GOVERNO DE PORTUGAL | MINISTÉRIO DA SAÚDE

RELATÓRIO ANUAL SOBRE O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE NOS ESTABELECIMENTOS DO SNS E ENTIDADES CONVENCIONADAS

(2013)

(LEI Nº 15/2014, DE 21 DE MARÇO)

JULHO 2014

ÍNDICE

ÍNDICE **2**
ÍNDICE DE TABELAS **3**
ÍNDICE DE FIGURAS **5**
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS **7**
CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS **9**
SUMÁRIO EXECUTIVO **10**
PRIMEIRA PARTE **13**
REFORMA ORGANIZATIVA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE **13**

1. Cuidados de Saúde Primários 14
2. Cuidados Hospitalares 18
3. Cuidados Continuados Integrados 19
4. Articulação com o Setor Social e Convencionado 24
5. Sistemas de informação para a monitorização do acesso 26
   - *5.1. SICTH - Sistema Integrado para gestão do acesso à 1ª consulta especialidade hospitalar 26*
   - *5.2. SIGIC - Sistema Integrado de gestão de inscritos para cirurgia 27*
   - *5.3. SISO – Sistema de Informação para a Saúde Oral 28*
   - *5.4. SISBAS – Sistema de Informação sobre Benefícios Adicionais em Saúde 28*
   - *5.5. PDS - Plataforma de Dados da Saúde 29*
6. *Microsite* de Monitorização do SNS e *Dashboards* da Saúde 37
7. Prescrição eletrónica de Medicamentos e de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) 38
8. Diretiva Europeia de Cuidados Transfronteiriços e Acesso a cuidados de saúde 39

SEGUNDA PARTE **42**
ÁREAS ESPECÍFICAS DO ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE **42**

9. Programa Nacional de Vacinação 43
10. Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral 53
11. Linha Saúde 24 56
12. Benefícios Adicionais em Saúde 63
13. Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio - Ajudas Técnicas 66
14. Procriação Medicamente Assistida 67
15. Taxas Moderadoras 68

TERCEIRA PARTE **70**
SÍNTESE DE RESULTADOS COLIGIDOS A PARTIR DO RELATÓRIO ANUAL DE CADA UMA DAS INSTITUIÇÕES PRESTADORAS DE CUIDADOS **70**

16. Informação geral 71
17. Principais áreas de prestação de cuidados no SNS. Atividade assistencial e tempos de resposta 80
    - *17.1. Cuidados de Saúde Primários 80*
    - *17.2. Cuidados de Saúde Hospitalares 82*
    - *17.3. Cuidados Continuados Integrados 94*
    - *17.4. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica em doenças cardiovasculares 98*

REFLEXÕES PARA A AÇÃO FUTURA **100**
ANEXO **102**

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Composição dos ACES por Região de Saúde em 2013 15

Tabela 2: Inscritos nas UF de CSP em 2011, 2012 e 2013 16

Tabela 3: Evolução do número de camas em funcionamento da RNCCI por tipologia 19

Tabela 4: Evolução do número de camas por tipologia e região 20

Tabela 5: Número de camas em atividade por região de saúde 20

Tabela 6: Evolução do número de ECCI entre 2012 1 2013 21

Tabela 7. Cobertura populacional da RNCCI 22

Tabela 8: Acordos celebrados no âmbito da RNCCI e entidades prestadoras 23

Tabela 9. Número de utentes SNS que beneficiaram do PNPSO 54

Tabela 10. Número de cheques emitidos por Grupo-Alvo no âmbito do PNPSO 54

Tabela 11. Número total de cheques utilizados no âmbito do PNPSO 55

Tabela 12. Caracterização do Atendimento na Linha Saúde 24. 56

Tabela 13. Caracterização das chamadas telefónicas na Linha Saúde 24, por módulo de atendimento 57

Tabela 14: Número de beneficiários e de pedidos realizados, valor e tipo de despesa, em 2013 65

Tabela 15: Número de ajudas técnicas atribuídas pelas entidades hospitalares em 2013, por região de saúde 66

Tabela 16: Atividade do Programa de Procriação Médica Assistida 2011, 2012 e 2013 67

Tabela 17: Evolução das Isenções/ Dispensas de pagamento de Taxas Moderadoras entre 2011e 2013 68

Tabela 18. Relatórios elaborados pelas instituições do SNS, por região de saúde. 71

Tabela 19. Referência órgãos de participação/consulta, apoio técnico no âmbito do acesso e gabinete do utente/cidadão 71

Tabela 20. Sistemas de informação em uso no(s) setor(es) que envolve(m) o acesso a cuidados. 72

Tabela 21. Outros aspetos de regulação, organização e controlo interno com reflexo acesso cuidados saúde 73

Tabela 22. Constituição de estrutura multidisciplinar interna tendo em vista a implementação da carta dos direitos de acesso. 73

Tabela 23. Suporte de regulação de procedimentos para a implementação da carta de direitos de acesso. 74

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. 74

Tabela 25. Os indicadores de resultados na componente de acesso e de produção tem em conta os Tempos de Resposta. 74

Tabela 26. Utilização de indicadores de resultados direcionados ao acesso, a todos os níveis (verticais e horizontais). 74

Tabela 27. Análise periódica pela instituição utilizando indicadores de resultados direcionados ao acesso. 74

Tabela 28. Existência de planos especiais de monitorização e correção de desvios e/ou incumprimento de objetivos. 75

Tabela 29. Revisão crítica regular da relevância e atualidade dos indicadores utilizados. 75

Tabela 30. Existência de procedimentos de controlo para minimizar o risco de erros, insuficiência, inadequação e eventual desvirtuação de informação 75

Tabela 31. Fixação, pela instituição, de Tempos de Resposta Garantidos 75

Tabela 32. Integração, pela instituição, dos Tempos de Resposta Garantidos definidos nos Planos e Relatórios de Atividades. 76

Tabela 33. Integração dos Tempos de Resposta Garantidos no Contrato-programa/ Plano de Desempenho da instituição. 76

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. 76

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 76

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. 77

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 referenciação para outra unidade de saúde. 77

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 77

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) 78

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. 78

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. 78

Tabela 42. Foram constituídos/abertos processos sancionatórios em resultado e/ou mero incumprimento da Lei. 78

Tabela 43. O Relatório sobre o Acesso foi objeto de auditoria pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde. 79

Tabela 44. As reclamações, sugestões e comentários foram comunicados à Direcção-Geral da Saúde, no âmbito do projeto "SIM Cidadão" 79

Tabela 45. Número de pedidos de consulta inscritos, totais e por 1000 habitantes nos anos de 2012 e 2013, por região de saúde e entidades não SNS 84

Tabela 46. Dinâmica dos pedidos inscritos em consulta entre 2011 e 2013 84

Tabela 47. Consultas realizadas no ano de 2013, segundo a prioridade atribuída no pedido e a prioridade atribuída na triagem 84

Tabela 48. Número de consultas realizadas e tempo médio de resposta ao pedido de consulta, em dias, segundo a prioridade na triagem, segundo o destino dos pedidos, nos anos de 2012 e 2013. 85

Tabela 49. Tempo médio de resposta e mediana do tempo decorridos até à realização da primeira consulta, em 2012 e 2013 (consultas realizadas*). 85

Tabela 50. Evolução global da oferta cirúrgica entre 2006 e 2013 87

Tabela 51. Evolução dos indicadores de procura entre 2006 e 2013 88

Tabela 52. Utentes Referenciados por tipologia da RNCCI em 2012 e 2013 94

Tabela 53. Utentes referenciados por tipologia e região no âmbito da RNCCI 96

Tabela 54. Número de utentes referenciados por região de saúde em 2012 e 2013 no âmbito da RNCCI 96

Tabela 55. Número de equipas referenciadoras no âmbito da RNCCI 97

Tabela 56. Doenças cardiovasculares MCDT: intervenções realizadas nos anos de 2012 e 2011 - Cateterismo cardíaco. 99

Tabela 57. Doenças cardiovasculares MCDT: intervenções realizadas nos anos de 2012 e 2011 - Implantação de pacemaker cardíaco. 99

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Evolução do lugares totais da RNCCI entre 2012 e 2013 21

Figura 2. Diagrama ilustrativo da Plataforma de dados de saúde. 36

Figura 3. Avaliação da cobertura vacinal do PNV por coorte, vacina e dose, no continente 44

Figura 4. Avaliação da cobertura do PNV por coorte e vacina, sobre a coorte de 2012, 2012, 2006 e 1999, no Continente. 45

Figura 5. Avaliação da cobertura da vacina VASPR (2 doses por coorte), no Continente 45

Figura 6. Avaliação da vacinação atempada aos 2 meses e 12 meses das vacinas VHB, DTPa HibVIP e VASPR, no Continente 46

Figura 7. Avaliação da cobertura da vacina HPV por coorte e número de dose, no Continente 47

Figura 8. Avaliação da cobertura vacinal para a 3ª dose da vacina HPV em jovens nascidas em 1995, por região de saúde 48

Figura 9. Avaliação da cobertura vacinal da vacina HPV por coorte e número de doses, no âmbito da Campanha (2009 a 2011), no Continente 48

Figura 10. Avaliação da cobertura vacinal para a 3ª dose da vacina HPV em jovens nascidas em 1992, por região de saúde 49

Figura 11. Número de óbitos e taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno do colo do útero, em 2000-2012, Portugal 50

Figura 12. Taxa de mortalidade por tumor maligno do colo do útero por grupo etário quinquenal, nos anos de 2000-2007 e de 2008-2012, Portugal 51

Figura 13. Distribuição das chamadas no Centro de Atendimento do SNS 57

Figura 14. Média de chamadas por dia da semana no Centro de Atendimento do SNS 57

Figura 15. Média de chamadas por hora no Centro de Atendimento do SNS 58

Figura 16. Caracterização do Módulo TAE do Centro de Atendimento do SNS 58

Figura 17. Algoritmo do Módulo TAE, por grupo etário, utilizado pelo Centro de Atendimento do SNS 59

Figura 18. Tipo de Encaminhamento do Módulo TAE do Centro de Atendimento do SNS 59

Figura 19. Encaminhamento realizado pelo Centro de atendimento do SNS a utentes > 65 anos, no Módulo TAE, ... 60

Figura 20. Chamadas segundo intenção inicial *versus* disposição final, no Módulo TAE do Centro de Atendimento do SNS 60

Figura 21. Chamadas segundo intenção inicial *versus* disposição final, no Módulo TAE do Centro de Atendimento do SNS 61

Figura 22. Caracterização dos Contactos na Linha de Saúde Pública 61

Figura 23. Caracterização dos motivos de atendimento na Linha de Saúde Pública 62

Figura 24. Caracterização do Atendimento no Módulo de Informação Geral de Saúde 62

Figura 25. Percentagem de consultas realizadas em 2013, dentro e fora dos TMRG, por região de saúde e entidades não SNS 86

Figura 26. Percentagem de consultas realizadas em 2013, prioritárias e muito prioritárias, dentro e fora dos TMRG e, destas, as realizadas em mais de 150 dias, por região de saúde e entidades não SNS 86

Figura 27. Evolução da LIC e mediana de TE da LIC entre 2006 e 2013 88

Figura 28. Evolução das Saídas de LIC entre 2006 e 2013 89

Figura 29. Diagrama referente às notas de transferência e vales cirurgia emitidos em 2013 89

Figura 30. Produção cirúrgica em hospitais convencionados entre 2006 e 2013 90

Figura 31. Tempo de resolução da LIC (em meses) entre 2006 e 2013 90

Figura 32. Evolução dos indicadores de oferta em neoplasias malignas entre 2006 e 2013 91
Figura 33. Evolução dos indicadores de procura em neoplasias malignas entre 2006 e 2013 91
Figura 34. Evolução dos atendimentos urgentes entre 2009 e 2013 93
Figura 35. Percentagem de atendimentos por tipologia de serviços de urgência 93
Figura 36. Distribuição de atendimentos de acordo com a triagem de Manchester 93
Figura 37. Origem dos utentes referenciados no âmbito da RNCCI 94
Figura 38. Distribuição percentual da origem da referenciação em cada região, no âmbito da RNCCI 95
Figura 39: Referenciação para as diferentes tipologias de cuidados no âmbito da RNCCI. 95
Figura 40: Evolução do número de utentes referenciados no âmbito da RNCCI entre 2007 e 2013 96

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

AVD - Atividades de Vida Diária

BAS – Benefícios Adicionais em 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 em 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 Referenciação Hospitalar

RSE – Registo de Saúde Eletrónico

SAM - Sistema de Apoio ao Médico/ gestão clínica

SAPA - Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio - Ajudas Técnicas

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem/ gestão clínica

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 Informação sobre Benefícios Adicionais em Saúde

SISO - Sistema de Informação para a Saúde Oral

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SONHO – Sistema de informação hospitalar

SS – Segurança Social

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 - Unidades 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 30.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, – que visa a consolidação dos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, concretizando a Base XIV da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e salvaguarda as especificidades 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 de anos anteriores, este 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: 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 incluída no presente relatório resulta da agregação de dados coligidos a partir dos relatórios individuais elaborados pelas entidades hospitalares e agrupamentos de centros de saúde (ACES), bem como de dados provenientes dos sistemas de informação centrais, designadamente, no âmbito da produção hospitalar, cirurgia programada, primeira consulta de especialidade hospitalar e do cateterismo e *pacing* cardíacos.

O relatório deste ano 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

Portugal atravessa uma grave crise económica e financeira, percepcionando-se a possibilidade de impactos acrescidos no acesso a cuidados de saúde. A manutenção de um SNS 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 própria coesão social do nosso País.

Tal como nas restantes áreas das políticas públicas, a política de saúde tem sido condicionada pela necessidade de contribuir para a consolidação orçamental do País. Ainda assim, é exigível que o SNS assegure o acesso com qualidade a cuidados de saúde a todos os portugueses.

Como se constata no presente e últimos relatórios, o SNS não só tem mantido o nível de acesso aos cuidados de saúde verificado em anos anteriores, como também tem vindo a melhorar o acesso aos cuidados de saúde pelos portugueses. Por esse motivo, os utentes do SNS, pela adequada utilização do serviço, e os profissionais, cujo esforço diário e dedicação resulta em mais e melhores cuidados de saúde, devem congratular-se pelos resultados alcançados.

Tal como em 2012 – o primeiro ano completo em que todas as instituições do SNS vêm os seus dados publicados mensalmente (*i.e*. acesso, qualidade, produtividade, capacidade instalada e económico-financeira) (Despacho n.º 11374/2011, de 7 de setembro), também o ano de 2013 foi marcado pelo desenvolvimento do *Microsite* de «Monitorização do Serviço Nacional de Saúde», alojado no sítio institucional da ACSS (www.acss.min-saude.pt), o qual permite a divulgação de informação sobre as diferentes dimensões de análise do Sistema de Saúde (acesso, eficiência, efetividade, produção e satisfação) a públicos-alvo diversos, entre outros, cidadãos em geral, utentes do SNS, profissionais de saúde, decisores políticos e académicos.

Para além do *microsite*, encontram-se também disponíveis os «*Dashboar*d da Saúde», produzidos pela DGS e disponíveis no seu site institucional (www.dgs.pt). Os «*Dashboard* da Saúde» constituem-se como uma ferramenta de monitorização mensal do estado de saúde da população portuguesa, cumprindo assim o objetivo de disponibilizar dados concretos e reais sobre o estado de saúde da população, de forma continuada e transparente.

Ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP), será de notar que a taxa de utilização de consultas médicas aumentou, permitindo que mais 70.330 utentes tivessem, pelo menos, uma consulta médica nos cuidados de saúde primários. Com efeito, e pelo segundo ano consecutivo, mais de 7 milhões de utentes acederam a, pelo menos, uma consulta médica neste período, o que permite afirmar que, em 2013, 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.

Verifica-se, contudo, uma ligeira redução do número de consultas médicas realizadas (-0,27%). Em média, cada português teve 2,9 consultas com o médico de família, em linha com o observado em 2012, tendo-se verificado uma ligeira redução no número de consultas médicas presenciais (-0,33%) e não presenciais (-0,21%), colmatada, no entanto, por um crescimento significativo das consultas médicas domiciliárias (+4,3%).

Por outro lado, em 2013, realizaram-se mais de 1,8 milhões de consultas de enfermagem no domicílio, representando um crescimento de 11,3%, face a 2012. Estes dados indiciam uma estabilização do número de consultas médicas com um progressivo crescimento do apoio domiciliário. Adicionalmente, o aumento substancial da prescrição electrónica de receitas com validade de seis meses (+4.121.726 receitas renováveis face a período homólogo) sugerem um aumento da comodidade na utilização dos serviços, evitando consultas médicas desnecessárias.

Ao nível das consultas médicas hospitalares, observa-se um crescimento contínuo (3,5%), tendo sido realizadas, em 2013, mais 339.491 consultas médicas no universo hospitalar que em igual período de 2012.

No que diz respeito às primeiras consultas de especialidade hospitalar, solicitadas pelos CSP, através do sistema Consulta a Tempo e Horas (CTH), constata-se que cerca de 73% tiveram lugar no tempo recomendado para o nível de prioridade atribuído ao pedido em sede da triagem hospitalar, demonstrando uma melhoria face a 2012 (70%). Em 2013, o tempo médio de resposta ao pedido de consulta foi de 120,5 dias (122,9 dias em 2012) e a mediana do tempo até à realização da primeira consulta foi de 80,8 dias (81,5 dias em 2012). Verifica-se, ainda, um aumento substancial de referenciações (+111.138 pedidos de consulta). Apesar da melhoria observada nos últimos anos, os indicadores para acesso a consulta hospitalar mantêm-se débeis e merecem uma continuada atenção em termos do desenvolvimento das políticas de acesso.

Em 2013, foram alvo de intervenção cirúrgica 544.377 inscritos para cirurgia, representando um crescimento de 1,9%, face ao ano anterior, e de 57,6%, face a 2006 (8 anos). Os hospitais públicos aumentaram a atividade cirúrgica em 4,1%, realizando o melhor resultado de sempre do SNS, com 502.251 doentes operados, ultrapassando assim a barreira dos 500 mil. Por outro lado, o sector convencionado registou uma redução de 40,7% da sua atividade face a 2012, na medida em que o recurso ao setor convencionado ocorre, apenas, quando 75% do TMRG é ultrapassado, o que reflete o incremento da capacidade de resposta das unidades do SNS.

Em 2013, o número de doentes propostos para cirurgia cresceu a um ritmo de 3,2% face ao ano anterior e de 42,5% face a 2006 (8 anos), sendo que o número de inscritos para cirurgia aumentou em 5,6%, face ao ano anterior, demonstrando um fortalecimento do acesso a cirurgia. O aumento da atividade permitiu que o SNS tenha apresentado, em 2013, o mais baixo tempo de espera de sempre para cirurgias - 2,8 meses (pela primeira vez abaixo dos 3 meses). Ao nível da percentagem de inscritos que ultrapassam os TMRG verifica-se também uma forte redução (15,3%) em relação a 2012 (ano que já tinha registado uma redução de 4,5%, em relação a 2011). A melhoria deste indicador permitiu reduzir para 12,8% a percentagem dos doentes que não foram operados dentro dos tempos (quando, em 2012, esta percentagem era de 15,1%), também o mais baixo resultado de sempre no SNS.

Quanto aos cateterismos cardíacos, em 2013 e face ao ano anterior, verificou-se um aumento de 5,9% no número de intervenções realizadas face ao ano anterior, e um aumento dos pacemakers cardíacos em 4,6%.

Ao nível dos cuidados continuados integrados, o número de utentes referenciados para a Rede, em 2013, foi de 39.896, o que representa um acréscimo significativo face a 2012, com 27.107 utentes referenciados para as

respostas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (+33,9%). Estes utentes tiveram como principais motivos de referenciação para a RNCCI, o Ensino utente/cuidador informal, sendo a nível nacional o principal motivo (97%), seguido de dependência de atividades de vida diária (AVD, 89%). O maior crescimento observa-se nas equipas de apoio domiciliário - Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP): +79%; Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI): 44%). A 31 de dezembro encontravam-se 1.217 utentes em espera a nível nacional, representando 3,2% dos referenciados. O número total acumulado de utentes referenciados para a Rede era de 174.943.

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.

Atualmente, as unidades prestadoras de cuidados de saúde primários encontram-se integradas em ACES e em Unidades Locais de Saúde (ULS).

Os ACES são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa que têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica. São constituídos pelos seguintes tipos de unidades funcionais (UF): Unidades de Saúde Familiar (USF); Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidades de Saúde Pública (USP); Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Cada UF assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica.

As ULS são entidades públicas empresariais que têm por objeto principal a prestação integrada de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população residente na área geográfica por ela abrangida, assegurando ainda as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde.

Em termos de política de saúde, o quadro de forte ajustamento orçamental, decorrente da atual conjuntura económica e financeira, exige um acrescido rigor e responsabilização na gestão do bem público e uma definição clara dos objetivos a alcançar. Com os recursos disponíveis, o SNS terá de salvaguardar os atuais níveis de acesso e eficiência, sem perda de qualidade, e continuar a responder às necessidades em saúde dos cidadãos.

Neste contexto, o desenvolvimento organizacional dos CSP constitui-se como um processo evolutivo e de melhoria contínua que concorre decisivamente para a sustentabilidade económica, financeira e funcional do SNS.

Em 2014, importa garantir a continuidade da reforma, apostando fortemente na autonomia, na responsabilização, na flexibilidade organizativa e de gestão, na desburocratização, na modernização, no trabalho em equipa, na melhoria contínua da qualidade, na prestação de contas e na avaliação do desempenho a todos os níveis.

De facto, o novo modelo organizativo dos CSP é mais complexo do que o modelo de comando controlo que tradicionalmente vigora na Administração Pública. É um modelo que exige mais conhecimento, qualificação, capacidade, rigor e espírito construtivo por parte de todos os intervenientes no processo, e que permite responder de forma mais adequadamente às necessidades em saúde da população e aos desafios com que os sistemas de saúde se debatem, hoje, a nível nacional e internacional.

Com efeito, os CSP constituem, idealmente, o primeiro ponto de contacto com os serviços que compõem o SNS, o que justifica a atenção particular e a prioridade que lhes tem sido dada nos últimos anos, concretizada na reforma dos CSP no nosso País.

Na tabela seguinte apresenta-se uma súmula da mais recente organização em termos de CSP, destacando-se a entrada em funcionamento de 37 novas USF em 2013 (passando a existir 394 USF, +10,4% do que em 2012) e a estabilização do número de UCC:

Tabela 1: Composição dos ACES por Região de Saúde em 2013

	ARS Norte		ARS Centro		ARS LVT		ARS Alentejo		ARS Algarve		Portugal Continental		
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	Var. 13/12
Nº ACES	24	24	9	9	15	15	4	4	3	3	55	55	0,0%
Nº TOTAL USF	186	200	37	45	111	125	14	15	9	9	357	394	10,4%
Nº USF modelo A	91	96	23	30	63	71	12	10	6	6	195	213	9,2%
Nº USF modelo B	95	104	14	15	48	54	2	5	3	3	162	181	11,7%
Nº UCSP	167	163	101	100	143	136	42	42	17	17	470	458	-2,6%
Nº UCC	84	88	21	31	64	51	29	30	11	11	209	211	1,0%

Fonte: ACSS-SIM@SNS

O ACES "tipo" em 2013 tinha as seguintes caraterísticas:

- Uma proporção de 86,5% de utentes com médico de família;
- Um rácio de 1.690 inscritos ativos com médico atribuído, por médico;
- Taxa de utilização de 68,1%;
- Uma produção de 337 consultas por mês, por médico;
- Uma prevalência de 6,8% de utentes com diabetes;
- Uma prevalência de 19,1% de utentes com hipertensão arterial.

Ao um nível mais micro, constatamos que, em 2013, uma UF "tipo" (USF ou UCSP) tinha as seguintes caraterísticas:

- Uma média de 10.964 inscritos;
- Uma proporção de 90,8% de utentes com médico de família;
- Um rácio de 1.659 inscritos ativos com médico atribuído, por médico;
- Taxa de utilização de 66,5%;
- Uma produção de 306 consultas por mês, por médico;
- Uma prevalência de 7,2% de utentes com diabetes;
- Uma prevalência de 19,7% de utentes com hipertensão arterial.

Por último, e considerando a estrutura etária da população inscrita nas unidades de CSP, no final de 2013, salienta-se os seguintes aspetos:

- Em 2013, 52,8% dos utentes pertenciam ao sexo feminino;
- Em 2013, existiam 19,7% utentes com idades compreendidas no intervalo [0; 20[anos, sobre os quais incidiram as atividades do programa de saúde infantil e juvenil;
- Em 2013, existiam 10,5% 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 2013, existiam 23,8% 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 20,1%. Os idosos são o grupo que mais utiliza consultas médicas e de enfermagem.

Analisando mais em detalhe a realidade específica das USF e das UCSP, e no que especificamente se refere ao número de inscritos, constata-se que, no final de 2013, o número de utentes sem médico de família atribuído era de 1.332.419, valor que confirma a tendência de diminuição que se tem vindo a registar desde 2011 (que ascendia a 1.994.710), conforme consta da tabela seguinte.

Tabela 2: Inscritos nas UF de CSP em 2011, 2012 e 2013

2011	N.º UF	Nº Inscritos	% Inscritos em UF	Sem Médico	% Inscritos S/ MF
UCSP	486	7 157 711	65%	1 819 248	25,4%
USF A	184	2 058 457	19%	13 579	0,7%
USF B	137	1 879 383	17%	5 968	0,3%
USF	321	3 937 840	35%	19 547	0,5%
Total	**807**	**11 095 551**	**100%**	**1 838 795**	**16,6%**
UCC	**182**				
2012	**Nº UF**	**Nº Inscritos**	**% Inscritos**	**Sem Médico**	**% Inscritos S/ MF**
UCSP	465	6 737 537	60%	1 634 318	24,3%
USF A	195	2 159 837	19%	23 480	1,1%
USF B	162	2 250 094	20%	2 811	0,1%
USF	357	4 409 931	40%	26 291	0,6%
Total	**822**	**11 147 468**	**100%**	**1 660 609**	**14,9%**
UCC	**209**				
2013	**Nº UF**	**Nº Inscritos**	**% Inscritos em UF**	**Sem Médico**	**% Inscritos S/ MF**
UCSP	458	5 471 744	54%	1 265 116	23,1%
USF A	213	2 250 310	22%	50 725	2,3%
USF B	181	2 483 615	24%	16 584	0,7%
USF	394	4 733 925	46%	67 309	1,4%
Total	**852**	**10 205 669**	**100%**	**1 332 425**	**13,1%**
UCC	**213**				

Fonte: SIARS, INE

A 31 de dezembro de 2013, encontravam-se em atividade 394 USF que abrangiam 4.733.925 utentes, o que, face à situação de partida no final do ano de 2012, representa um aumento de 375.719 utentes servidos por USF (46,5% dos utentes estavam inscritos em USF no final de 2013).

Outro dado relevante é o número de inscritos sem médico de família. Ao considerarmos o número de residentes em território nacional, ao invés do número de inscritos constante do Registo Nacional de Utentes (RNU), reconhecidamente sobredimensionado face ao número de residentes, verificamos uma diminuição do número de utentes sem médico de família. Efetivamente, a percentagem de residentes sem médico passa de 16,4% para 13,5%, o que, em números absolutos, traduz-se numa redução do número de utentes sem médico de família em 364.464.

2. CUIDADOS HOSPITALARES

No ano de 2013, as instituições hospitalares do SNS cumpriram o desafio de, contando com os recursos limitados, continuarem a responder às necessidades de cuidados de saúde dos cidadãos, numa perspetiva de articulação e de complementaridade entre si, promovendo soluções concretas e respostas adequadas que permitiram manter elevados níveis de qualidade e de acesso alcançados no últimos anos e aumentar e sua eficiência operacional.

Também no ano de 2013, iniciou-se o processo de planeamento estratégico que veio contribuir para a estabilização organizativa da prestação de cuidados diferenciados e para a consolidação de uma cultura de gestão rigorosa, equilibrada, responsável, transparente e ciente das necessidades das populações, no sentido da criação de valor em saúde e obtenção de ganhos de acesso, qualidade e eficiência para a população.

Inserindo-se numa das oito iniciativas previstas no Relatório Final elaborado pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, nomeadamente a iniciativa estratégica denominada "*uma política de financiamento mais sustentável*" que inclui, entre outras, a medida "Planeamento Estratégico e Operacional das Unidades Hospitalares", este processo prevê a elaboração de planos a três anos, que incluem, nomeadamente, a definição de objetivos estratégicos, as principais linhas de ação, os planos de investimentos e as projeções económico-financeiras para o período, bem como a explicitação dos ganhos de eficiência e de produtividade que permitam garantir a sustentabilidade a médio prazo de cada unidade hospitalar.

Por outro lado, contempla, ainda, uma análise sobre a adequação da oferta nacional, regional e local de cuidados hospitalares às necessidades de saúde das populações, permitindo rever as áreas de influência diretas e indiretas de cada unidade hospitalar e aprovar, em conformidade, a carteira de serviços hospitalares por região.

No que respeita à organização interna dos hospitais foi iniciado um estudo para a criação de Unidades Funcionais Clínicas (UFC), unidades diretamente responsáveis pela prestação de cuidados de saúde ao utente, capazes de restruturar o modelo tradicional das unidades de produção nos hospitais públicos, dotando-os de instrumentos de gestão que permitam adaptar as instituições às novas exigências, reforçando o controlo e responsabilização clinica sobre os processos e possibilitando, assim, uma gestão clinica mais efetiva e orientada pelos princípios de sustentabilidade, transparência, cooperação e solidariedade, autonomia, articulação, avaliação, mérito e objetivação, comportamento ético e serviço público.

3. CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A RNCCI criada pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, constitui-se como um novo modelo organizacional, sendo formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social. São objetivos da RNCCI, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência e com perda de autonomia.

Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da sua situação de dependência.

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 prestação de cuidados: unidades de convalescença (UC), unidades de média duração e reabilitação (UMDR), unidades de longa duração e manutenção (ULDM), unidades de cuidados paliativos (UCP), unidades de dia e de promoção da autonomia (UDPA), equipas hospitalares (Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos) e equipas domiciliárias (Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

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

Em relação à evolução da disponibilidade de lugares por tipologia de internamento, constatamos que, em relação a 2012, aumentaram em 731 o número de lugares de internamento, o que representa um crescimento de 12,4%, existindo no final de 2013 um total de 6.642 camas contratadas na RNCCI, conforme se demonstra no quadro seguinte.

Tabela 3: Evolução do número de camas em funcionamento da RNCCI por tipologia

Tipologia de Internamento	Nº de camas contratadas 31-12-2008	Nº de camas contratadas 31-12-2009	Nº de camas contratadas 31-12-2010	Nº de camas contratadas 31-12-2011	Nº de camas contratadas 31-12-2012	Nº de camas contratadas 31-12-2013	Var. % 2013/2012
Unidades de Convalescença	530	625	682	906	867	860	-0,8%
Unidades de Média Duração e Reabilitação	922	1.253	1.497	1.747	1.820	1.895	4,1%
Unidades de Longa Duração e manutenção	1.325	1.942	2.286	2.752	3.031	3.692	21,8%
Unidades de Cuidados Paliativos	93	118	160	190	193	195	1,0%
TOTAL	**2.870**	**3.938**	**4.625**	**5.595**	**5.911**	**6.642**	**12,4%**

Fonte: Produção própria, dados da UMCCI.

Esse crescimento foi alicerçado em lugares de ULDM, dado que representam 90,4% do total de novas camas que foram criadas em 2013. Esta tipologia representa, atualmente, 55,6% dos lugares de internamento disponíveis. Igualmente, verifica-se uma ligeira redução das lugares em UC a favor de lugares nas outras tipologias, de forma a responder às necessidades nacionais nestas tipologias de cuidados.

A nível regional, as regiões que mais crescem são o Algarve (26,5%), com crescimento de ULDM e UC, seguido de LVT (20,3%) com crescimento de ULDM e UCP. O maior crescimento no Centro foi em ULDM, no Alentejo foi em UMDR e no Norte em ULDM.

Tabela 4: Evolução do número de camas por tipologia e região

Evolução do N.º de Camas de 2012 para 2013						
Tipologia de Internamento	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
Unidades de Convalescença	-5,1%	0,0%	0,0%	0,0%	15,0%	-0,8%
Unidades de Média Duração e Reabilitação	0,0%	1,7%	9,3%	17,0%	0,0%	4,1%
Unidades de Longa Duração e manutenção	15,4%	21,2%	33,1%	8,4%	43,4%	21,8%
Unidades de Cuidados Paliativos	-13,2%	0,0%	13,2%	0,0%	0,0%	1,0%
TOTAL	**6,7%**	**11,0%**	**20,3%**	**8,5%**	**26,5%**	**12,4%**

Fonte: UMCCI. Relatório RNCCI 2013

O número de lugares de internamento em funcionamento por região e tipologia encontra-se na tabela seguinte.

Tabela 5: Número de camas em atividade por região de saúde

Número de Camas por região, em 2013						
Tipologia de Internamento	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
Unidades de Convalescença	297	202	157	135	69	860
Unidades de Média Duração e Reabilitação	552	607	446	186	104	1.895
Unidades de Longa Duração e manutenção	1.114	996	844	424	314	3.692
Unidades de Cuidados Paliativos	46	45	77	17	10	195
TOTAL	**2.009**	**1.850**	**1.524**	**762**	**497**	**6.642**

Fonte: UMCCI. Relatório RNCCI 2013

Analisando agora a evolução do número de ECCI em atividade no final de 2013, constatamos que o mesmo aumentou 10% em relação a 2012, com o maior crescimento a registar-se no Centro com 35%, seguido de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) com 11%, conforme demonstra o quadro seguinte.

Tabela 6: Evolução do número de ECCI entre 2012 1 2013

	Região	31.12.12	31.12.13	variação
ECCI	Norte	84	85	1%
	Centro	40	54	35%
	LVT	54	60	11%
	Alentejo	35	36	3%
	Algarve	30	32	7%
	TOTAL	243	267	10%

Fonte: UMCCI. Relatório RNCCI 2013

O número de lugares totais na RNCCI cresceu globalmente 4,6%, devido ao ajustamento dos lugares de ECCI que se registou por questões de qualidade assistencial e de rentabilização da capacidade instalada nestas Equipas, existindo 13.695 lugares disponíveis (entre internamento e apoio domiciliário) na RNCCI no final de dezembro de 2013, sendo que 52% dos lugares são domiciliários.

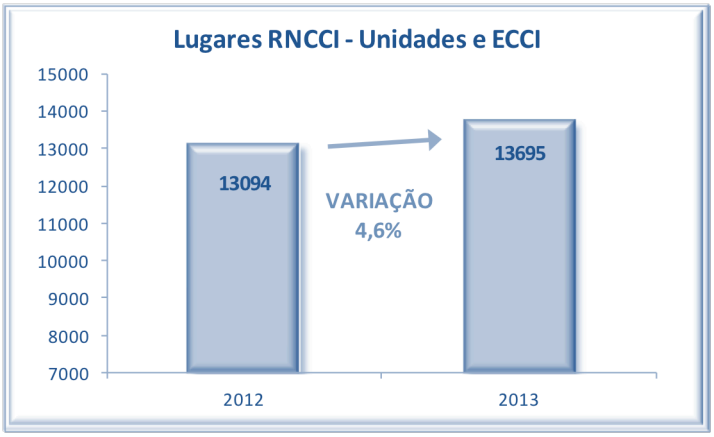


Figura 1: Evolução do lugares totais da RNCCI entre 2012 e 2013

Fonte: UMCCI. Relatório RNCCI 2013

Tendo por base o grupo etário dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos resultante dos censos de 2001[1], o quadro seguinte evidencia que a região do Alentejo apresenta os melhores resultados no indicador número camas/100.000 habitantes, como já acontecia em 2012, seguindo-se a região do Algarve e do Centro. Em lugares domiciliários, o Algarve tem a maior cobertura, como também já acontecia em anos anteriores. Em lugares totais a maior cobertura é no Algarve, seguido do Alentejo.

[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

Tabela 7. Cobertura populacional da RNCCI

COBERTURA POPULACIONAL COM POPULAÇÃO CENSOS 2011 - Dados definitivos I.N.E.							
Região	N.º de habitantes com idade ≥ 65 anos	Nº de Camas	N.º Camas por 100.000 hab. ≥ de 65anos	Nº Lugares ECCI	N.º Lugares ECCI por 100.000 hab. ≥ de 65anos	Nº Lugares TOTAIS	N.º Lugares TOTAIS por 100.000 hab. ≥ de 65anos
Norte	631.439	2.009	318	1.720	272	3.729	591
Centro	393.338	1.850	470	1.313	334	3.163	804
LVT	696.815	1.524	219	2.129	306	3.653	524
Alentejo	128.427	762	593	541	421	1.303	1.015
Algarve	87.769	497	566	1.350	1.538	1.847	2.104
TOTAL	**1.937.788**	**6.642**	**343**	**7.053**	**364**	**13.695**	**707**
		48%		**52%**			

Fonte: UMCCI. Relatório RNCCI 2013

Analisando por tipologias, e mantendo o padrão registado em 2012, verifica-se que a maior cobertura populacional em camas de UC existe na região do Alentejo, enquanto que, em relação a camas de UMDR, é a região Centro que apresenta maior cobertura. O Alentejo volta a ser a região que apresenta maior cobertura em relação a camas de ULDM e de UCP, ao invés, a região de LVT tem a menor cobertura populacional em todas as tipologias de internamento, exceto em UCP.

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 73% do total de acordos celebrados e a contratação de 4.682 lugares, representando 71% da oferta;
- O SNS abrange 9% do total de acordos celebrados, com a contratação de 7,2% da capacidade instalada da RNCCI (477 lugares).
- As entidades privadas com fins lucrativos representam 17% dos acordos com 1.483 lugares de internamento contratados, representando 20,5% da capacidade instalada da RNCCI.

Tabela 8: Acordos celebrados no âmbito da RNCCI e entidades prestadoras

Entidade Prestadora		N.º de acordos celebrados	% total acordos celebrados	N.º de camas contratadas	% camas por acordos celebrados
		31.12.13		31.12.13	
SNS		**28**	**9%**	**477**	**7,2%**
IPSS	SCM	157	53%	3.322	50,0%
	OUTRAS	60	20%	1360	20,5%
TOTAL IPSS		**217**	**73%**	**4.682**	**70,5%**
PRIVADA com fins lucrativos		**51**	**17%**	**1483**	**22,3%**
TOTAL		**296**		**6.642**	

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

Considerando um crescimento nacional de 11% ao nível do número de acordos, as IPSS cresceram 15%, os Privados 4% e os acordos com o SNS decresceram 3%.

4. ARTICULAÇÃO COM O SETOR SOCIAL E CONVENCIONADO

Durante o ano de 2013, foram desenvolvidas várias iniciativas tendentes a promover melhorias ao nível do relacionamento contratual com os prestadores de cuidados de saúde do sector social e convencionado.

De entre estas iniciativas, destaca-se, desde logo, o Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, que veio regular as formas de articulação do Ministério da Saúde e dos estabelecimentos e serviços do SNS com as IPSS.

Neste âmbito, importa destacar que as entidades que integram o sector social desenvolvem, num regime de continuidade e complementaridade com o SNS, atividades e serviços de promoção da saúde, de prestação de cuidados diferenciados e de apoio social a populações carenciadas, numa perspetiva de proximidade à comunidade.

Reconhecidamente, a flexibilidade de respostas e a inserção na comunidade conferem-lhes caraterísticas únicas para a prestação de respostas integradas na área social, incluindo respostas em saúde, pelo que a regulamentação da sua forma de articulação e complementaridade com as entidades do SNS revestia-se de extrema importância.

É de notar que, através do referido diploma legal, veio estabelecer-se a necessidade de elaboração de estudos prévios à celebração de acordos com as IPSS, a efetuar pela ACSS e pelas ARS, que avaliem a economia, eficácia e eficiência do acordo, bem como a sua sustentabilidade financeira.

Como tal, a ACSS desenvolveu o modelo de análise para a respetiva avaliação, dando ainda cumprimento aos Despachos n.º 724/2013 e n.º 2296/2013, respetivamente de 14 de outubro e 1 de fevereiro, e às Recomendações do Tribunal de Contas, no sentido de que a celebração dos acordos com as IPSS seja precedida de um levantamento das necessidades do SNS, da fixação de objetivos assistenciais pretendidos pelo Estado e de uma análise custo-benefício que considere, designadamente, a capacidade instalada do sector público.

Adicionalmente, através do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, que estabeleceu o regime jurídico das convenções que tenham por objeto a realização de prestações de saúde aos utentes do SNS, no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados de saúde, pretendeu-se adequar o regime do setor convencionado à atual realidade de prestação de cuidados, assegurando, simultaneamente, o respeito pelos princípios da equidade, complementaridade e da liberdade de escolha dos utentes, da transparência, da igualdade e da concorrência. O mesmo diploma legal, visa a obtenção dos seguintes objetivos específicos:

- Prontidão, continuidade e qualidade na prestação dos cuidados de saúde;
- Obtenção de ganhos de eficiência na distribuição e afetação dos recursos do SNS, através da adoção de formas de gestão flexíveis e de mecanismos concorrenciais;
- Promoção da qualidade dos serviços prestados através da exigência de licenciamento, quando aplicável, e complementadas, sempre que necessário, pela adoção de critérios adicionais e pela indexação de padrões de qualidade ao financiamento.

Em concreto, o Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, permitiu tornar o modelo de convenções mais flexível do ponto de vista dos procedimentos, privilegiando-se a figura do concurso ao modelo do contrato de adesão, sendo ainda permitida a celebração de convenções que abranjam um conjunto integrado e/ou alargado de serviços.

A implementação deste modelo permite colocar todos os prestadores privados e do sector social, perante regras e mecanismos de aplicação uniformes, que garantem um ambiente de atividade transparente e com adequado funcionamento das regras de mercado.

No final, compete ao utente, em qualquer dos casos, a escolha da entidade convencionada, por entre os vários prestadores concorrentes ou aderentes que reúnam os requisitos para a prestação de serviços convencionados, assegurando-se, assim, a liberdade de escolha.

Em sede de norma transitória, o novo regime jurídico proposto visa, essencialmente, garantir a segurança jurídica das relações até agora estabelecidas, mediante definição do direito aplicável com adaptação das situações. Salvaguardam-se as especificidades de determinadas convenções em termos de prazos de duração.

Assim, acautela-se a vigência de convenções durante o prazo em curso até ao seu termo e ainda as situações em que a caducidade das convenções resulte na inviabilização da prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS, situação em que é emitido despacho casuístico.

Por outro lado, o novo regime salvaguarda as pequenas entidades uma vez que, em cerca de 199 concelhos, aplica-se o procedimento de acordo de adesão.

5. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA A MONITORIZAÇÃO DO ACESSO

A nível nacional, vários sistemas de informação (SI) asseguram a monitorização do acesso a cuidados de saúde em áreas especificas. 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), entre outros.

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), do "*Microsite* de Monitorização do Serviço Nacional de Saúde" ou dos *Dashboard*s da Saúde, por exemplo.

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

O Sistema Integrado de Referenciação 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 referenciação 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.

Em 2013, decorridos mais de cinco anos sobre a publicação da supracitada Portaria, e face à experiência adquirida na utilização do CTH, 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 referenciação 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 referenciação proveniente de entidades privadas, passando estes pedidos de consulta a ser geridos pelo CTH. Desta modo, assegura-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 referenciação 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.

5.2. 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 (substitui 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, a 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 Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC).

Como reconhecido pela OCDE, o SIGIC possibilitou e continua a possibilitar 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, igualmente, destacar que o SIGIC continua em permanente evolução, visando 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.

5.3. 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, que alarga aquele Programa, aprovado pelo Despacho n.º 153/2005, 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.

5.4. 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 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.

5.5. 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.

A PDS constitui-se como o Registo de Saúde Electrónico Português com as funcionalidades próprias de um registo e flexibilidade de uma plataforma de informação e comunicação, permitindo aos profissionais de saúde o acesso à informação clínica relevante dos utentes em qualquer ponto do país e possibilitando também o contacto direto entre utente e o seu médico de família.

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.

A versão final da PDS contempla cinco portais específicos, seguros e contextualizados, nomeadamente:

PDS - 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.

O Portal do Utente está online desde maio 2012, disponibiliza serviços electrónicos, como a marcação consultas do médico de família e pedido de receituário através do eAGENDA, a consulta do registo do utente no eRNU, a consulta da lista de espera para cirurgia através do eSIGLIC e de monitorização e partilha de dados de saúde e, desde maio de 2013, serviços informativos e de educação para a saúde (já com quase 900.000 utentes registados).

De entre os serviços informativos que são disponibilizados, importa destacar os seguintes:

- 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.

Quanto aos serviços electrónicos disponíveis mediante autenticação no portal, os mais relevantes são:

- 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 (assistente 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.

Já em relação aos serviços electrónicos disponíveis mediante autenticação com Cartão de Cidadão no portal, destacamos os seguintes:

- 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).

A evolução registada na disponibilização de serviços neste Portal do Utente ao longo do ano de 2013 foi significativa, destacando-se as seguintes iniciativas:

- Abril 2013 – fase de fusão das aplicações online da saúde (já existentes, como o eRNU e o serviço que possibilita a marcação de consultas de medicina geral e familiar e pedido de receituário crónico, eAgenda) num todo coerente;
- Maio 2013 – Já 6.483 médicos de família tinham aceitado interagir diretamente por email com os utentes da sua lista via PDS-email., correspondendo a mais de um milhão de utentes;
- Maio 2013 – disponibilização do cronograma do utente;
- Junho 2013 - Lançamento do eBoletins da Criança e Jovem, a começar nas crianças nascidas a 1 de junho de 2013 com roll-out nacional progressivo;
- Novembro 2013 – Lançamento do Cartão de Pessoa com Doença Rara, o qual se encontro em fase piloto de implementação em 10 instituições até Março de 2014;
- Ao longo do ano de 2013 - Aumento progressivo das funcionalidades e áreas de informação para a saúde.

Neste momento está a desenvolver-se o Portal do Utente como "*personal health record*" com capacidade de receber dados automáticos de sistemas de monitorização no domicilio, reforço da medicina preventiva, entre outros.

PDS - Portal do Profissional

O Portal do Profissional é uma plataforma centrada no utente que permite o acesso pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) a informação clinica dos utentes. A informação que o utente disponibiliza na PDS - Portal do Utente (PDS-PP) 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 utente.

O acesso a este Portal do Profissional é efetuado através do sistema informático utilizado pelo prestador de serviços de saúde e está disponível em instituições públicas e privadas, disponibilizando acesso a informação constante das bases de dados locais.

O Portal do Profissional, que interliga hospitais e unidades de CSP das regiões de saúde, encontra em fase de expansão, contando, com cerca de 596 instituições de saúde ligadas à PDS-PP. Em Setembro de 2013, as regiões autónomas da Madeira e Açores concluíram as atividades de ligação à PDS.

Este Portal permite a intercomunicação entre os sistemas de informação de cada uma das instituições de saúde do SNS, viabilizando, assim, a agregação e visualização da informação de saúde dos utentes registados, quando e onde for necessário.

A PDS – PP já teve mais de 5 milhões de acessos, tendo sido consultada por 40.506 profissionais de saúde do SNS (23.312 médicos e 17.194 enfermeiros), em 597 instituições do país, permitindo o acesso a informação de 544 instituições de saúde.

O acesso à informação constante do Portal do Profissional é restrito e auditado, sendo que cada vez que um profissional consulta os dados do utente, esse ato fica registado num histórico de acessos. Nesta fase, o Portal do Profissional já permite:

- Consultar o histórico electrónico que esteja disponível nas instituições do SNS por onde o utente tenha sido atendido – incluindo relatórios e algumas imagens de MCDT;
- Consultar o seu histórico de receituário de ambulatório independente do local de prescrição;
- Consultar os dados associados a tratamentos em viaturas do INEM;
- Consultar os tratamentos no âmbito do programa nacional de saúde oral;
- Consultar os dados constantes no Sistema de Informação da rede nacional de cuidados continuados integrados;
- Consultar o algoritmo e dispositivo final das chamadas efetuadas à Linha de Saúde 24;
- Consultar os dados registados pelo próprio utente no portal do utente, como por exemplo: contactos de emergência e/ou alergias, medicação;
- Aceder a todas as Normas de Orientação Clinica da DGS; Preencher formulários da DGS;

- Preencher *checklist* cirúrgica;
- Preencher eBoletim de Saúde Infantil e Juvenil, através do módulo "eCriança";
- Requisitar e consultar o Cartão de Pessoa com Doença Rara.

PDS *LIVE*

Constitui-se como uma área geral para aplicação da telemedicina, que permitirá a teleconferência com utentes e entre entidades do SNS para aqueles que dispões de computador pessoal com webcam para realização de uma teleconsulta, com partilha de imagens e outros documentos.

- Até ao final de Agosto de 2013, foi desenvolvido o protótipo da PDS *Live*:
  - Integrada no PDS - Portal do Profissional
  - Integrada no PDS - Portal do Utente;
- Neste momento estão a decorrer diversos pilotos na região das Beiras. Tivemos resultados muito positivos no piloto entre o Hospital Pêro da Covilhã e Hospital S. Teotónio de Viseu. De seguida vai ser testando numa consulta de dermatologia entre a USF Grão Vasco e o Hospital S. Teotónio de Viseu.
- Esperamos estender os pilotos nos próximos meses para Coimbra, Setúbal e Alentejo.
- A implementação será efetuada gradualmente após a finalização dos pilotos

PDS - Portal Institucional

A PDS - Portal Institucional tem como objetivo disponibilizar um conjunto de estatísticas referentes ao Portal do Profissional. Em concreto, este Portal permite o acesso a dados anónimos pelos hospitais/ACES, de âmbito nacional, sobre as doenças e outras informações de saúde, bem como dados sobre uso do sistema para auditoria e monitorização. Disponibiliza, já hoje, à Direção Geral da Saúde (DGS) e a 10 instituições de saúde acesso a dados anónimos, entre outros, sobre:

- ✓ Cirurgia Segura Salva Vidas
- ✓ Registo anónimo de Mutilações genitais femininas
- ✓ Cartão de Pessoa com Doença Rara

O acesso é efetuado através da RIS – Rede Informática da Saúde, mediante nome de utilizador e senha.

As principais funcionalidades da PDS - Portal Institucional passam pela 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.

Os principias desenvolvimentos ocorridos neste Portal foram:

- Jan a Jun 2012 - Reorganização da participação nacional, em termos de beneficiários e piloto, fruto da reorganização dos serviços no Ministério da Saúde, nomeadamente, passagem do departamento STI da ACSS para a SPMS, extinção da CNRSE e criação da CIC, piloto regional e nacional;
- Maio 2012 – Testes de IHE em PTA Berna;
- Junho 2012 - Início da participação na comunidade *open source* do OpenNCP para desenvolvimento de um conjunto de componentes de código aberto que qualquer país pode utilizar e modificar por forma a implementar o seu NCP no contexto do epSOS ou reutilizar para outras finalidades no contexto nacional;
- 2012 - Desenvolvimento de um conjunto de atividades de âmbito legal, técnico, semântica, segurança e organizacional com vista à operacionalização do piloto em 2013;
- Novembro 2012 - Disponibilização da v.1.0 do OpenNCP;
- Dezembro 2012 a março 2013- Testes prévios à entrada em produção (PPT-slot), tendo Portugal passado com sucesso;
- Maio 2013 - Portugal autorizado a entrar em produção;

- Maio 2013 - Disponibilização do piloto do projeto epSOS - partilha de um sumário de dados de saúde com UE, mediante autorização expressa do utente. Atualmente, na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (país A e B), Hospital de Faro (país B) e Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca (país B) .

Estão em desenvolvimento novas possibilidades para integração na PDS - Portal Internacional, de entre as quais se destacam:

- Disponibilização da informação de utentes nacionais a profissionais de saúde no estrangeiro (país A) ao ritmo do *roll-out* do Resumo Clínico Único do Utente (RCU2), a começar em junho de 2013 pela ARS Norte e seguindo-se restantes;
- Partilha de dados do RCU2 - com França, Espanha, Áustria, entre outros países da UE;
- Disponibilização do acesso do utente ao seu Resumo Clínico (PAC - *Patient Access to Patient Summary*);
- Disponibilização do relatório dos cuidados de saúde prestados (*HCER – Healthcare Encounter Report*).

A criação e desenvolvimento da PDS parte da assunção de que a partilha de informação entre organizações prestadoras de cuidados de saúde se traduz em benefícios a vários níveis, de entre os quais se destacam, a segurança para o utente, o apoio à boa prática clínica, a poupança de custos e a maximização de recursos. A recolha de dados epidemiológicos, de forma segura, controlada e passível de auditoria, substituindo progressivamente a miríade de sistemas, papéis e formulários online, é de indiscutível interesse público.

De igual forma, a partilha aprofundada de informação de saúde para e sobre o doente é de interesse individual para o cidadão. Portugal está cada vez mais interligado com o que se passa na Europa e no âmbito da diretiva de cuidados transfronteiriços prevê-se o acesso a cuidados de saúde pelos portugueses além fronteiras, o que significa novas e distintas necessidades de partilha da sua informação de saúde.

No que diz respeito à segurança para o utente, esse benefício traduz-se no facto de que os profissionais de saúde terão acesso a toda a informação disponível sobre o utente, independentemente do local de registo da mesma. Essa situação traduz-se, igualmente, no apoio à boa prática clínica, pois o contexto dessa prática ficará alicerçado num mais amplo e fidedigno conjunto de informação, dado que agrega toda o conhecimento registado sobre o utente, em cada uma das organizações isoladamente.

Em termos de custos, é expectável uma redução dos encargos com a realização de meios complementares de diagnóstico, essencialmente por desconhecimento/acesso a resultados anteriores, permitindo-se igualmente a maximização dos recursos disponíveis.

A informação epidemiológica em Portugal tem sido, tradicionalmente, baseada na recolha e constituição de bases de dados anonimizadas, o que constitui uma prática adequada, desde que se evitem as duplicações de registo. Neste contexto, o uso de uma Plataforma representa um avanço, impedindo o duplo registo, ao mesmo tempo que só mostra os dados identificados no contexto da prestação, disponibilizando uma tabela completamente anónima (incluso sem número identificador) de extração de dados à DGS e criando *logs* dos dados exatos apresentados em cada *query*/pesquisa.

A figura seguinte tenta representar esta visão holística que suporta o desenvolvimento da PDS.

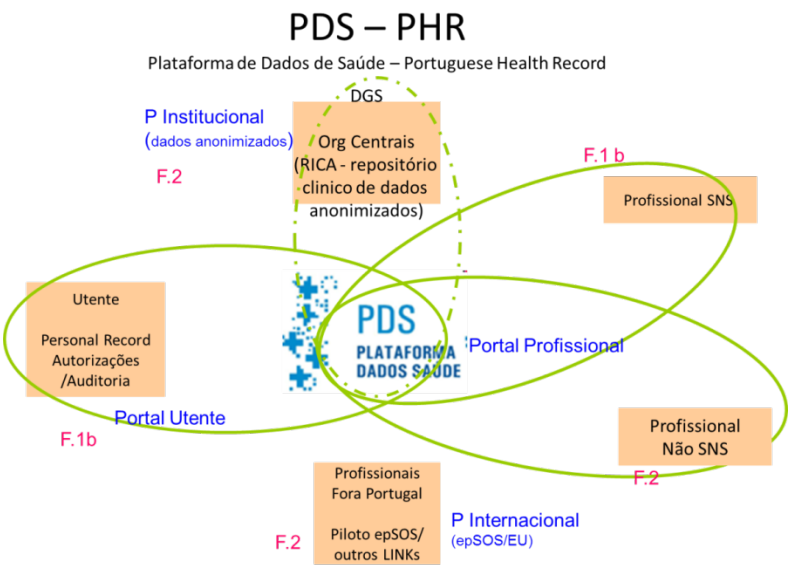


Figura 2. Diagrama ilustrativo da Plataforma de dados de saúde.

Fonte: SPMS

6. *MICROSITE* DE MONITORIZAÇÃO DO SNS E *DASHBOARDS* DA SAÚDE

O ano de 2013 foi marcado pelo desenvolvimento do *microsite* de «Monitorização do Serviço Nacional de Saúde», alojado no sítio institucional da ACSS (www.acss.min-saude.pt), o qual que permite a divulgação de informação sobre as diferentes dimensões de análise do Sistema de Saúde (acesso, eficiência, efetividade, produção e satisfação) a públicos-alvo diversos, entre outros, cidadãos em geral, utentes do SNS, profissionais de saúde, decisores políticos e académicos.

Este *microsite* representa mais um reforço ao nível dos mecanismos de acompanhamento das instituições que têm vindo a ser implementados nos últimos anos, para além de que permite continuar a alargar o número e a abrangência dos indicadores de *benchmarking* hospitalar, que começaram a ser publicitados trimestralmente desde o início do ano de 2013, e a transformar em *dashboards* mensais os mapas de monitorização mensal que começaram a ser disponibilizados desde setembro de 2011.

A disponibilização deste tipo de informação tem como objetivo fundamental melhorar o acesso e a qualidade do serviço prestado aos utentes e, simultaneamente, identificar aspetos particularmente relevantes em termos de melhoria do desempenho económico-financeiro das instituições. Torna-se fundamental a disponibilização de informação que permita comparar instituições, de forma a explicar diferenças de desempenho económico-financeiro, avaliar o potencial de melhoria de cada hospital nas principais áreas de atuação, e identificar alavancas operacionais de gestão corrente e "melhores práticas", e programas transversais que permitam capturar o potencial de melhoria identificado, o que contribuirá para a flexibilização do sistema de saúde, possibilitando, ainda, a prazo uma liberdade de escolha informada do doente entre diferentes prestadores públicos.

Este *microsite* permite, assim, colocar maior ênfase na qualidade do reporte mensal de dados por parte das instituições do SNS, constituindo ainda uma ferramenta essencial na gestão de cada instituição e da rede de prestação de cuidados de saúde como um todo, uma vez que permite observar tendências longitudinais mensais e um acompanhamento mais tempestivo e equiparável entre instituições.

O *microsite* de «Monitorização do Serviço Nacional de Saúde» continuará a alargar a sua área de abrangência, estando em preparação a criação de uma área de "acesso reservado aos hospitais" que permitirá obter informações mais detalhadas, nomeadamente os indicadores que são habitualmente acompanhados nos países da OCDE (sobre mortalidade, saúde mental, segurança do doente, entre outros) ou outros indicadores validados. Está ainda prevista outra área para que seja possível efetuar um *benchmarking* de ACES, bem como uma área especifica para publicitação de indicadores dos programas de acesso (i.e. SIGIC, CTH).

Para além deste *microsite*, encontram-se também disponíveis os «*Dashboar*d da Saúde», produzidos pela DGS e disponíveis no seu sítio institucional (www.dgs.min-saude). Os «*Dashboard* da Saúde» constituem-se como uma ferramenta de monitorização mensal do estado de saúde da população portuguesa, cumprindo assim o objetivo de disponibilizar dados concretos e reais sobre o estado de saúde da população, de forma inteiramente transparente. A sua implementação começou com um conjunto restrito de sete indicadores de saúde, os quais serão progressivamente alargados e desagregados por região de saúde. A informação constante desta ferramenta web é atualizada regularmente, possibilitando assim uma atualização periódica dos indicadores que estão a ser utilizados para monitorizar o estado de saúde dos portugueses.

7. PRESCRIÇÃO ELETRÓNICA DE MEDICAMENTOS E DE MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA (MCDT)

A prescrição electrónica de medicamentos é o procedimento de emissão de receitas médicas através de aplicações informáticas certificadas pela ACSS, ou da sua responsabilidade, e encontra-se regulada na Portaria nº198/2011, de 18 de Maio.

Para suportar a prescrição electrónica de medicamentos, cuidados respiratórios domiciliários e de meios complementares de diagnóstico foi desenvolvida pela SPMS uma aplicação informática denominada PEM - Prescrição Eletrónica Médica. Esta ferramenta, disponível tanto nas instituições de cuidados de saúde primários como em ambiente hospitalar, possibilita o envio de dados para o sistema central, bem como:

- Uma nova abordagem à prescrição de medicamentos: por denominação comum internacional (DCI), por via electrónica e sustentada por normas de orientação clínica;
- A Prescrição de medicamentos sujeitos a receita médica, incluindo medicamentos de autocontrolo da Diabetes Mellitus, medicamentos alergénios, manipulados, dietéticos, medicamentos que contêm estupefacientes ou substâncias psicotrópicas e outros produtos, podendo no entanto ser utilizado para todos os medicamentos não comparticipados ou de preço livre;
- A desmaterialização total da receita permitindo a dispensa da mesma em farmácia de oficina em formato *paper free*;
- Acesso às normas de orientação clínica (NOC);
- Utilização de autenticação forte para o acesso;
- Obrigatoriedade da prescrição electrónica de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) e definição de modelo de prescrição tipo.

Em termos de resultados alcançados, salienta-se que:

- Foram já atingidas as metas de 99% de prescrição electrónica no SNS e de 80% no setor privado para receituário e 100% para MCDT de ambulatório;
- Foi reforçado o controlo do uso de medicamentos e MCDT intra-hospitalares, de forma a promover uso racional e adequado identificando situações de fraude ou abuso;
- Está em preparação uma nova aplicação de prescrição medica e a desmaterialização completa da receita médica.

8. DIRETIVA EUROPEIA DE CUIDADOS TRANSFRONTEIRIÇOS E ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE

A Diretiva relativa ao Exercício dos Direitos dos Doentes em Matéria de Cuidados de Saúde Transfronteiriços - Diretiva 2011/24/UE, de 9 de março de 2011 – veio estabelecer as regras para facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade na União, assegurando a mobilidade dos doentes e a cooperação entre os diferentes Estados Membros (EM), abrangendo as situações em que o doente recebe cuidados de saúde num EM diferente do EM de afiliação, bem como as situações de prescrição, de dispensa e de fornecimento de medicamentos e de dispositivos médicos, caso estes sejam fornecidos no âmbito de um serviço de saúde.

Para além da clarificação dos direitos dos doentes, a Diretiva visa ainda estabelecer as condições em que os custos com a prestação de cuidados de saúde noutros EM podem ser reembolsados, tendo em conta a jurisprudência do Tribunal de Justiça Europeu.

Mais concretamente, a Diretiva prevê, entre outros:

- O estabelecimento de regras para facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade e a cooperação entre os EM, no pleno respeito das competências nacionais em matéria de organização e prestação de cuidados de saúde. A diretiva visa igualmente clarificar a articulação com o quadro de coordenação dos regimes de segurança social já existente, com vista à aplicação dos direitos dos doentes;
- A exclusão do seu âmbito de aplicação no domínio dos cuidados continuados integrados, dádiva ou colheita de órgãos, após a morte, respetiva alocação e acesso aos mesmos para fins terapêuticos ou de transplante e do âmbito do Plano Nacional e Regional de Vacinação;
- A não alteração das disposições legislativas e regulamentares dos Estados Membros, no que diz respeito à organização e ao financiamento dos cuidados de saúde em situações não relacionadas com os cuidados de saúde transfronteiriços;
- A divulgação de informações relativamente aos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, incluindo as condições para o reembolso dos custos e de aplicabilidade dos regulamentos da União Europeia em matéria de coordenação dos sistemas de segurança social
- A prestação de cuidados de saúde transfronteiriços, de acordo com a legislação do EM de tratamento e das normas e orientações em matéria de qualidade e segurança estabelecidas pelo EM de tratamento, nos termos da legislação da União relativa às normas de segurança;
- O reembolso dos custos até ao nível de reembolso aplicável nos sistemas de saúde nacionais para tratamentos iguais ou similares, sempre que os utentes tenham direito a esses tratamentos no seu país de afiliação;
- A possibilidade de adoção de um sistema de autorização prévia para reembolso de custos com determinados cuidados;

– O reforço da cooperação entre os EM no âmbito da prestação de cuidados de saúde no campo da saúde electrónica, do desenvolvimento de Redes Europeias de Referência que reúnam voluntariamente prestadores e centros especializados pertencentes a diferentes EM e a partilha de informação científica entre os EM, a partir de uma rede europeia de adesão voluntária, que interliga os organismos e as autoridades nacionais responsáveis pela avaliação de tecnologias de saúde.

Neste contexto, o beneficiário do SNS poderá recorrer à prestação de cuidados de saúde fora do território nacional, sendo reembolsado pelos custos incorridos até ao limite que teria sido assumido pelo Estado Português enquanto responsabilidade financeira do SNS, nos termos da tabela de preços em vigor e do regime geral das comparticipações no preço dos medicamentos.

Por outro lado, o cidadão nacional de outro EM pode recorrer a cuidados de saúde prestados em Portugal, sendo que a prestação de cuidados de saúde transfronteiriços não deve prejudicar a prestação de cuidados de saúde aos cidadãos residentes em território nacional.

De acordo com o projeto de Lei que estabelece normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, transpondo a Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, e a Diretiva de Execução n.º 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012, estão sujeitos a autorização prévia os cuidados de saúde transfronteiriços cirúrgicos que exijam o internamento durante pelo menos uma noite, assim como, os cuidados de saúde transfronteiriços que exijam recursos a infraestruturas ou equipamentos médicos altamente onerosos e de elevada especialização. Está ainda sujeito a autorização prévia, o reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços que envolvam tratamentos que apresentem um risco especial para o doente ou para a população ou o reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços que sejam prestados por um prestador de cuidados de saúde que, por decisão casuística da entidade competente para apreciação do pedido de autorização prévia, possa suscitar preocupações sérias e específicas quanto à qualidade ou à segurança dos cuidados.

O procedimento para pedido de autorização prévia terá em consideração os TMRG para a realização de consulta nos cuidados de saúde primários e hospitalares. A informação referente ao deferimento/indeferimento do pedido de autorização prévia prestada pelo médico de especialidade deverá considerar a capacidade de resposta do SNS para a prestação dos cuidados, considerando a condição clínica do doente e os TMRG.

Está ainda previsto a preparação dos Sistema de Informação para a disponibilização do RCU2 - Resumo Clinico único do utente português fora das fronteiras do país, para melhor proteger a sua saúde, caso o cidadão necessite de informar os profissionais de saúde de outros países. Numa primeira fase, será implementado através do projeto-piloto epSOS, na ARS Norte e subsequentemente para o resto do país.

Quanto ao reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços, e sem prejuízo do referido quanto à autorização prévia, os beneficiários têm direito ao reembolso das despesas diretamente relacionadas com os cuidados de saúde transfronteiriços prestados noutro EM, desde que os cuidados em questão sejam tidos como cuidados de saúde que caberia ao Estado Português garantir através do SNS ou dos Serviços Regionais de Saúde e o

Estado Português seja considerado EM de afiliação. Como se deixou referido, as prestações de saúde elegíveis para reembolso são as previstas na tabela de preços do SNS, bem como nos regimes jurídicos das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos.

Por outro lado, o direito ao reembolso das despesas que não se encontrem sujeitas a autorização prévia pressupõe a existência de uma avaliação prévia por um médico de medicina geral e familiar do SNS, que determine a necessidade dos cuidados de saúde.

Importa salientar que os cuidados de saúde transfronteiriços devem ser adequados ao estado de saúde do beneficiário e de eficácia comprovada cientificamente, reconhecida pela melhor evidência internacional, não sendo conferido direito ao reembolso sempre que os cuidados de saúde transfronteiriços sejam realizados por prestadores que não se encontrem legalmente reconhecidos no EM de tratamento ou que não cumpram as respetivas normas e orientações em matéria de qualidade dos cuidados de saúde e segurança do doente estabelecidas pelo mesmo Estado.

Por último, refira-se que será designado um ponto de contacto nacional (PCN) a quem competirá assegurar que a informação respeitante aos cuidados de saúde transfronteiriços, aos cuidados prestados em território nacional e aos prestadores estabelecidos em território nacional está facilmente acessível, é divulgada por meios electrónicos, e é adequada a pessoas com necessidades especiais. O PCN deve ainda prestar informações, quando solicitadas pelo doente, sobre, por exemplo, as normas clínicas em vigor no sistema de saúde, aplicáveis a todos os profissionais de saúde que exercem a sua atividade profissional, a legislação em vigor em matéria de licenciamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde, o direito de um prestador específico exercer legalmente determinada atividade ou sobre eventuais restrições à sua prática, no território nacional, os direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, incluindo as condições para o reembolso dos custos e as condições de aplicabilidade dos regulamentos da União Europeia em matéria de coordenação dos sistemas de segurança social, e os dados dos pontos de contacto nacionais dos outros Estados-membros.

O PCN opera em estreita articulação com as restantes entidades com atribuições no domínio dos cuidados de saúde a nível nacional e da União Europeia e consultam, quando necessário, as organizações de doentes e os prestadores de cuidados de saúde.

SEGUNDA PARTE

ÁREAS ESPECÍFICAS DO ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE

9. PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO

O Programa Nacional de Vacinação (PNV) é um programa universal gratuito e acessível a toda a população residente em Portugal. Tem por objetivo proteger os indivíduos e a população em geral contra as doenças com maior potencial para constituírem ameaças à saúde pública e individual e para as quais há proteção eficaz por vacinação. A nível individual pretende-se que a pessoa vacinada fique imune à doença ou, nos casos em que isso não é possível, tenha uma forma mais ligeira da doença quando contactar com o agente infecioso que a causa. A nível da população pretende-se eliminar, controlar ou minimizar o impacto da doença na comunidade, sendo necessário que a percentagem de pessoas vacinadas na população seja a mais elevada possível.

As vacinas atuam sobre o sistema imunitário para estimularem a produção de anticorpos contra um determinado agente infecioso, evitando que a pessoa vacinada venha a ter essa doença quando entra em contacto com aquele microrganismo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta 7 razões que justificam a importância da vacinação:

- As vacinas salvam vidas
- A vacinação é um direito básico de todos os cidadãos
- Os surtos de doenças evitáveis pela vacinação são ainda uma séria ameaça para todos
- As doenças podem ser controladas e eliminadas
- A vacinação é custo-efetiva
- As crianças dependem do sistema de saúde dos respetivos países para terem acesso à vacinação gratuita e segura
- Todas as crianças devem ser vacinadas

Nesta sequência, as vacinas que integram o PNV são as vacinas consideradas de 1ª linha, isto é, comprovadamente eficazes e seguras e de cuja aplicação se obtêm os maiores ganhos em saúde. O PNV é regularmente revisto e atualizado pela DGS, após proposta de uma Comissão Técnica de Vacinação (CTV) em função das vacinas disponíveis, da frequência e distribuição dessas doenças no nosso país, e da evolução social e dos serviços de saúde.

Em 1965, ano da implementação do PNV, este conferia proteção contra 6 doenças, enquanto o PNV em vigor (PNV 2012) confere proteção contra 12 doenças. Algumas das vacinas não incluídas no PNV, embora confiram proteção a quem as toma, não demonstraram, até à data, proporcionar tantos ganhos na saúde da população como as do PNV.

A avaliação do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) realiza-se com uma periodicidade anual, sendo fundamental para verificar se as metas propostas para a vacinação estão a ser cumpridas. Esta avaliação consiste na determinação das taxas de cobertura vacinal em idades chave. Assim, a 31 de dezembro de 2013 o PNV foi alvo das seguintes avaliações:

- PNV esquema recomendado: percentagem de utentes das coortes de 1999, 2006, 2011, 2012 e 2013, vacinada de acordo com o esquema vacinal recomendado, ou seja, com as vacinas administradas nas idades recomendadas;
- PNV cumprido: percentagem de utentes das coortes de 1948, 1999, 2006, 2011 e 2012, vacinada de acordo com o esquema recomendado ou com os esquemas cronológicos de recurso (em atraso e tardio);
- Vacinação contra o sarampo, papeira e rubéola (VASPR): percentagem de utentes das coorte de 1995 a 2006 que cumpriram o esquema vacinal recomendado (2 doses);
- Vacinação atempada (idade recomendada): percentagem de utentes das coortes de 2011 e 2013, que foi vacinada até 1 mês após a data recomendada com a VHB 2 e com a DTPaHibVIP 1 e a VASPR 1, respetivamente.

Avaliação do PNV - Esquema recomendado

No gráfico seguinte, apresenta-se a percentagem de utentes, em cada coorte, que cumpriram o número de doses recomendadas para a idade para cada vacina.

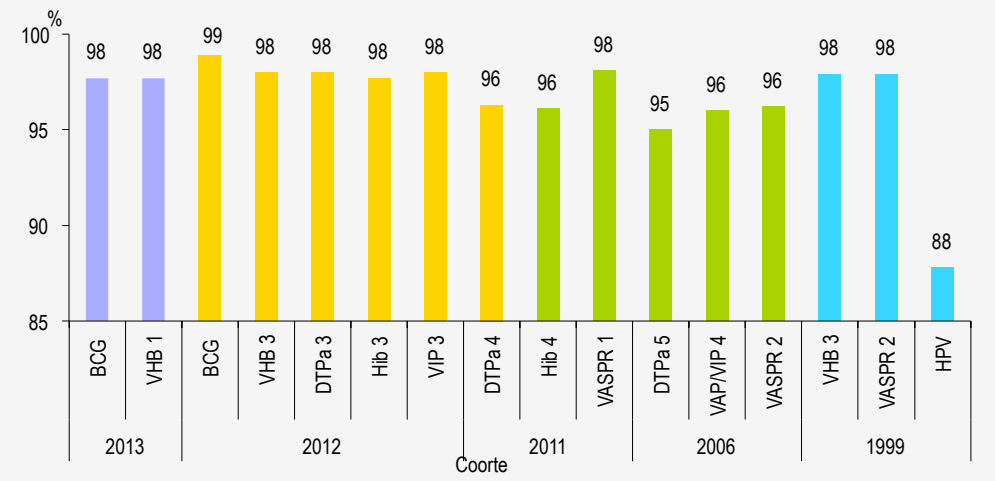


Figura 3. Avaliação da cobertura vacinal do PNV por coorte, vacina e dose, no continente

Fonte: Direção-Geral da Saúde/DSPDPS

Legenda:
BCG – vacina contra a tuberculose
VHB – vacina contra a hepatite B
DTPa – vacina contra a difteria, o tétano e a tosse convulsa
Hib – vacina contra a doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do serotipo b
VIP – vacina contra a poliomielite
VASPR – vacina contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola
HPV – vacina contra infeções por vírus do papiloma humano

Verifica-se que uma elevada percentagem de crianças está a ser vacinada à nascença e até aos 2 anos de vida (96-99%). A meta dos 95% foi atingida para todas as doses, de todas as vacinas, em todas as idades em avaliação, com exceção da vacina contra infeções por vírus do papiloma humano (HPV), para a qual a meta de 85% de jovens vacinadas com 3 doses foi ultrapassada.

Avaliação PNV - Esquema cumprido

No gráfico seguinte representa-se a percentagem de utentes, em cada coorte, que cumpriram, para cada vacina, o esquema vacinal recomendado ou os esquemas cronológicos de recurso.

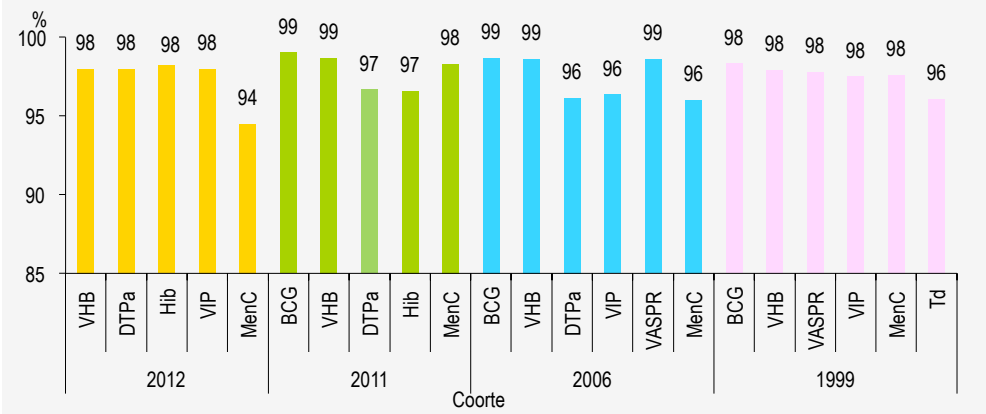


Figura 4. Avaliação da cobertura do PNV por coorte e vacina, sobre a coorte de 2012, 2012, 2006 e 1999, no Continente.

Fonte: Direção-Geral da Saúde/DSPDPS

Legenda:
Ver gráfico anterior
MenC – vacina contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do serogrupo C

Observa-se que, pelo menos, 96% dos utentes cumprem para cada vacina os esquemas recomendados, em atraso ou tardio, com exceção para a vacina MenC na coorte de 2012, porque se trata de uma avaliação precoce. A coorte de 2011 já apresenta 98% de cobertura para esta vacina.

Em 2013 a coorte que completou 65 anos apresenta uma cobertura de 74%. Nos últimos 5 anos de avaliação (2009-2013) verifica-se uma evolução, mantida, muito favorável na cobertura vacinal com a vacina Td da coorte que completou 65 anos. Em 2009 a cobertura vacinal para aquela coorte era de 56%.

Vacinação com a vacina contra o sarampo, papeira e rubéola (VASPR)

No gráfico seguinte está representada a avaliação anual do Programa Nacional de Eliminação do Sarampo (PNES) efetuada às crianças das coortes de 1995 a 2006, vacinadas com 2 doses da vacina VASPR.

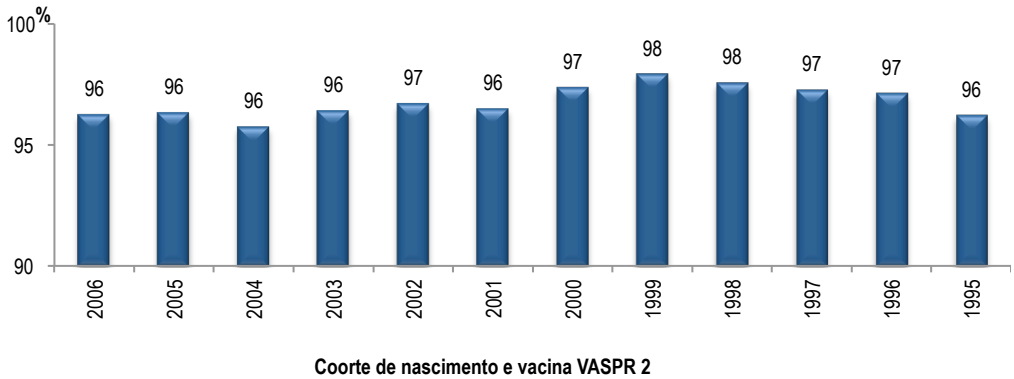


Figura 5. Avaliação da cobertura da vacina VASPR (2 doses por coorte), no Continente

Fonte: Direção-Geral da Saúde/DSPDPS

Legenda: VASPR – vacina contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola

Todas as coortes avaliadas atingiram taxas de cobertura vacinal superiores a 95% para 2 doses da vacina VASPR.

Vacinação atempada – Idade recomendada

No gráfico seguinte ilustra-se a percentagem de crianças das coortes de 2011 e 2013, que foi vacinada até 1 mês após a data recomendada: cobertura vacinal dos nascidos em 2011 (até 30.09.2013), que foi vacinada até aos 3 meses de idade vacinas (VHB 2 e DTPaHibVIP 1) e a dos nascidos em 2011, que foi vacinada até aos 13 meses de idade (VASPR 1).

O objetivo desta avaliação é conhecer a proporção de vacinados nas idades recomendadas e assim avaliar a proporção de suscetíveis às doenças por "atraso" da vacinação. Aos 3 meses 96% das crianças fizeram as vacinas recomendadas mas aos 13 meses de idade, 20% das crianças ainda não está protegida contra o sarampo.

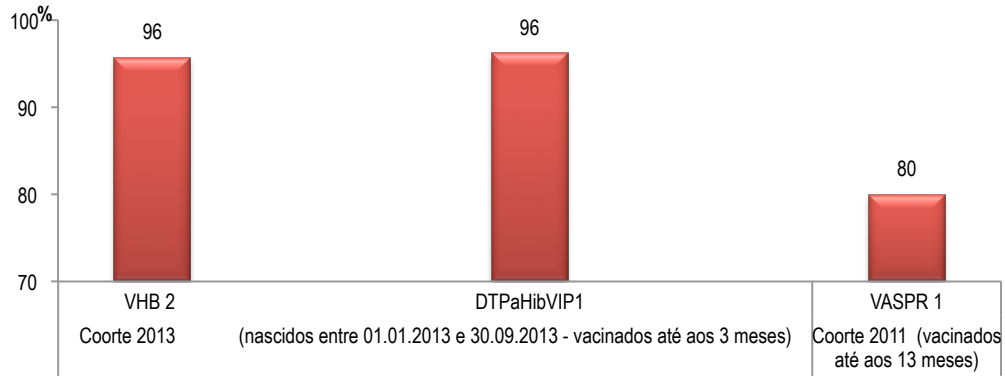


Figura 6. Avaliação da vacinação atempada aos 2 meses e 12 meses das vacinas VHB, DTPa HibVIP e VASPR, no Continente

Fonte: Direção-Geral da Saúde

Legenda:
VHB – vacina contra a hepatite B
DTPaHibVIP – vacina contra a difteria, o tétano, a tosse convulsa, a doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do serótipo b e a poliomielite
VASPR – vacina contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola

A vacinação contra o vírus do papiloma humano (HPV) em Portugal

De acordo com a informação prestada pela DGS, as vacinas contra infeções por vírus do papiloma humano (HPV) foram comercializadas em Portugal, em 2006 e 2007. A vacina bivalente inclui os genótipos 16 e 18; a tetravalente inclui, para além destes, os genótipos 6 e 11.

Estas vacinas estão indicadas para a prevenção de lesões pré-malignas do colo do útero, da vulva e da vagina e de cancro do colo do útero. A vacina tetravalente está ainda indicada para a prevenção de verrugas genitais/condilomas.

Em outubro de 2008, a vacina tetravalente foi introduzida no PNV para jovens com 13 anos de idade, nascidas a partir de 1995. De 2009 a 2011 decorreu uma campanha de vacinação das raparigas com 17 anos de idade (nascidas entre 1992 e 1994).

O HPV é responsável por uma das infeções de transmissão sexual mais comuns a nível mundial. Dos 100 genótipos de HPV estudados até hoje, cerca de 40 infetam, preferencialmente, o trato anogenital: vulva, vagina, colo do útero, pénis e áreas perianais. De acordo com o seu potencial oncogénico, os vírus HPV podem ser classificados como vírus de "baixo risco" ou de "alto risco". Os genótipos 16 e 18 são responsáveis por 70% a 75% dos casos de cancro do colo do útero, estando também associados a alguns casos de cancro vulvar, vaginal, peniano e anal.

O cancro do colo do útero, o segundo mais frequente na mulher a seguir ao cancro da mama, é a doença mais relevante associada à infeção por HPV (quase 100% dos casos). Os genótipos de HPV de baixo risco estão associados ao desenvolvimento de verrugas genitais/condilomas. Em 90% destas situações são identificados os genótipos 6 e 11, não existindo diferenças entre sexos. Estes genótipos estão também associados a 80 a 90% dos casos de papilomatose respiratória recorrente, doença muito rara, mas geralmente grave.

A vacinação contra HPV é avaliada, no âmbito da avaliação anual do PNV, pela percentagem de jovens vacinadas com 1, 2 e 3 doses nas coortes de nascimento alvo de vacinação de rotina (PNV) e da campanha. O gráfico seguinte apresenta as coberturas vacinais em 31 de dezembro de 2013 nas coortes vacinadas contra HPV, desde o ano de 2008 (nascidas entre 1995 e 2000).

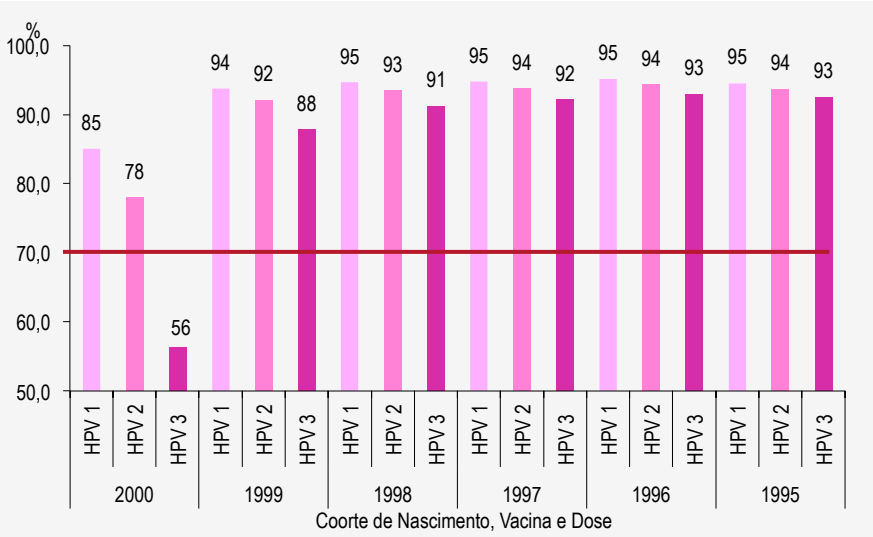


Figura 7. Avaliação da cobertura da vacina HPV por coorte e número de dose, no Continente

Fonte: ARS e DGS/DSPDPS
Legenda: HPV – vacina contra infeções por vírus do Papiloma humano

As coberturas vacinais para 3 doses da vacina variaram entre 88% e 93% nas coortes de nascidas entre 1995 e 1999. A meta de 85% para as 3 doses foi atingida em todas as coortes, exceto na que iniciou a vacinação em

2013 já que cerca de metade destas jovens (nascidas a partir de 1 de julho de 2000) não teve tempo para terminar o esquema recomendado, sendo que 85% destas jovens já fizeram a 1ª dose.

Na figura seguinte apresentam-se as coberturas vacinais por Administração Regional de Saúde (ARS) na coorte de jovens nascidas em 1995.

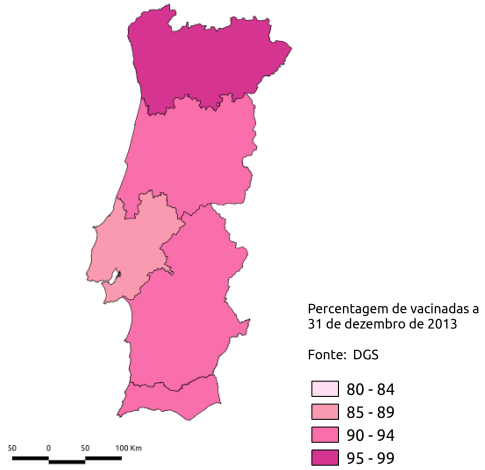


Figura 8. Avaliação da cobertura vacinal para a 3ª dose da vacina HPV em jovens nascidas em 1995, por região de saúde

Fonte: ARS e DGS/DSPDPS

Apesar de algumas diferenças regionais, todas as ARS apresentam valores superiores a 85% de cobertura para 3 doses da vacina na primeira coorte de jovens vacinadas por rotina (1995). (figura 1).

O gráfico seguinte apresenta as coberturas vacinais para HPV nas coortes vacinadas no âmbito da Campanha (anos de 2009 a 2011) (jovens nascidas em 1992, 1993 e 1994).

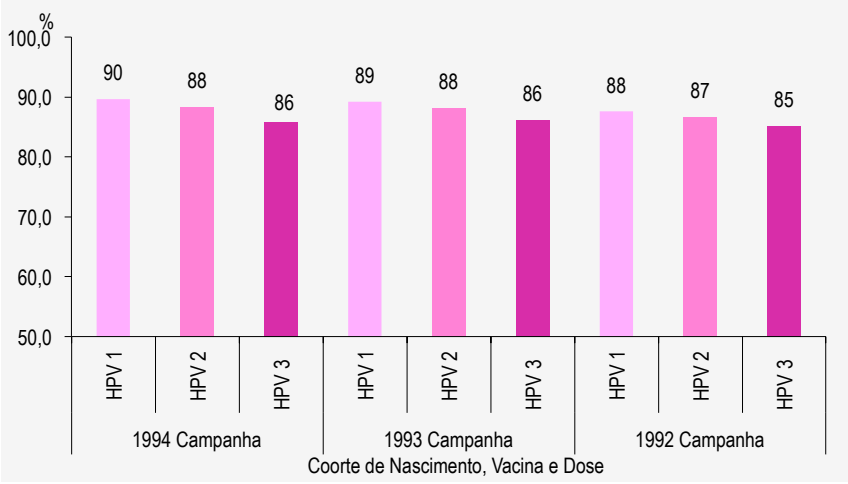


Figura 9. Avaliação da cobertura vacinal da vacina HPV por coorte e número de doses, no âmbito da Campanha (2009 a 2011), no Continente

Fonte: ARS e DGS/DSPDPS
Legenda: igual à da figura anterior.

A meta de 85% de jovens vacinadas com 3 doses da vacina HPV foi atingida em todas as coortes vacinadas em campanha apesar de se tratar de jovens mais velhas (≥17 anos de idade), geralmente com menor adesão à vacinação.

Na figura seguinte apresentam-se as coberturas vacinais por Administração Regional de Saúde (ARS) na coorte de jovens nascidas em 1992.

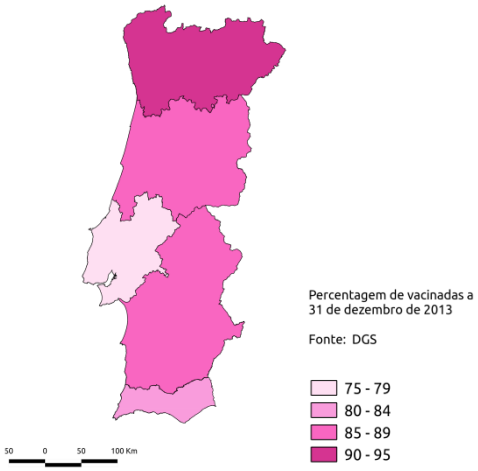


Figura 10. Avaliação da cobertura vacinal para a 3ª dose da vacina HPV em jovens nascidas em 1992, por região de saúde

Fonte: ARS e DGS/DSPDPS

Apesar de algumas diferenças regionais, todas as ARS apresentam valores superiores a 75% de cobertura para 3 doses da vacina na primeira coorte de jovens vacinadas em campanha (1992).

Vacinação contra HPV noutros países

Na Europa, os programas de vacinação contra HPV são semelhantes, com pequenas variações nas idades alvo da vacinação. As coberturas vacinais são, em geral, inferiores às alcançadas em Portugal.

Dados do Reino Unido (avaliação de 2012-13) indicam coberturas para 3 doses da vacina HPV de 86% para as jovens vacinadas aos 12-13 anos de idade. Num rastreio realizado em 2010-12 verificou-se uma redução, da prevalência de infeções pelos genótipos de HPV 16/18 em jovens mulheres com 16 a 18 anos de idade, em relação a 2008. Na Holanda, a avaliação de 2013 indica uma cobertura de 58% em jovens nascidas em 1998. Na Dinamarca, as coberturas para 3 doses da vacina, em 2012, eram de 81%, quer nas jovens nascidas em 1996 (vacinação de rotina), quer nas jovens nascidas em 1993-95 (campanha).

Em 2012, nos Estados Unidos da América, a cobertura vacinal para pelo menos uma dose da vacina contra o HPV foi cerca de 54%, mantendo esse valor desde 2011. Apesar destes valores, verificou-se uma redução de mais de 50% nas infeções por HPV nas jovens vacinadas.

Na Austrália, as taxas de cobertura para 3 doses, em 2011, aos 12-17 anos de idade, eram de 70%, embora com variações regionais (60-75%) e há já diversos estudos que demonstram uma grande diminuição das verrugas genitais na população vacinada com a vacina tetravalente.

Mortalidade por CCU em Portugal

Os dados sobre a mortalidade (nº de óbitos) por "tumor maligno do colo do útero" por idade, nos anos 2000 a 2012, foram fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2013.

No gráfico seguinte apresenta-se o número e a taxa padronizada para a idade por tumor maligno do colo do útero (CCU), nos anos 2000 a 2012.

Figura 11. Número de óbitos e taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno do colo do útero, em 2000-2012, Portugal

Fonte: INE, IP, 2013

Ocorrem cerca de 200 óbitos por CCU por ano, (cerca de 3/100.000 mulheres) (gráfico 3). Sabe-se, no entanto, que ocorrem mais óbitos por CCU anualmente, que são registados com outra classificação, como por exemplo "tumor maligno do útero, porção não especificada", os quais não estão contabilizados neste gráfico.

No gráfico 4 apresenta-se a taxa de mortalidade por CCU por grupo etário nos últimos 5 anos disponíveis (2008-2012) e nos 5 anos anteriores (2003-2007).

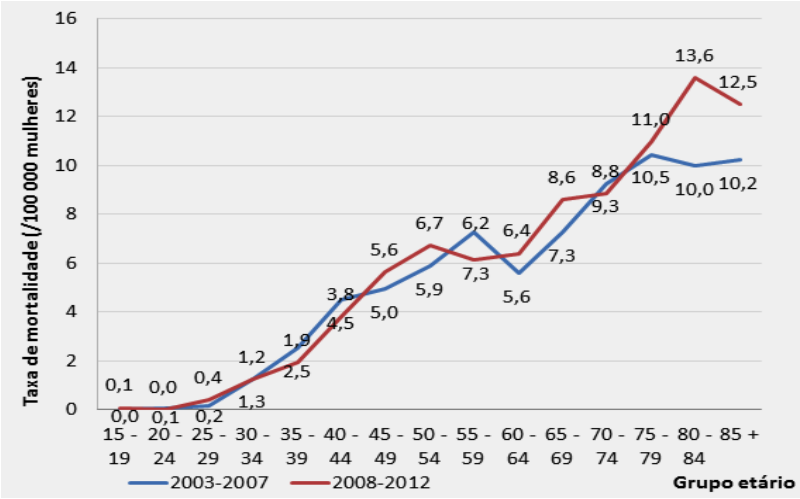


Figura 12. Taxa de mortalidade por tumor maligno do colo do útero por grupo etário quinquenal, nos anos de 2000-2007 e de 2008-2012, Portugal

Fonte: INE, IP, 2013

Verifica-se uma taxa de mortalidade por CCU crescente com a idade. Não se observam diferenças entre a mortalidade por grupo etário em 2003-2007 comparando com os últimos 5 anos (gráfico 4).

Analisando os dados anteriormente apresentados em relação à avaliação do PNS em 2013, podemos concluir que:

- As coberturas vacinais na infância, nas coortes avaliadas, mantêm-se elevadas, atingindo os níveis adequados para conferir imunidade de grupo.
- No segundo ano de vida e para a vacina VASPR, a vacinação atempada ainda tem potencial de melhoria. Aos 13 meses de idade ainda há 20% de crianças não vacinadas, o que constitui um risco elevado de ocorrência de surtos em creches e jardins-de-infância.
- Mais de 95% das crianças e jovens entre os 7 e os 18 anos de idade estão vacinadas contra o sarampo, o que é um dos objetivos do Programa Nacional de Eliminação do Sarampo (PNES). Este resultado representa um dos pilares essenciais para manter a eliminação desta doença no país, cumprindo-se assim compromissos internacionais.
- As coberturas vacinais para a vacina contra a poliomielite são elevadas, cumprindo também os requisitos internacionais relativos à erradicação da poliomielite.
- Os valores atingidos para as três doses de vacina contra o vírus do papiloma humano ultrapassaram a meta estabelecida de 85%.
- Em dezembro de 2013, mais de 85% das jovens de idades entre 14 e 21 anos (8 das 9 coortes de nascimento abrangidas pela vacinação até àquela data) já estavam vacinadas contra o CCU e outras doenças associadas aos genótipos 6, 11, 16 e 18 de HPV.
- Apesar dos reconhecidos constrangimentos existentes na vacinação de adolescentes, os valores de cobertura vacinal contra HPV em Portugal são elevados e consistentes. Estes resultados prendem-se com a existência de um programa de vacinação solidamente implantado no terreno, do empenho mantido dos profissionais envolvidos na vacinação e da confiança da população no PNV.

- Estes resultados terão certamente um impacte importante na morbilidade e mortalidade por cancro do colo do útero nas jovens vacinadas no âmbito do PNV, mas esse impacte só será observado a médio/longo prazo.
- Tendo em conta limitações na codificação das causas de morte, podemos concluir que se registam no país mais de 200 óbitos por CCU por ano, o que representa uma elevada mortalidade, tanto em termos de anos de vida perdidos como em termos de custos para as famílias e para os serviços de saúde.
- Além do CCU, as vacinas contra infeções por HPV terão, provavelmente, também impacte em outros tipos de cancro provocados por HPV, tais como o cancro da vulva e o cancro da vagina que, embora menos frequentes, têm maior gravidade e mortalidade do que o CCU.

10. PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE ORAL

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) desenha uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais, desenvolve-se ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e visa a diminuição da incidência e da prevalência da cárie dentária, a melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral e a promoção da equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais.

Este programa prevê a atribuição de cheques-dentista aos respetivos utentes beneficiários, nomeadamente grávidas seguidas no SNS, beneficiários do complemento solidário para idosos utentes do SNS e crianças e jovens com idade inferior a 16 anos.

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 e está baseado na atividade desenvolvida ao nível da rede de cuidados de saúde primários.

O PNPSO é atualmente regulado pela Portaria n.º 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.

Desde 28 de outubro de 2010, o PNPSO 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.

A 1 de março de 2014, o PNPSO foi alargado passando a incluir a intervenção precoce no cancro oral (Despacho n.º 686/2014, de 15 de janeiro). Este alargamento foi importante porque existe, por um lado, um programa de combate à cárie dentária já consolidado, assente num vasto conjunto de atividades de prevenção primária e secundária destinadas a crianças e jovens, que lhes proporcionam não só elevada proteção à doença no presente, como também os saberes e competências que lhes permitirão a manutenção da sua saúde dentária, durante toda a vida.

Por outro lado, Portugal apresenta elevadas taxas de incidência de cancro oral, associadas a baixos níveis de sobrevivência dos doentes frequentemente associados a diagnósticos tardios, sendo que está comprovada a elevada vulnerabilidade do cancro oral à intervenção precoce, nos diferentes níveis em que ela é possível, o que proporcionará não só uma diminuição da taxa de incidência, mas também o aumento das taxas *de cura e de sobrevivência*.

Analisando agora a evolução da atividade realizada no âmbito deste PNPSO, constatamos que o ano de 2013 foi aquele em que mais utentes beneficiaram do PNPSO desde que o programa foi criado, tendo-se registado um aumento de 86,7% de beneficiários em 2013, relativamente a 2012 (+ 213.352 utentes).

O quadro seguinte apresenta a evolução do número de beneficiários do PNPSO desde 2008 até 2013.

Tabela 9. Número de utentes SNS que beneficiaram do PNPSO

Nº de Utentes SNS beneficiários	2008 (a)	2009	2010	2011	2012	2013
Grávidas	20.538	35.633	39.474	38.855	41.144	40.815
Idosos	3.554	7.127	6.792	5.451	5.301	5.488
Saúde Infantil (<= 6 anos)		7.550	19.033	21.155	24.127	20.051
Crianças e Jovens 2008/2009		218.401				
Crianças e Jovens 2009/2010		105.207	184.877			
Crianças e Jovens 2010/2011			142.968	150.022		
Crianças e Jovens 2011/2012				133.019	152.299	
Crianças e Jovens 2012/2013					16.123	267.075
Crianças e Jovens 2013/2014						115.046
Crianças e Jovens 16 anos						3.087
Crianças e Jovens Idades Intermédias			3.308	4.445	6.437	7.002
Portadores de VIH/Sida (b)			41	255	244	463
Total	**24.092**	**373.918**	**396.493**	**353.202**	**245.675**	**459.027**

* 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

Para além do aumento do número de beneficiários do PNPSO em 2013, também o número de cheques emitidos registou um crescimento muito significativo neste ano, quando comparado com o período homologo (+ 193.254 cheques emitidos). Assim, e considerando o período entre 27 de maio de 2008 e 31 de dezembro de 2013, os cheques-dentista emitidos e utilizados distribuíram-se conforme se apresenta no quadro seguinte.

Tabela 10. Número de cheques emitidos por Grupo-Alvo no âmbito do PNPSO

Cheques emitidos por grupo-alvo	2008 (a)	2009	2010	2011	2012	2013
Grávidas	33.005	72.099	81.322	80.415	85.048	82.640
Idosos	4.893	11.585	10.940	9.377	9.103	9.287
Saúde Infantil (<= 6 anos)		7.550	19.033	21.155	24.127	20.051
Crianças e Jovens		392.371	462.273	427.807	315.425	510.794
Crianças e Jovens 16 anos						3.087
Crianças e Jovens Idades Intermédias			3.308	4.445	6.437	7.002
Portadores de VIH/Sida (b)			51	637	582	1.115
Total	**37.898**	**483.605**	**576.927**	**543.836**	**440.722**	**633.976**

Fonte: DGS. CPNPSO

Tabela 11. Número total de cheques utilizados no âmbito do PNPSO

Cheques utilizados por grupo-alvo	2008 (a)	2009	2010	2011	2012	2013
Grávidas	23.707	60.971	68.120	67.626	71.261	67.921
Idosos	3.259	9.829	9.530	8.353	8.118	8.100
Saúde Infantil (<= 6 anos)		3.806	10.621	13.126	14.683	11.677
Crianças e Jovens		188.263	308.032	318.559	314.929	312.341
Crianças e Jovens 16 anos						2.122
Crianças e Jovens Idades Intermédias			1.706	2.959	4.877	5.242
Portadores de VIH/Sida (b)			20	566	503	950
Total	**26.966**	**262.869**	**398.029**	**411.189**	**414.371**	**408.353**
Taxa de Utilização dos Cheques	**2008 (a)**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Grávidas	72%	85%	84%	84%	84%	82%
Idosos	67%	85%	87%	89%	89%	87%
Saúde Infantil (<= 6 anos)		50%	56%	62%	61%	58%
Crianças e Jovens		48%	67%	74%	99%	61% *
Crianças e Jovens 16 anos						69%
Crianças e Jovens Idades Intermédias			52%	67%	76%	75%
Portadores de VIH/Sida (b)			39%	89%	86%	85%
	71%	**54%**	**69%**	**76%**	**94%**	**64%**

* Os cheques podem ser utilizados até 31 de outubro de 2014

Fonte: DGS. CPNPSO

Conforme se constata, foram emitidos 2.716.961 cheques dentistas desde o início do programa de saúde oral, sendo que a percentagem de cheques que foram efetivamente utilizados é de 70,7%. Alerta-se que a utilização dos cheques emitidos em 2013 podem ser utilizados até outubro de 2014, daí resultando uma baixa taxa de utilização ao analisarmos apenas a utilização destes cheques para o ano de 2013.

11. LINHA SAÚDE 24

O Centro de Atendimento do SNS, denominado Linha Saúde 24, é um projeto desenvolvido como resultado de uma parceria entre a DGS, o Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P., 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 racional e respondendo às necessidades manifestadas pelos cidadãos em matéria de saúde.

O atendimento é efetuado por enfermeiros qualificados e devidamente formados para dar o melhor aconselhamento/encaminhamento ou ajudar o Cidadão a resolver a situação por si próprio.

O Saúde 24 incorpora os serviços de atendimento Saúde 24 Pediatria, comummente conhecido por "*Dói, Dói? Trim, Trim*!" e a "*Linha de Saúde Pública*", encontrando-se acessível a todos os beneficiários do SNS, 24 horas por dia, através dos seguintes canais de acesso:

- Telefone: através de um número único nacional (808 24 24 24), com o custo de chamada local
- Website (www.saude24.pt)
- Fax: 210 126 946
- Correio electrónico: acessível através do *website*.

Os principais resultados obtidos com esta resposta à população, no ano de 2013, foram os seguintes:

- Foram efetuados mais de 720 mil contactos com a Linha Saúde 24, conforme se apresenta no quadro seguinte:

Tabela 12. Caracterização do Atendimento na Linha Saúde 24.

Total contactos	Chamadas Recebidas	Contactos Fax, Webform, email	Contactos Webchat
720 897	718 572	2 318	7

Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS

Das 718.572 chamadas que foram recebidas na Linha Saúde 24 em 2013, mais de 95% (689.042) foram atendidas, representando uma média de chamadas atendidas de 2.057 por dia, em linha com a média de 2.080 chamadas diárias em 2012 (e muito superior à média de 1.770 chamadas/dia de 2011).

Analisando agora a caracterização das chamadas telefónicas rececionadas na Linha Saúde 24, por módulo de atendimento, contatamos que quase 75% das chamadas são recebidas no módulo de Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento, através do qual se disponibiliza um serviço de atendimento de contactos de teor clínico, prestado por um profissional de saúde que avalia o nível de risco sobre os sintomas descritos pelo Utente, presta aconselhamento, incluindo o auto tratamento e, caso se verifique necessário, encaminha o doente para a instituição da Rede de prestação de cuidados de saúde mais apropriada à sua condição do momento.

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

Módulos	TAE	LSP	IGS	IVR	Chamadas inapropriadas *	Total Chamadas
Total	514 563	15 193	19 202	0	140 084	689 042
%	74,7%	2,2%	2,8%	0,0%	20,3%	100%
média/dia	1 536	45	57	0	418	2 057

Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS

Legenda: **TAE** – Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento; **LSP** – Linha Saúde Pública; **IGS** – Informação Geral de Saúde

* Chamadas que não configuram, serviço conforme contrato: "agradecimentos", chamadas abusivas/ofensivas, utente não deseja continuar, etc.

Para além do resumo apresentado, na figura seguinte podemos observar com maior detalhe os resultados alcançados no Linha Saúde 24 em 2013, começando pela distribuição das chamadas ao longo deste ano.

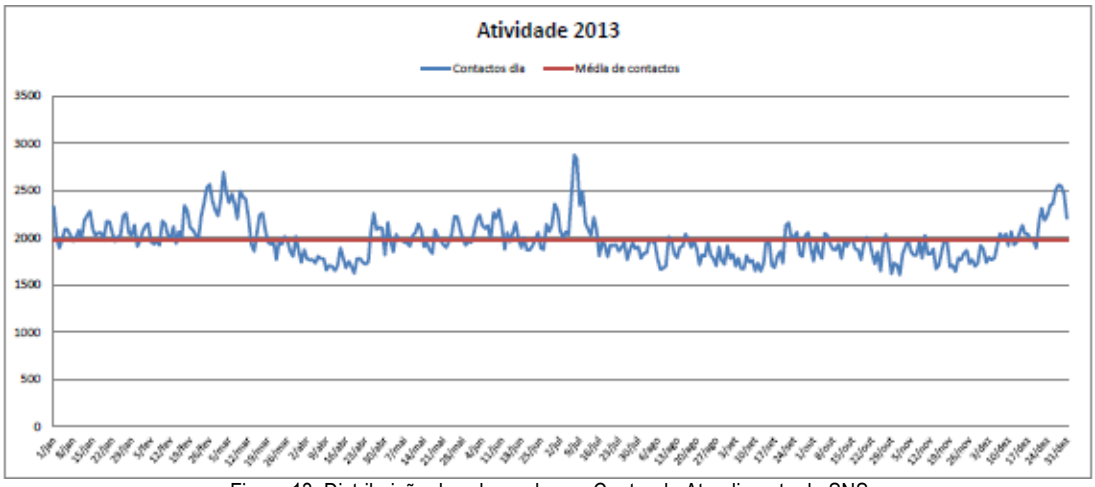


Figura 13. Distribuição das chamadas no Centro de Atendimento do SNS

Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Se analisarmos a média de chamadas efetuadas por dia da semana, constatamos que é ao fim de semana (sábado e domingo) que a Linha Saúde 24 recebe mais chamadas, conforme se demonstra no quadro seguinte.

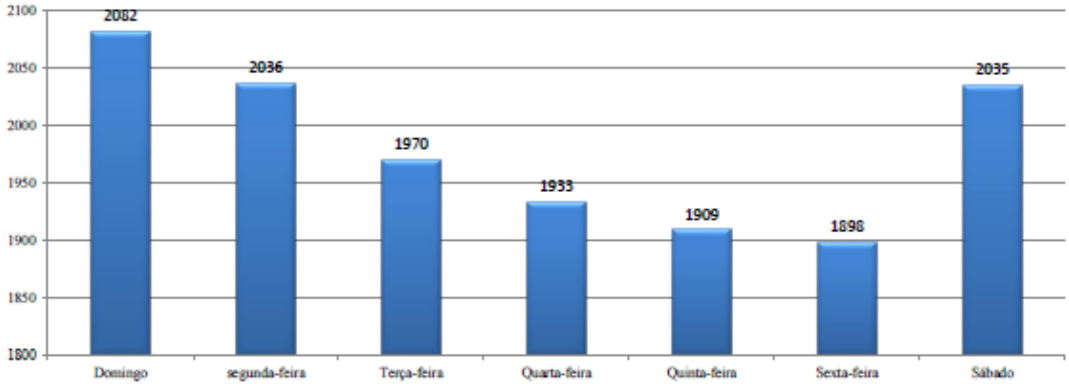


Figura 14. Média de chamadas por dia da semana no Centro de Atendimento do SNS

Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Através de uma análise à média das chamadas por hora, durante o ano de 2013, verificamos que é entre as 18h00 e as 22h00, que a população mais recorre aos serviços da Linha Saúde 24, conforme se apresenta no gráfico seguinte.

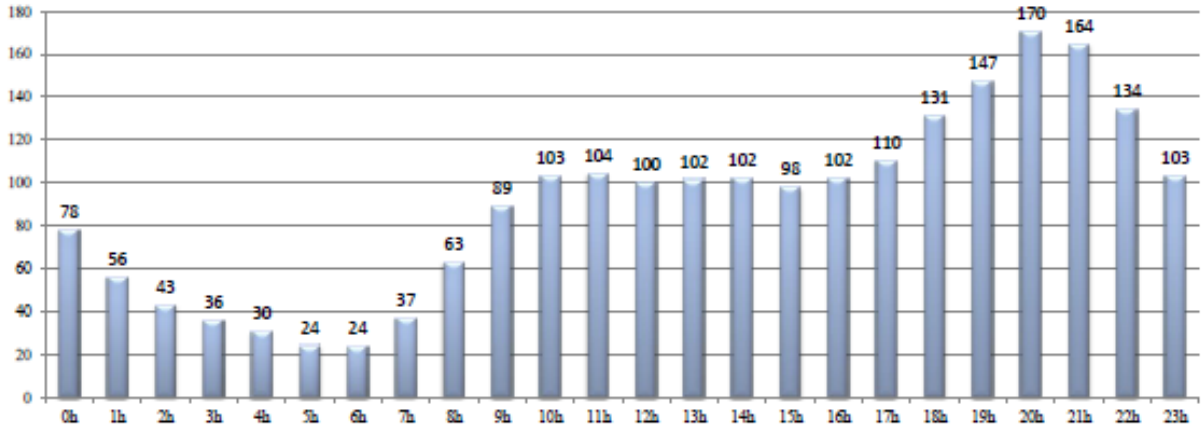


Figura 15. Média de chamadas por hora no Centro de Atendimento do SNS

Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

No gráfico seguinte apresenta-se uma caracterização da utilização em 2013 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 (cerca de 8%), à semelhança do que já acontecia em 2012.

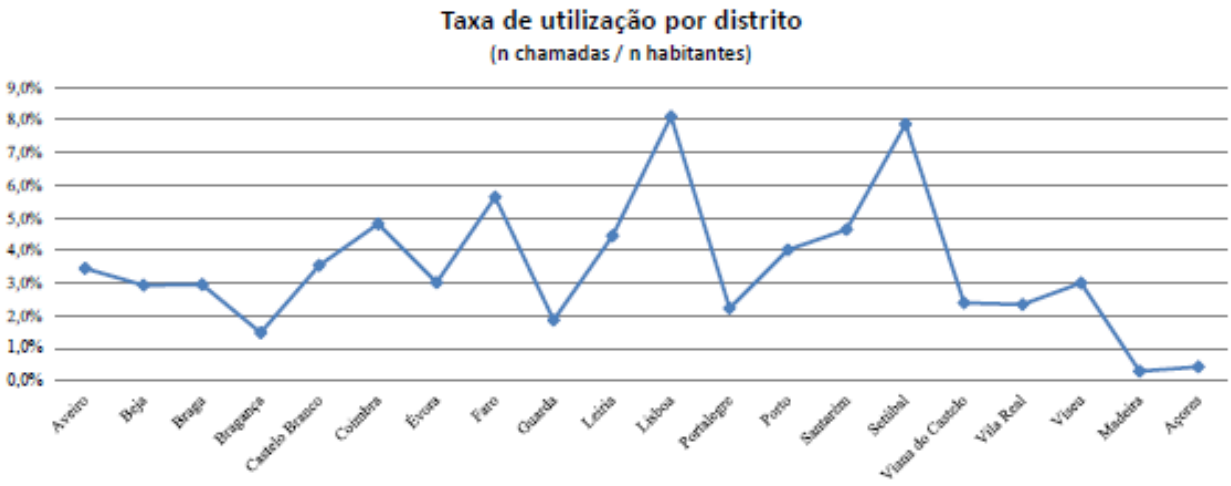


Figura 16. Caracterização do Módulo TAE do Centro de Atendimento do SNS

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 continua a ser a principal causa, conforme demonstra o gráfico seguinte, que organiza esta informação também por grupo etário.

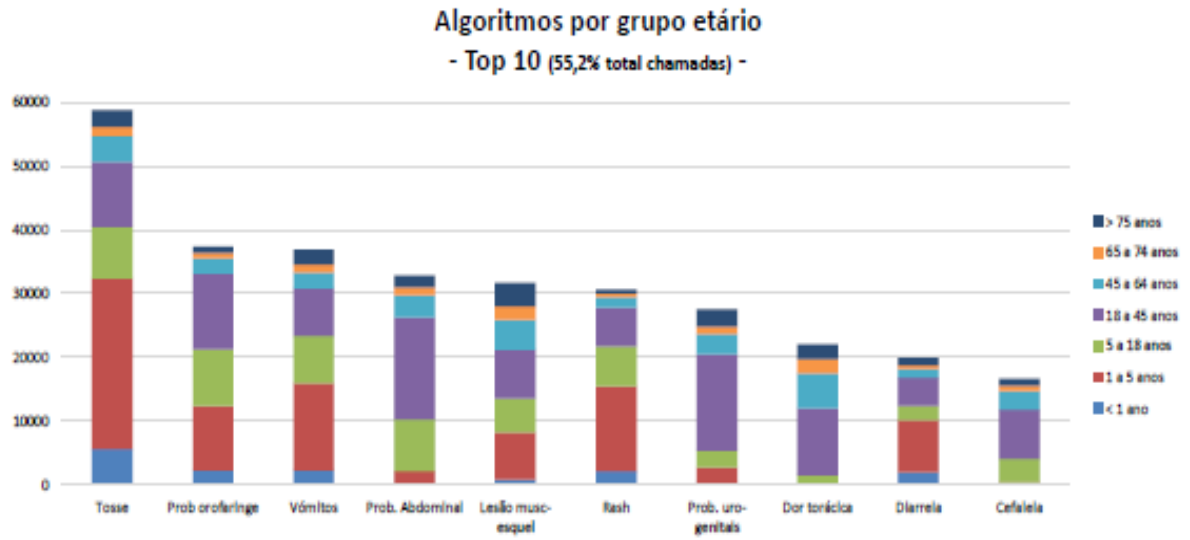


Figura 17. Algoritmo do Módulo TAE, por grupo etário, utilizado pelo Centro de Atendimento do SNS

Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Se analisarmos os encaminhamentos que foram efetuados aos utentes que recorreram ao módulo Triagem, Aconselhamento, Encaminhamento em 2013, constatamos que mais de 27% dispensaram qualquer outro contacto com os Serviços de Saúde e que um 1/3 das chamadas foram encaminhadas para uma consulta médica, conforme demonstra o gráfico seguinte.

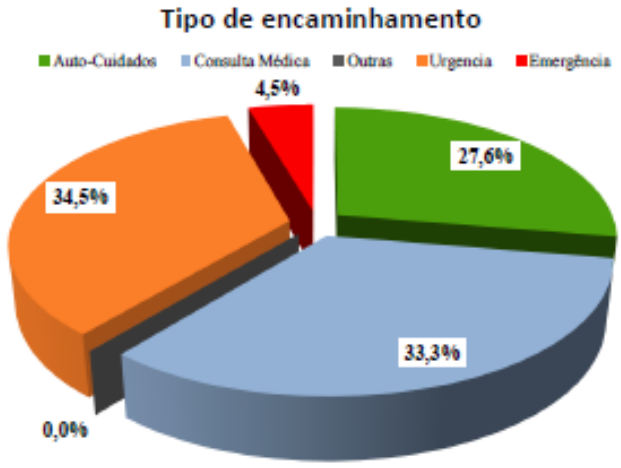


Figura 18. Tipo de Encaminhamento do Módulo TAE do Centro de Atendimento do SNS

Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Ainda em relação aos encaminhamentos efetuados aos utentes que recorreram ao módulo Triagem, Aconselhamento, Encaminhamento em 2013, e considerando agora a população com mais de 65 anos, por ser um grupo populacional habitualmente mais frágil e mais utilizador dos serviços de saúde, verificamos que mais de 36% dos utentes foram encaminhados para um serviço de urgência hospitalar, por se tratarem de situações de risco que necessitavam de observação médica urgente.

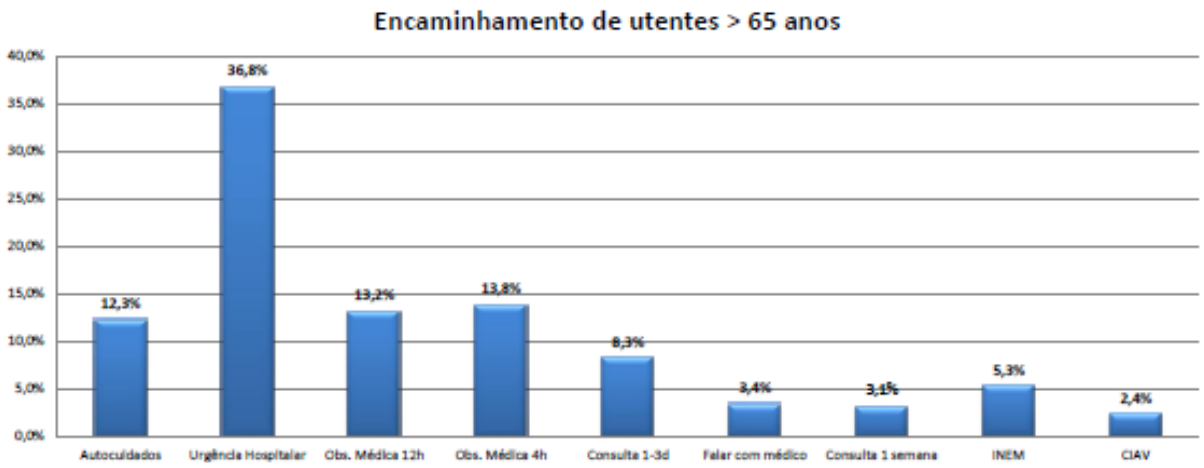


Figura 19. Encaminhamento realizado pelo Centro de atendimento do SNS a utentes > 65 anos, no Módulo TAE,

Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Na análise encaminhamentos efetuados aos utentes que recorreram ao módulo Triagem, Aconselhamento, Encaminhamento em 2013, importa verificar o encaminhamento que foi efetuado aos utentes, comparando-o com a intenção inicial que esteve na origem da chamada para a Linha Saúde 24.

Assim, constatamos nos gráficos seguintes que mais de 50% dos utentes que ligaram para a Linha Saúde 24 com a intenção de se dirigirem a um Serviço de Urgência, acabaram por ser encaminhados para os cuidados de saúde primários (30,2%) ou para auto cuidados (24,7%).Intenção "Urgência" *versus* Disposição Final *

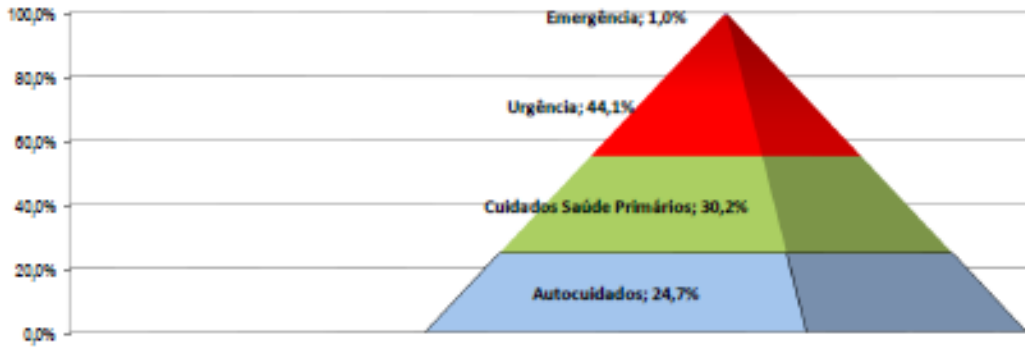


Figura 20. Chamadas segundo intenção inicial *versus* disposição final, no Módulo TAE do Centro de Atendimento do SNS

*Percentagem de chamadas em que os utentes referem a intenção inicial "Urgência" = 47%

Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Por outro lado, quase 30% dos utentes que ligaram com a intenção de acompanhar o seu estado de saúde "em casa", acabaram por ser direcionados para um Serviço de Urgência/ Emergência, conforme se demonstra no gráfico seguinte.

Intenção "Cuidados em Casa" *versus* Disposição Final*

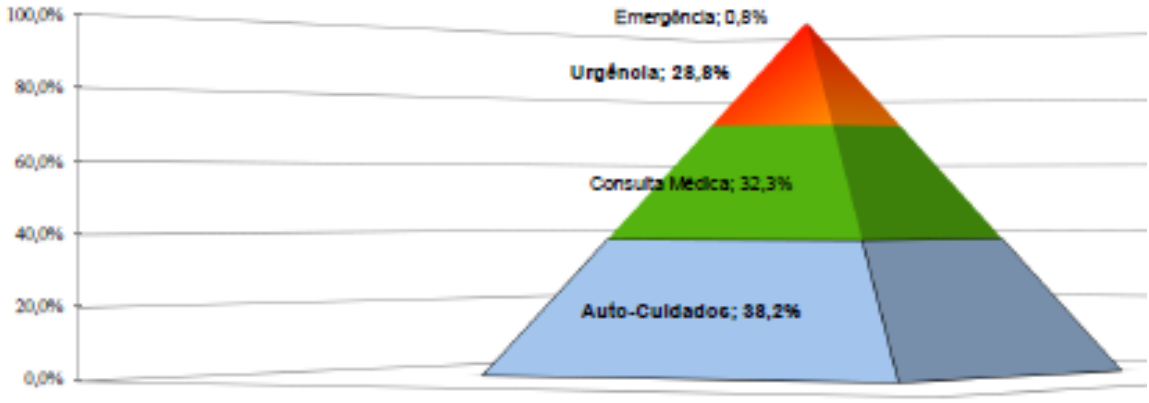


Figura 21. Chamadas segundo intenção inicial *versus* disposição final, no Módulo TAE do Centro de Atendimento do SNS

*Percentagem de chamadas em que os utentes referem a intenção inicial "Urgência" = 47%

Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Quanto à caracterização dos atendimentos efetuados através da Linha de Saúde Pública, verificamos que os meses julho e outubro foram os que tiveram maior utilização por parte dos utentes do SNS em 2013, conforme gráfico seguinte, enquanto em 2012 tinham sido os meses de março, abril e maio a receber mais chamadas neste módulo da Linha Saúde 24.

N = 15 320

Distribuição das chamadas por mês

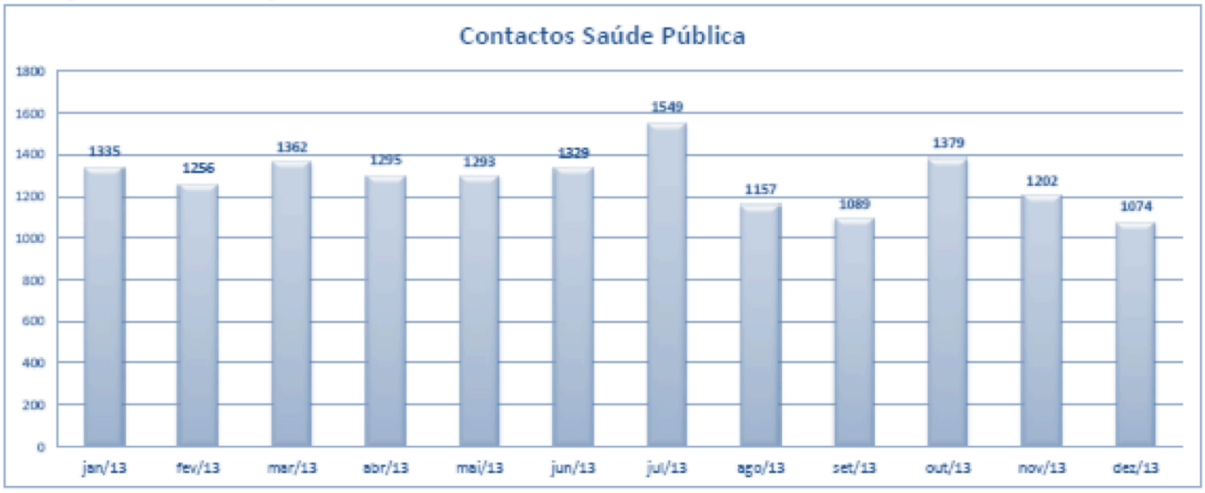


Figura 22. Caracterização dos Contactos na Linha de Saúde Pública

Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Analisando os principais motivos de contacto dos atendimentos efetuados através da Linha de Saúde Pública, verificamos que a recolha de informação sobre doenças infeciosas e parasitárias foi a principal causa desse contacto, conforme se apresenta no gráfico seguinte.

Figura 23. Caracterização dos motivos de atendimento na Linha de Saúde Pública

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 procurou em 2013 informação sobre as instituições de saúde, à semelhança do que aconteceu nos anos anteriores.

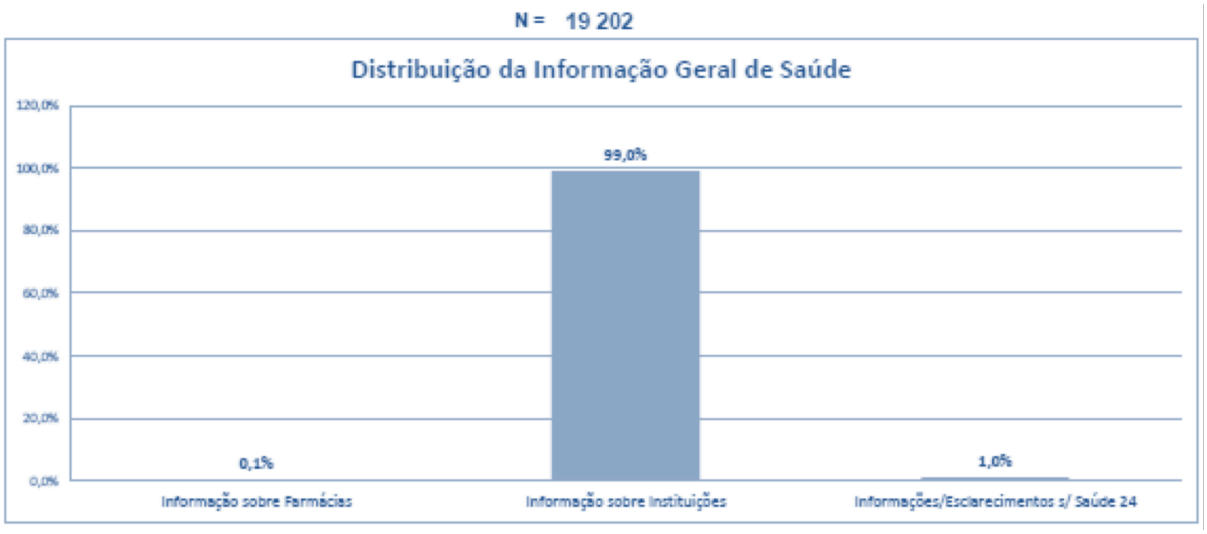


Figura 24. Caracterização do Atendimento no Módulo de Informação Geral de Saúde

Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

12. BENEFÍCIOS ADICIONAIS EM SAÚDE

Com o objetivo 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 comparticipação 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).

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 a SS.

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 SS.

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 da SS 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 SS e pelo orçamento da ACSS, na proporção de 50% do total da despesa realizada.

Para este efeito, a ACSS envia à SS, 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 descriminação das despesas.

À Segurança Social compete validar previamente a situação dos beneficiários do CSI, conferir a congruência dos montantes com as parcelas descriminadas 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 pela SS.

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.

À SS 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, bem como enviar ao Ministério da Solidariedade e Segurança Social e da Saúde um relatório semestral com uma avaliação critica sobre os procedimentos administrativos adotados, incluindo os temas referentes ao índice de utilização do BAS e ao tipo de despesas realizadas pelos beneficiários. Compete, ainda, à ACSS, IP transferir o montante correspondente a 50% do valor pago pela SS.

Estatísticas de utilização e despesa com os BAS

No ano 2013, a nível nacional, estavam inscritos um total de 35.374 beneficiários do BAS. A ARS Norte regista o maior n.º de beneficiários, com uma percentagem de 47,7%, face ao total nacional.

Em termos de número de pedidos de reembolso pagos, constata-se que, em 2013, aproximadamente 96,5% (o equivalente a 171.561) dos pedidos reportam-se a pedidos de reembolso de medicamentos, sendo residuais os pedidos de reembolso ao nível de despesa com a aquisição/reparação de próteses dentárias removíveis (1.954) e com a aquisição de óculos e lentes (4.064). Recorde-se que o reembolso de 75% da despesa na aquisição de óculos e lentes tem o limite de €100 por cada período de 2 anos e que, no caso das próteses dentárias removíveis, o limite é de €250, por cada período de 3 anos.

No que respeita aos encargos globais com reembolsos, no ano de 2013, verifica-se uma diminuição da despesa na ordem dos € 730.219, face ao ano transato.

Do montante total da despesa em 2013, no montante global de 2.613.593€, cerca de 46% (€1.517.433 €) da despesa ocorreu na ARS Norte, seguida da ARS Centro com uma percentagem de 23,3% (€757.228).

Em termos de reembolso de despesas com medicamentos, o valor dos pagamentos atingiu os € 2.613.593, cerca de 80% do montante total da despesa com a atribuição do BAS.

Tabela 14: Número de beneficiários e de pedidos realizados, valor e tipo de despesa, em 2013

ARS	Nº beneficiários	% Total	Nº Pedidos de Reembolso Pagos				% Total	Valor dos Pagamentos (€)				% Total
			Medicamento	Próteses Dentárias	Óculos Lentes	Total		Medicamento	Próteses Dentárias	Óculos Lentes	Total	
Açores	63	0,2%	241	2	10	253	0,1%	7.869 €	170 €	1.000 €	9.039 €	0,3%
Alentejo	2.902	8,2%	15.366	111	362	15839	8,9%	217.239 €	16.839 €	32.964 €	267.043 €	8,2%
Algarve	622	1,8%	2.780	43	72	2895	1,6%	47.979 €	7.382 €	6.886 €	62.247 €	1,9%
Centro	8.249	23,3%	38.764	438	954	40156	22,6%	608.781 €	61.551 €	86.896 €	757.228 €	23,3%
LVT	6.691	18,9%	30.096	348	867	31311	17,6%	509.346 €	52.330 €	78.668 €	640.345 €	19,7%
Norte	16.881	47,7%	84.314	1.012	1.799	87.125	49,1%	1.222.378 €	130.963 €	164.092 €	1.517.433 €	46,6%
Total	**35.374**		**171.561**	**1.954**	**4.064**	**177.579**		**2.613.593 €**	**269.236 €**	**370.506 €**	**3.253.336 €**	

Fonte: SISBAS

13. 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.

Em 2013, foram atribuídas mais 447 ajudas técnicas que em igual período de 2012 evidenciando um crescimento de 2,9%.

Tabela 15: Número de ajudas técnicas atribuídas pelas entidades hospitalares em 2013, por região de saúde

ARS	2013
ARS Norte	6.743
ARS Centro	3.601
ARS LVT	2.487
ARS Alentejo	396
ARS Algarve	2.484
Total Geral	**15.711**

Fonte: SAPA

14. 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, de 28 de maio.

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: Atividade do Programa de Procriação Médica Assistida 2011, 2012 e 2013

Produção PMA	Primeiras Consultas Médicas de apoio à fertilidade	Nº total de ciclos IO	Nº total de ciclos IIU	Total Ciclos FIV/ICSI Realizados	Total de ciclos FIV realizados	Total de ciclos ICSI realizados	Total de ciclos ICSI com espermatozóides recolhidos cirurgicamente realizados
2011	7.450	1.897	1.084	2.394	720	1.530	144
2012	7.464	1.733	1.209	2.646	1.017	1.486	143
2013	6.852	1.558	1.270	2.715	1.194	1.360	161
Var. 2013 / 2012	**-8,2%**	**-10,1%**	**5,0%**	**2,6%**	**17,4%**	**-8,5%**	**12,6%**

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

15. TAXAS MODERADORAS

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.

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, 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, consubstanciado o novo regime de taxas moderadoras que entrou em vigor a 1 de janeiro de 2012.

Ao abrigo do novo enquadramento legal, procedeu-se 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 modelo foi perspetivada 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 2013

Registo Nacional de Utentes	**2013 (31dez)**	**2011 (31 dez)**
Insuficiência económica	3.025.911	1.592.094
Desempregados e familiares	92.581	215.760
Crianças até 12 anos de idade (inclusive)	1.296.623	1.390.857
Incapacidade igual ou superior a 60%	149.603	-
Grávidas e parturientes	99.237	-
Doentes transplantados de órgãos	4.181	55
Militares e ex-militares das FA incapacitados	3.773	230
Doentes crónicos	890.120	890.120
Bombeiros	25.735	32.947
Dadores vivos de células, tecidos e órgãos	1.237	
Dadores benévolos de sangue	113.416	196.408
Utentes com isenção/dispensa válida	**5.702.417**	**4.318.471**

A aplicação do novo modelo, em vigor desde 1 de janeiro de 2012, permitiu um aumento do número de utentes isentos/dispensados do pagamento de taxas moderadoras (+1.383.946 utentes). Em termos de proporcionalidade, os utentes isentos do pagamento de taxas moderadoras por motivações económicas passaram de 36,9% para 53% do total de utentes isentos/dispensados, ou seja, mais 1.433.817 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.

TERCEIRA PARTE

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

16. INFORMAÇÃO GERAL

A esmagadora maioria (91) do total de instituições prestadoras de cuidados do SNS (num total de 96) - ACES, ULS e entidades hospitalares, à exceção de 5 delas (Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE, Hospital Fernando da Fonseca, EPE, Hospital de Évora, EPE, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE) - enviaram ao Ministério da Saúde o Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde referente ao ano de 2013.

O modelo de relatório foi mantido de acordo com o que tinha vindo a ser feito nos últimos anos (anexo 1).

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

ARS	ACES	Hospitais	ULS	Total
Norte	21	13	3	**37**
Centro	6	10	1	**17**
LVT	15	15	---	**30**
Alentejo	1	0	2	**3**
Algarve	3	1	---	**4**
Total	**46**	**39**	**6**	**91**

Tal como em 2012, a maioria das instituições (58: 64%) menciona ter constituído o respetivo órgão de participação e consulta, encontrando-se ainda 9 delas (10%) a formalizar a constituição deste órgão.

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	33	72%	22	56%	3	50%	**58**	**64%**
Em constituição	4	9%	5	13%	0	0%	**9**	**10%**
S/I	9	20%	12	31%	3	50%	**24**	**26%**
Total	**46**	100%	39	100%	6	100%	**91**	**100%**

Para além dos Conselhos da Comunidade e dos Conselhos Consultivos, as instituições do SNS continuam a fazer 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, a equipas de coordenação local da RNCCI, 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 sistemas de informação ou aplicativos informáticos, em uso no SNS, 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), não existindo evolução face a 2012:

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)	42
SINUS (sistema de gestão do utente/ cuidados primários)	52
SAM (Sistema de Apoio ao Médico/ gestão clínica)	81
SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem/ gestão clínica)	81
CTH (Consulta a Tempo e Horas)	90
SIGLIC (Sistema de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia)	43

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 (*uninterruptible power supply*) 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	36	3	3
ULS	5	1	2
ACES	38	7	1
Total	**79**	**11**	**6**
Os Planos e Relatórios de Atividades incluem pontos relacionados com a matéria do acesso.			
Hospitais	39	0	3
ULS	6	0	2
ACES	44	1	1
Total	**89**	**1**	**6**
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 (quando aplicável).			
Hospitais	38	0	4
ULS	6	0	2
ACES	38	5	3
Total	**82**	**5**	**9**
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, …) *			
Hospitais	38	0	4
ULS	6	0	2
ACES	42	3	1
Total	**86**	**3**	**7**

* Tipo de documentos referidos: manuais de atendimento, manuais do gabinete do cidadão, guias do utentes dos centros de saúde, regulamentos internos (e.g. USF, USP, articulação entre unidades), protocolos de referenciação, 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

Quase metade das instituições do SNS (42: 44%) referem que criaram uma estrutura dedicada à implementação da Carta dos Direitos do Acesso, melhorando face a 2011 (34%) e a 2012 (40%).

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

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	19	41%	21	50%	2	25%	**42**	**44%**
Não	26	57%	17	40%	4	50%	**47**	**49%**
S/I	1	2%	4	10%	2	25%	**7**	**7%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	**96**	**100%**

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

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	14	30%	16	38%	1	13%	**31**	**32%**
Não	10	22%	9	21%	2	25%	**21**	**22%**
S/I	22	48%	17	40%	5	63%	**44**	**46%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	**96**	**100%**

Em linha com 2012, a maioria das instituições (89: 93%) definiu indicadores de resultados na ótica do acesso, e 69 delas referem que os mesmos têm em conta os tempos de resposta (69 : 72%).

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	44	96%	39	93%	6	75%	**89**	**93%**
Não	1	2%	0	0%	0	0%	**1**	**1%**
S/I	1	2%	3	7%	2	25%	**6**	**6%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	**96**	**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	25	54%	38	90%	6	75%	**69**	**72%**
Não	18	39%	1	2%	0	0%	**19**	**20%**
S/I	3	7%	3	7%	2	25%	**8**	**8%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	**96**	**100%**

Das 91 instituições que enviaram informação para o Ministério da Saúde, a maioria (76: 78%) menciona ter incorporado indicadores direcionados ao acesso a todos os níveis da organização (horizontais e verticais) e destas, quase todas (75: 78%) afirmam efetuar periodicamente uma análise da situação com utilização de indicadores de resultados direcionados ao acesso, conforme se pode constatar nas tabelas seguintes.

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

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	32	70%	38	90%	6	75%	**76**	**79%**
Não	11	24%	1	2%	0	0%	**12**	**13%**
S/I	3	7%	3	7%	2	25%	**8**	**8%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	**96**	**100%**

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

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	30	65%	39	93%	6	75%	75	**78%**
Não	14	30%	0	0%	0	0%	14	**15%**
S/I	2	4%	3	7%	2	25%	7	**7%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	96	**100%**

Relativamente à existência de planos especiais de monitorização e correção de desvios e/ ou incumprimento de objetivos, 74 instituições (77%) respondem positivamente.

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

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	35	76%	34	81%	5	63%	74	**77%**
Não	10	22%	5	12%	1	13%	16	**17%**
S/I	1	2%	3	7%	2	25%	6	**6%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	**96**	**100%**

Cerca de dois terços das instituições (65: 68%) mencionam proceder regularmente à revisão crítica da relevância e atualidade dos indicadores utilizados. Nos hospitais, 83% dizem efetuar esta atividade.

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

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	24	52%	35	83%	6	75%	65	**68%**
Não	20	43%	4	10%	0	0%	24	**25%**
S/I	2	4%	3	7%	2	25%	7	**7%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	**96**	**100%**

Mais de metade das instituições (63: 66%) informa que dispõe de procedimentos de controlo para minimizar o risco de erros, insuficiência, inadequação e eventual desvirtuação da informação associada aos indicadores de resultados.

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	24	52%	34	81%	5	63%	63	**66%**
Não	20	43%	5	12%	1	13%	26	**27%**
S/I	2	4%	3	7%	2	25%	7	**7%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	**96**	**100%**

A maioria das instituições (79: 82%) diz ter fixado Tempos de Resposta Garantidos (TRG) para o ano de 2013. Adicionalmente, metade das instituições (58: 60%) 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	38	83%	35	83%	6	75%	79	**82%**
Não	5	11%	3	7%	0	0%	8	**8%**
S/I	3	7%	4	10%	2	25%	9	**9%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	**96**	**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	21	46%	32	76%	5	63%	58	**60%**
Não	23	50%	7	17%	1	13%	31	**32%**
S/I	2	4%	3	7%	2	25%	7	**7%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	**96**	**100%**

No total das 96 instituições, 64 (67%) referem ter integrado os TRG nos Contratos-Programa/Planos de Desempenho, sendo que 79% e 75% 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	25	54%	33	79%	6	75%	64	**67%**
Não	19	41%	6	14%	0	0%	25	**26%**
S/I	2	4%	3	7%	2	25%	7	**7%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	**96**	**100%**

Quanto à afixação de informação atualizada sobre TRG, em locais de fácil acesso e consulta, cerca de metade das instituições (53: 55%) refere a afixação atualizada dos referidos TRG. Quase o mesmo número (42: 44%) referem ter disponibilizado esta informação na internet.

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	24	52%	25	60%	4	50%	53	**55%**
Não	20	43%	14	33%	2	25%	36	**38%**
S/I	2	4%	3	7%	2	25%	7	**7%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	**96**	**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	10	22%	26	62%	6	75%	42	**44%**
Não	33	72%	13	31%	0	0%	46	**48%**
S/I	3	7%	3	7%	2	25%	8	**8%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	**96**	**100%**

No que respeita à existência de comprovativo, mediante registo ou impresso próprio, de prestação de informação ao utente sobre os TRG, apenas 21 entidades (22%) afirmam dispor do respetivo comprovativo. De igual modo, um número semelhante de entidades (24: 25%) 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	8	17%	10	24%	3	38%	21	**22%**
Não	36	78%	29	69%	3	38%	68	**71%**
S/I	2	4%	3	7%	2	25%	7	**7%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	**96**	**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 referenciação para outra unidade de saúde.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	10	22%	12	29%	2	25%	24	**25%**
Não	33	72%	27	64%	4	50%	64	**67%**
S/I	3	7%	3	7%	2	25%	8	**8%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	**96**	**100%**

Quanto à divulgação e publicação do relatório anual sobre o acesso, em suporte autónomo ou inclusão nos Relatórios de Atividades/Planos de Desempenho, 62 entidades (65%) 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	21	46%	36	86%	5	63%	62	**65%**
Não	20	43%	3	7%	1	13%	24	**25%**
S/I	5	11%	3	7%	2	25%	10	**10%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	**96**	**100%**

A maioria das instituições (82: 85%) diz proceder a um tratamento das reclamações e sugestões. Na grande maioria (86: 93%) 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	42	91%	35	83%	5	63%	82	**85%**
Não	3	7%	4	10%	1	13%	8	**8%**
S/I	1	2%	3	7%	2	25%	6	**6%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	**96**	**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	44	96%	39	93%	6	75%	89	**93%**
Não	1	2%	0	0%	0	0%	1	**1%**
S/I	1	2%	3	7%	2	25%	6	**6%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	**96**	**100%**

Pouco mais de metade das instituições (50: 52%) indicam que têm 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	23	50%	24	57%	3	38%	50	**52%**
Não	21	46%	14	33%	3	38%	38	**40%**
S/I	2	4%	4	10%	2	25%	8	**8%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	**96**	**100%**

Da totalidade das instituições, apenas 28 (29%) referem a abertura de processos sancionatórios em resultado de meros incumprimentos da Lei. De igual modo, 31 (32%) 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	12	26%	14	33%	2	25%	28	**29%**
Não	32	70%	24	57%	4	50%	60	**63%**
S/I	2	4%	4	10%	2	25%	8	**8%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	**96**	**100%**

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

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	1	2%	29	69%	1	13%	31	**32%**
Não	41	89%	9	21%	5	63%	55	**57%**
S/I	4	9%	4	10%	2	25%	10	**10%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	**96**	**100%**

Foram comunicados à DGS por 88 entidades (92%) as reclamações, sugestões e comentários recebidos no âmbito do Sim - Cidadão.

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

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
Sim	44	96%	39	93%	5	63%	88	**92%**
Não	0	0%	0	0%	1	13%	1	**1%**
S/I	2	4%	3	7%	2	25%	7	**7%**
Total	**46**	100%	**42**	100%	**8**	100%	**96**	**100%**

17. PRINCIPAIS ÁREAS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NO SNS. ATIVIDADE ASSISTENCIAL E TEMPOS DE RESPOSTA

Da totalidade das 42 entidades hospitalares e das 8 ULS, nesta vertente de cuidados, 38 incluíram no relatório informação sobre o tempo de resposta (TR) previsto na instituição para o ano de 2013 e sobre o tempo de resposta observado, em termos de acesso a primeiras consultas. O mesmo número de entidades respondeu quando se trata do acesso a cirurgias programadas.

Relativamente ao acesso a cuidados em CSP, da totalidade dos 46 ACES e das 8 ULS, nesta vertente da prestação de cuidados, 36 incluíram no relatório informação sobre o TR previsto e observado a esta área de cuidados, para os quais a Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro, fixou 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.

Na impossibilidade de se analisar os tempos de resposta nos cuidados de saúde primários através de um sistema de informação integrado, designadamente no tipo de cuidados incluídos da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro, a informação que se segue resulta da coleção de dados remetidos pelas instituições no relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde.

17.1. Cuidados de Saúde Primários

O ano de 2013 apresentou um crescimento do número de utilizadores de consultas médicas, mais 70.330 utilizadores do que em 2012 (ano em que se tinham registado mais 311.977 utilizadores do que em 2011).

Conforme demonstra o quadro seguinte, no ano de 2013, verifica-se o maior nível de utilização nos cuidados de saúde primários, de entre a série analisada em universo comparável, constatando-se assim que mais de 7,1 milhões de portugueses obtiveram uma consulta através do médico de família.

Tabela 45. Evolução da utilização de consultas médicas nos cuidados de saúde primários entre 2011 e 2013

	2011	2012	2013	var. 13/12	var.% 12/13
Utilizadores de consultas médicas	6.730.587	7.042.564	7.112.894	70.330	1,0%
Consultas médicas	30.623.795	29.176.913	29.099.476	-77.437	-0,27%
Consultas médicas presenciais	22.758.433	20.999.463	20.930.142	-69.321	-0,33%
Consultas médicas não presenciais	7.672.215	7.980.729	7.964.083	16.646	-0,21%
Consultas médicas domiciliárias	193.147	196.721	205.251	8.530	4,3%

Fonte: ACSS- SIM SNS

A análise mais detalhada do quadro anterior, permite-nos constatar que, em simultâneo com o aumento do número de utilizadores dos CSP em 2013, ocorreu uma estabilização do número de consultas médicas presenciais e não presenciais neste nível de cuidados, bem como um aumento do número de consultas realizadas no domicílio dos utentes, o que reflete o esforço de adequação das estruturas às necessidades das populações servidas, nomeadamente, a prestação de cuidados de maior proximidade.

Uma vez que tem impacto positivo no acesso aos CSP, possibilitando uma utilização mais racional dos recursos (essencialmente médicos) presentes neste nível de cuidados e uma maior comodidade para os utentes, importa referir que se registou, em 2013, um aumento substancial da prescrição eletrónica de receitas com validade de seis meses (+4.121.726 receitas renováveis face a período homólogo), evitando-se visitas desnecessárias ao médico de família e permitindo uma melhor gestão das consultas por parte dos prestadores de CSP, conforme se apresenta no gráfico seguinte.

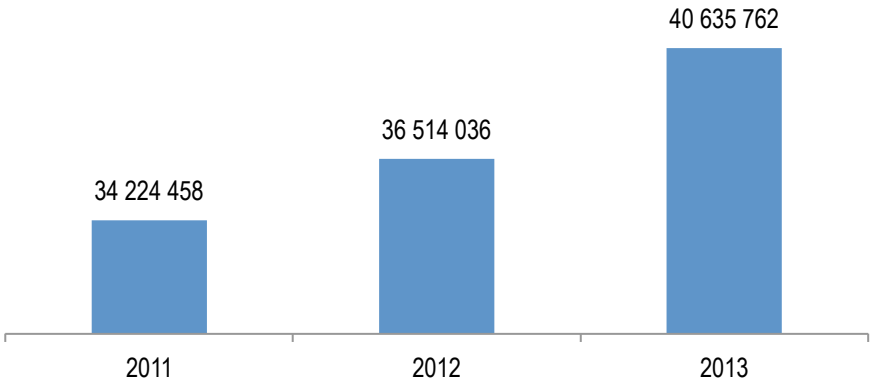
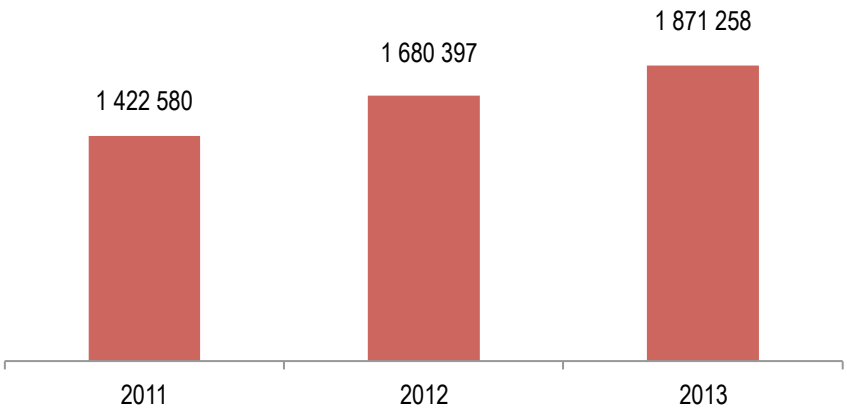


Figura 10. Evolução do número de receitas renováveis entre 2011 e 2013

Fonte: SIARS / CCF

Por outro lado, em 2013, realizaram-se mais de 1,8 milhões de consultas de enfermagem no domicílio, representando um crescimento de 11,3% face a igual período de 2012, conforme se apresenta no gráfico seguinte.

Figura 11. Evolução do número de consultas domiciliárias de enfermagem entre 2011 e 2013



Fonte: ACSS-SIM@SNS

17.2. Cuidados de Saúde Hospitalares

Consultas médicas externas

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

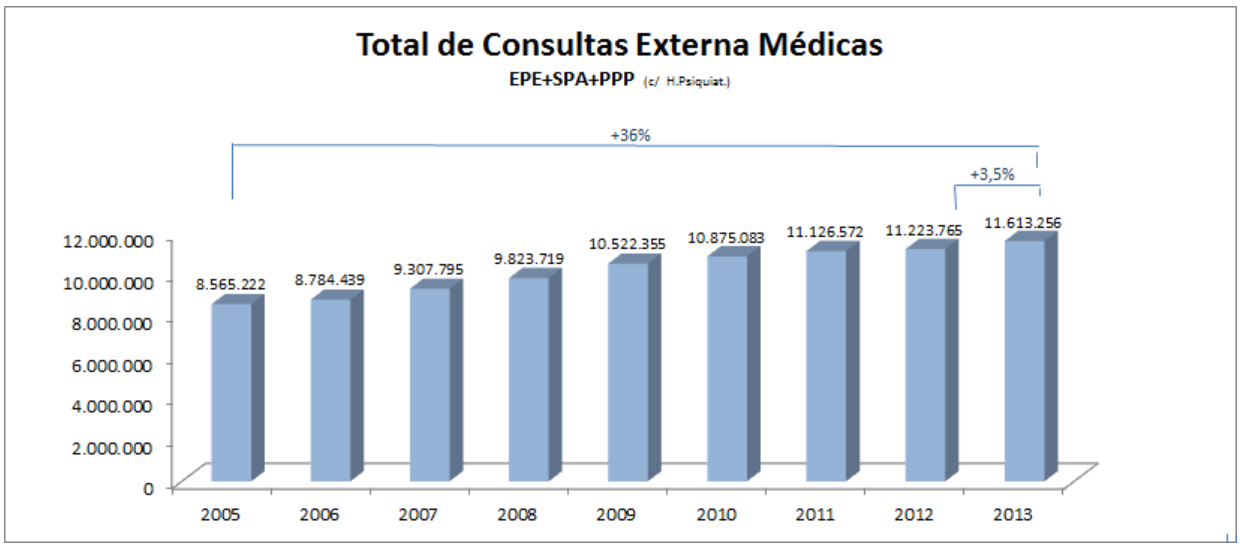


Figura 12. Evolução do número de consultas hospitalares entre 2005 e 2013

Fonte: ACSS-SICA

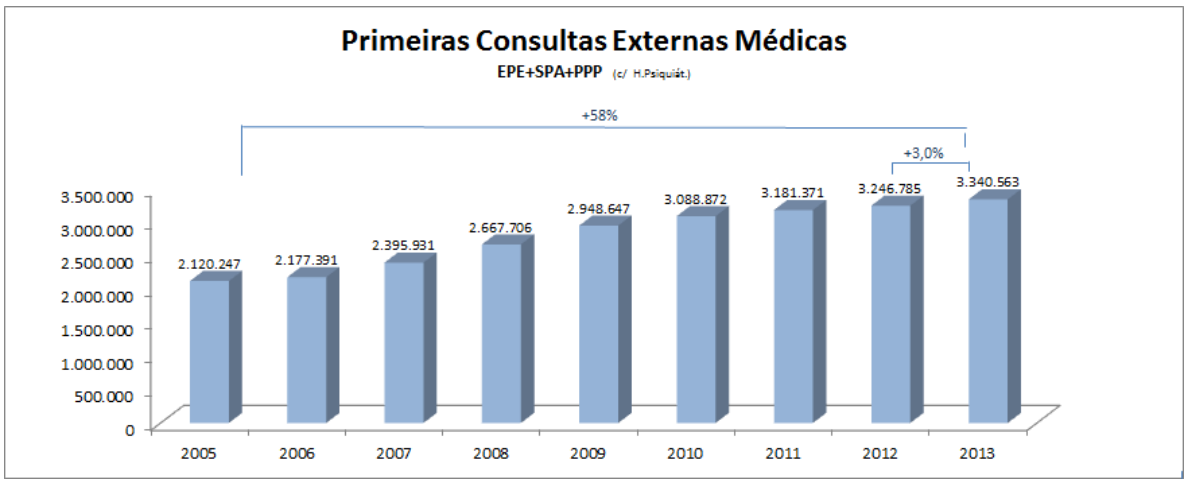


Figura 13. Evolução do número de primeiras consultas hospitalares entre 2005 e 2013

Fonte: ACSS-SICA

Como 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, o que significa que um maior número de cidadãos obteve acesso a esta tipologia de cuidados hospitalares.

Considerando as consultas hospitalares nas especialidades identificadas no quadro abaixo que, em 2013, representaram 89,3 % do número das primeiras consultas realizadas nos Hospitais do SNS e 88,0% do total de consultas, constata-se que a maioria destas especialidades apresentaram acréscimos de produção, não só em relação ao total de consultas, como também ao número de primeiras consultas.

Tabela 47. Número de consultas hospitalares no SNS, nas especialidades com maior atividade em 2012 e 2013

Especialidades	1ºs Consultas Externas Médicas			Total de Consultas Externas Médicas		
	2012	2013	Var. % 2013 / 2012	2012	2013	Var. % 2013 / 2012
Oftalmologia	347.884	364.500	4,8%	907.290	966.279	6,5%
Cirurgia Geral	279.565	280.495	0,3%	809.271	805.851	-0,4%
Ortopedia	294.262	301.108	2,3%	783.010	815.663	4,2%
Psiquiatria Total	84.366	89.956	6,6%	544.406	581.984	6,9%
Pediatria	145.221	148.740	2,4%	556.896	578.148	3,8%
Imuno-Hemoterapia	87.064	81.976	-5,8%	552.564	558.494	1,1%
Medicina Interna	115.480	120.097	4,0%	535.994	548.421	2,3%
Otorrinolaringologia	157.029	161.690	3,0%	481.605	494.095	2,6%
Ginecologia	153.093	156.540	2,3%	476.882	482.774	1,2%
Cardiologia	106.550	106.962	0,4%	454.844	448.194	-1,5%
Oncologia Médica	44.819	45.915	2,4%	415.818	431.359	3,7%
Obstetrícia	129.902	126.011	-3,0%	375.785	374.562	-0,3%
Urologia	90.316	91.029	0,8%	347.881	353.310	1,6%
Dermato-Venereologia	153.945	157.658	2,4%	342.381	361.421	5,6%
Anestesiologia	243.004	252.339	3,8%	336.458	351.879	4,6%
Pneumologia	69.394	75.926	9,4%	317.056	343.070	8,2%
Neurologia	77.362	80.400	3,9%	299.210	312.668	4,5%
Medicina Física e Reabilitação	111.193	118.302	6,4%	310.366	324.157	4,4%
Gastroenterologia	79.437	79.532	0,1%	261.408	266.739	2,0%
Estomatologia	54.809	58.073	6,0%	216.732	224.104	3,4%
Endocrinologia - Nutrição	42.558	43.680	2,6%	215.691	224.438	4,1%
Hematologia Clínica	19.225	19.518	1,5%	203.056	200.756	-1,1%
Nefrologia	21.069	22.592	7,2%	164.314	171.841	4,6%

Fonte: ACSS-SICA

Primeira consulta de especialidade hospitalar com pedido solicitado via CTH

Em 2013, foram solicitados 1.507.982 pedidos de primeira consulta hospitalar através do programa CTH, o que representa um aumento de pedidos inscritos em relação a 2012 (1.352.143).

O quadro seguinte apresenta a variação registada nas várias regiões de saúde (o maior crescimento regista-se nos hospitais da ARS Algarve – 16%, sendo que nas restantes ARS o aumento varia entre 9 e 13%), assim como analisa o número de pedidos de primeira consulta por 1.000 habitantes, o que nos permite perceber as diferenças existentes entre as regiões de saúde, de acordo com a população que servem (a ARS Norte, com 173,5 pedidos por mil habitantes, tem valores de quase o dobro da ARS com menor procura – ARS Algarve, com 93,4 pedidos). Apesar destas diferenças, estes dados denotam uma melhor utilização do aplicativo e maior articulação entre os CSP e os cuidados de saúde hospitalares.

Tabela 45. Número de pedidos de consulta inscritos, totais e por 1000 habitantes nos anos de 2012 e 2013, por região de saúde e entidades não SNS

Destino do pedido	Pedidos inscritos			Pedidos inscritos por 1000 habitantes	
	2012	2013	% Variação 2013/2012	2012	2013
ARS Norte	519.773	564.400	9%	159,8	173,5
ARS Centro	203.362	229.522	13%	86,5	97,7
ARS LVT	421.342	459.758	9%	118,7	129,5
ARS Alentejo	49.096	55.776	14%	111,8	127,0
ARS Algarve	36.264	42.060	16%	80,5	93,4
Entidades não SNS	122.306	156.466	28%	n/a	n/a
Total	**1.352.143**	**1.507.982**	**12%**	**134,7**	**150**

Fonte: ADW-CTH (dados extraídos a 13 de Janeiro de 2014)

Analisando agora a dinâmica dos pedidos inscritos para consulta, ou seja, a comparação entre os pedidos inscritos, os pedidos concluídos e as consultas realizadas, constata-se, em 2013, uma diminuição dos pedidos não concluídos, o que representa uma *proxy* da lista de espera para consulta no âmbito do programa CTH, conforme o quadro seguinte demonstra.

Tabela 46. Dinâmica dos pedidos inscritos em consulta entre 2011 e 2013

	2011	2012	2013
Inscritos	1.193.924	1.352.143	1.507.982
LICO (Pedidos não concluídos)	708.712	794.303	753.846
Pedidos concluídos	1.101.091	1.274.271	1.543.822
Consultas realizadas	810.949	938.376	1.049.514

Fonte: ADW-CTH (dados extraídos a 13 de Janeiro de 2014)

Analisando agora a realidade das consultas realizadas, verifica-se que, em 2013, foram realizadas 1.049.514 consultas referenciadas pelo médico de família através do CTH, representando um aumento de 12,3% face a 2012 (+114.681) e de 29,8% em relação a 2011 (+ 240.290). O quadro seguinte apresenta o número de consultas realizadas em 2013, comparando a prioridade atribuída pelo médico dos cuidados de saúde primários com a prioridade atribuída na triagem do médico hospitalar.

Tabela 47. Consultas realizadas no ano de 2013, segundo a prioridade atribuída no pedido e a prioridade atribuída na triagem

Consultas realizadas*								
Prioridade atribuída no pedido (CS)	Prioridade atribuída na triagem (hospital)							
	Muito prioritário		Prioritário		Normal		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	15.665	2%	74.551	8%	857.045	90%	947.261	90%
Urgente	9.059	9%	31.212	31%	61.982	61%	102.253	10%
Total	**24.724**	**2%**	**105.763**	**10%**	**919.027**	**88%**	**1.049.514**	**100%**

Fonte: ADW-CTH (dados extraídos a 13 de Janeiro de 2014)

Independentemente da data de inscrição do pedido

No que respeita ao número total de consultas realizadas no âmbito do Programa CTH, verifica-se um aumento em todas as ARS, sendo as mais significativas as ARS Alentejo e Algarve (22% e 34,4%, respetivamente), conforme demonstra o quadro seguinte.

Tabela 48. Número de consultas realizadas e tempo médio de resposta ao pedido de consulta, em dias, segundo a prioridade na triagem, segundo o destino dos pedidos, nos anos de 2012 e 2013.

ARS de destino do pedido	Consultas realizadas				Tempo médio de resposta ao pedido (dias)			
	2012	2013	Variação 2012 - 2013	% Variação 12 - 13	2012	2013	Variação 2012 - 2013	% Variação 12 - 13
ARS Norte	**377.884**	**407.029**	**29.145**	**7,7%**	**125,9**	**126,5**	**1**	**0,5%**
ARS Centro	**145.131**	**164.612**	**19.481**	**13,4%**	**130,2**	**113,9**	**-16**	**-12,5%**
ARS LVT	**277.232**	**313.502**	**36.270**	**13,1%**	**107,2**	**107,6**	**0**	**0,3%**
ARS Alentejo	**32.780**	**39.980**	**7.200**	**22,0%**	**158,3**	**133,8**	**-25**	**-15,5%**
ARS Algarve	**20.541**	**27.610**	**7.069**	**34,4%**	**202,2**	**189,2**	**-13**	**-6,4%**
Entidades não SNS	**84.808**	**96.781**	**11.973**	**14,1%**	**115,3**	**123,1**	**8**	**6,8%**
Total	**938.376**	**1.049.514**	**111.138**	**11,8%**	**122,9**	**120,5**	**-2**	**-1,9%**

Fonte: ADW-CTH (dados extraídos a 13 de Janeiro de 2014)

* Independentemente da data de inscrição do pedido

A nível nacional, registamos um aumento de 11,8% (111.138) de consultas realizadas e registadas no CTH, relativamente ao período homólogo. O menor aumento verifica-se na ARS Norte, o que pode significar que se atingiu a estabilização da referenciação para o CTH, com origem nos CSP. As ARS Centro e LVT, têm um crescimento idêntico – 13,4% e 13,1%. As entidades não SNS têm um aumento de 14,1%, certamente relacionado com a gestão dos acordos de contratualização.

No que respeita o tempo médio de resposta aos pedidos verificamos, globalmente, uma diminuição de 1,9%, correspondente a 2 dias.

Em 2013, em termos globais, verificou-se uma diminuição do tempo médio e da mediana até à realização da consulta, em relação a 2012. De facto, o tempo médio de resposta ao pedido de consulta em 2013 foi 120,5 dias (tinha sido de 122,9 dias em 2012) e a mediana do tempo até à realização da primeira consulta foi de 80,8 dias (em 2012 foram 81,5 dias), ficando abaixo dos 150 dias do TMRG estipulado na Portaria nº 1529/2008, de 26 de Dezembro.

Tabela 49. Tempo médio de resposta e mediana do tempo decorridos até à realização da primeira consulta, em 2012 e 2013 (consultas realizadas*).

ARS de destino do pedido	Tempo médio de resposta ao pedido (dias)		Mediana do tempo até à realização da primeira consulta (dias)	
	2012	2013	2012	2013
ARS Norte	125,9	126,5	85,1	85,2
ARS Centro	130,2	113,9	79,5	77,1
ARS LVT	107,2	107,6	68,7	72,6

ARS de destino do pedido	Tempo médio de resposta ao pedido (dias)		Mediana do tempo até à realização da primeira consulta (dias)	
	2012	2013	2012	2013
ARS Alentejo	158,3	133,8	75,0	74,1
ARS Algarve	202,2	189,2	111,7	95,2
Entidades não SNS	115,3	123,1	99,2	89,0
Total	**122,9**	**120,5**	**81,5**	**80,8**

Fonte: ADW-CTH (dados extraídos a 13 de Janeiro de 2014)

*Independentemente da data de inscrição do pedido

Analisando os tempos de reposta por ARS, verifica-se que a média nacional de consultas realizadas dentro do TMRG é de 73%, conforme se apresenta no gráfico seguinte.

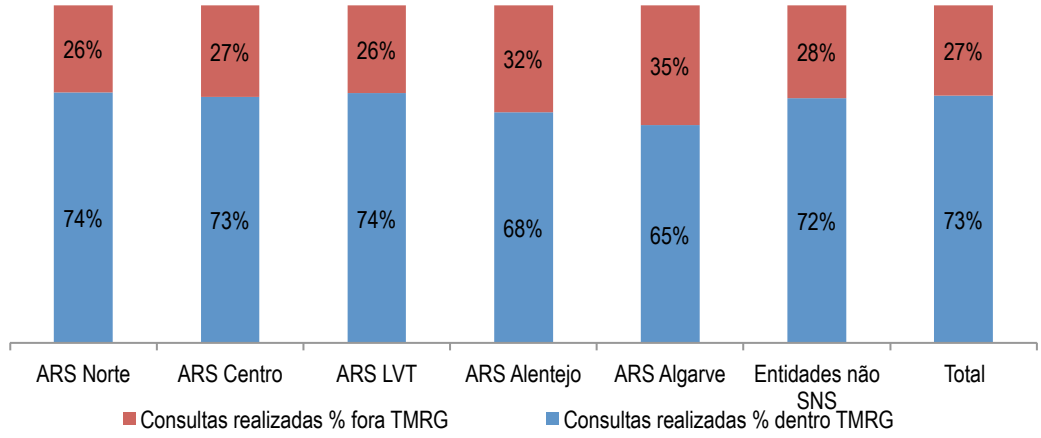


Figura 25. Percentagem de consultas realizadas em 2013, dentro e fora dos TMRG, por região de saúde e entidades não SNS

Fonte: ADW-CTH (dados extraídos a 13 de Janeiro de 2014)

Dada a sua relevância, importa analisar separadamente os pedidos triados como prioritários e como muito prioritários. Neste âmbito, verificamos que as Entidades não SNS, a ARS Norte, ARS Centro e a ARS Alentejo encontram-se com valores superiores a 70% de consultas realizadas dentro do tempo (respetivamente 80%, 76%, 73% e 71%) e a ARS LVT possui um nível de 66% de consultas realizadas nestas circunstâncias, conforme o gráfico seguinte documenta.

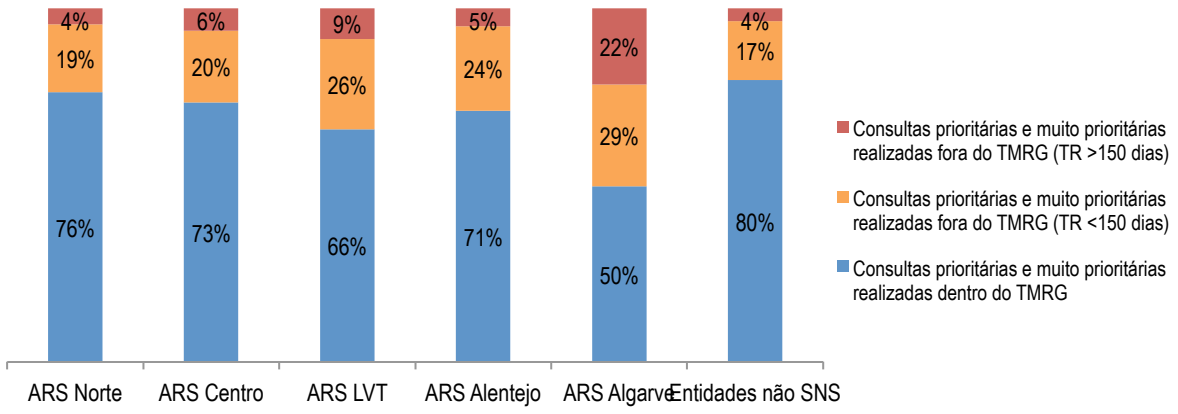


Figura 26. Percentagem de consultas realizadas em 2013, prioritárias e muito prioritárias, dentro e fora dos TMRG e, destas, as realizadas em mais de 150 dias, por região de saúde e entidades não SNS

Fonte: ADW-CTH (dados extraídos a 13 de Janeiro de 2014)

Cirurgia programada

O 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, o que se confirma também no ano de 2013.

Conforme se pode constatar no quadro seguinte, em 2013, foram alvo de intervenção cirúrgica 544.377 inscritos para cirurgia, representando um crescimento de 1,9% face ao ano anterior e de 57,6% face a 2006 (oito anos).

Tabela 50. Evolução global da oferta cirúrgica entre 2006 e 2013

Indicadores	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Δ 2006/2013	Δ 2012/2013
Operados H. SNS (inclui PPP)	331.479	375.418	426.007	451.374	458.497	460.789	482.302	502.251	51,5%	4,1%
Operados H. Convencionados	13.842	27.643	29.496	23.919	25.568	24.654	26.852	15.915	15,0%	-40,7%
Operados H. Protocolados	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	18.476	25.261	26.211	n.a.	3,8%
Total operados	345.321	403.061	455.503	475.293	484.065	503.919	534.415	544.377	57,6%	1,9%
Média do TE dos operados (meses)	4,9	4,1	3,5	2,9	2,6	2,7	2,8	2,7	-46,0%	-5,9%
Operados padrão	420.386	501.389	504.751	493.523	483.096	497.938	535.218	557.991	32,7%	4,3%
Expurgo*	98.205	126.166	96.066	89.280	86.351	83.446	88.677	83.480	-15,0%	-5,9%

Fonte: SIGLIC – Relatório de 2013
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; Indicadores do ano de 2013 extraídos a 15.03.2014;

Os hospitais públicos aumentaram a atividade cirúrgica em 4,1%, o melhor resultado de sempre, com 502.251 doentes operados, ultrapassando assim a barreira dos 500 mil. Por outro lado, o sector convencionado registou uma redução da atividade face a 2012 de 40,7%. Salienta-se que o recurso ao setor convencionado ocorre apenas quando 75% do TMRG é ultrapassado.

Para além desta análise global da oferta no âmbito do SIGIC, o quadro seguinte permite-nos constatar que o número de doentes propostos para cirurgia cresceu a um ritmo de 3,2% face ao ano anterior e 42,5% face a 2006 (oito anos) e do número de inscritos para cirurgia em 5,6%, face ao ano anterior[2].

[2] As entradas em lista correspondem ao número de doentes que foram inscritos para cirurgia durante o período em análise. A lista de inscritos para cirurgia corresponde ao número de doentes que aguardam cirurgia no final do mesmo período. Se o número de doentes operados for superior ao número de entrados em lista verificamos uma redução do número de inscritos para cirurgia.

Tabela 51. Evolução dos indicadores de procura entre 2006 e 2013

Indicadores	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Δ 2006/ 2013	Δ 2012/ 2013
Entradas em LIC	451.942	517.672	534.344	566.878	573.527	611.535	624.226	644.178	42,5%	3,2%
Nº de utentes inscritos (LIC)	221.208	197.150	174.179	164.751	162.211	180.356	166.798	176.129	-20,4%	5,6%
Mediana TE da LIC em meses	6,9	4,4	3,7	3,4	3,1	3,3	3,0	2,8	-58,9%	-4,5%
% Inscritos que ultrapassam o TMRG	43,5%	24,2%	21,6%	18,4%	13,0%	15,8%	15,1%	12,8%	-65,3%	-15,3%

Fonte: SIGLIC – Relatório de 2013

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; Indicadores do ano de 2013 extraídos a 15.03.2014

Legenda:
LIC – Lista de inscritos para cirurgia
Nº – Número
TE – Tempo de Espera
TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

O aumento da atividade permitiu que o SNS tenha apresentado, em 2013, o mais baixo tempo de espera de sempre para cirurgias - 2,8 meses (pela primeira vez abaixo dos 3 meses).

Ao nível da percentagem de inscritos que ultrapassam os TMRG verificamos também uma forte redução de 15,3% em relação a 2012 (ano que já tinha registado uma redução de -4,5%, em relação a 2011). A melhoria deste indicador permitiu reduzir para 12,8% a percentagem dos doentes que não foram operados dentro dos tempos (quando em 2012 esta percentagem era de 15,1%), também o mais baixo resultado de sempre no SNS.

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

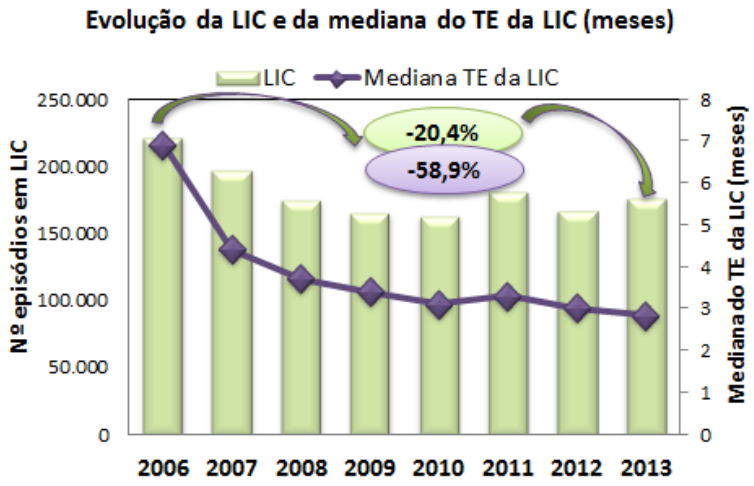


Figura 27. Evolução da LIC e mediana de TE da LIC entre 2006 e 2013

Fonte: SIGLIC – Relatório de 2013

O gráfico seguinte 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).

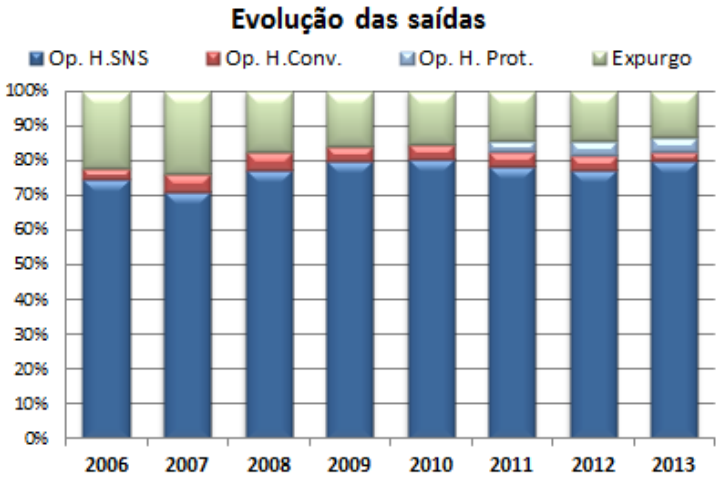


Figura 28. Evolução das Saídas de LIC entre 2006 e 2013

Fonte: SIGLIC – Relatório de 2013
Legenda:
Amb. – Ambulatório; **Conv**. – Convencionados; **H.** – Hospitais;
LIC – Lista de inscritos para cirurgia; **MRA** – Modalidade remuneratória alternativa;
Nº – 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.

As transferências asseguram a prestação dos cuidados cirúrgicos nos TMRG, sempre que o hospital de origem não tem capacidade para tal. Neste âmbito, o esquema seguinte apresenta a estrutura das transferências ocorridas em 2013, ou seja, a percentagem de utentes com vale de cirurgia emitidos (66.687 em 2013, valor bastante inferior aos 84.734 registados em 2012), os quais representam 10,4% do total de entradas em LIC.

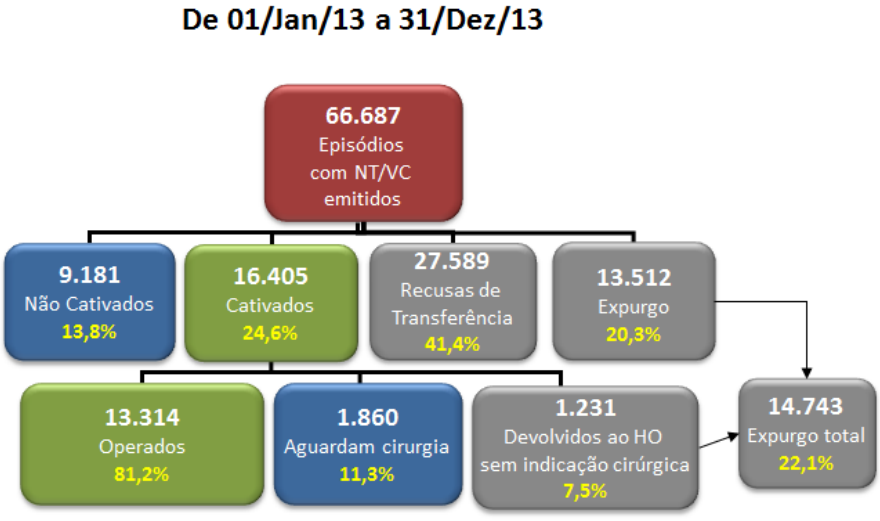


Figura 29. Diagrama referente às notas de transferência e vales cirurgia emitidos em 2013

Fonte: SIGLIC – Relatório de 2013

Legenda:
NT/VC – Nota de transferência/vale-cirurgia
HO – Hospital de origem

Conforme previsto no ano anterior, a atividade convencionada diminuiu significativamente em 2013 (-40,7% face ao ano de 2012), conforme demonstra o gráfico seguinte, por aumento da produtividade das instituições do SNS em favor do cumprimento dos TMRG.

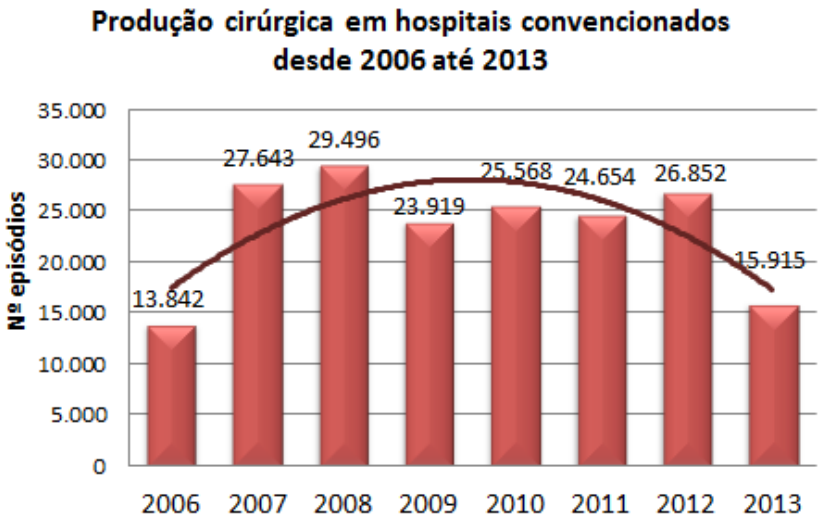


Figura 30. Produção cirúrgica em hospitais convencionados entre 2006 e 2013

Fonte: SIGLIC – Relatório de 2013
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; Indicadores do ano de 2013 extraídos a 15.03.2014;

Um indicador importante de qualidade é o tempo de resolução da LIC (em meses), o qual representa o eventual tempo considerado necessário para resolver a LIC caso, a partir da data do cálculo, não se registassem mais entradas e o número médio de saídas por mês se mantivesse constante (tempo de resolução = LIC/(Saídas/mês).

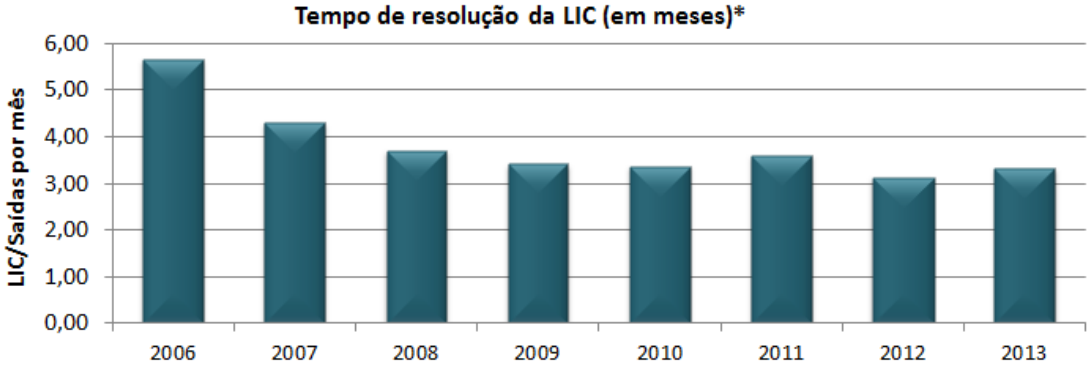


Figura 31. Tempo de resolução da LIC (em meses) entre 2006 e 2013

Fonte: SIGLIC – Relatório de 2013

Conforme se constata, o tempo de resolução da LIC tem vindo a diminuir nos últimos anos, mantendo-se atualmente constante em redor dos 3 meses.

Analisando agora mais em detalhe a componente da atividade cirúrgica em relação às neoplasias malignas, constatamos que o número de doentes com cancro operados num ano, em todo o universo de prestadores (públicos, privados e protocolados), foi o maior de sempre, 44.264 doentes (+6,1% face ao ano anterior), conforme se apresenta no quadro seguinte.

Figura 32. Evolução dos indicadores de oferta em neoplasias malignas entre 2006 e 2013

Indicadores	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Δ 2006/2013	Δ 2012/2013
Operados NM H. SNS (inclui PPP)	27.100	32.491	35.940	37.248	39.041	41.495	41.403	44.024	62,5%	6,3%
Operados NM H. Convencionados	9	36	140	432	362	379	217	139	1444,4%	-35,9%
Operados NM H. Protocolados	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	122	85	101	n.a.	18,8%
Total Operados NM	27.109	32.527	36.080	37.680	39.403	41.996	41.705	44.264	63,3%	6,1%
Média TE dos Operados NM em dias	33	30	30	26	24	24	25	26	-21,2%	4,0%
Operados padrão NM	45.512	55.420	58.046	54.664	50.784	53.138	53.046	60.540	33,0%	14,1%

Fonte: SIGLIC – Relatório de 2013

Os hospitais públicos apresentaram um aumento da atividade cirúrgica em doentes com neoplasias malignas face a 2012, de mais 6,3%, tendo sido operado o maior número de doentes de sempre, 44.024 doentes. Apesar deste desempenho, a mediana de tempo de espera para doentes com neoplasias malignas foi de mais 1 dia em 2013, face a 2012. Apesar deste aumento de produção, o tempo de espera para cirurgias com cancro aumentou, o que reforça a necessidade de prevenir o aparecimento destas doenças, continuar a melhorar a articulação entre os cuidados primários e a intervenção hospitalar e encetar novas medidas para aumentar a resposta do SNS face à estimativa de aumento da incidência deste flagelo.

De facto, entre 2012 e 2013, a percentagem de inscritos com neoplasias malignas que ultrapassaram o TMRG apresentou um crescimento de 15,7%, conforme demonstra o quadro seguinte.

Figura 33. Evolução dos indicadores de procura em neoplasias malignas entre 2006 e 2013

Indicadores	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Δ 2006/ 2013	Δ 2012/ 2013
Entradas NM em LIC	33.064	38.279	40.565	42.066	44.610	47.144	46.827	49.349	49,3%	5,4%
Nº de utentes inscritos NM (LIC NM)	3.430	3.493	3.567	3.109	3.287	3.624	3.524	3.916	14,2%	11,1%
Mediana do TE da LIC NM em dias	51	40	35	27	22	25	26	27	-47,1%	3,8%
%Inscritos NM que ultrapassam o TMRG	55,1%	47,0%	37,5%	19,9%	16,5%	23,7%	21,7%	25,1%	-54,4%	15,7%

Fonte: SIGLIC – Relatório de 2013

O peso das doenças oncológicas no SNS tem vindo a aumentar nos últimos anos, prevendo-se um peso ainda maior ao longo das próximas décadas. Este aumento deriva de três fatores, o aumento da esperança de vida, modificações de incidência em alguns grupos etários e a evolução técnica que permite oferecer soluções terapêuticas em casos anteriormente impossíveis. O aumento da esperança de vida, associado ao envelhecimento da população, é o fator mais importante para o crescimento progressivo dos novos casos. Por outro lado, assistimos ao aumento dos grupos etários mais velhos, o que potencia ainda mais o efeito anterior. A estes factos há a somar a complexidade crescente da oncologia e exigência da população, expressas em maiores necessidades de meios humanos e técnicos. Estima-se vir a existir um aumento de aproximadamente 3% de novos casos de cancro, em cada ano até 2020, aumento este que invariavelmente se

traduzirá numa maior pressão sobre os hospitais e o SNS. Este aumento de necessidades traduz-se, em primeiro lugar, pelo aumento das entradas em lista de espera para cirurgia, mas refletir-se-á obviamente noutras áreas, como o diagnóstico (imagiologia e anatomia patológica), na oncologia médica, na radioterapia e nos cuidados de suporte.

Face a esta pressão epidemiológica, importa encetar um conjunto de medidas que permitam responder no imediato às necessidades dos doentes e preparar o SNS para responder ao esperado aumento de necessidade. Importa previamente destacar, o elevado esforço financeiro já desencadeado este ano, ao nível da deteção precoce do cancro do cólon e do reto através da norma da DGS para a deteção precoce desta patologia e a convenção para a analgesia na colonoscopia.

Paralelamente, o programa de telerastreio dermatológico tem demonstrado uma elevada aceitabilidade e permitido o aumento do acesso e redução dos tempos de espera para dermatologia. Para além da capacidade de deteção, a implementação de medidas para melhoria da capacidade do SNS nesta área passa por dois vetores, a prioridade clínica à oncologia e a melhoria da gestão operacional.

Ao nível da prioridade clínica, o Ministério da Saúde dará prioridade à contratação de profissionais de saúde para responder à área de oncologia. Por outro lado, as unidades hospitalares para a gestão de inscritos para cirurgia passam a controlar semanalmente os doentes em risco de ultrapassar o TMRG e em articulação com a direção clínica de cada unidade procedem ao agendamento prioritário destes doentes. A direção clínica de cada unidade hospitalar passa a reportar e a justificar, caso a caso, cada doente que ultrapasse o TMRG à unidade central de gestão inscritos para cirurgia (UCGIC) da ACSS,I.P. Sempre que a justificação não seja razoável, o processo é encaminhado para a Inspeção Geral de Atividades em Saúde para averiguação.

A nível da melhoria da gestão operacional devem a ser equacionadas várias medidas:

- Alargamento do programa de teledermatologia;
- Gestão da radioterapia através do programa de acesso de gestão de inscritos para cirurgia;
- Melhoria da regulação e reforço das equipas envolvidas nos programas de modalidade remuneratória alternativa (MRA - atividade adicional) para redução dos tempos de espera;
- Responsabilização das unidades e conselhos de administração pelo desempenho nesta área, através do reforço dos indicadores de qualidade associados ao financiamento hospitalar (contrato-programa) e avaliação dos conselhos de administração (contratos de gestão).

Atendimentos Urgentes

A evolução da atividade de urgência hospitalar está muito dependente da sazonalidade dos surtos de doenças respiratórias infeciosas e ondas de calor. Ainda assim, e em linha com o esperado, regista-se em 2013 uma estabilização em redor dos 6 milhões de atendimentos urgentes nos Hospitais do SNS, face a 2012, conforme demonstra o quadro seguinte.

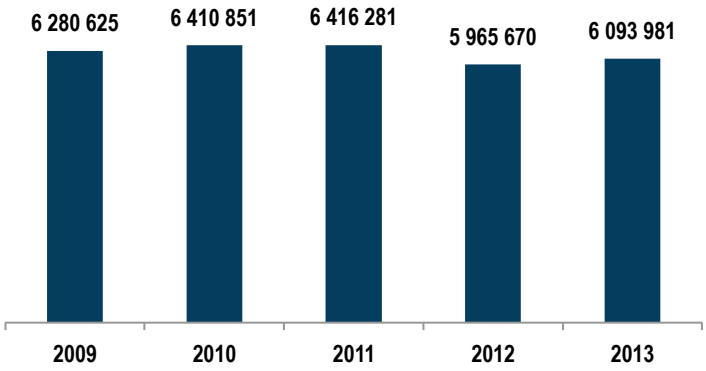


Figura 34. Evolução dos atendimentos urgentes entre 2009 e 2013

Fonte: ACSS-SICA

Em termos de distribuição por tipologia de urgência, verificamos que os serviços de urgência médico-cirúrgica (SUMC) são os mais procurados, seguidos pelos serviços de urgência polivalente (SUP) e serviços de urgência básica (SUB). Importa compreender que a oferta destas tipologias de serviços é dominada pelas SUB (18 geridas ao nível dos CSP e 22 geridas por hospitais). Por sua vez, os SUMC são 30 e os SUP 14.

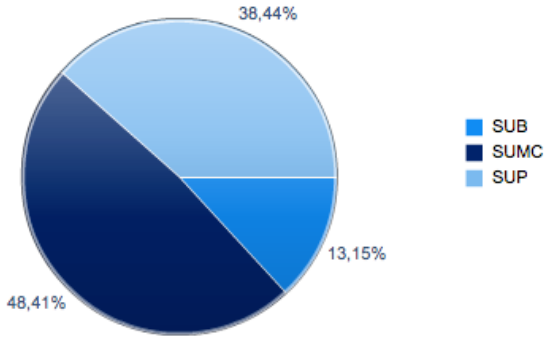


Figura 35. Percentagem de atendimentos por tipologia de serviços de urgência

Em termos de triagem de Manchester verifica-se a persistência do peso excessivo de atendimentos que podem ser observados em outros níveis de cuidados menos complexos. Face a estes dados crónicos será necessário equacionar a implementação de medidas concretas que promovam o redireccionamento de doentes para níveis de cuidados mais efetivos.

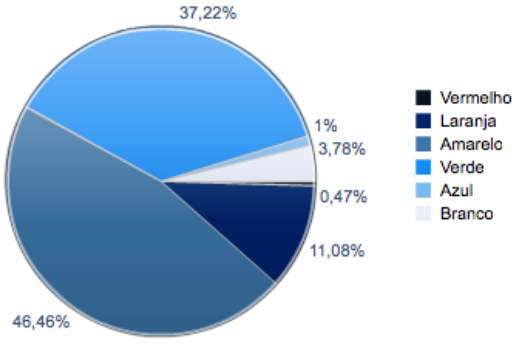


Figura 36. Distribuição de atendimentos de acordo com a triagem de Manchester

17.3. Cuidados Continuados Integrados

Conforme referimos na primeira parte do presente Relatório, a RNCCI resulta de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Segurança e Solidariedade Social, e 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..

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.

O número de utentes referenciados para a RNCCI em 2013 foi de 39.896, o que representa um acréscimo de 34% em relação a 2012, ano em que tinham sido referenciados 29.790 utentes para a RNCCI.

Conforme se contata na tabela seguinte, o maior crescimento em relação a 2012 é nas EIHSCP e ECSCP (estas têm admissão direta), com 79% de crescimento, seguidas das ECCI com um crescimento de 44%.

Tabela 52. Utentes Referenciados por tipologia da RNCCI em 2012 e 2013

Tipologia	Utentes Referenciados		Acréscimo
	2012	2013	
ULDM	5.363	6.751	26%
UMDR	6.656	8.788	32%
UCP	1.700	2.050	21%
UC	7.085	8.943	26%
ECCI	7.789	11.219	44%
EIH e ECSCP	1.197	2.145	79%
TOTAL	29.790	39.896	34%

Fonte: UMCCI. Relatório RNCCI 2013

Quando se analisa a origem da referenciação dos utentes para a RNCCI em 2013, constata-se que 67% dos utentes foram referenciados pelos Hospitais e 33% pelos CSP, o que representa uma distribuição sobreponível a anos anteriores.

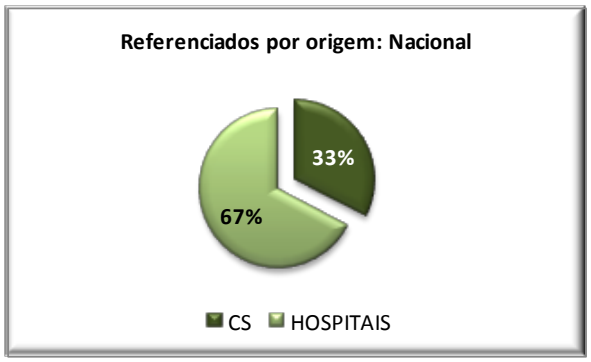


Figura 37. Origem dos utentes referenciados no âmbito da RNCCI

Fonte: UMCCI. Relatório RNCCI 2013

Para uma referenciação nacional de 33%, a região que tem maior percentagem de referenciação a partir dos CSP é o Algarve, com 45% dos seus utentes a serem referenciados fora do contexto hospitalar. A região com menor percentagem é o Norte, com 26%. O peso da referenciação hospitalar é maior no Norte (74%) e LVT (70%), conforme demonstra a figura seguinte.

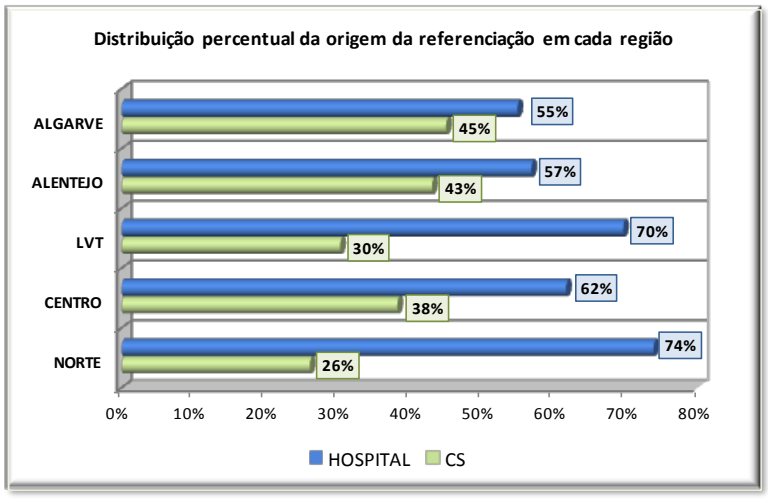


Figura 38. Distribuição percentual da origem da referenciação em cada região, no âmbito da RNCCI

Fonte: UMCCI. Relatório RNCCI 2013

Quando analisamos o destino das referenciações, verificamos que a tipologia para onde foram referenciados mais utentes a nível nacional foi a ECCI com 30%, seguida das UC com 24%.

Os cuidados domiciliários assumem-se como a principal tipologia de cuidados de referenciação a nível nacional, com crescimento em relação a anos anteriores.

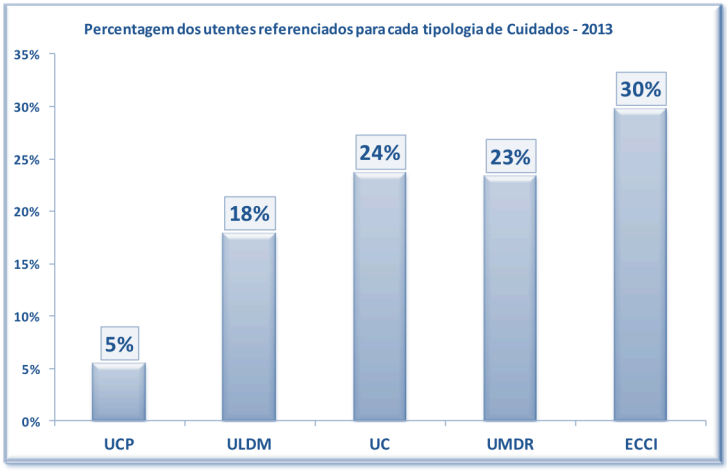


Figura 39: Referenciação para as diferentes tipologias de cuidados no âmbito da RNCCI.

Fonte: UMCCI. Relatório RNCCI 2013

O número de utentes que foram referenciados para a RNCCI em 2013, em valores absolutos, por tipologia e região, são apresentados na tabela seguinte:

Tabela 53. Utentes referenciados por tipologia e região no âmbito da RNCCI

UTENTES REFERENCIADOS POR REGIÃO E TIPOLOGIA - 2013											
TOTAL com admissões diretas de EIH e ECSCP	Regiões	EIHSCP	ECSCP	ECCI	UC	UCP	ULDM	UMDR	TOTAIS sem admissões diretas - EIH e ECSCP		
									CS	HOSPITAIS	GLOBAL
15.147	NORTE	600	40	5.110	3.848	557	2.342	2.650	3.791	10.716	14.507
7.431	CENTRO	0	0	551	1.603	533	2.125	2.619	2.845	4.586	7.431
10.291	LVT	846	56	3.241	1.969	699	1.147	2.333	2.849	6.540	9.389
3.804	ALENTEJO	86	129	802	979	231	843	734	1.547	2.042	3.589
3.223	ALGARVE	388	0	1.515	544	30	294	452	1.277	1.558	2.835
39.896	NACIONAL	1920	225	11.219	8.943	2.050	6.751	8.788	12.309	25.442	**37.751**

Fonte: UMCCI. Relatório RNCCI 2013

Em relação a 2012, a região que mais cresceu em utentes referenciados foi LVT, com um acréscimo de 73,3%, cerca do triplo em relação a qualquer das outras regiões.

Tabela 54. Número de utentes referenciados por região de saúde em 2012 e 2013 no âmbito da RNCCI

REFERENCIADOS			
	2012	2013	variação
NORTE	11.986	14.507	21,0%
CENTRO	6.095	7.431	21,9%
LVT	5.419	9.389	**73,3%**
ALENTEJO	2.833	3.589	26,7%
ALGARVE	2.260	2.835	25,4%
NACIONAL	**28.593**	**37.751**	**32,0%**

Fonte: UMCCI. Relatório RNCCI 2013

O número total acumulado de utentes referenciados para a Rede, desde 2007, é de 174.943, conforme se apresenta no gráfico seguinte.

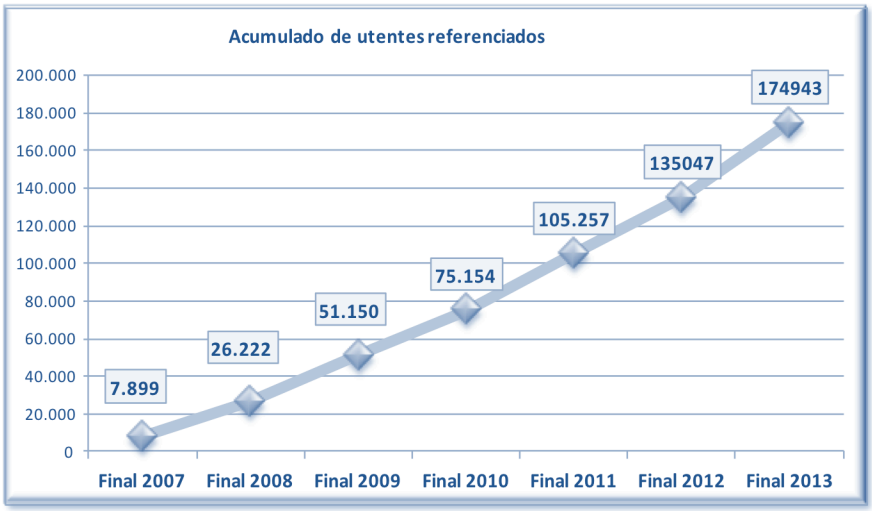


Figura 40: Evolução do número de utentes referenciados no âmbito da RNCCI entre 2007 e 2013

Fonte: UMCCI. Relatório RNCCI 2013

No que respeita às equipas referenciadoras hospitalares – Equipas de Gestão de Altas (EGA) – assinala-se, em 2013, a nível nacional, um crescimento de 6,4%, justificada pelo aumento de 19% no Centro e de cerca de 7% em LVT, mantendo-se as restantes regiões inalteradas. Também as equipas referenciadoras nos CSP registam um aumento significativo em 2013 (30%), com crescimento de cerca de 46% no Norte, 44% em LVT, 9,1% no Algarve e 8,7% no Centro.

Tabela 55. Número de equipas referenciadoras no âmbito da RNCCI

EGA Hospital			
Ano Região	2012	2013	variação
Norte	24	24	0,0%
Centro	16	19	18,8%
LVT	30	32	6,7%
Alentejo	5	5	0,0%
Algarve	3	3	0,0%
TOTAL	78	83	6,4%

EGA Centros de Saúde			
Ano Região	2012	2013	variação
Norte	162	237	46,3%
Centro	69	75	8,7%
LVT	84	121	44,0%
Alentejo	57	57	0,0%
Algarve	33	36	9,1%
TOTAL	405	526	30%

Fonte: UMCCI. Relatório RNCCI 2013

Em seguida, apresentamos de forma sintética os principais resultados assistenciais da RNCCI em 2013.

Atividade Assistencial da RNCCI

- A população atendida na RNCCI, em 2013, com idade superior a 65 anos representa 80,3% do total;
- A população com idade superior a 80 anos representa 51,8% do total, a maior percentagem registada desde o inicio de criação da RNCCI;
- O sexo feminino representa 55,2% dos utentes e 33% tem idade superior a 80 anos, enquanto nos homens representa cerca de 19%;
- 90% dos utentes atendidos na RNCCI têm um nível de escolaridade menor que 6 anos;
- Os utentes da RNCCI tinham previamente apoios de vários tipos destacando-se os apoios em alimentação, higiene e medicamentos, com mais de 50 % com apoio em alimentação e higiene;
- Os utentes incapazes e dependentes representam 97% da população, a mais elevada até ao momento, com 48% de incapazes e 49% de dependentes;
- A nível nacional, apesar do elevado grupo etário e nível de autonomia na admissão, que condicionam o sucesso da intervenção, foram atingidos os objetivos da intervenção planeada pelo Plano Individual de Intervenção em 79% dos casos;
- 11% dos utentes tiveram alta para respostas sociais. A nível nacional, 76% das altas foram para o domicílio, 77% dos quais tiveram necessidade de suporte;
- A incidência de úlceras de pressão na RNCCI em 2013 foi de 2,3%. A prevalência de quedas foi de 27%;
- A taxa de mortalidade na Rede foi de 13%. Os óbitos em ECCI representam 37% do total. A taxa de mortalidade em ECCI foi de 15%. A taxa de mortalidade em Unidades de internamento foi de 8,4%;

- O número de utentes assistidos em 2013 foi de 44.881. Foram assistidos 28.721 utentes em Unidades de internamento, 13.804 utentes em ECCI e 2.356 em EIH/ECSCP. O maior crescimento relaciona-se com os utentes assistidos em EIHSCP/ECSCP (acréscimo de 88%) e ECCI (acréscimo de 19%);
- A tipologia que mais utentes assistiu a nível nacional foi ECCI com 31%;
- Verifica-se que o Algarve é a região do país que maior % de utentes assistiu em relação á sua população com idade superior a 65 anos, com 5,7%, seguida do Alentejo com 3,6% e do Norte com 2,6%. LVT foi a região que menos % de utentes assistiu em relação à sua população com idade superior a 65 anos, com 1,5%. O Centro tem uma % de 2,1%;
- 44% dos utentes com necessidade de cuidados ou ações paliativas tiveram admissão direta através das EIHSCP. 65% dos utentes com necessidade de cuidados ou ações paliativas tiveram resposta fora das UCP;
- O acumulado de utentes assistidos é de 165.186.

Outras Indicadores da RNCCI

- Em relação à taxa de ocupação, a nível nacional, as unidades de internamento possuem uma taxa de ocupação elevada, destacando-se a tipologia de longa duração e manutenção (95%). A taxa de ocupação de ECCI melhorou em relação a 2012, mas ainda com lugares disponíveis atendendo à capacidade registada no aplicativo informático que suporta o funcionamento da RNCCI;
- A demora média nas diferentes respostas da RNCCI diminui em Unidades de Convalescença passando para 29 dias a nível nacional. Diminui em ULDM passando para 161 dias. A demora média em UMDR situa-se nos 92 dias;
- As transferências para outras tipologias, a nível nacional são sobreponíveis a 2012 (72%).
- O número de lugares totais na RNCCI é de 13.695;
- Os lugares de internamento cresceram 12,4%, existindo um total de 6.642 camas. Os lugares de ULDM, dado que representam 90,4% do total de novas camas, representando atualmente esta tipologia 55,6% dos lugares de internamento disponíveis. O número de ECCI cresceu 10% em relação a 2012, existindo 267 ECCI em final de 2013 – 85 no Norte, 60 em LVT, 54 no Centro, 36 no Alentejo e 32 no Algarve;
- A nível nacional existem 25 EIHSCP e 11 ECSCP.

17.4. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica em doenças cardiovasculares

Dos dados reportados pelas Instituições, nos seus relatórios de acesso, ressalta o crescimento, entre 2012 e 2013, do número de intervenções cardíacas realizadas, quer sejam cateterismos cardíacos (+5,9%) quer sejam implantações de *pacemakers* cardíacos (+4,6%).

Tabela 56. Doenças cardiovasculares MCDT: intervenções realizadas nos anos de 2012 e 2011 - Cateterismo cardíaco.

	Nº de intervenções 2013	Nº de intervenções 2012	Variação 2013-2012 (%)
Cateterismo Cardíaco	42.108	39.777	5,9%

Fonte: Relatórios de Acesso das Instituições referentes ao ano 2013

Tabela 57. Doenças cardiovasculares MCDT: intervenções realizadas nos anos de 2012 e 2011 - Implantação de pacemaker cardíaco.

	Nº de intervenções 2013	Nº de intervenções 2012	Variação 2012-2011 (%)
Pacemaker Cardíaco	8.339	7.973	4,6%

Fonte: Relatórios de Acesso das Instituições referentes ao ano 2013

REFLEXÕES PARA A AÇÃO FUTURA

Mais uma vez, em 2014, várias entidades confirmaram que a informação constante no 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, tendo ainda resultado em concreto na introdução ou reforço, nos respetivos Planos Estratégicos, dos temas do acesso aos cuidados de saúde e da participação dos cidadãos.

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, melhoria contínua da qualidade, contratualização externa e interna, integração dos SI, formação dos profissionais e de 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.

Para os anos futuros, com intuito de alavancar a melhoria do acesso a cuidados de saúde de qualidade, devem ser desenvolvidos mecanismos de liberdade de escolha conforme preconizado pela Lei de Bases da Saúde. Até ao momento, o SNS tem mantido um modelo mitigado de liberdade de escolha, importando reforçar esta componente de forma a incentivar a inovação e a melhoria desejada na prestação de cuidados de saúde, contribuindo assim para o aumento da satisfação dos cidadãos e dos profissionais de saúde.

A transposição para a ordem jurídica interna da Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, estabelece regras de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços pelos utentes do SNS, criando desafios importantes ao nosso sistema de saúde, nomeadamente por prever liberdade na escolha de prestador de cuidados de saúde no espaço europeu.

Contudo, a implementação de mecanismos de liberdade de escolha e competição entre prestadores exige não apenas um elevado nível de regulação, para garantir que o SNS continua a assegurar a sua missão, mas também a capacitação dos utentes para uma escolha informada.

Desde setembro de 2011, a contínua disponibilização de informação tem permitido um maior conhecimento do desempenho do SNS, por parte dos cidadãos e das comunidades, reforçando os mecanismos de transparência e de responsabilização da gestão, da prestação e da utilização de cuidados de saúde.

A este nível, importa destacar, como iniciativas que permitem ao utente exercer o seu direito de liberdade de escolha informada, a parceria estabelecida entre a ACSS e a Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar, para efeitos de disponibilização e comparação dos resultados alcançados pelas diferentes unidades prestadoras de cuidados de saúde primários, a criação do *microsite* de "Monitorização do SNS", que tem permitido a divulgação de informação sobre as diferentes dimensões de análise do Sistema de Saúde (acesso, eficiência, efetividade, produção e satisfação) e os "*Dashboards* da Saúde" que fornecem informação que permite a monitorização mensal do estado de saúde da população portuguesa.

O esforço na produção de informação e conhecimento sobre os prestadores é, pois, essencial para o desenvolvimento futuro de um mercado público de cuidados de saúde em que se pretende que os utentes sejam a peça central do sistema enquanto consumidores informados. Por outro lado, a criação de centros de referência permitirá o desenvolvimento de mecanismos de liberdade de escolha informada, de acordo com os resultados de cada prestador de cuidados de saúde em áreas de elevada diferenciação técnica.

ANEXO

"Relatório Tipo"