quais os utentes recorrem ao módulo Triagem, Aconselhamento, Encaminhamento, constatamos que a Tosse é a principal causa, conforme demonstra o gráfico seguinte, que organiza esta informação também por grupo etário.

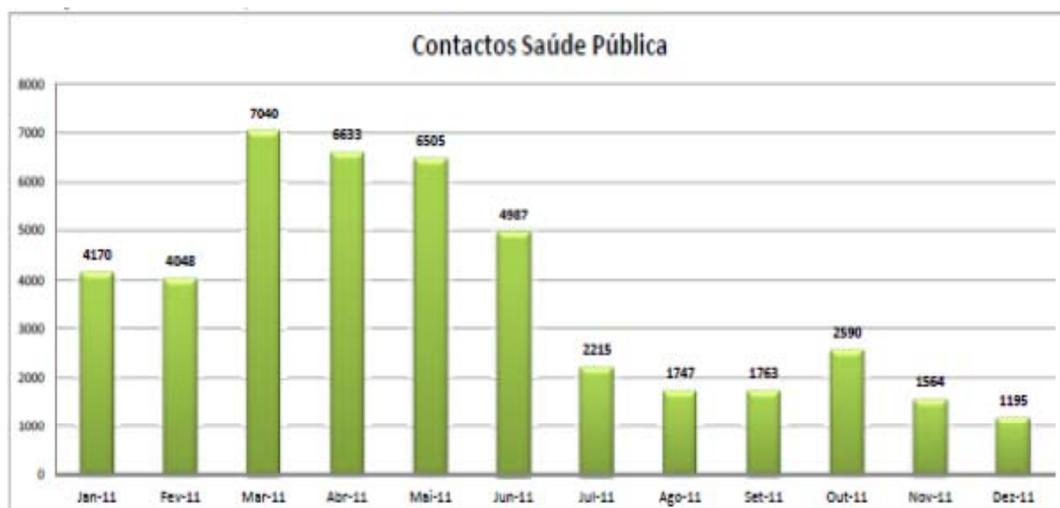
Figura 7. Algoritmo do Módulo TAE, por grupo etário



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Quanto à caracterização dos atendimentos efetuados através da Linha de Saúde Pública, verificamos que os meses de março, abril e maio foram os que tiveram maior utilização por parte dos utentes do SNS, conforme gráfico seguinte.

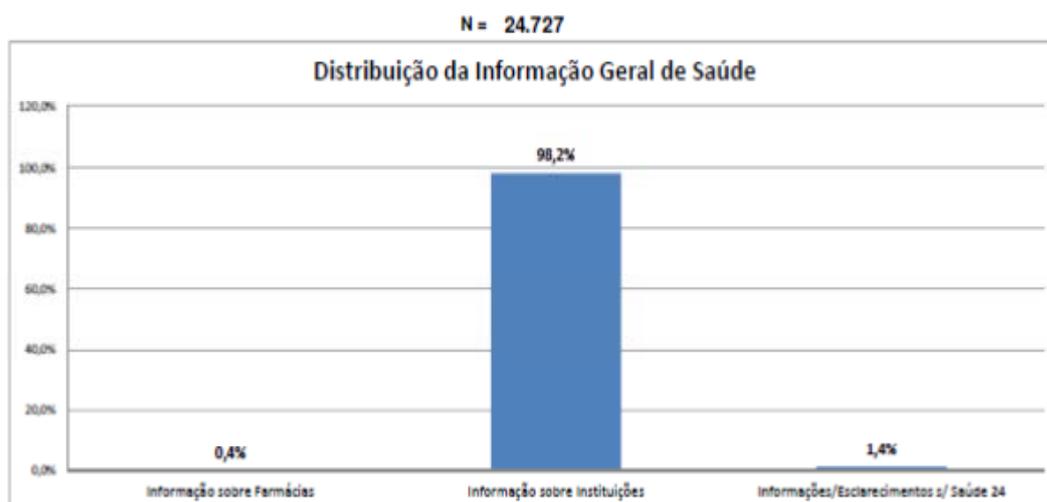
Figura 8. Caracterização dos Contactos na Linha de Saúde Pública, em 2012



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Por último, e caracterizando agora o atendimento no módulo Informação Geral de Saúde, constatamos que a esmagadora maioria dos utentes procura informação sobre as instituições de saúde.

Figura 9. Caracterização do Atendimento no Módulo de Informação Geral de Saúde, em 2012



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

6. BENEFÍCIOS ADICIONAIS EM SAÚDE

Considerando a necessidade de apoiar os idosos em situação económica muito desfavorecida e que despendem grande parte dos seus recursos com a saúde, nomeadamente com medicamentos e outros bens com baixa participação do Estado, foi instituído, em 2007, a atribuição dos BAS, com vista à redução das desigualdades e melhoria da qualidade de vida, que assentam nos princípios definidos para a atribuição do Complemento Solidário para Idosos (CSI).

Com efeito, o progressivo envelhecimento demográfico, entre outros aspetos, tem determinado o aumento de doenças crónicas e incapacitantes em diversos grupos da população, designadamente os idosos, com

implicações diretas nos custos da aquisição de medicamentos ou outros produtos necessários à manutenção e proteção da saúde.

O Decreto-lei n.º 252/2007, de 5 de julho, procedeu, assim, à criação dos BAS para os beneficiários do CSI, instituídos pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, cuja participação financeira do Estado é realizada por reembolso e em articulação com o Instituto de Segurança Social, IP. .

Atentas as competências atribuídas à ACSS neste âmbito, foi publicada a Circular Normativa n.º 3, de 24 de julho de 2007, que estabeleceu os procedimentos administrativos a adotar para a atribuição dos BAS. Posteriormente, a Portaria n.º 833/2007, de 3 de agosto, veio regular o procedimento do pagamento das participações financeira dos BAS, criado por via do mencionado Decreto-Lei n.º 252/2007, de 5 de Julho.

Saliente-se que os BAS constituem reembolsos de uma percentagem de custos suportados pelos respetivos beneficiários com medicamentos, óculos e próteses dentárias removíveis, de acordo com a disciplina e os limites legalmente previstos, incidindo apenas sobre a parcela não comparticipada pelo Estado.

De acordo com o disposto no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, os BAS correspondem a uma participação financeira de:

- a) 50% da parcela do preço dos medicamentos não comparticipada pelo Estado;
- b) 75% da despesa na aquisição de óculos e lentes até ao limite de €100, por cada período de dois anos;
- c) 75% na despesa com a reparação ou aquisição de próteses dentárias removíveis, até ao limite de €250, por cada período de 3 anos;

O direito ao BAS efetiva-se através da exibição nas USF/UCSP do cartão de utente e da apresentação do comprovativo válido da situação de beneficiário do CSI, emitido pela Instituto de Segurança Social, IP.

Compete aos serviços administrativos das USF/UCSP confirmar a existência do utente na base de dados do SINUS, sinalizando neste sistema de informação o número de identificação de segurança social constante no documento referido anteriormente.

Os reembolsos dos BAS são solicitados junto das USF/UCSP, mediante a junção dos documentos comprovativos das despesas médicas cobertas, competindo aos respetivos serviços administrativos verificar a conformidade legal de todos os documentos entregues.

Nos termos do disposto no artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 252/2007, de 5 de julho, e do artigo 1.º da Portaria n.º 1391/2009, de 17 de novembro, os encargos com a atribuição dos BAS são financiados por verbas do Orçamento do Estado, a suportar pelo orçamento da segurança social e pelo orçamento da ACSS, na proporção de 50% do total da despesa realizada.

Para este efeito, a ACSS envia ao ISS, IP, através do *SISBAS*, e até ao 8.º dia do mês seguinte ao pedido de reembolso, as ordens de pagamento com o nome e número de segurança social dos beneficiários, o valor dos benefícios a atribuir e a discriminação das despesas.

Ao ISS, IP compete validar previamente a situação dos beneficiários do CSI, conferir a congruência dos montantes com as parcelas discriminadas das despesas constantes das ordens de pagamento, liquidar,

juntamente com o CSI, os reembolsos a título de BAS pela totalidade do valor e informar a ACSS, via *SISBAS*, das situações em que se efetivou o pagamento do benefícios e daquelas em que o mesmo não se verificou.

Após a comunicação referida no ponto anterior, a ACSS transfere para o Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social, IP (IGFSS), o montante correspondente a 50% do valor pago pelo ISS, IP.

Em relação às competências das entidades envolvidas, importa referir que compete aos ACES e respetivas unidades funcionais proceder à recolha, análise e seguimento de quaisquer reclamações apresentadas pelos beneficiários sobre o procedimento de reembolsos dos BAS.

Ao ISS, IP cabe atribuir, suspender ou fazer cessar, e confirmar a qualidade de beneficiário do CSI, bem como pagar os reembolsos referentes ao BAS, juntamente com o CSI, no seguimento das ordens de pagamento emitidas através do *SISBAS* pela ACSS.

À ACSS cumpre avaliar e monitorizar e, sempre que necessário, ajustar o mecanismo de atribuição das participações financeiras dos BAS. Compete, ainda, à ACSS, IP transferir o montante correspondente a 50% do valor pago pelo ISS, IP.

Estatísticas de utilização e despesa com os BAS

No ano 2012, a nível nacional, estavam inscritos um total de 37.910 beneficiários do BAS. A ARS Norte regista o maior n.º de beneficiários, com uma percentagem de 47,4%, face ao total nacional.

Em termos de número de pedidos de reembolso, constata-se que, aproximadamente, 95% (205.415) reporta-se a despesas com medicamentos, sendo residuais os pedidos de reembolso ao nível de despesa com a aquisição de óculos e lentes (4.485) e na aquisição/reparação de próteses dentárias removíveis (2.973). Recorde-se que, o reembolso de 75% da despesa na aquisição de óculos e lentes tem o limite de €100, por cada período de dois anos, e no caso das próteses dentárias removíveis tem um limite de €250, por cada período de 3 anos.

O valor dos pagamentos com reembolsos, no ano de 2012, atingiu um valor global de 3.983.554€, sendo que cerca de 46% (€ 1.814.530) da despesa ocorreu na ARS Norte, seguida da ARS Centro com uma percentagem de 23,1% (€ 921.200). Em termos de reembolso de despesas com medicamentos, o valor dos pagamentos atingiu os € 3.235.541, cerca de 80% do montante total da despesa com a atribuição do BAS.

Tabela 14: N.º de beneficiários e de pedidos realizados, valor e tipo de despesa, em 2012

ARS	Nº beneficiários	% Total	Nº Pedidos de Reembolso Pagos				% Total	Valor dos Pagamentos (€)				% Total
			Medicam.	Próteses Dentária	Óculos/Lentes	Total		Medicam.	Próteses Dentárias	Óculos/Lentes	Total	
Alentejo	3.232	8,5%	18.865	219	399	19.483	9,2%	287.738 €	25.518 €	36.697 €	349.953 €	8,8%
Algarve	710	1,9%	4.010	55	104	4.169	2,0%	61.000 €	8.190 €	9.670 €	78.860 €	2,0%
Centro	8.683	22,9%	46.089	634	1.046	47.769	22,4%	752.619 €	73.687 €	94.894 €	921.200 €	23,1%
LVT	7.248	19,1%	35.458	511	1.004	36.973	17,4%	651.315 €	68.235 €	89.305 €	808.855 €	20,3%
Norte	17.969	47,4%	100.770	1.544	1.918	104.232	49,0%	1.474.602 €	165.906 €	174.023 €	1.814.530 €	45,6%
Total	37.910	100,0%	205.415	2.973	4.485	212.873	100,0%	3.235.541 €	342.069 €	405.944 €	3.983.554 €	100,0%

Fonte: SISBAS

7. SISTEMA DE ATRIBUIÇÃO DE PRODUTOS DE APOIO - AJUDAS TÉCNICAS

O sistema de atribuição de produtos de apoio (SAPA) destina-se a financiar os produtos de apoio prescritos por ato médico às pessoas com deficiência, na consulta externa das unidades hospitalares prescritoras. Estas entidades, indicadas pelas ARS, financiam os produtos de apoio que prescrevem, após avaliação médico funcional e sócio familiar.

A criação do programa de financiamento de produtos de apoio, bem como do anterior regime supletivo de atribuição teve na sua génese o objetivo de facilitar o acesso das pessoas com deficiência às ajudas técnicas.

Para este efeito, entende-se por pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas suscetíveis de, em conjugação com os fatores do meio, lhe limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas.

Os diplomas que regulam presentemente o SAPA são o Despacho n.º 5128/2013, de 16 de abril, que define os procedimentos das entidades prescritoras e financiadoras de produtos de apoio, e o Despacho n.º 16313/2012, de 21 de dezembro, que homologa a lista de produtos de apoio a vigorar a partir de 1 de janeiro de 2013.

Tabela 15: N.º Ajudas técnicas atribuídas pelas entidades hospitalares em 2012, por ARS

ARS	2012
ARS Norte	4.801
ARS Centro	4.652
ARS LVT	3.486
ARS Alentejo	225
ARS Algarve	2.100
Total Geral	15.264

8. PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA

A Portaria n.º 67/2011, de 4 de fevereiro, aprovou a tabela de preços para os tratamentos de procriação medicamente assistida (PMA), no âmbito das ações necessárias à execução do Projeto de Incentivos à Procriação Medicamente Assistida, previstas no Despacho n.º 14 788/2008, da Ministra da Saúde, de 6 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 102, de 28 de maio de 2008.

Em cumprimento do disposto na Portaria n.º 154/2009, de 9 de fevereiro, revogada pela Portaria n.º 67/2011, de 4 de fevereiro, veio determinar-se a aplicação de um regime de financiamento por preço compreensivo, abrangendo todos os atos médicos associados aos vários tipos de tratamento de PMA identificados pela DGS e pela ACSS, com a colaboração de peritos da especialidade.

Tabela 16: N.º Produção PMA 2011 e 2012

Produção PMA	Primeiras Consultas Médicas de apoio à fertilidade	Nº total de ciclos IO	Nº total de ciclos IIU	TOTAL FIV/ICSI	Total de ciclos FIV realizados	Total de ciclos ICSI realizados	Total de ciclos ICSI com espermatozoides recolhidos cirurgicamente realizados
Ano de 2011	7.450	1.897	1.084	2.394	720	1.530	144
Ano de 2012	7.464	1.733	1.209	2.646	1.017	1.486	143
Var. 2012/2011	0,2%	-8,6%	11,5%	10,5%	41,3%	-2,9%	-0,7%

Fonte: SICA, ACSS

Consulta Apoio à Fertilidade (estudo inicial); IO - Indução da Ovulação; IIU - Inseminação Intra-uterina; FIV – Fertilização in vitro; ICSI - Injeção intracitoplasmática de espermatozoides; ICSI - Injeção intracitoplasmática de espermatozoides recolhidos cirurgicamente

9. TAXAS MODERADORAS

Nos termos do Memorando de Entendimento, o Governo comprometeu-se a tomar medidas para reformar o sistema de saúde com vista a garantir a sustentabilidade do SNS, quer no que respeita ao seu regime geral de acesso ou regime especial de benefícios, quer no que respeita aos seus recursos financeiros. Entre essas medidas encontra-se a revisão do regime das taxas moderadoras do SNS.

Nos termos da Base XXXIV da Lei de Bases da Saúde (LBS), as taxas moderadoras podem ser cobradas com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde. Encontram-se isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos, nos termos determinados na lei.

Neste sentido, foi publicado o Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho, que veio regular o acesso às prestações do SNS por parte dos utentes, no que respeita ao regime de taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios. O novo modelo de taxas moderadoras entrou em vigor a 1 de janeiro de 2012.

Procedeu-se, assim, à revisão das categorias de isenção de pagamento das taxas moderadoras, com respeito pelo disposto na base XXXIV da LBS e no n.º 2 do artigo 23.º do Estatuto SNS, com base em critérios de racionalidade e de discriminação positiva dos mais carenciados e desfavorecidos, ao nível do risco de saúde ponderado e ao nível da insuficiência económica comprovada. Consagrou-se, ainda, a dispensa de cobrança de taxas moderadoras no âmbito de prestações de cuidados de saúde que são inerentes ao tratamento de determinadas situações clínicas ou decorrem da implementação de programas e medidas de prevenção e promoção da saúde.

A revisão do sistema de taxas moderadoras deverá ser perspectivada como uma medida catalisadora da racionalização de recursos e do controlo da despesa, ao invés de uma medida de incremento de receita, atendendo não apenas à sua diminuta contribuição nos proveitos do SNS mas, acima de tudo, pelo carácter estruturante que as mesmas assumem na gestão, via moderação, dos recursos disponíveis, que são, por definição, escassos.

Tabela 17: Evolução das Isenções/ Dispensas de pagamento de Taxas Moderadoras entre 2011e 2012

<i>Critério de Isenção</i>	Registo Nacional de Utentes (RNU)		
	2011 (31 de Dez)	2012 (25 jan 2013)	Var.
<i>Insuficiência económica</i>	1.592.094	2.934.884	1.342.790
<i>Desempregados e familiares</i>	215.760	44.232	-171.528
<i>Crianças até 12 anos de idade (inclusive)</i>	1.390.857	1.342.351	-48.506
<i>Incapacidade igual ou superior a 60%</i>	-	109.677	109.677
<i>Grávidas e parturientes</i>	-	63.981	63.981
<i>Doentes transplantados de órgãos</i>	55	3.465	3.410
<i>Militares e ex-militares das FA incapacitados</i>	230	3.071	2.841
<i>Isenção Médica temporária</i>	227.165	-	-227.165
<i>Doentes crónicos</i>	890.120	890.120	0
<i>Bombeiros</i>	32.947	24.450	-8.497
<i>Dadores benévolos de sangue</i>	196.408	117.357	-79.051
<i>Utentes com isenção/dispensa válida</i>	4.545.636	5.533.588	987.952

A aplicação do novo modelo permitiu um aumento do número de utentes isentos ou dispensados do pagamento de taxas moderadoras (+987.952 utentes). Em termos de proporcionalidade, os utentes isentos do pagamento de taxas moderadoras por motivações económicas passaram de 38,8% para 53,8% do total de utentes isentos e dispensados, ou seja, mais 1.171.262 de utentes passaram a estar isentos por esta motivação decorrente da aplicação do novo critério de apuramento dos rendimentos.

Consideram-se em situação de insuficiência económica, para efeitos de isenção de pagamento de taxas moderadoras e de outros encargos de que dependa o acesso às prestações de saúde, os utentes que integrem um agregado familiar cujo rendimento médio mensal, dividido pelo número de pessoas a quem cabe a direção do agregado familiar (sujeitos passivos ao nível da declaração de IRS), seja igual ou inferior a 628,83€ (1,5 vezes o indexante de apoios sociais). O modelo em vigor até ao final do ano de 2011 previa a isenção do pagamento de taxas moderadoras por motivações económicas a (1) pensionistas com pensão inferior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores (desde que dependentes) e (2) trabalhadores por conta de outrem que recebam rendimento mensal não superior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores desde que dependentes. Neste modelo, os trabalhadores por conta própria não podiam requerer a isenção por esta via. Adicionalmente, como todas as crianças até aos 12 anos, inclusive, estavam isentas do pagamento de taxas moderadoras, apenas estavam protegidos os utentes entre os 13 e os 17 anos das famílias com baixos rendimentos, pressupondo o novo regime um alargamento do agregado familiar.

Por outro lado, no caso da isenção por condição clínica, ainda que o seu peso relativo tenha sido reduzido, foi introduzida a categoria de dispensa de cobrança de taxas em determinadas prestações de saúde associadas a determinadas condições clínicas.

Adicionalmente, é de referir a consagração da isenção por via da incapacidade igual ou superior a 60% a qual permite agregar um maior número de doenças crónicas, bem como conferir uma proteção mais efetiva nas fases mais incapacitantes da doença e, como tal, onde ocorre um maior consumo de recursos.

Com o objetivo de monitorizar o impacto do novo regime de taxas moderadoras no acesso aos cuidados de saúde, a ACSS solicitou à *Nova School of Business and Economics* a realização de estudo coordenado pelo Prof. Doutor Pedro Pita Barros.

Uma das componentes do estudo caracteriza-se pela aplicação de um inquérito desenvolvido pela *Nova School of Business and Economics*, e aplicado pela GfK, durante o mês de abril de 2013, a uma amostra representativa da população portuguesa, estando já disponíveis dados preliminares da aplicação deste inquérito. Foram inquiridas 1.254 pessoas com 15 anos ou mais, representativas de 8.523.579 pessoas.

Entre os inquiridos, 43,57% sentiram-se doentes nos últimos 12 meses (Abril 2012 a Abril 2013). Das que se sentiram doentes, na última vez em que tal sucedeu, 87% procuraram o sistema de saúde. Apenas 13% desses 43,57% (ou seja, 5,67% da população com 15 anos ou mais) não procuraram apoio no sistema de saúde (74 inquiridos em 541 que indicaram ter estado doentes pelo menos uma vez, dos 1.254 respondentes ao inquérito).

Destes 5,67% que não procuraram auxílio, 71,8% automedicaram-se, 23,8% esperaram que passasse e os restantes tomaram opções diversas. Entre as razões para esta decisão de não procurar auxílio, as apontadas foram (as respostas não são mutuamente exclusivas aceitando-se várias):

<i>Não era grave</i>	82,6%
<i>Não quis esperar para ser atendido</i>	7,3%
<i>Não valia a pena pagar a taxa moderadora</i>	5,5%
<i>Não tinha capacidade para pagar a taxa moderadora</i>	1,1%
<i>Não tinha capacidade para pagar o transporte</i>	0,0%
<i>Outra: Qual?</i>	7,7%

Nota: as percentagens correspondem aos 5,67% da população que não procuraram o sistema de saúde quando se sentiram doentes.

Apenas 5 inquiridos (no total de 1.254 respondentes) indicaram como motivo para não terem procurado cuidados de saúde no sistema de saúde as taxas moderadoras, dando uma percentagem 0,86% do total, atendendo à representatividade de cada inquirido, ou seja, cerca de 73.303 indivíduos na população com 15 anos ou mais.

De acordo com estes resultados sobre a última decisão em caso de doença apercebida pelos cidadãos com 15 anos ou mais, as taxas moderadoras foram encaradas como uma barreira impeditiva de acesso a cuidados de saúde por menos de 1%, e os custos de transporte não são mencionados como tendo tido qualquer papel na ausência de recurso a cuidados de saúde nesta amostra. Esta estimativa baseia-se na última decisão tomada pelos cidadãos, e procura avaliar as barreiras de acesso por via de decisões efetivas.

Neste âmbito importa ainda considerar o estudo realizado pela ERS intitulado "O novo regime jurídico das taxas moderadoras".

Conclui a ERS que, analisado o impacto da alteração do regime de taxas moderadoras no perfil dos utentes isentos, no acesso a cuidados de saúde primários e hospitalares nas redes do SNS, e no financiamento global do SNS, de 2011 para 2012 assistiu-se ao aumento de utentes isentos por condição de insuficiência económica. Por outro lado, no caso da isenção por condição clínica, ainda que o seu peso relativo tenha sido reduzido, foi introduzida a categoria de dispensa de cobrança de taxas em determinadas prestações de saúde associadas a determinadas condições clínicas.

A ERS constata ainda que nos cuidados hospitalares é assinalável não ter sido encontrada qualquer variação estatisticamente relevante na utilização de consultas de especialidade. Por outro lado, a mesma conclusão é retirada na utilização de urgências, cuja redução assinalada ocorreu de forma idêntica quer ao nível de utentes isentos quer não isentos, não podendo, pois, ser atribuído a qualquer efeito de moderação promovido pelas taxas moderadoras.

Adicionalmente, e considerando que a prestação de cuidados de saúde deve ocorrer primordialmente ao nível dos cuidados de saúde primários ou ao nível de profissionais de saúde mais adequados, salienta-se também que as conclusões da ERS permitem aferir que o modelo preconizado produz o efeito de fortalecimento do acesso via cuidados programados, nomeadamente aos cuidados de saúde primários.

Por último, é também de salientar que a análise da ERS conclui que as taxas moderadoras mantêm um peso diminuto no total da receita, pelo que cumpridos os limites constitucionais e salvaguardadas as isenções nas situações de carência económica e social, por via do novo regime cumpre-se o objetivo de racionalização da utilização do SNS.

TERCEIRA PARTE

SÍNTESE DE RESULTADOS COLIGIDOS A PARTIR DO RELATÓRIO ANUAL DE CADA UMA DAS INSTITUIÇÕES PRESTADORAS DE CUIDADOS

10. INFORMAÇÃO GERAL

A grande maioria das instituições prestadoras de cuidados do SNS - ACES, Unidades Locais de Saúde e entidades hospitalares, à exceção de 6 ACES da ARS Norte (Marão e Douro Norte, Douro Sul, Guimarães, Vizela e Terras de Basto, Baixo Tâmega, Espinho e Gaia e Feira e Arouca) - enviaram ao Ministério da Saúde o Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde referente ao ano de 2012, dando resposta ao estipulado na alínea f) do artigo 4.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto.

O modelo de relatório foi mantido de acordo com o que tinha vindo a ser feito nos últimos anos.

Tabela 18. Relatórios elaborados pelas instituições do SNS, por região de saúde.

ARS	ACES	Hospitais	ULS	Total
Norte	15	13	3	37
Centro	6	11	2	19
LVT	15	16	0	31
Alentejo	3	2	2	7
Algarve	3	2	0	5
Total	42	44	7	93

Conforme se constata na tabela seguinte, a maioria das instituições (58: 62%) menciona ter constituído o respetivo órgão de participação e consulta.

Tabela 19. Referência órgãos de participação/consulta, apoio técnico no âmbito do acesso e gabinete do utente/cidadão

Estado	ACES (Conselho da Comunidade)		Hospitais (Conselho Consultivo)		ULS (Conselho Consultivo)		Total	
Constituído	34	81%	21	48%	3	43%	58	62%
Em constituição	5	12%	6	14%	1	14%	12	13%
S/I	3	7%	17	39%	3	43%	23	25%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

Para além dos Conselhos da Comunidade e dos Conselhos Consultivos, as instituições do SNS fazem referência à existência de diversas instâncias de participação: ligas de amigos, associações de doentes, comissões de utentes, grupos de voluntariado.

No âmbito do apoio técnico no domínio do acesso, as instituições referem a colaboração/envolvimento direto ou indireto de uma multiplicidade de órgãos/ equipas/comissões, cabendo destacar as equipas de gestão de altas, os gabinetes do utente, os serviços sociais, os núcleos de apoio a crianças e jovens em risco, as comissões de ética, as comissões de humanização dos serviços, as comissões de qualidade e segurança do doente.

Sistemas de informação em uso no(s) setor(es) que envolvem o acesso a cuidados

De entre os SI ou aplicativos informáticos em uso no SNS, e que têm relação direta ou indireta com o acesso a cuidados de saúde, destacam-se os que são cedidos centralmente pelo Ministério da Saúde (ACSS):

Tabela 20. Sistemas de informação em uso no(s) setor(es) que envolve(m) o acesso a cuidados.

Aplicativo	Nº de entidades
SONHO (sistema de gestão hospitalar)	45

SINUS (sistema de gestão do utente/ cuidados primários)	52
SAM (Sistema de Apoio ao Médico/ gestão clínica)	82
SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem/ gestão clínica)	83
CTH (Consulta a Tempo e Horas)	93
SIGLIC (Sistema de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia)	48

Métodos e parâmetros de segurança e salvaguarda da confidencialidade da informação respeitante aos utentes, nos termos da legislação em vigor

Na área do acesso e da segurança física da informação relativa aos utentes, as principais medidas referidas pelas entidades são as seguintes:

1) Quanto aos níveis de acesso à informação

- Parametrização de níveis de acesso por utilizador
- Registo de *logs* de acesso
- Mudança periódica de passwords
- Auditoria aos acessos
- Monitorização dos acessos
- Notificação prévia à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) relativamente ao tratamento de dados pessoais obtidos a partir das aplicações informáticas em uso

2) Quanto à segurança física

- UPS redundante, ar condicionado redundante, alarmes (temperatura e incêndio)
- Backups (bases de dados, aplicativos, software do sistema)
- Antivírus e firewalls
- Redundância de armazenamento e processamento (raid, cluster).

Tabela 21. Outros aspetos de regulação, organização e controlo interno com reflexo acesso cuidados saúde

	SIM	Não	NR
Identificação no Regulamento Interno (global) da instituição das estruturas responsáveis pelo acesso a cuidados de saúde			
Hospitais	37	7	0
ULS	6	1	0
ACES	32	9	1
Total	75	17	1
Os Planos e Relatórios de Atividades incluem pontos relacionados com a matéria do acesso.			
Hospitais	44	0	0
ULS	5	2	0
ACES	37	2	3
Total	86	4	3
Os Planos e Relatórios apresentam avaliação da capacidade instalada/ rentabilização dos recursos materiais e humanos disponíveis, designadamente ao nível das consultas e outras áreas de cuidados dos centros de saúde, consultas externas, MCDT, Bloco Operatório (qd. aplicável).			
Hospitais	42	2	0
ULS	5	2	0
ACES	30	8	4
Total	77	12	4

Enumeração de Regulamentos/Manuais de Procedimentos de Sectores/Serviços fundamentais e/ou com afinidade temática com o acesso (gestão de doentes, Serviço Social, Gabinete do Utente, Serviços Financeiros/ Contratualização, ...) *

	SIM	Não	NR
Hospitais	43	1	0
ULS	7	0	0
ACES	38	2	2
Total	88	3	2

* Tipo de documentos referidos: manuais de atendimento, manuais do gabinete do cidadão, guias do utentes dos centros de saúde, regulamentos internos (ex: USF, USP, articulação entre unidades), protocolos de referênciação, manuais de boas práticas

Quanto a métodos e parâmetros de segurança da informação foram mencionados quer os que têm a ver com níveis de acesso dos utilizadores, quer com a confidencialidade e com a segurança física.

Implementação da Carta dos Direitos de Acesso

Mais de um terço das instituições do SNS (37: 40%) referem que criaram uma estrutura dedicada à implementação da Carta dos Direitos do Acesso, melhorando face a 2011 (34%).

Tabela 22. Constituição de estrutura multidisciplinar interna tendo em vista a implementação da carta dos direitos de acesso.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	13	31%	21	48%	3	43%	37	40%
Não	27	64%	22	50%	4	57%	53	57%
S/I	2	5%	1	2%	0	0%	3	3%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

Tabela 23. Suporte de regulação de procedimentos para a implementação da carta de direitos de acesso.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	10	24%	17	39%	2	29%	29	31%
Não	10	24%	7	16%	1	14%	18	19%
S/I	22	52%	20	45%	4	57%	46	49%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

Em linha com o ano de 2011, a maioria das instituições (87: 94%) definiu indicadores de resultados na ótica do acesso, e 64 delas referem que os mesmos tem em conta os tempos de resposta (64 : 69%).

Tabela 24. Definição de indicadores de resultados na componente do acesso e de produção, pela própria instituição ou de acordo com instância(s) de contratualização.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	37	88%	44	100%	6	86%	87	94%
Não	4	10%	0	0%	0	0%	4	4%
S/I	1	2%	0	0%	1	14%	2	2%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

Tabela 25. Os indicadores de resultados na componente de acesso e de produção tem em conta os Tempos de Resposta.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	17	40%	42	95%	5	71%	64	69%
Não	19	45%	2	5%	2	29%	23	25%
S/I	6	14%	0	0%	0	0%	6	6%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

Das 93 instituições, a maioria (72: 77%) menciona ter incorporado indicadores direcionados ao acesso a todos os níveis da organização (horizontais e verticais) e destas, quase todas (71: 76%) afirmam efetuar periodicamente uma análise da situação com utilização de indicadores de resultados direcionados ao acesso.

Tabela 26. Utilização de indicadores de resultados direcionados ao acesso, a todos os níveis (verticais e horizontais).

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	25	60%	42	95%	5	71%	72	77%
Não	14	33%	2	5%	2	29%	18	19%
S/I	3	7%	0	0%	0	0%	3	3%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

Tabela 27. Análise periódica pela instituição utilizando indicadores de resultados direcionados ao acesso.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	23	55%	43	98%	5	71%	71	76%
Não	16	38%	1	2%	2	29%	19	20%
S/I	3	7%	0	0%	0	0%	3	3%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

Relativamente à existência de planos especiais de monitorização e correção de desvios e/ ou incumprimento de objetivos, 71 instituições (76%) respondem positivamente. Essa percentagem aumenta para 89% e 86% a nível Hospitalar e das ULS, respetivamente.

Tabela 28. Existência de planos especiais de monitorização e correção de desvios e/ou incumprimento de objetivos.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	26	62%	39	89%	6	86%	71	76%
Não	14	33%	5	11%	1	14%	20	22%
S/I	2	5%	0	0%	0	0%	2	2%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

Cerca de três quartos das instituições (66: 71%) menciona proceder regularmente à revisão crítica da relevância e atualidade dos indicadores utilizados. Nos hospitais, 86% dizem efetuar esta atividade.

Tabela 29. Revisão crítica regular da relevância e atualidade dos indicadores utilizados.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	22	52%	38	86%	6	86%	66	71%
Não	17	40%	6	14%	1	14%	24	26%
S/I	3	7%	0	0%	0	0%	3	3%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

Mais de metade das instituições (61: 66%) reporta dispor de procedimentos de controlo para minimizar o risco de erros, insuficiência, inadequação e eventual desvirtuação da informação associada aos indicadores de resultados, sendo essa percentagem de 89% nos hospitais e de 86% nas ULS.

Tabela 30. Existência de procedimentos de controlo para minimizar o risco de erros, insuficiência, inadequação e eventual desvirtuação de informação.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	16	38%	39	89%	6	86%	61	66%
Não	22	52%	5	11%	1	14%	28	30%
S/I	4	10%	0	0%	0	0%	4	4%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

A maioria das instituições (74: 80%) diz ter fixado Tempos de Resposta Garantidos (TRG) para o ano de 2012. Adicionalmente, metade das instituições (52: 56%) diz ter incluído os TRG nos respetivos planos e relatórios de atividades.

Tabela 31. Fixação, pela instituição, de Tempos de Resposta Garantidos

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	26	62%	41	93%	7	100%	74	80%
Não	12	29%	3	7%	0	0%	15	16%
S/I	4	10%	0	0%	0	0%	4	4%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

Nota: Nos termos do número 3, do artigo 3º, da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, cada estabelecimento do SNS fixa os respetivos de tempos de resposta garantidos (TRG) dentro dos limites fixados para o nível nacional pela Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro. Sempre que tal não aconteça, são assumidos pelas instituições os valores dos TMRG definidos na Portaria.

Tabela 32. Integração, pela instituição, dos Tempos de Resposta Garantidos definidos nos Planos e Relatórios de Atividades.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	15	36%	33	75%	4	57%	52	56%
Não	26	62%	11	25%	3	43%	40	43%
S/I	1	2%	0	0%	0	0%	1	1%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

No total das 93 instituições, 61 (66%) referem ter integrado os TRG nos Contratos-Programa/Planos de Desempenho, sendo que 86% das instituições hospitalares e ULS, respetivamente, assumem já a referida integração.

Tabela 33. Integração dos Tempos de Resposta Garantidos no Contrato-programa/ Plano de Desempenho da instituição.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	17	40%	38	86%	6	86%	61	66%
Não	24	57%	4	9%	1	14%	29	31%
S/I	1	2%	2	5%	0	0%	3	3%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

Quanto à afixação de informação atualizada sobre TRG, em locais de fácil acesso e consulta, cerca de metade das instituições (49: 53%) refere a afixação atualizada dos referidos TRG. Quase o mesmo número (44: 47%) referem ter disponibilizado esta informação na internet. (Nota: a maioria dos ACES continua a não dispor de *site* próprio, o mesmo se passando com algumas entidades hospitalares).

Tabela 34. Afixação de informação atualizada relativa aos Tempos de Resposta Garantidos em locais de fácil acesso e consulta, para os diversos tipos de prestações e por patologia ou grupos de patologia.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	17	40%	27	61%	5	71%	49	53%
Não	24	57%	17	39%	2	29%	43	46%
S/I	1	2%	0	0%	0	0%	1	1%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

Tabela 35. Disponibilização no sítio da internet de informação atualizada. Sobre as áreas de atividade/serviços disponíveis, a capacidade instalada e os respetivos Tempos de Resposta Garantidos, nas diversas modalidades de prestação de cuidados de Saúde

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	8	19%	30	68%	6	86%	44	47%
Não	32	76%	14	32%	1	14%	47	51%
S/I	2	5%	0	0%	0	0%	2	2%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

No que respeita à existência de comprovativo, mediante registo ou impresso próprio, de prestação de informação ao utente sobre os TRG, apenas 18 entidades (19%), afirmam dispor do respetivo comprovativo. De igual modo

o mesmo número de entidades (18: 19%), indicam ter procedimentos definidos para informar os utentes sobre TMRG.

Tabela 36. Existe comprovativo, mediante registo ou impresso próprio, da prestação de informação aos utentes no ato de pedido ou marcação de consulta, tratamento ou exame, sobre os TRG para prestação dos cuidados.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	4	10%	13	30%	1	14%	18	19%
Não	36	86%	31	70%	5	71%	72	77%
S/I	2	5%	0	0%	1	14%	3	3%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

Tabela 37. Estão definidos procedimentos para informar os utentes sobre o TMRG, para lhe serem prestados os respetivos cuidados no estabelecimento para o qual é referenciado, no caso de referência para outra unidade de saúde.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	6	14%	11	25%	1	14%	18	19%
Não	33	79%	32	73%	5	71%	70	75%
S/I	3	7%	1	2%	1	14%	5	5%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

Quanto à divulgação e publicação do relatório anual sobre o acesso, em suporte autónomo ou inclusão nos Relatórios de Atividades/Planos de Desempenho, 59 entidades, (63%), referem que o fazem.

Tabela 38. O Relatório anual sobre o acesso foi divulgado e publicado em suporte autónomo ou consta do Relatório de Atividades e/ou Plano de Desempenho.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	14	33%	39	89%	6	86%	59	63%
Não	26	62%	4	9%	1	14%	31	33%
S/I	2	5%	1	2%	0	0%	3	3%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

A maioria das instituições (80: 86%) diz proceder a um tratamento das reclamações e sugestões. Na grande maioria (86: 92%) refere também que as sugestões e reclamações são utilizadas na avaliação e na tomada de medidas de correção.

Tabela 39. As reclamações e/ou sugestões relativas ao acesso são objeto de tratamento próprio, independentemente da sua génese/proveniência. (Gabinete do Utente, Entidade Reguladora da Saúde)

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	37	88%	38	86%	5	71%	80	86%
Não	4	10%	6	14%	2	29%	12	13%
S/I	1	2%	0	0%	0	0%	1	1%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

Tabela 40. As sugestões e reclamações ou outras formas de participação dos utentes/cidadãos na melhoria do acesso são integradas na avaliação e medidas de correção.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	36	86%	44	100%	6	86%	86	92%
Não	5	12%	0	0%	1	14%	6	7%
S/I	1	2%	0	0%	0	0%	1	1%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

Menos de metade das instituições (43: 46%) indica terem ocorrido diligências, intervenções ou outras medidas, por parte da Entidade Reguladora da Saúde, em resultado de reclamações relativas ao acesso a cuidados de saúde.

Tabela 41. A Entidade Reguladora da Saúde promoveu diligências, intervenções ou outras medidas junto da instituição, em resultado de reclamações relativas ao acesso a cuidados de saúde.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	15	36%	26	59%	2	29%	43	46%
Não	26	62%	17	39%	5	71%	48	52%
S/I	1	2%	1	2%	0	0%	2	2%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

Da totalidade das instituições, apenas 23 (25%) referem a abertura de processos sancionatórios em resultado de meros incumprimentos da Lei. De igual modo, apenas 13 (14%) das instituições indicam a que o relatório tenha sido objeto de auditoria por parte da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde.

Tabela 42. Foram constituídos/abertos processos sancionatórios em resultado e/ou mero incumprimento da Lei.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	8	19%	13	30%	2	29%	23	25%
Não	33	79%	30	68%	5	71%	68	73%
S/I	1	2%	1	2%	0	0%	2	2%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

Tabela 43. O Relatório sobre o Acesso foi objeto de auditoria pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	3	7%	8	19%	2	29%	13	14%
Não	35	83%	34	77%	5	71%	74	80%
S/I	4	10%	2	5%	0	0%	6	6%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

Foram comunicados à DGS por 84 entidades (90%) as reclamações, sugestões e comentários recebidos no âmbito do Sim - Cidadão.

Tabela 44. As reclamações, sugestões e comentários foram comunicados à Direção-Geral da Saúde, no âmbito do projeto "SIM Cidadão".

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	39	93%	41	93%	4	57%	84	90%
Não	2	5%	3	7%	3	43%	8	9%
S/I	1	2%	0	0%	0	0%	1	1%
Total	42	100%	44	100%	7	100%	93	100%

11. PRINCIPAIS ÁREAS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NO SNS. PRODUÇÃO E TEMPOS DE RESPOSTA

Da totalidade das 44 entidades hospitalares e das 7 ULS, nesta vertente da prestação de cuidados, 49 incluíram no relatório informação sobre o tempo de resposta (TR) previsto na instituição para o ano de 2012 e sobre o tempo de resposta observado, em termos de acesso a primeiras consultas. Este número passa a ser de 46, quando se trata do acesso a cirurgias programadas. Relativamente ao acesso a CSP, da totalidade dos 42 ACES e das 7 ULS, nesta vertente da prestação de cuidados, 31 incluíram no relatório informação sobre o

tempo de resposta (TR) previsto e observado a esta área de cuidados, para os quais a Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro, fixou o TMRG. A informação coligida a partir dos relatórios das entidades possibilita, assim, uma comparação sumária entre o TR e o TMRG.

No que respeita à cirurgia programada e à primeira consulta de especialidade hospitalar, foram utilizados dados obtidos centralmente a partir dos sistemas SIGIC e CTH, remetidos pelas respetivas unidades de coordenação na ACSS (UCGIC e UCCTH). Quanto aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica em doenças cardiovasculares recorreu-se aos relatórios remetidos por cada uma das Instituições.

11.1. Cuidados de Saúde Primários

O ano de 2012 apresentou um crescimento do número de utilizadores de consultas médicas: mais 311.977 utilizadores. Das séries analisadas em universo comparável, este dado representa a maior utilização observada deste nível de cuidados: mais de 7 milhões de portugueses obtiveram uma consulta através do médico de família. Este dado per si denota uma aumento da procura a este nível de cuidados.

Tabela 45. Utilização de consultas médicas nos cuidados de saúde primários 2011-12.

	2011	2012	var.	var. %
Utilizadores de consultas médicas	6.730.587	7.042.564	311.977	4,6%
Consultas médicas	30.623.795	29.176.913	-1.446.882	-4,7%
Consultas médicas presenciais	22.758.433	20.999.463	-1.758.970	-7,7%
Consultas médicas não presenciais	7.672.215	7.980.729	308.514	4,0%
Consultas médicas domiciliárias	193.147	196.721	3.574	1,9%

Fonte: ACSS- SIM@SNS

Apesar do aumento da procura/acesso a este nível de cuidados, verifica-se uma redução de consultas médicas em menos 4,7%, resultando numa ligeira redução de 0,1 consultas por utente: 3,05 per capita em 2011 versus 2,92 per capita 2012. Assim, importa compreender motivos desta redução de consultas médicas.

Através do estudo dos dados de utilização de cuidados de saúde, a ERS corrobora que, de 2011 para 2012, ocorreu uma redução na utilização global de consultas médicas presenciais nos CSP, variação esta mais acentuada no conjunto de consultas de utentes isentos de taxa moderadora, *i.é.*, nos utentes que não enfrentam a barreira financeira das taxas. Mais refere que tal impacto poderá decorrer de um efeito de redução global do consumo de bens e serviços, face às atuais dificuldades económicas em Portugal, e não por alterações ao novo modelo de taxas moderadoras, dado que os utentes isentos por condição de insuficiência económica têm agora um maior peso relativo no total de utentes isentos.

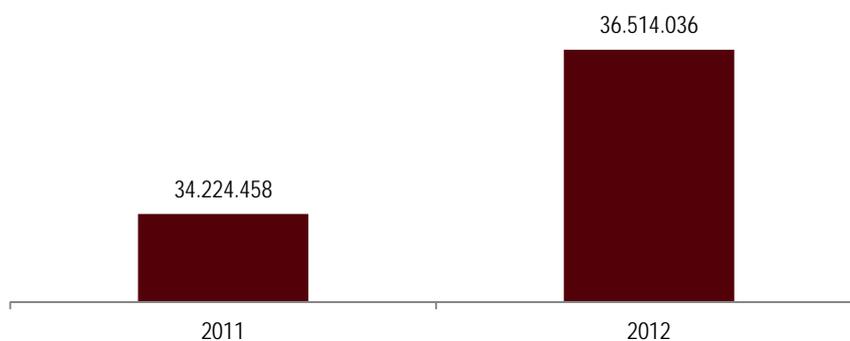
Por outro lado, a ERS reconhece em 2012 o crescimento da utilização de consultas médicas sem a presença do utente, o que considerado conjuntamente com a redução das consultas presenciais, evidencia um efeito substituição de consultas presenciais por consultas sem presença. Com efeito, as consultas médicas presenciais tiveram um decréscimo de 7,7% face a igual período de 2011, ocorrendo um efeito de substituição por consultas médicas não presenciais (+4,0%) e um aumento substancial da prescrição de receitas renováveis (+6,7%),

evitando visitas desnecessárias aos serviços saúde. Também, as consultas médicas domiciliárias tiveram um crescimento de 1,9% face a igual período de 2011, demonstrando ganhos de proximidade ao utente.

A redução do número de consultas médicas presenciais pode ser reflexo de:

- Aumento substancial da prescrição eletrónica de receitas com validade de seis meses, evitando idas desnecessárias ao médico de família (+2.289.578 receitas renováveis face a período homólogo).
- Substituição das consultas presenciais por consultas não presenciais (+4,0%) e por consultas domiciliárias (+1,9%);
- Melhor gestão das consultas por parte dos prestadores de cuidados de saúde primários, evitando visitas desnecessárias.

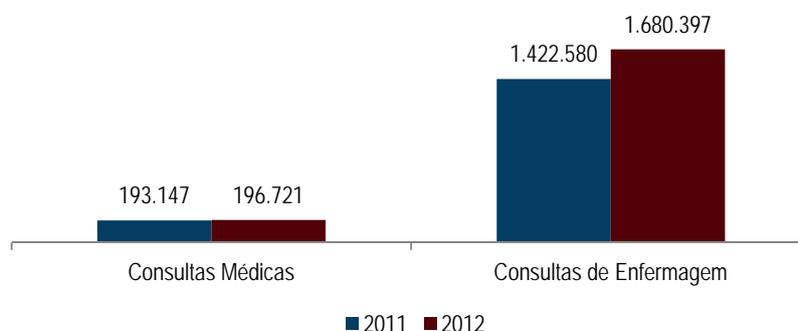
Figura 10. Número de receitas renováveis em 2011 e 2012



Fonte: ACSS- CCF

Realizaram-se mais de 1,6 milhões de consultas de enfermagem no domicílio, representando um crescimento de 18,1% face a igual período de 2011. As consultas médicas domiciliárias tiveram um crescimento de 1,9% face a igual período de 2011. O aumento das consultas domiciliárias reflete o esforço de adequação das estruturas às necessidades das populações servidas.

Figura 11. Consultas domiciliárias médicas e de enfermagem.



Fonte: ACSS-SIM@SNS

Por outro lado, apesar da observada redução do número de consultas médicas, verificamos que ao nível dos programas de saúde prioritários não ocorre a mesma variação negativa. Com efeito, ao nível do planeamento familiar, vigilância de doentes diabéticos e vigilância de doentes hipertensos verificamos um crescimento do número de consultas médicas. Já ao nível da saúde infantil e saúde materna verifica-se um ligeiro decréscimo. Esta variação pode estar em linha com as alterações demográficas e de natalidade em curso.

Tabela 46. Consultas médicas de programas de saúde (Dados coligidos a partir do relatório das instituições CSP*).

	2011	2012	var.	var. %
Saúde Infantil *	2.566.276	2.540.341	-25.935	-1,0%
Saúde Materna *	477.641	467.464	-10.177	-2,1%
Planeamento Familiar *	925.610	962.384	36.774	4,0%
Vigilância de doentes diabéticos **	1.182.030	1.268.626	86.596	7,3%
Vigilância de doentes hipertensos **	2.504.853	2.806.821	301.968	12,1%

* Relativamente às áreas de cuidados de Saúde Infantil, Saúde Materna e Planeamento Familiar o ACES Algarve III – Sotavento apenas remeteu a totalidade de consultas não tendo sido possível identificar o número de primeiras consultas e o ACES Dão Lafões apenas apresentou o número de consultas de 2012, pelo que se assumiu o mesmo valor para 2011 para efeitos de comparabilidade.

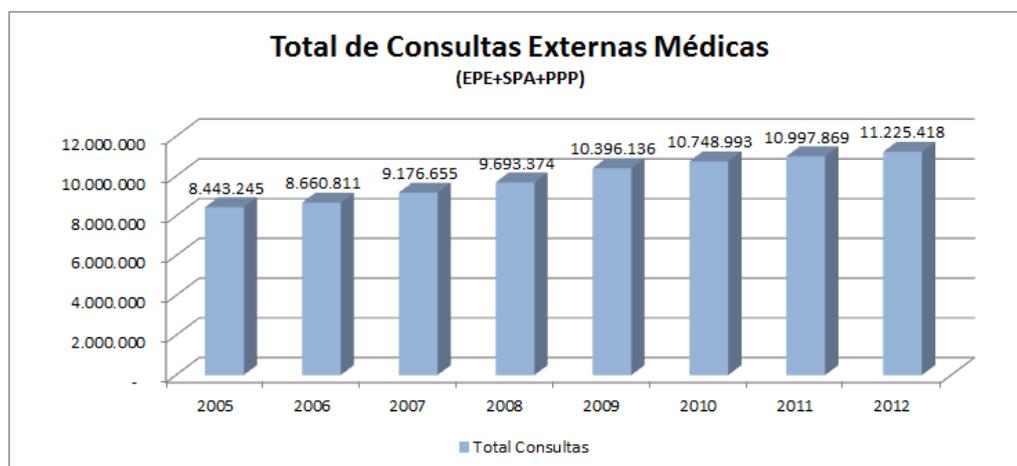
** 11 ACES não reportaram informação relativa às áreas de vigilância de doentes diabéticos e vigilância de doentes hipertensos. Outros 13 ACES apresentaram dados relativos à totalidade de consultas não tendo sido possível identificar o número de primeiras consultas. O ACES Dão Lafões apenas apresentou o número de consultas de 2012 pelo que se assumiu o mesmo valor para 2011 para efeitos de comparabilidade.

11.2. Cuidados de Saúde Hospitalares

Consultas médicas externas

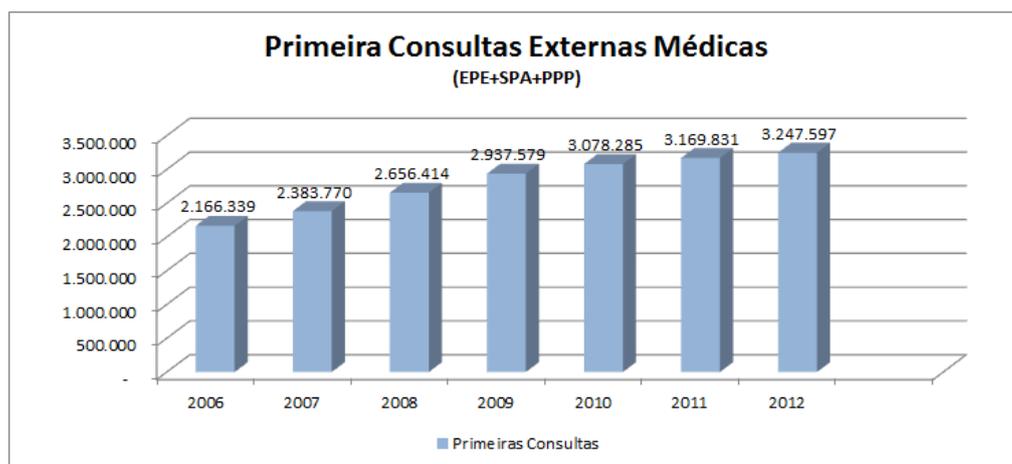
A produção hospitalar no que se refere a consultas de especialidade tem registado uma evolução crescente e sustentada nos últimos oito anos, não só a nível do número total de consultas hospitalares, como principalmente a nível das primeiras consultas hospitalares.

Figura 12. Total de consultas hospitalares: evolução 2005-2012.



Fonte: ACSS-SICA

Figura 13. Total de primeiras consultas hospitalares: evolução 2005-2012.



Fonte: ACSS-SICA

Conforme se constata da análise dos dois gráficos anteriores, tem vindo a registar-se um contínuo aumento da produção de consultas nos hospitais do SNS, nos anos considerados, tendo esse aumento sido mais expressivo nas primeiras consultas (+2,5%), significando que um maior número de cidadãos obteve acesso a esta tipologia de cuidados hospitalares.

Considerando as especialidades do quadro abaixo que, em 2012, representaram 89,6% do número das primeiras consultas realizadas nos Hospitais do SNS e 89,2% do total dessas mesmas consultas, constatamos que a maioria das especialidades apresentaram acréscimos de produção, não só em relação ao total de consultas, como também do número de primeiras consultas.

Tabela 47. Consultas hospitalares no SNS, nas especialidades com maior produção em 2012.

Especialidades	1 ^{as} Consultas externas Médicas			Total de Consultas Externas Médicas		
	2011	2012	Var. % 2012 / 2011	2011	2012	Var. % 2012 / 2011
Oftalmologia	333.585	345.506	3,6%	891.820	905.363	1,5%
Cirurgia Geral	279.706	279.042	-0,2%	819.661	807.587	-1,5%
Ortopedia	288.847	286.599	-0,8%	764.459	762.555	-0,2%
Psiquiatria Total	90.259	93.123	3,2%	617.576	654.966	6,1%
Pediatria	149.345	146.018	-2,2%	555.353	560.324	0,9%
Imuno-Hemoterapia	71.259	87.408	22,7%	552.795	554.803	0,4%
Medicina Interna	115.101	116.152	0,9%	541.149	527.916	-2,4%
Otorrinolaringologia	148.064	158.281	6,9%	460.788	484.884	5,2%
Ginecologia	158.547	154.201	-2,7%	486.882	480.085	-1,4%
Cardiologia	104.259	107.434	3,0%	458.627	457.820	-0,2%
Oncologia Médica	44.621	45.199	1,3%	406.812	420.503	3,4%
Obstetria	127.431	130.622	2,5%	366.404	380.548	3,9%
Urologia	91.208	89.816	-1,5%	346.003	346.541	0,2%
Dermato-Venereologia	140.881	154.499	9,7%	328.338	343.497	4,6%
Anestesiologia	236.514	244.879	3,5%	327.870	338.595	3,3%
Pneumologia	67.443	69.718	3,4%	313.315	318.246	1,6%
Neurologia	74.533	78.117	4,8%	289.735	303.173	4,6%
Medicina Física e Reabilitação	101.476	106.464	4,9%	293.264	300.897	2,6%
Gastroenterologia	78.457	80.495	2,6%	261.669	265.547	1,5%
Estomatologia	56.479	55.859	-1,1%	218.666	219.040	0,2%
Endocrinologia - Nutrição	44.031	42.865	-2,6%	210.896	217.854	3,3%
Hematologia Clínica	20.254	19.307	-4,7%	213.491	203.468	-4,7%
Nefrologia	19.148	21.242	10,9%	160.148	165.359	3,3%

Fonte: ACSS-SICA

Primeira consulta de especialidade hospitalar com pedido solicitado via CTH

Em 2012 foram realizadas 934.653 consultas referenciadas pelo médico de família através do CTH, representando um aumento de 15,5% face a 2011 (+125.629). Igualmente foram elaborados 1.352.143 referências eletrónicas (+13,6%; +158.219 pedidos de consulta). Estes dados denotam uma melhor utilização do aplicativo e maior articulação entre os CSP e os cuidados de saúde hospitalares.

Tabela 48. Pedidos inscritos, pedidos concluídos, consultas realizadas e pedidos não concluídos em 2011 e 2012, segundo o destino dos pedidos (hospitais das ARS e entidades não SNS)

Destino dos pedidos	Pedidos inscritos*		Pedidos concluídos**		Consultas realizadas**		Pedidos não concluídos***	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
H ARS Norte	480.995	519.773	451.494	492.444	354.560	377.594	333.464	361.702
H ARS Centro	177.376	202.046	179.170	192.770	126.833	144.423	91.620	100.909
H ARS LVT	339.320	422.658	320.945	390.908	217.441	277.437	172.354	204.140
H ARS Alentejo	47.688	49.096	42.400	52.844	31.380	32.780	37.275	33.531
H ARS Algarve	35.865	36.264	38.396	33.401	21.812	20.516	29.391	32.257
Entidades não SNS	112.680	122.306	66.414	107.913	56.998	81.903	49.734	70.238
TOTAL	1.193.924	1.352.143	1.098.819	1.270.280	809.024	934.653	713.838	802.777

Fonte: ACSS-CTH

Em 2012, o tempo médio de resposta ao pedido de consulta foi de 122,9 dias e a mediana do tempo até à realização da primeira consulta foi de 81,2 dias, ficando abaixo dos 150 dias do TMRG estipulado na Portaria nº 1529/2008, de 26 de Dezembro. Este valor é inferior em 7 dias, ao que se verificou em 2011 – 130 dias. Apesar do substancial aumento de referências verifica-se uma redução da média de tempo em 6 dias e um ligeiro crescimento da mediana em 1,2 dias face a 2011. Observa-se a melhoria do tempo de resposta em todas as prioridades – “muito prioritário”, “prioritário” e “normal” -, com ganho de 2, 9 e 6 dias respetivamente face ao ano anterior.

Tabela 49. Tempo médio de resposta e mediana do tempo decorrido até à realização da primeira consulta em 2011 e 2012 (consultas realizadas)

Destino do pedido	Tempo médio de resposta ao pedido (dias)		Mediana do tempo até à realização da primeira consulta (dias)	
	2011	2012	2011	2012
H ARS Norte	145,9	125,7	94,8	85,0
H ARS Centro	126,7	130,4	78,1	79,5
H ARS LVT	115,8	107,2	70,0	68,8
H ARS Alentejo	141,5	158,3	65,0	75,0
H ARS Algarve	197,7	202,2	110,9	111,8
Entidades não SNS	58,8	115,6	48,0	99,4
Total	129,9	122,9	80,0	81,2

Fonte: ACSS-CTH

No conjunto das cinco regiões regista-se que, em relação aos pedidos com classificação “muito prioritário” e “prioritário”, o tempo médio observado apenas cumpre o TMRG na ARS Norte, nos pedidos prioritários. Para os pedidos com prioridade “normal” não é cumprido o TMRG pelos hospitais da ARS Alentejo e Algarve. Na ARS Alentejo verificamos uma melhoria significativa nas duas primeiras prioridades, com um decréscimo no tempo de resposta de 14 e 24 dias, respetivamente nos pedidos “muito prioritários” e “prioritários”. Na prioridade “normal” regista-se, no entanto, uma subida de 23 dias. A ARS Algarve é a região que tem o pior desempenho em termos gerais, com subidas acentuadas nos tempos de resposta nas prioridades mais urgentes. Os hospitais da ARS Norte mostram a evolução mais favorável do tempo de resposta, face ao ano anterior. No que respeita às “Entidades não SNS” verificam-se subidas acentuadas do tempo médio de resposta em todos os níveis de prioridade, situação que deverá merecer apreciação casuística pelas ARS, no âmbito do acompanhamento do protocolo específico com aquelas entidades.

Tabela 50. Número de consultas realizadas em 2012 e cumprimento do TMRG, segundo a prioridade na triagem e o destino dos pedidos,

Destino do pedido	Nível de prioridade atribuída na triagem	Consultas realizadas*						Total
		Dentro TMRG	% dentro TMRG	Fora TMRG	% fora TMRG	TR > 150 dias	% TR > 150 dias	
H ARS Norte	Muito prioritário	3.774	68%	1.773	32%	244	4%	5.547
	Prioritário	23.012	73%	8.407	27%	2.018	6%	31.419
	Normal	237.414	70%	103.214	30%	103.214	30%	340.628
	Total	264.200	70%	113.394	30%	105.476	28%	377.594
H ARS Centro	Muito prioritário	1.530	51%	1.475	49%	162	5%	3.005
	Prioritário	10.991	73%	4.041	27%	1.499	10%	15.032
	Normal	90.459	72%	35.927	28%	35.927	28%	126.386
	Total	102.980	71%	41.443	29%	37.588	26%	144.423
H ARS LVT	Muito prioritário	9.318	55%	7.702	45%	422	2%	17.020
	Prioritário	29.800	63%	17.670	37%	3.743	8%	47.470
	Normal	156.674	74%	56.273	26%	56.273	26%	212.947
	Total	195.792	71%	81.645	29%	60.438	22%	277.437
H ARS Alentejo	Muito prioritário	478	61%	307	39%	51	6%	785
	Prioritário	2.393	68%	1.149	32%	299	8%	3.542
	Normal	18.846	66%	9.607	34%	9.607	34%	28.453
	Total	21.717	66%	11.063	34%	9.957	30%	32.780
H ARS Algarve	Muito prioritário	302	35%	566	65%	223	26%	868
	Prioritário	1.640	49%	1.718	51%	976	29%	3.358
	Normal	10.767	66%	5.523	34%	5.523	34%	16.290
	Total	12.709	62%	7.807	38%	6.722	33%	20.516
Entidades não SNS	Muito prioritário	1.111	39%	1.728	61%	743	26%	2.839
	Prioritário	5.088	58%	3.633	42%	1.784	20%	8.721
	Normal	53.374	76%	16.969	24%	16.969	24%	70.343
	Total	59.573	73%	22.330	27%	19.496	24%	81.903
TOTAL	Muito prioritário	16.513	55%	13.551	45%	1.845	6%	30.064
	Prioritário	72.924	67%	36.618	33%	10.319	9%	109.542
	Normal	567.534	71%	227.513	29%	227.513	29%	795.047
	TOTAL	656.971	70%	277.682	30%	239.677	26%	934.653

Fonte: ACSS-CTH

Incluem-se em “Consultas realizadas dentro do TMRG” as que tiveram lugar dentro do número de dias indicado para o respetivo nível de prioridade. No ano de 2012, representaram cerca de 70 % do total de consultas cuja realização foi registada no CTH. Nos anos de 2010 e 2011 a percentagem de consultas realizadas em tempo adequado foi de 69% e 70%, respetivamente. Importa destacar que o número de referências via CTH tem

vindo a aumentar progressivamente o que denota uma melhoria substancial da gestão do acesso e do próprio acesso a primeira consulta hospitalar.

Cirurgia programada

O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) abrange toda a atividade cirúrgica programada realizada no SNS, quer nos hospitais públicos, quer nos hospitais privados e sociais convencionados no âmbito do SIGIC para receber utentes do SNS. Desde a criação do SIGIC, é possível evidenciar uma progressiva melhoria dos indicadores de acesso a cirurgia programada.

Conforme se pode constatar no quadro seguinte, em 2012 foram alvo de intervenção cirúrgica 534.415 inscritos para cirurgia, representando um crescimento de 6,1% face ao ano anterior e 54,8% face a 2006 (sete anos).

Tabela 51. Evolução global da oferta de 2006 a 2012.

Indicadores	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Δ 2006/2012	Δ 2011/2012
Operados H. Públicos*	319.487	362.977	412.112	438.999	439.259	434.230	445.000	39,3%	2,5%
%Operados MRA H.Públicos*	10,6%	10,9%	13,1%	14,6%	12,3%	8,8%	9,0%	-15,1%	2,3%
Operados H. PPP	11.992	12.441	13.895	12.375	19.238	26.559	37.302	211,1%	40,4%
Operados H. Convencionados	13.842	27.643	29.496	23.919	25.568	24.654	26.852	94,0%	8,9%
Operados H. Protocolados	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	18.476	25.261	n.a.	36,7%
Total Operados	345.321	403.061	455.503	475.293	484.065	503.919	534.415	54,8%	6,1%
Média do TE dos Operados (meses)	4,9	4,1	3,5	2,9	2,6	2,7	2,8	-42,9%	3,7%
Operados padrão	420.386	501.314	504.755	493.523	483.096	497.939	535.218	27,3%	7,5%

Fonte: SIGLIC – Relatório de 2012

Indicadores do ano de 2005 extraídos a 13.02.2009; Indicadores do ano de 2006 extraídos a 27.03.2007;

Indicadores do ano de 2007 extraídos a 23.01.2008; Indicadores do ano de 2008 extraídos a 27.02.2009;

Indicadores do ano de 2009 extraídos a 06.04.2010; Indicadores do ano de 2010 extraídos a 14.11.2011;

Indicadores do ano de 2011 extraídos a 21.02.2012 (com correções efetuadas a 28.05.2012);

Indicadores do ano de 2012 extraídos a 01.06.2013;

Para além desta análise global da oferta no âmbito do SIGIC, o quadro seguinte permite-nos registar que o número de doentes propostos para cirurgia cresceu a um ritmo de 2,1% face ao ano anterior e 38,1% face a 2006 (sete anos).

Tabela 52. Indicadores de Procura desde 2006 a 2012.

Indicadores	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Δ 2006/2012	Δ 2011/2012
Entradas em LIC	451.942	517.672	534.344	566.878	573.527	611.535	624.226	38,1%	2,1%
Nº de Utentes inscritos (LIC)	221.208	197.150	174.179	164.751	162.211	180.356	166.798	-24,6%	-7,5%
Mediana do TE da LIC em meses	6,9	4,4	3,7	3,4	3,1	3,3	3,0	-56,5%	-9,1%
% Inscritos que ultrapassam o TMRG	43,5%	24,2%	21,6%	18,4%	13,0%	15,8%	15,1%	-65,3%	-4,4%

Fonte: SIGLIC – Relatório de 2012

Legenda:

LIC – Lista de inscritos para cirurgia

Nº – Número

TE – Tempo de Espera

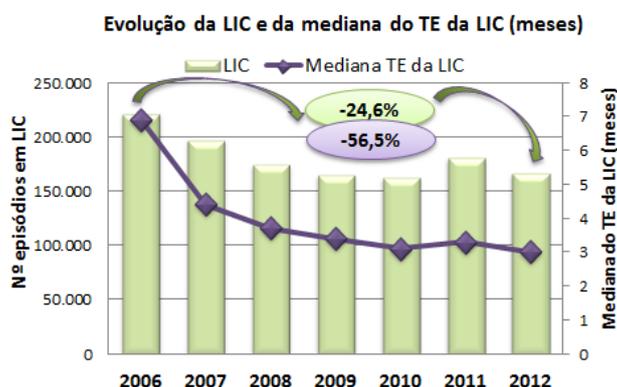
TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

O aumento da atividade permitiu uma redução da LIC face a 2011 de 7,5% (-13.558 a aguardar cirurgia) e uma forte redução da mediana de tempo de espera para cirurgia (3.0 meses): a mais baixa de sempre no SNS.

Ao nível da percentagem de inscritos que ultrapassam os tempos máximos de resposta garantido verificamos também uma redução de -4,4%. Apesar da melhoria deste indicador, constata-se que, em 2012, 15,1% dos doentes não foram operados dentro dos tempos devidos.

O gráfico seguinte representa a evolução do número de utentes inscritos para cirurgia (LIC) a nível nacional e respetivo tempo de espera em termos medianos.

Figura 14. Evolução da LIC e mediana de TE da LIC, desde 2006 a 2012.



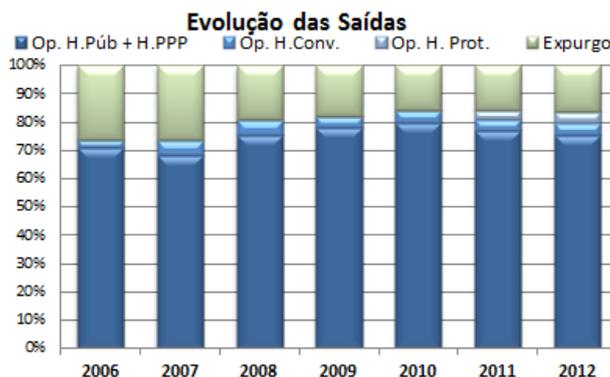
Fonte: SIGLIC – Relatório de 2012

Conforme é possível verificar, a LIC (que representa o acumulado de episódios a aguardar cirurgia) decresceu continuamente desde a instauração do SIGIC, com uma inversão da tendência em 2011, mas com nova diminuição de 7,5%, em 2012, face ao período homólogo.

Este efeito é ainda mais relevante na medida em que aumentou o acesso de utentes a cirurgia (o número de doentes propostos para cirurgia cresceu a um ritmo de 2,1%, conforme já referimos), o que só foi possível devido ao número crescente de cirurgias realizadas no SNS, quer nas suas instituições, quer através de convenções e acordos.

O gráfico que se segue, representa a evolução das saídas dos utentes inscritos por motivo em cada ano, nomeadamente por 4 motivos: terem sido operados em hospitais públicos; operados em hospitais convencionados; operados em hospitais protocolados e expurgados da LIC (por via de cancelamento, sem cirurgia realizada). As cirurgias realizadas em hospitais privados protocolados foram no âmbito do protocolo do Ministério da Saúde com a União das Misericórdias Portuguesas e no âmbito de outros acordos entre as ARS e hospitais do setor privado.

Figura 15. Evolução das Saídas, desde 2006 a 2012.



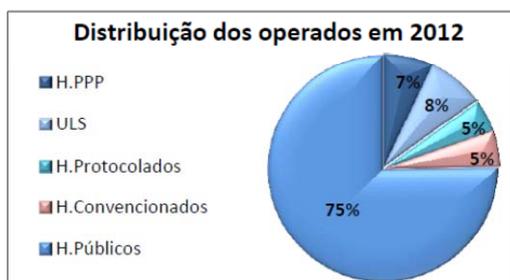
Fonte: SIGLIC – Relatório de 2012

Legenda:

Amb. – Ambulatório; Conv. – Convencionados; H. – Hospitais;
 LIC – Lista de inscritos para cirurgia; MRA – Modalidade remuneratória alternativa;
 N° – Número; Op. – Operados; PPP – Parcerias público-privadas; Prot. – Protocolados;
 TE – Tempo de Espera
 n.a. - Não aplicável pois os protocolos só foram assinados em 2011.

Mais em detalhe, importa registar que das mais de 534 mil cirurgias realizadas em 2012, 75% efetuaram-se em hospitais públicos, 8% em ULS, 7% em PPP, 5% em hospitais convencionados e 5% em hospitais protocolados, conforme se apresenta no gráfico seguinte.

Figura 16. Distribuição dos Operados em 2012.



As transferências asseguram a prestação dos cuidados cirúrgicos nos TMRG, sempre que o hospital de origem não tem capacidade para tal. Neste âmbito, esquema seguinte apresenta a estrutura das transferências ocorridas em 2012, ou seja, a percentagem de utentes com vale de cirurgia emitidos (84.734), os quais representam 13,6% do total de entradas em LIC.



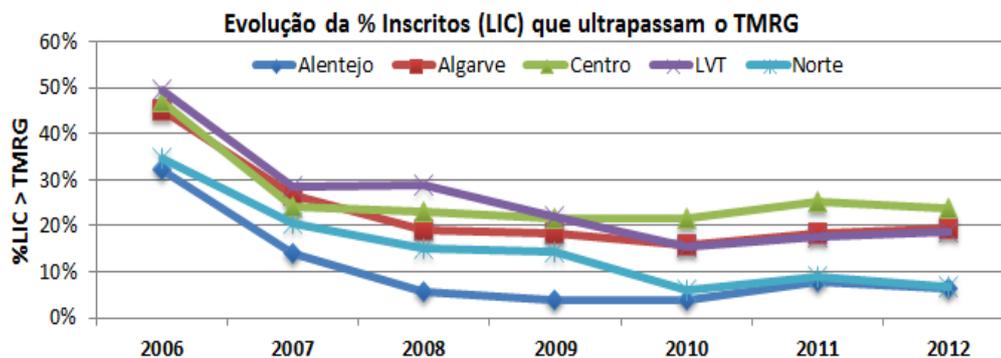
Não obstante a atividade convencionada ter aumentado em 2012, conforme demonstra o gráfico seguinte, a emissão de vales diminuiu 16%, face ao período homólogo, fazendo prever que esta atividade venha a diminuir em 2013 por aumento da produtividade das instituições do SNS em favor do cumprimento dos TMRG.

Figura 17. Produção cirúrgica em hospitais convencionados desde 2006 até 2012.



Um indicador importante de qualidade é a percentagem de inscritos que ultrapassaram os tempos máximos de resposta garantidos para as respetivas prioridades. Este indicador tinha vindo a melhorar desde 2006, apresentando em 2011 um aumento significativo. Em 2012, verificou-se nova redução de 4,4%, face a 2011, mas o que sobressai genericamente da análise do gráfico seguinte é que entre 2006 e 2012 existiu uma melhoria significativa na redução do número de episódios em LIC que ultrapassavam os TMRG.

Figura 18. Evolução da % Inscritos em LIC que ultrapassam o TMRG.



Os resultados que aqui foram apresentados resultam de várias iniciativas que visaram aumentar o acesso dos utentes à atividade cirúrgica e, em simultâneo, aumentar os níveis de eficiência e de adequação da resposta que é fornecida pelas instituições do SNS à população, destacando-se nomeadamente:

- a) Antecipação de vales cirurgia para os quatro meses de tempo de espera, possibilitando a realização da intervenção noutro hospital do SNS. Anteriormente, era emitido vale cirurgia quando decorrido 75% do TMRG, genericamente aos 6,75 meses;
- b) Identificação das necessidades expressas da atividade cirúrgica a contratar durante 2012 – foi tido em conta a procura em 2011 resolvida em hospitais públicos e convencionados, acrescida da procura não satisfeita e das projeções de crescimento para 2012;

c) Publicação de nova Portaria de Tabela de Preços e Regulamento SIGIC (Portaria n.º 271/2012 de 4 de setembro), através da qual:

- O hospital de origem passou a ter a responsabilidade financeira pela realização atempada de toda a atividade cirúrgica inscrita nas listas de inscritos para cirurgia da respetiva instituição hospitalar. Esta revisão do modelo de responsabilidade financeira teve como objetivos diretos promover o cumprimento dos TMRG e maximizar a capacidade instalada dos hospitais do SNS.
- A produção cirúrgica a realizar num hospital convencionado, no âmbito do SIGIC, só poderá dar origem a faturação se a equipa médica cirúrgica que a efetuar não apresentar relação contratual com o hospital de origem do utente intervencionado.
- Se efetuou a revisão dos preços praticados e regras de faturação (reduzir a despesa com o setor convencionados em pelo menos 11,4%).

11.3. Cuidados Continuados Integrados

Conforme referimos na primeira parte do presente Relatório, a RNCCI constitui-se como um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios da Saúde e da Segurança Social, em parceria com as entidades do sector social e privado, e promove a continuidade de cuidados a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia.

Nesta perspetiva, e desde que começou a ser criada em 2006, têm vindo a ser melhorados os resultados em termos de promoção da continuidade e da personalização na prestação de cuidados, de aumento da autonomia dos utentes e de melhoria da qualidade, em termos de acesso, eficácia, eficiência e satisfação dos profissionais e dos utentes.

Em seguida, apresentamos de forma sintética os principais resultados assistenciais da RNCCI em 2012.

Referenciação para a RNCCI

- A nível nacional o tempo de referenciação à identificação de vaga decresce de 6,81 dias em 2011 para 5,95 em 2012
- O total de utentes referenciados para a Rede durante 2011 foi de 30.103 utentes. Há um decréscimo em 2012 com 27.107 utentes referenciados.
- Esta diminuição é de 10% quer para os Centros de Saúde quer para os Hospitais, a nível nacional.
- O Norte aumentou em 4,2% a referenciação a partir dos Centros de saúde e o Algarve em 5,5%. Todas as restantes regiões diminuíram, com LVT a ter uma diminuição de 30% em relação a 2011.
- Em relação a referenciação Hospitalar todas as regiões diminuíram, mas com o Norte e ter só uma diferença de 4 utentes em relação a 2011. A região que mais decresceu foi LVT com uma diminuição de 26,7%, seguida do Algarve com menos 18,6% e o Alentejo com menos 15,2%
- Verifica-se a mesma percentagem de referenciação entre Centros de Saúde e Hospitais relativamente a 2011 – 66% a partir dos Hospitais e 34% a partir dos Centros de Saúde.

- O Norte foi a região que mais referenciou, representando 42,6% dos utentes referenciados em 2012. A referenciação hospitalar no Norte foi responsável por 31,5% do total de referenciados a nível nacional.
- O Alentejo foi a região em que a referenciação a partir dos Centros de Saúde foi maior em relação aos referenciados em cada região, tendo referenciado 46% dos seus utentes a partir dos Centros de Saúde, seguido do Centro com 40%.
- O Alentejo e Centro são as regiões do País em que os Centros de Saúde assumem um maior peso percentual na referenciação para ECCL, relativamente ao total dos referenciados para esta tipologia na região – 67%, seguido de LVT com 64%.
- 27,6% (23,1% em 2011) dos utentes referenciados a nível nacional foram para ECCL, assumindo esta tipologia de cuidados o maior peso a nível Nacional, seguida da Convalescença com 25,8%.
- Em relação ao total dos referenciados por região, o Algarve referencia 53,3% (44,3% em 2011) dos seus utentes para ECCL, sendo a região do País com maior percentagem.
- 92% dos utentes referenciados tinham condições de ingresso na RNCCI, a mesma percentagem de 2011. Foram admitidos 98% dos utentes com condições de ingresso na Rede (97 % em 2011).
- A 31.12.2012 existiam 1.010 utentes em espera. Como já foi referido LVT tem a menor cobertura populacional em todas as tipologias, exceto em UCP, apresentando no entanto também o maior número de utentes a aguardar vaga para esta tipologia, representando 88% dos utentes a nível nacional.
- LVT é também a região com mais utentes a aguardar vaga, em todas as tipologias – 57% do total.
- Entre os motivos das propostas de referenciação de utentes para a RNCCI, a *Dependência de AVD* é a nível nacional o principal motivo de referenciação seguido de *Ensino utente/Cuidador informal*.
- A distribuição por sexo e grupo etário é sobreponível a anos anteriores: 56% sexo feminino e 44% sexo masculino. Os utentes da Rede com idade superior a 65 anos, têm tido valores sempre próximos de 80%, sendo em 2012 - 81,3%. 42,1% dos utentes referenciados em 2012 tem mais de 80 anos.

Atividade Assistencial da RNCCI

- O número de utentes assistidos em 2012, comparativamente com 2011, cresceu de 32.713 para 32.786, que incluem os transitados de 2011.
- O Norte é a região que mais utentes assistiu em todas as tipologias.
- Do total de utentes assistidos em ECCI, o Norte e LVT contribuíram com 65% do total nacional.
- Do total de assistidos por região o Algarve assistiu 56,3% dos seus utentes em ECCI, LVT 40% e o Norte 30%.
- 30% dos utentes assistidos a nível nacional foram em ECCI, e que é a tipologia que tem a maior percentagem de utentes assistidos.
- Em Convalescência foram assistidos 23,5% dos utentes, em UMDR 21,4%, em ULDM 20,2% e em UCP 5%.
- Em 2012, com estes circuitos preferenciais, 24% dos utentes com necessidade de cuidados ou ações paliativas tiveram admissão direta através das EIHS CP. 48% dos utentes foram assistidos em UCP e 28% noutras tipologias da RNCCI, significando que 52% dos utentes tiveram resposta fora das UCP. O conjunto das admissões diretas efetuadas pelas EIHS CP com os assistidos em ECCI representa que 35% dos utentes com necessidades em cuidados paliativos foram assistidos em equipas com prestação de cuidados paliativos. As regiões apresentam perfis diferentes nesta repartição, com a região Centro a assistir 73% dos seus utentes em UCP e com LVT a assistir 41% dos seus utentes em Equipas.
- O terem sido atingidos os objetivos terapêuticos mantém-se como principal motivo de alta da RNCCI – 78% (71% em 2011) do total dos utentes com alta.
- 77% (70% em 2011) dos utentes tiveram alta para o domicílio e 10,5% (18% em 2011) para respostas sociais.
- Os utentes incapazes e dependentes na admissão em 2012 representam 95% (94% em 2011)
- A evolução da autonomia física global (todas as tipologias) na RNCCI mostra melhoria em 50% (45% em 2011) utentes com alta.
- A prevalência de úlceras de pressão na RNCCI foi de 18%, (16% em 2011) mas a incidência foi de 4% (10% em 2011), significando que uma percentagem elevada existia na admissão na Rede
- A prevalência de quedas é de 17% (21% em 2011)
- A taxa de mortalidade na Rede foi de 11,7% (10% em 2011) e 23% nos primeiros 10 dias após admissão (24% em 2011)

11.4. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica em doenças cardiovasculares

Dos dados reportados pelas Instituições, nos seus relatórios de acesso, ressalta o crescimento, entre 2011 e 2012, do número de intervenções cardíacas realizadas, quer sejam cateterismos cardíacos (+0,7%) quer sejam implantações de *pacemakers* cardíacos (+9,4%).

Tabela 53. Doenças cardiovasculares MCDT: intervenções realizadas nos anos de 2012 e 2011 - Cateterismo cardíaco.

	Nº de intervenções 2012	Nº de intervenções 2011	Varição 2012-2011 (%)
Cateterismo Cardíaco	42.578	42.294	0,7%

Fonte: Relatórios de Acesso das Instituições referentes ao ano 2012

Tabela 54. Doenças cardiovasculares MCDT: intervenções realizadas nos anos de 2012 e 2011 - Implantação de pacemaker cardíaco.

	Nº de intervenções 2012	Nº de intervenções 2011	Varição 2012-2011 (%)
Pacemaker Cardíaco	9.358	8.552	9,4%

Fonte: Relatórios de Acesso das Instituições referentes ao ano 2012

REFLEXÕES PARA A AÇÃO FUTURA

O acesso aos cuidados de saúde deve ser assumido pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde como uma questão transversal a todas as áreas de atividade, no contexto das respetivas estratégias globais de desenvolvimento.

As iniciativas no âmbito da acreditação/certificação, da melhoria contínua da qualidade, a contratualização externa e interna, a integração dos SI, a formação dos profissionais, a comunicação interna e externa, são exemplos de processos organizacionais que devem ser orientados para a convergência de objetivos no que respeita ao acesso a cuidados de saúde. .

Com efeito, o acesso a cuidados de saúde de qualidade é uma questão essencial no sistema de saúde e deverá ganhar uma cada vez maior importância e visibilidade no contexto dos seus objetivos de alto nível. Numa ótica sistémica de promoção do acesso, as entidades com responsabilidade na administração em saúde, em especial na contratualização e no financiamento da prestação de cuidados, designadamente as ARS e a ACSS,, deverão, em termos globais, manter o ímpeto de incorporação desta vertente na sua ação para a obtenção de ganhos em saúde.

Por outro lado, é essencial a promoção do recurso a boas práticas de utilização de instrumentos e SI com importância no acesso a cuidados de saúde. Para isso, é fundamental investir numa melhor integração/articulação dos sistemas de gestão clínica, de informação ao cidadão e de gestão global das instituições.

O recente instrumento de *benchmarking* entre os hospitais do Setor Empresarial do Estado e hospitais em regime de Parceria Público-Privada do SNS pode contribuir significativamente para a melhoria da qualidade e acesso do serviço prestado aos utentes e deve ser alargado às Unidades Locais de Saúde, prestadores de cuidados de saúde primários e cuidados continuados integrados. O número e tipologia de indicadores deverão ter em consideração o Plano Nacional de Saúde e aproximar-se das metodologias internacionalmente adotadas, com vista à comparabilidade do desempenho das instituições portuguesas no contexto internacional.

Nesta lógica, será necessário aprofundar progressivamente os indicadores de qualidade clínica assegurando-se a sua comparabilidade e fiabilidade, sendo que esta abordagem reforçará, também, a flexibilização do sistema de saúde possibilitando a prazo uma liberdade de escolha informada do doente entre diferentes prestadores públicos. Por conseguinte, os indicadores de desempenho clínico deverão ser perceptíveis pela população, destacando-se medidas como a mortalidade ajustada pelo risco e a sobrevivência de doenças crónicas.

Na opinião manifestada por várias entidades, a elaboração do Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde representou uma oportunidade para a revisão das suas práticas, a partir da identificação de algumas insuficiências funcionais, e determinou em concreto a introdução ou reforço, nos respetivos Planos Estratégicos, dos temas do acesso aos cuidados de saúde e da participação dos cidadãos.