

Ministério da Saúde

Relatório e Contas 2014



Índice

1.	Apresentação	10
2.	Enquadramento macroeconómico	13
3.	Reforma Hospitalar	23
4.	Carta de Equipamentos Pesados	27
5.	O Programa Orçamental de Saúde	29
6.	Investimentos SNS	32
7.	Recursos Humanos do SNS	34
8.	Processo de Contratualização/Metodologia 2014	36
9.	Conferência e análise de faturas	45
10.	Desempenho Assistencial do SNS – Produção e tempos de Espera	47
11.	RNCCI	74
12.	EEA Grants	82
13.	Contas Consolidadas do SNS	84
14.	Auditoria e Controlo Interno no SNS	93
15.	Anexos	95
	15.1 Anexo 1 - Processo de consolidação de contas 2014	95
	15.2 Anexo 2 – Balanço Social 2014	95
	15.3 Anexo 3 – Relatório Anual sobre o acesso aos Cuidados de Saúde do SNS - 2014	95

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Peso % da despesa total em saúde no PIB (2012)	14
Gráfico 2 - Despesa total de saúde, <i>per capita</i> (2012).....	15
Gráfico 3 - Evolução da despesa corrente em saúde, pública e privada (2000-2012).....	16
Gráfico 4 - Despesa corrente em saúde por agente financiador (2000-2012)	16
Gráfico 5 - Despesa corrente em saúde por prestadores de cuidados de saúde (2000-2012).....	17
Gráfico 6 - Despesa com medicamentos <i>per capita</i> e em % do PIB (2012)	18
Gráfico 7 - Evolução do peso em % da despesa total em saúde no PIB e da esperança média de vida nascença em Portugal	19
Gráfico 8- Evolução do número de receitas renováveis entre 2011 e 2014.....	48
Gráfico 9 - Evolução do número de consultas externas hospitalares (EPE+SPA+PPP) entre 2005 e 2014 ..	48
Gráfico 10 - Evolução do número de primeiras consultas externas hospitalares (EPE+SPA+PPP) entre 2005 e 2014	49
Gráfico 11 - Percentagem de consultas realizadas em 2014, dentro e fora dos TMRG	53
Gráfico 12 - Percentagem de consultas realizadas em 2014 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	54
Gráfico 13 - Evolução dos atendimentos urgentes entre 2011 e 2014	55
Gráfico 14 - Percentagem de atendimentos por tipologia de serviços de urgência, em 2014	56
Gráfico 15 - Distribuição de atendimentos de acordo com a triagem de Manchester	56
Gráfico 16 - Origem dos utentes referenciados no âmbito da RNCCI	74
Gráfico 17 - Distribuição percentual da origem da referência em cada região, no âmbito da RNCC.....	75
Gráfico 18 - Referência para as diferentes tipologias de cuidados no âmbito da RNCCI	76

Índice de Quadros

Quadro 1 - Indicadores macroeconómicos	13
Quadro 2 - Principais conclusões do Relatório da OCDE	20
Quadro 3 - Programa P012 Saúde - Despesa por Classificação Económica	29
Quadro 4 - Despesa Programa Saúde.....	30
Quadro 5 - Aquisição de Bens e Serviços.....	31
Quadro 6 – Pedidos de autorização de investimento.....	33
Quadro 7 - Evolução dos gastos com medicamentos.....	45
Quadro 8 - Evolução dos gastos com MCDT's	46
Quadro 9 - Evolução dos gastos com Cuidados Continuados	46
Quadro 10 - Evolução da utilização de consultas médicas nos cuidados de saúde primários entre 2011 e 2014	47
Quadro 11 - Número de consultas hospitalares no SNS, nas especialidades com maior atividade em 2013 e 2014	50
Quadro 12 - Número de pedidos de consulta inscritos nos anos de 2013 e 2014, por região de saúde e entidades não SNS	51
Quadro 13 - Dinâmica dos pedidos inscritos em consulta entre 2011 e 2014	51
Quadro 14 - Consultas realizadas em 2014, segundo a prioridade atribuída no pedido e a prioridade na triagem	52
Quadro 15 - 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	52
Quadro 16 - Tempo médio de resposta e mediana desde a realização da 1ª consulta (consultas realizadas*)	53
Quadro 17 - Evolução global da oferta cirúrgica entre 2006 e 2014	54
Quadro 18 - Evolução dos indicadores de procura entre 2006 e 2014	54
Quadro 19 - Encargos suportados pelo SNS com convenções e indicadores da procura.....	57
Quadro 20 - Encargos e número de exames no setor convencionado, por área de convenção.....	58
Quadro 21 - Variação do número de Endoscopias Digestivas Baixas realizadas no Setor Convencionado ..	59
Quadro 22 - Variação do número de Endoscopias Digestivas Baixas realizadas nos Hospitais do SNS.....	59
Quadro 23 - Doenças cardiovasculares MCDT: intervenções realizadas nos anos 2012, 2013 e 2014 - Cateterismo cardíaco	60
Quadro 24 - Doenças cardiovasculares MCDT: intervenções realizadas nos anos de 2012 e 2011 - Implantação de pacemaker cardíaco	60
Quadro 25- Utentes referenciados por tipologia e região no âmbito da RNCCI	76
Quadro 26 - Tempo de referenciação até identificação de vaga	77
Quadro 27 - Utentes assistidos	78
Quadro 28 - Indicadores Financeiros	91
Quadro 29 - Indicadores Económicos	92

Índice de Figuras

Figura 1- Modelo de contratualização de uma ARS com os ACES (externa) e destes com as respetivas UF (interna).....	37
Figura 2 - Diagrama referente às notas de transferência e vales cirurgia emitidos em 2014	55
Figura 3- Resumo dos portais específicos da PDS.....	66
Figura 4 - Distribuição geográfica das entidades promotoras de projetos financiados pelos EEA Grants	Error!

Bookmark not defined.

Glossário

- ACES** - Agrupamento de Centros de Saúde
- ARS** – Administração Regional de Saúde
- BAS** - Benefícios Adicionais em Saúde
- BP** – Banco de Portugal
- CA** - Conselho de Administração
- CEMP** – Carta de Equipamentos Médicos Pesados
- CHC** – Centro Hospitalar de Coimbra
- CHUC** – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
- CSI** - Complemento Solidário para Idosos
- CSP** - Cuidados de Saúde Primários
- CTH** – Consulta a Tempo e Horas
- DCI** - Denominação Comum Internacional
- DFI** – Departamento de Gestão Financeira
- DGS** – Direção-Geral da Saúde
- DPOC** - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
- DPS** – Departamento de Produção e Sistemas
- DRH** – Diretor de Recursos Humanos
- DRS** – Direção Regional da Saúde
- EBIDTA** - *Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization*
- ECCI** – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
- ECL** - Equipa Coordenadora Local
- EEA** - Espaço Economico Europeu
- EIHSCP** – Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
- EIH** – Escala de Impacto da Halitose
- ECSCP** - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EMP - Equipamentos Médicos Pesados

EPE – Entidade Pública Empresarial

FHS - Faturação a Entidades Seguradoras

GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos

GTRH - Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar

GTT - Grupo de Trabalho da Telemedicina

ICM - Índice de *Case-Mix*

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MFEEE – Mecanismo Financeiro do Espaço Económico Europeu

NOC – Normas de Orientação Clínica

PCN - Ponto de Contacto Nacional

PDS – Plataforma de Dados de Saúde

PEM - Prescrição Eletrónica Médica

PIB – Produto Interno Bruto

PMA - Procriação Medicamente Assistida

PNS - Plano Nacional de Saúde

PO – Programa Orçamental

PPC – Paridade do Poder de Compra

PPP – Parceria Público-Privada

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OP – Operador de Programa

QUAR - Quadro de Avaliação e Responsabilização

RCU - Registo Clínico do Utente

RHV - Recursos Humanos e Vencimentos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNEHR - Redes Nacionais de Especialidades Hospitalares e de Referência

SES – Secretário de Estado da Saúde

SEAMS - Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

SGTD - Sistema de Gestão de Transporte de Doentes

SI – Sistemas de Informação

SIADAP - Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública

SIC - Sistema de Informação de Contabilidade

SICO - Sistema de Informação dos Certificados de Óbito

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

SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SISBAS – Sistema de Informação sobre Benefícios Adicionais em Saúde

SISO - Informação para a Saúde Oral

SITAM - Sistema de Informação de Taxas Moderadoras

SFA - Sistema de Informação dos Serviços e Fundos Autónomos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA – Sector Público Administrativo

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SS - Segurança Social

SUB - Serviços de Urgência Básica

SUMC - Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP - Serviços de Urgência Polivalente

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

TMRG - Tempos Máximos de Resposta Garantidos

UCP - Unidades de Cuidados Paliativos

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

ULS - Unidades Locais de Saúde

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

ULSNA - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

UMDR – Unidades de Média Duração e Reabilitação

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

1. Apresentação

Em 2014 o Serviço Nacional de Saúde (SNS) prosseguiu uma trajetória de sustentabilidade e alcançou ganhos em saúde traduzidos na melhoria de diversos indicadores de saúde e do aumento do acesso a cuidados de saúde, apesar do ambiente de crise económico-financeira e da vigência, até maio, do Programa de Assistência Económica e Financeira (PAEF).

Neste ano manteve-se a preocupação de consolidar e desenvolver medidas estabelecidas em 2013, no sentido de manter um controlo efetivo sobre a despesa e atingir as metas estabelecidas. Esta preocupação visava gerar poupanças adicionais nos custos operacionais.

O Orçamento do Programa Saúde foi de 8.702,5 milhões de euros, sendo a despesa corrente de 8.655 milhões de euros e a despesa de capital de 47,5 milhões de euros. Comparando com 2013, a despesa efetiva do programa registou uma redução de 368,8 milhões de euros (-4,2%), com destaque para a redução da despesa para a aquisição de bens e serviços (-5%) e da despesa de capital (-52,3%).

No que se refere à demonstração e resultados de 2014, verificou-se que os proveitos totais do SNS tiveram um aumento de 123,7 milhões de euros (1,4%) e os custos totais uma evolução inferior de 113,4 milhões de euros (1,3%), situação que permitiu um aumento do resultado líquido de 10,2 milhões de euros (3,7%). Para esta melhoria do resultado líquido contribuíram os proveitos extraordinários – cerca de 125,9 milhões de euros – contabilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS, I.P.) por contrapartida de acréscimos de proveitos respeitantes a convenções internacionais no domínio da prestação e cuidados de saúde.

A dívida global do SNS a fornecedores externos registou uma redução de 102 milhões de euros de 2013 para 2014, passando de 1.841 milhões de euros para 1.739 milhões. Esta evolução positiva deveu-se em grande medida à implementação de diversas políticas do Ministério da Saúde, designadamente o reforço dos contratos-programa de hospitais e a implementação do acordo entre o Ministério e a APIFARMA para 2014, cuja execução se conclui com a receção, pelos hospitais do SNS, de 95 milhões de euros em contribuições das empresas da indústria farmacêutica. De salientar, também, os aumentos de capital realizados em diversos hospitais que apresentavam fundos próprios negativos, tendo sido executados cerca de 151 milhões de pagamentos em 2014.

Indicadores como a esperança média de vida e a taxa de mortalidade infantil continuaram a registar resultados positivos. De igual modo em 2014 registou-se uma melhoria do acesso a cuidados de saúde, ano em que o SNS manteve a tendência de crescimento da produção assistencial nas suas principais áreas de atividade, com realce para a área hospitalar, com 11,8 milhões de consultas e um número de doentes operados sem precedentes, 549.560. Na área dos cuidados de saúde primários registaram-se mais de 7 milhões de utilizadores e 28,7 milhões de consultas realizadas. De sublinhar também as consultas de enfermagem que, iniciadas em 2013, registaram 15,6 milhões em 2014. A consecução destes resultados é reveladora de uma gestão eficaz, equilibrada, responsável e transparente, com a inerente criação de valor e ganhos em termos de acesso e qualidade para a população.

Ainda na área assistencial, o ano de 2014 ficou marcado pela criação de um novo pacote de cuidados ao abrigo da convenção para a endoscopia gastroenterológica, verificando-se um acréscimo de atividade de 29,4%, equivalente a mais 34.763 exames, face a 2013.

Foi dada continuidade à renegociação da carreira médica, tal como definido no acordo de outubro de 2012, na sequência da qual foi possível a aprovação, já em 2015, do regime de mobilidade, do regime de incentivos financeiros para trabalhadores médicos e da revisão do regime jurídico que prevê a contratação de médicos aposentados.

Relativamente a outras carreiras profissionais do SNS, foi celebrado um acordo coletivo de trabalho aplicável ao pessoal de enfermagem dos estabelecimentos, E.P.E., aprovada a legislação de enquadramento do enfermeiro de família e anunciados dois procedimentos de recrutamento de dois mil enfermeiros, foi dado início ao procedimento de revisão da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica e de criação da carreira especial da saúde, englobando a carreira de farmacêutico, psicólogo clínico e nutricionista, a conclusão dos concursos para grau de consultor abertos em 2002 e 2005, bem como continuação do procedimento de 2012 e a preparação da abertura do concurso para grau de consultor aberto em 2015. O processo de regulamentação das terapêuticas não convencionais, que veio a concluir-se em 2015, conheceu em 2014 desenvolvimentos importantes consubstanciados na publicação de legislação relevante.

Em 2014 o SNS pagou 1.748 milhões de euros com medicamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e cuidados continuados integrados. A partir do trabalho do Centro de Conferência de Faturas, que em 2014 passou a ser gerido pela ACSS, I.P., observou-se o incremento de 1,1% do valor pago pelo SNS com medicamentos em 2014, quando comparado com o período homólogo, correspondendo a um aumento de encargos financeiros de 13 milhões de euros.

Em 2014, o microsite “Monitorização do Serviço Nacional de Saúde” alargou a sua abrangência, tendo entrado em produção uma nova área de acesso reservado aos hospitais, a qual permite obter informações mais detalhadas em relação a vários indicadores que são habitualmente acompanhados nos países da OCDE, e passou também a ser disponibilizado o benchmarking ACES, através do qual se procede à harmonização da publicitação de informação sobre os cuidados de saúde primários.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados continuou a ver reforçada a sua atividade, tendo contado em 2014 com 41.657 utentes referenciados, equivalendo a um aumento de 4,4% relativamente a 2013.

O processo da Reforma Hospitalar manteve as atividades em curso no âmbito das diferentes iniciativas estratégicas. Neste contexto, foi possível a atualização de 6 Redes Nacionais de Especialidades Hospitalares e de Referência (RNEHR), o desenvolvimento dos planos de reorganização da rede hospitalar pelas ARS e de planos estratégicos 2014-2016, pelas unidades hospitalares e definição dos critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do SNS, foi publicada a “Carta de Equipamentos Médicos Pesados do Setor Hospitalar”, foi publicado

o relatório sobre os “Centros de Referência” de que resultou a publicação da Portaria n.º 194/2014, de 30 de setembro, que estabelece o conceito, o processo de identificação, a aprovação e a definição de áreas de intervenção prioritárias em que devem ser reconhecidos os centros de referência nacionais, foi publicado o “Relatório do grupo de trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal continental” e publicado o relatório “Cuidados Continuados Integrados em Portugal continental”.

2014 foi também o ano em que entrou em vigor a Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, que transpõe para a ordem jurídica interna a diretiva relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços – Diretiva 2011/24/EU, de 9 de março de 2011. A lei estabelece normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e promove a cooperação nesta área, tendo sido designada pelo Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, a ACSS, I.P. como ponto de contacto nacional.

O Mecanismo Financeiro do Espaço Económico Europeu (MFEEE 2009-2014) atribuiu ao Programa Iniciativas de Saúde Pública (PT06) um montante de mais de 10 milhões de euros. A ACSS, I.P., enquanto operador do Programa Iniciativas de Saúde Pública, lançou em 2014 uma *call for proposals* (PT06), em dois períodos de submissão, que contou com uma adesão muito significativa por parte de entidades do setor público e privado, instituições académicas e associações não-governamentais, num total de 320 propostas, nas áreas de nutrição, saúde mental, doenças transmissíveis e sistemas de informação.

O presente relatório, que se desenvolve nos pontos seguintes, visa assim apresentar uma síntese das principais ações que marcaram o ano de 2014, bem como apresentar o relatório de consolidação de contas do SNS de 2014, em cumprimento da determinação constante da Orientação n.º 1/2010 aprovada pela Portaria n.º 474/2010, de 15 de junho.

2. Enquadramento macroeconómico

O ano de 2014 foi assinalado pela continuidade de um ambiente macroeconómico crítico e de incerteza, na sequência da crise da dívida soberana na Zona Euro, e em particular de Portugal. Durante o período mais recente, a economia portuguesa tem sido confrontada com um exigente processo de ajustamento dos desequilíbrios macroeconómicos acumulados ao longo dos últimos anos.

Este ajustamento, concretizado pelo Programa de Assistência Económica e Financeira, tem-se traduzido numa expressiva contração da atividade económica, induzida pela forte retração da procura interna em resultado do impacto das medidas de consolidação orçamental tomadas pelas autoridades, com o compromisso de satisfazer as metas de défice público acordadas no programa de apoio.

As medidas de austeridade aplicadas, quer ao nível da receita – pelo aumento da carga fiscal, quer ao nível da despesa – pela redução significativa do investimento público, legitima-se pela necessidade de redução dos desequilíbrios existentes, mas acima de tudo pela criação de condições para um crescimento económico sustentável no futuro, reduzindo as necessidades de financiamento externo da nossa economia.

No entanto, no curto prazo, os efeitos recessivos provocados, implicam uma redução significativa do rendimento disponível das famílias e, a par de condições cada vez mais restritivas de acesso ao crédito, do consumo privado.

No contexto deste processo de ajustamento dos desequilíbrios macroeconómicos, o Produto Interno Bruto (PIB) contraiu-se 0,90 por cento em 2014, registando uma melhoria face ao ano anterior.

Quadro 1 - Indicadores macroeconómicos

	2011	2012	2013(p)	2014(p)
PIB (10 ⁶ €)[1]	176.167	168.398	169.395	173.044
PIB Taxa de variação [2]	-1,80%	-4,00%	-1,60%	-0,90%
IPC [3]	3,66%	2,77%	0,30%	-0,30%
Desemprego total(10 ³)[4]	688,2	835,7	855,2	726
Taxa média de desemprego [5]	12,7%	15,5%	16,2%	13,9%

[1] Produto Interno Bruto a preços de mercado (preços correntes; anual)

[2] Produto Interno Bruto a preço de mercado (taxa de variação em volume; anual)

[3] Índice de preços no consumidor (Taxa de variação média anual - Base 2012 - %) por Localização geográfica e Agregados especiais; Mensal

[4] População desempregada (Série 2011 - N.º) por Sexo, Grupo etário e Nível de escolaridade mais elevado completo; Anual

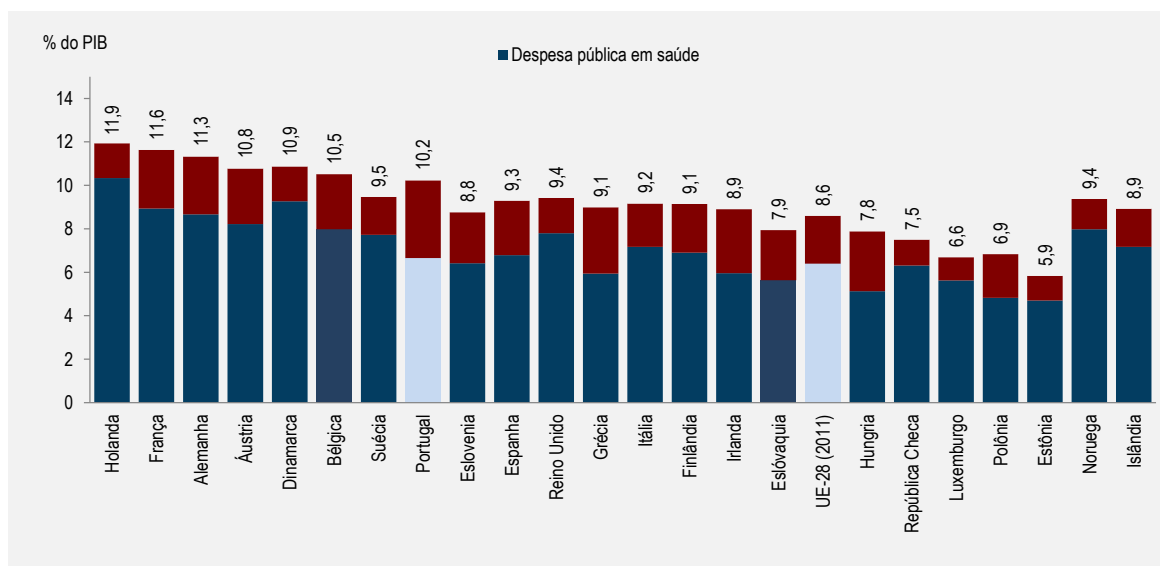
[5] Taxa de desemprego (Série 2011 - %) por Sexo, Grupo etário e Nível de escolaridade mais elevado completo; Anual

Fonte: INE

Para uma abordagem contextualizada da posição de Portugal, relativamente à dimensão económica do setor da saúde, recorreu-se à análise de alguns indicadores agregados macroeconómicos disponibilizados pela OCDE, e em particular à UE-28¹.

A informação disponível mais recente reporta-se ao ano de 2012. Ainda assim, o efeito comparativo pretendido justifica a sua análise, para um melhor conhecimento da realidade nacional quando confrontada com os seus congéneres. Neste contexto, no que respeita aos indicadores de natureza económica e financeira destacam-se as análises seguintes.

Gráfico 1 -Peso % da despesa total em saúde no PIB (2012)



Fonte: OECD Health Data 2014

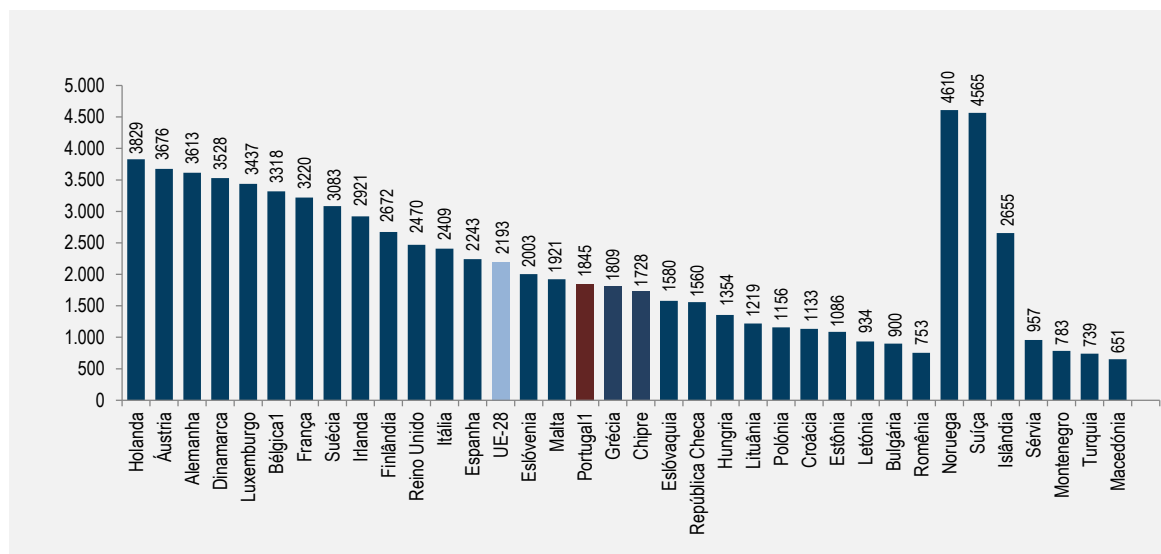
Portugal regista, com referência ao ano de 2012, um valor de despesa total em saúde, que corresponde a 10,2% do PIB, repartido em despesa pública em saúde (6,7%) e despesa privada em saúde (3,6%).

No conjunto dos 28 países da União Europeia e relativamente ao ano de 2011, a despesa total foi de 8,6%, desdobrada em 6,4% para a despesa pública e 2,2% para a despesa privada.

Para um melhor entendimento da tendência registada na distribuição do rácio de despesa em saúde pelo PIB, observe-se o quadro relativo à distribuição pelos vários países da despesa total em saúde *per capita*, ajustados por paridades do poder de compra (PPC).

¹ Conjunto de 28 Países membros da União Europeia (UE), o qual Portugal integra desde 1986

Gráfico 2 -Despesa total de saúde, *per capita* (2012)



[1] Despesas com saúde destinadas à população segurada, diferente da população residente

Fonte: OECD Health Data 2014

Portugal regista um valor da despesa total em saúde *per capita* abaixo, da média dos países da EU-28 (-348€), com uma despesa em saúde *per capita* de 1.845€ PPC.

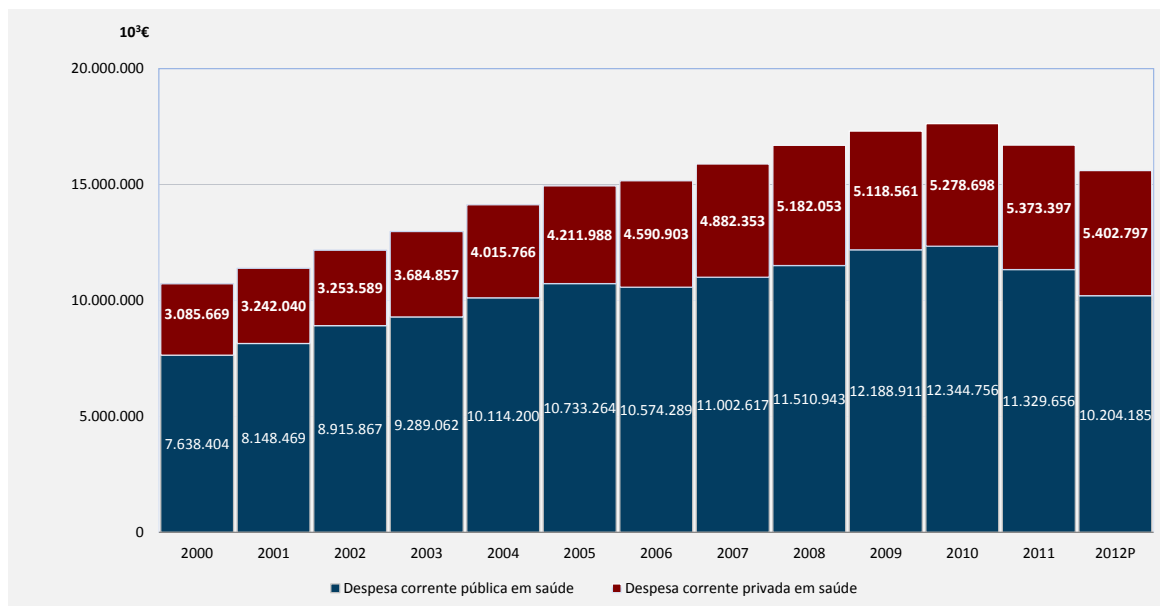
Tendo em consideração o universo europeu, Portugal apresenta uma despesa total em saúde *per capita* inferior aos seus congéneres ocidentais, sendo apenas superior aos países do Leste da Europa.

Para uma perspetiva do setor da saúde em Portugal, utilizou-se a informação disponibilizada pelo Instituto Nacional de Estatística, no que corresponde aos resultados da Conta Satélite da Saúde, para o período 2000-2012, relativos à despesa pública e privada.

A despesa corrente em saúde foi analisada sob duas perspetivas: por agentes financiadores e por prestadores de cuidados de saúde. No que respeita à análise por agente financiador a despesa corrente em saúde reparte-se em despesa pública e despesa privada.

A componente pública é constituída pelas Administrações Públicas, tais como o SNS, os subsistemas públicos e os fundos de segurança social. A componente privada reporta-se às entidades que não integram a componente pública, designadamente os seguros privados, as famílias, as instituições sem fins lucrativos ao serviço das famílias e outras sociedades.

Gráfico 3 - Evolução da despesa corrente em saúde, pública e privada (2000-2012)

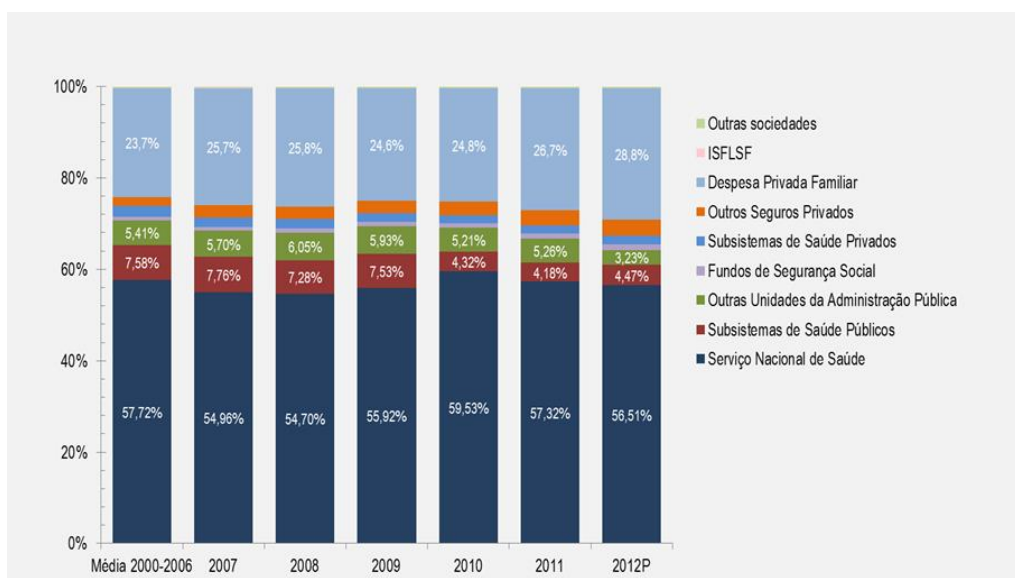


P – Provisório

Fonte: INE. Conta satélite da saúde - 2000-2012

Em 2012 a despesa corrente pública e privada em saúde ascendeu, respetivamente, a 10.204.185 e 5.402.797 milhões de euros. Verifica-se a tendência de diminuição iniciada em 2011, embora com um ligeiro crescimento ao nível da despesa corrente privada.

Gráfico 4 - Despesa corrente em saúde por agente financiador (2000-2012)



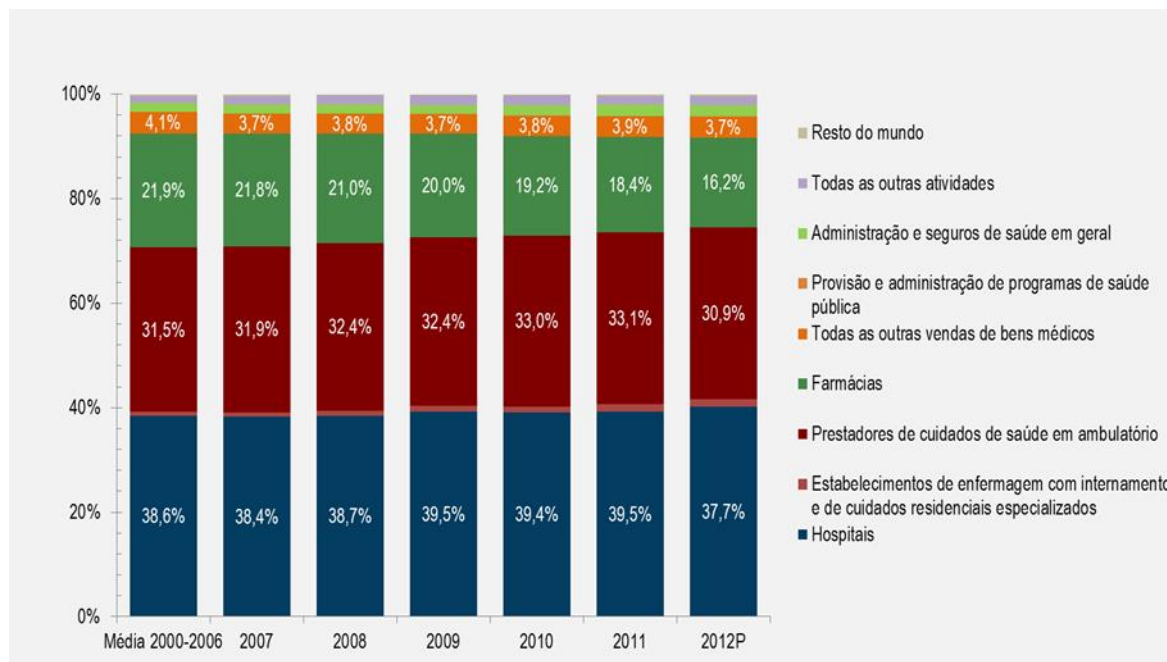
ISFLSF – Instituições Sem Fins Lucrativos ao Serviço das Famílias

Base 2006; P - Provisório

Fonte: INE, Contas Nacionais_ Conta satélite da saúde - 2000-2012

No que diz respeito à análise da despesa corrente total em saúde, por agente financiador, pertenceu ao SNS a responsabilidade pelo financiamento de 56,5% da despesa corrente, em 2012, seguido da despesa privada familiar com 28,8%, em igual período, ascendendo em conjunto ao montante de 15 mil M€.

Gráfico 5 - Despesa corrente em saúde por prestadores de cuidados de saúde (2000-2012)



Base 2006; P – Provisório

Fonte: INE, Contas Nacionais; Conta satélite da saúde - 2000-2012

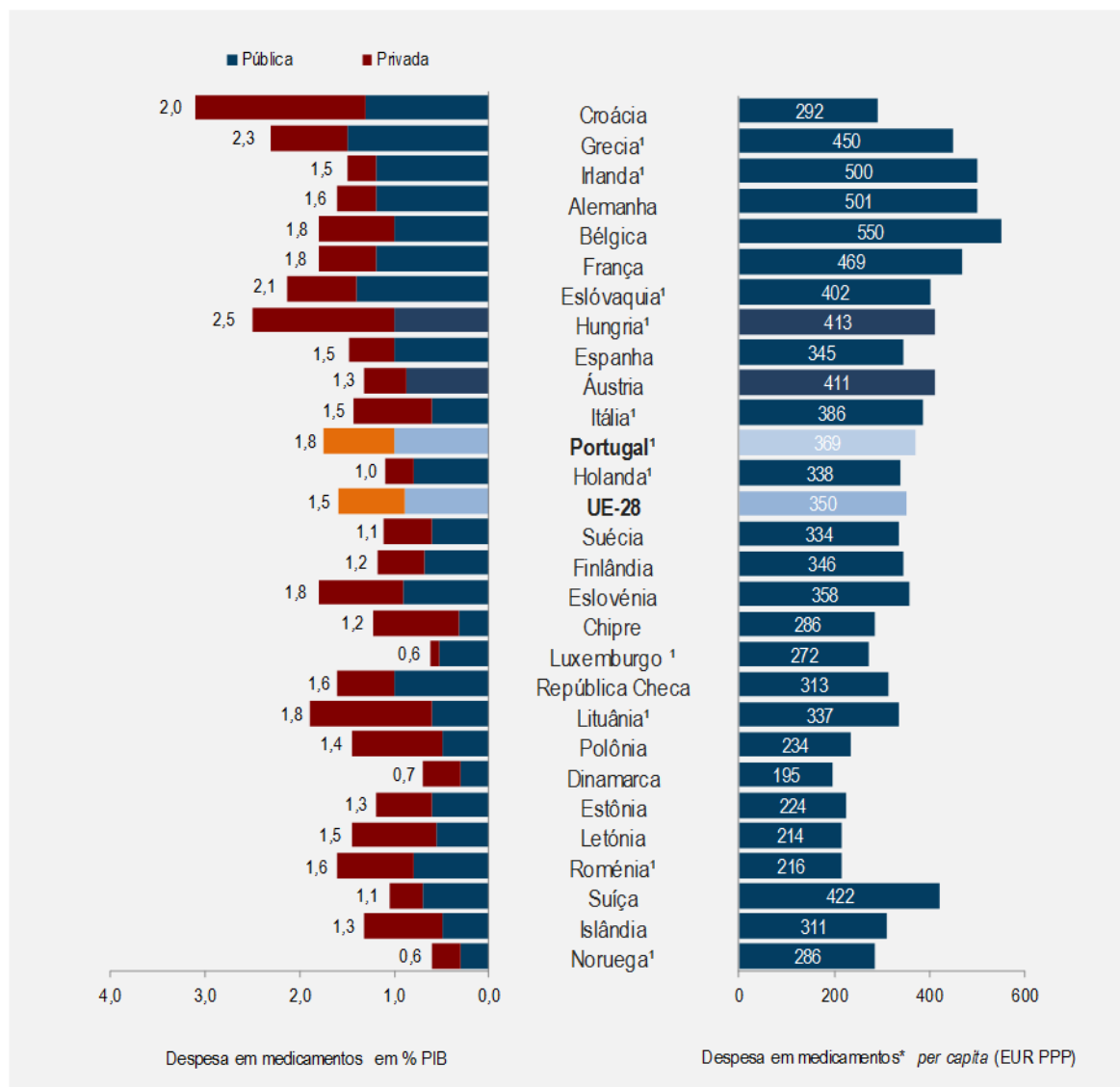
Ao longo da série, os principais prestadores de cuidados de saúde foram os Hospitais e prestadores de cuidados de saúde em ambulatório, representando em média no período cerca de 38% e 31%, respetivamente, da despesa corrente.

Em 2012, os Hospitais apresentaram um crescimento de 1,8%, face a 2011. Por outro lado, os prestadores de cuidados de saúde em ambulatório, registaram uma diminuição de 2,2%, face a 2011.

O gráfico seguinte, observa-se que não existe correspondência linear entre a despesa com medicamentos *per capita* e despesa em medicamentos em percentagem do PIB. Países como a Irlanda, Bélgica e Alemanha, evidenciam uma elevada despesa em medicamentos *per capita* e uma reduzida despesa relativa em medicamentos.

Portugal integra o grupo de países que despenderam maiores quantias em medicamentos na despesa global em saúde com 1,8% de despesa relativa ao PIB, distanciando-se 0,3% da média da UE-28. Em termos monetários, representa cerca de 369€ *per capita*, um montante ligeiramente acima da média da EU-28.

Gráfico 6 - Despesa com medicamentos *per capita* e em % do PIB (2012)



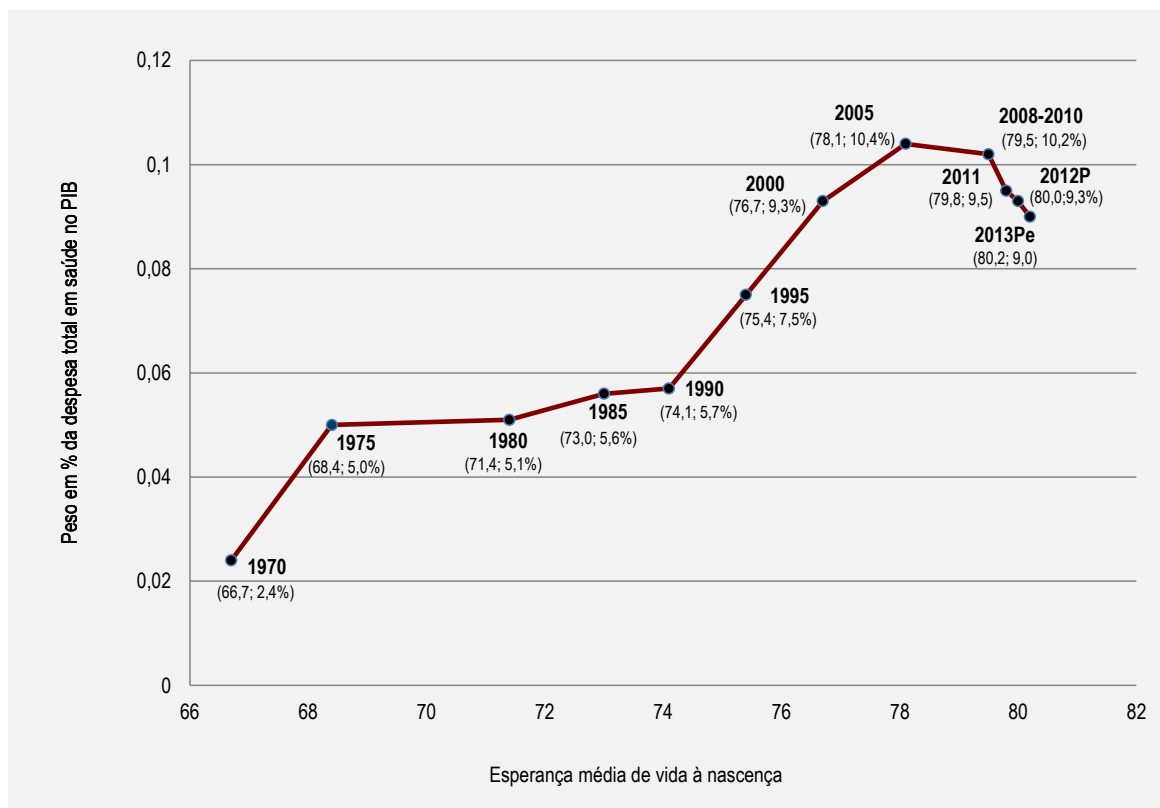
[*] Inclui não duradouros

1 - xxxxx

Fonte: OECD Health Data 2014, Eurostat Statistics Database

Num outro cenário, os resultados alcançados na melhoria dos cuidados e serviços de saúde em Portugal, nos últimos anos, através dos gráficos que se seguem.

Gráfico 7 - Evolução do peso em % da despesa total em saúde no PIB e da esperança média de vida nascença em Portugal



P – Provisório

Fonte: INE | BP, INE, PORDATA - Última atualização: 2015-06-01

Os ganhos obtidos na esperança média de vida refletem, por um lado, os enormes declínios nas taxas de mortalidade em todas as idades e, nomeadamente pela redução para metade (desde 1960) das taxas de mortalidade associadas as doenças cardiovasculares (principalmente ataque cardíaco e acidente vascular cerebral). Em Portugal, esse ganho representa 15,8 anos num período de 50 anos (1960-2010), o maior crescimento verificado na UE.

Quedas em importantes fatores de risco para o coração e doenças cérebro vasculares, incluindo tabagismo, combinado com melhorias no tratamento médico, têm desempenhado um papel importante na redução das taxas de mortalidade cardiovascular.

Observando um período mais recente, entre 2000 e 2010, Portugal viu a sua esperança média de vida, no universo total (Homens e Mulheres) crescer em 3,1 anos, ligeiramente acima do valor do registado, em média, ao nível dos países de OCDE, de 2,7 anos.

Verifica-se, de igual forma, que no período de 2011 a 2013, a esperança média de vida registou um aumento gradual, registando o maior valor em 2013 com 80,2 anos.

Foi solicitada pelo Ministério da Saúde uma revisão à OCDE sobre a qualidade dos cuidados de saúde em Portugal. O trabalho desenvolvido deu origem a um relatório que identifica as boas

práticas e as iniciativas de melhoria do SNS, bem como apresenta propostas e recomendações com vista à melhoria contínua do desempenho e resultados. Na figura que se segue são apresentadas as principais conclusões desse estudo:

Quadro 2 - Principais conclusões do Relatório da OCDE

	Aspetos Positivos	Ganhos em Saúde	Desafios
CSP	- Elevadas taxas de internamentos evitáveis por asma e DPOC; - Aumento da acessibilidade, eficiência, qualidade e continuidade de cuidados; - Aumento da satisfação dos doentes e profissionais; - Criação da figura do enfermeiro de família; - Promoção de equipas multidisciplinares e melhoria da coordenação na prestação de cuidados; - Incentivos de pagamento em função do desempenho dos profissionais de saúde nas USF; - Elevada panóplia de informação disponível sobre CSP (grande quantidade de indicadores disponíveis); - Boa capacidade de monitorização da qualidade.	- Internamentos evitáveis por asma, DPOC e diabetes com níveis mais baixos da OCDE (inferior à média da OCDE); - Redução muito acentuada da taxa de mortalidade por doença isquémica cardíaca na OCDE 116,1 óbitos/100.000 habitantes (1990) versus 51,7 óbitos/100.000 habitantes (2011)	- Refletir sobre os modelos vigentes (unidades de CSP "tradicionais" versus USF); - Promover o uso eficiente dos recursos humanos no sentido de potenciar a prevenção e gestão da doença crónica (aumentar a oferta de locais para o internato médico de MGF; potenciar e colocar em prática as atribuições/competências dos enfermeiros).
Cuidados Hospitalares	- Racionalização do setor hospitalar, devido à concentração de serviços em centros hospitalares e grupos hospitalares; - Criação de PPP; - Transformação de instituições hospitalares SPA em EPE; - Introdução de novos modelos de pagamento; - Desenvolvimento de padrões de qualidade e segurança; - Benchmarking hospitalar com divulgação de informação mensal; - Desenvolvimento de Planos Estratégicos.	- Baixo nível de admissões hospitalares desnecessárias (sobretudo devido a asma e DPOC); - Reduzidas demoras médias; - Aumento da cirurgia de ambulatório (e.g. a cirurgia às cataratas faz-se praticamente 100% em regime de ambulatório); - Diminuição de taxas de readmissão hospitalar; - Redução dos tempos máximos de resposta garantidos.	- Reduzir a tendência de hospitalo-centrismo; - Promover a prestação de cuidados de saúde não urgentes nos CSP e em cuidados de proximidade; - Rever o sistema de incentivos ao nível de performance hospitalar; - Avaliar o impacto das reformas hospitalares nos resultados em saúde.
Qualidade	- Infraestrutura de informação sobre o sistema de saúde das melhores desenvolvidas da OCDE (cobre quase na totalidade todo o sistema de saúde português); - Implementação de reformas eficientes em relação ao medicamento e aos dispositivos médicos; - Implementação de programas de redução de prescrição de antibióticos no sentido de diminuir a resistência aos antimicrobianos e a infeção hospitalar.		- Diminuir a prescrição de antibióticos e aumentar a de medicamentos genéricos; - Desenvolver pathways que deem resposta às necessidades dos cidadãos (centrando-os no sistema de saúde), a par de uma melhor coordenação dos níveis de cuidados de saúde; - Gerir eficientemente os recursos humanos que atuam na prestação de cuidados de saúde; - Aumentar os níveis de satisfação dos doentes em relação ao sistema de saúde.

Fonte: OCDE Review of health care quality

Como referido o relatório apresenta um conjunto de proposta e recomendações que visam dar resposta aos desafios que o SNS tem pela frente, com um foco no desenvolvimento das iniciativas de qualidade que já estão em curso e, por outro, na melhoria da integração de cuidados entre os diversos patamares do SNS.

Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários:

- Convergir dos cuidados prestados em instituições de CSP “tradicionais” para o modelo de USF;
- Ou, em alternativa ao ponto anterior, introduzir parte dos incentivos de performance e de qualidade, utilizados nos modelos USF, nas instituições de CSP “tradicionais”;
- Potenciar as competências dos enfermeiros;
- Transferir determinadas competências tradicionalmente desempenhadas por médicos de MGF para enfermeiros;
- Melhorar a interoperabilidade entre sistemas de informação;
- Apostar na prevenção da doença.

Ao nível dos Cuidados Hospitalares:

- Divulgar os resultados das auditorias da DGS pelas instituições hospitalares, associando-os a incentivos/sanções financeiras;
- Implementar a integração de cuidados, apostando na prestação de cuidados pelos CSP e RNCCI após a alta hospitalar;
- Aprofundar as reformas estruturais ao nível da prestação de cuidados de proximidade e em função das necessidades dos cidadãos, reduzindo o hospitalo-centrismo (diminuirá a pressão no setor hospitalar, aumentará a eficiência e o combate ao desperdício, diminuindo a despesa em saúde);
- Desenvolver e fomentar a parceria com o setor social;
- Promover os cuidados de saúde de proximidade na comunidade, em detrimento da centralidade da prestação de cuidados de saúde no setor hospitalar;
- Apostar nos instrumentos da qualidade, como seja a acreditação das instituições hospitalares.

Ao nível da Qualidade:

- Prosseguir o uso das tecnologias de informação, nomeadamente a prescrição eletrónica e a partilha de informação clínica;
- Estabelecer padrões de qualidade para a prestação de cuidados de saúde, implementando *guidelines* clínicas que deverão ser implementadas em todas as instituições do SNS, com

vista a diminuir a variabilidade na prática clínica, obtendo melhores resultados em saúde e utilizando eficientemente os recursos disponíveis;

- Desenvolver um modelo nacional de acreditação;
- Introduzir programas de controlo de qualidade em torno da segurança do doente e de redução de eventos adversos;
- Monitorizar e avaliar o impacto das reformas adotadas nos vários níveis de cuidados de saúde;
- Co-responsabilização do doente pelo seu estado de saúde;
- Promover o maior envolvimento do doente na tomada de decisão.

3. Reforma Hospitalar

Na sequência da apresentação do Relatório Final pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (GTRH) “ Os cidadãos no centro do sistema. Os profissionais no centro da mudança”, em novembro de 2011, foram propostas 8 iniciativas estratégicas:

- a) Implementar uma rede hospitalar mais coerente;
- b) Definir uma política de financiamento mais sustentável;
- c) Integrar cuidados para melhorar o acesso;
- d) Tornar os hospitais mais eficientes;
- e) Assegurar a qualidade como trave mestra da Reforma Hospitalar;
- f) Investir em Sistemas de Informação e Conhecimento como fator de sustentabilidade;
- g) Melhorar a governação;
- h) Reforçar o papel do cidadão.

Estas iniciativas foram posteriormente corporizadas num conjunto de 70 medidas, priorizadas em curto, médio e longo prazo.

Nesta conformidade, visando a execução das medidas propostas para uma Reforma Hospitalar coerente, racional, eficaz, sustentável e estruturante do universo hospitalar português, durante o biénio 2012-2013 constituíram-se Grupos de Trabalhos especializados para o estudo e acompanhamento do processo de reorganização da Rede Hospitalar.

Para que o processo tivesse uma implementação efetiva foram desde logo envolvidos vários intervenientes do sistema de saúde, nomeadamente as Administrações Regionais de Saúde (ARS), Direção-Geral da Saúde (DGS), INFARMED e Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

De um modo geral, pode evidenciar-se o sucesso da reforma hospitalar, na medida em que a implementação das medidas preconizadas atingiu uma taxa próxima dos 100%, ficando por implementar apenas três medidas – Transformação de todos os hospitais em Entidade Pública Empresarial (EPE), um novo modelo de cooperação entre os hospitais e as universidades, implementação da liberdade de escolha. A implementação destas medidas foi condicionada, entre outros fatores, por constrangimentos económicos. No entanto, pode afirmar-se que as mesmas apesar de requererem aprofundamento, estão em curso no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Desta forma, ao longo do presente relatório, é descrito o ponto de situação das medidas da Reforma Hospitalar até ao primeiro trimestre de 2015.

Quanto à iniciativa “Uma rede hospitalar mais coerente” destacam-se as seguintes medidas:

- a) “Elaboração da Rede de Referência Hospitalar”: Atualizadas 6 Redes Nacionais de Especialidades Hospitalares e de Referência (RNEHR);
- b) “Arquitetura da Rede Hospitalar”: desenvolvimento de Planos de Reorganização da Rede Hospitalar, pelas ARS, e de Planos Estratégicos 2014-2016, pelas unidades hospitalares e

definição dos critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do SNS, de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, e o seu posicionamento da rede hospitalar;

- c) “Carta de Equipamentos Pesados do Sector Hospitalar”: No âmbito do relatório sobre Equipamentos Médicos Pesados (EMP) do Sector Hospitalar, foram concluídas as recomendações sobre a adequação da capacidade instalada dos mesmos à carteira de serviços, a revisão da legislação sobre o licenciamento para as instalações de EMP e harmonização da portaria n.º 163/2013 com a tabela de preços do setor convencionado;
- d) “Criação e desenvolvimento de centros de referência”: Do relatório apresentado pelo Grupo de Trabalho constituído para o efeito; resultou a publicação da Portaria n.º 194/2014, de 30 de setembro, que estabelece o conceito, o processo de identificação, a aprovação e a definição de áreas de intervenção prioritárias em que devem ser reconhecidos os Centros de Referência Nacionais para a prestação de cuidados de saúde.

No que concerne a “Uma política de financiamento sustentável”, merecem destaque as seguintes iniciativas:

- a) “*Benchmarking* Hospitalar e Quadro Estratégico de Indicadores de Desempenho” através da elaboração de relatório de benchmarking hospitalar e criação de microsite relativo à monitorização mensal da performance económico-financeira e assistencial das unidades hospitalares;
- b) “Unificação da Tabela de Preços Hospitalar” com a implementação de Contratos-programa plurianuais (3 anos), passagem de 4 para 2 grupos de financiamento hospitalar, e a introdução de incentivos à melhoria da eficiência na prestação de cuidados de saúde, por exemplo através da integração das verbas do Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) no financiamento dos hospitais;
- c) “Melhoria do processo de cobranças”: melhoria do processo de cobrança hospitalar às seguradoras, elaboração de Guia de Acolhimento do Utente, desenvolvimento do Sistema de Informação de Taxas Moderadoras (SITAM) e divulgação do manual de cobrança das taxas moderadoras;
- d) Disponibilização de fundos adicionais para pagamento de dívidas em atraso e aumento de capital dos hospitais EPE (455 M €).

No tocante à iniciativa “Integração de cuidados para melhorar o acesso”, importa sublinhar:

- a) As medidas propostas pelo Grupo de Trabalho constituído para a definição de metodologia para a integração de cuidados em Portugal continental, das quais é exemplo a melhoria do sistema de referenciação entre os cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares (CTH);
- b) “Promover consultas com recurso às novas tecnologias”: desenvolvimento de adaptação da Plataforma de Dados de Saúde (PDS) para assegurar a funcionalidade web conferência – PDS Live;

- c) “Agilizar a referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)” tendo sido produzido relatório do Grupo de Trabalho para proceder à avaliação da capacidade instalada e necessidades em cuidados continuados integrados em Portugal continental.

Relativamente à iniciativa “Hospitais mais eficientes”, verificou-se a adoção de medidas de relevo com repercussões na promoção de maiores níveis de eficiência hospitalar, nomeadamente:

- a) “Otimização do funcionamento do SIGIC”: integração das verbas SIGIC no financiamento dos hospitais, responsabilizando-os financeiramente pela realização da intervenção fora do hospital;
- b) “Racionalização dos pedidos de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)” de modo a rentabilizar a capacidade interna do Serviço Nacional de Saúde;
- c) “Atribuição de novas atividades aos enfermeiros”, tendo sido publicado o Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto que aprova os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família nos cuidados de saúde primários;
- d) Alterações estruturais na política de recursos humanos: avaliação dos médicos, incremento do horário nas urgências, abertura de novos concursos e conclusão de concursos, redução das prestações de serviços;
- e) “Reformular o processo de compra de medicamentos e de dispositivos médicos”: reforço da aquisição e negociação centralizada através dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, a par do desenvolvimento do Formulário Nacional do Medicamento e do processo de registo e codificação de Dispositivos Médicos;
- f) “Desenvolver normas terapêuticas orientadas para áreas terapêuticas prioritárias apoiadas em tecnologias de informação”: publicação de mais de 100 Normas de Orientação Clínica (NOC) pela DGS e integração das mesmas na Prescrição Eletrónica Médica (PEM);
- g) “Partilha de serviços de apoio”: alteração da estrutura organizativa dedicada à aquisição centralizada; alargamento aos hospitais EPE da obrigatoriedade de aquisição de bens e serviços transversais e alargamentos dos acordos-quadro centralizados;
- h) “Implementação de um Programa de Eficiência Energética”: Guia de Boas Práticas, com medidas para promoção da eficiência energética; *Benchmarking* de Eficiência Energética para as unidades hospitalares e o reforço da monitorização periódica dos consumos de *utilities* pelas unidades hospitalares; lançamento de concurso público inovador para a aquisição de gás natural para todas as entidades do SNS.

No que se refere à iniciativa “A Qualidade como trave mestra” verificou-se a implementação de um conjunto de medidas, com particular destaque para as seguintes:

- a) “Melhorar a qualidade e a segurança dos doentes”: o reforço do programa de acreditação de unidades, o alargamento do número de unidades e das áreas de avaliação abrangidas pelo Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS), a implementação do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos e do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO);

- b) “Redução da taxa de infeção nosocomial”: inclusão de programa dedicado no âmbito dos Programas Nacionais Prioritários;
- c) “Associação do financiamento dos prestadores a indicadores de qualidade, reforçando o peso do incentivo financeiro aos prestadores em função dos referidos indicadores de qualidade”;
- d) “Realização de auditorias clínicas”: realização, pela Direção-Geral de Saúde, de ações de auditorias clínicas, para aferição do cumprimento das Normas de Orientação Clínica;
- e) “Desenvolver os Ensaios Clínicos em Portugal”: publicação de legislação sobre estudos clínicos, a par do desenvolvimento da Plataforma de ensaios clínicos.

No âmbito da iniciativa estratégica “A tecnologia e a informação como investimento e fator de sustentabilidade”, verificaram-se as evoluções ocorridas nas seguintes medidas:

- a) “Garantir a fidedignidade e fiabilidade da informação”: melhoria da comparabilidade e fidedignidade dos dados a nível das aplicações em uso no SNS, estabelecendo regras para melhorar a objetividade e a fiabilidade dos dados;
- b) “Implementar a partilha de ferramentas e aplicações informáticas por toda a rede hospitalar”: promoção de diversas medidas neste sentido, nomeadamente no âmbito do Recursos Humanos e Vencimentos (RHV), da PEM, da plataforma de faturação a entidades seguradoras (FHS) e da aplicação SONHO;
- c) “Garantir Comunicações mais rápidas e seguras”: aprovação e implementação da política de segurança de informação na SPMS e a implementação de diversos mecanismos de segurança a nível da rede da saúde;
- d) “Implementar o Registo de Saúde Eletrónico”: criação e implementação da Plataforma de Dados de Saúde - Portal do Utente, Profissional, Institucional e Internacional. As primeiras fases de implementação da Plataforma de Dados em Saúde estão concluídas. Expansão do Registo Clínico do Utente 2 (RCU) a nível nacional, boletins de saúde, grávida e vacinas.

No que respeita à iniciativa de “Melhorar a Governação”, as principais medidas consistem em:

- a) “Alteração do modelo de governação dos hospitais”: alteração do enquadramento legal dos hospitais EPE e do Estatuto do Gestor público;
- b) “Atualizar a classificação dos hospitais para efeitos de cálculo da remuneração dos membros do CA”: atualização e harmonização das regras de apuramento da remuneração dos membros do Conselho de Administração (CA) em todo o Sector Empresarial do Estado;
- c) “Selecionar membros para os CA com mais transparência”: criação da Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública;
- d) “Código de Ética dos Hospitais EPE”: desenvolvimento de diretrizes para a elaboração e implementação por todos os serviços do Ministério da Saúde de Código de Conduta Ética (Despacho n.º 9456-C/2014, de 21 de julho);

- e) Publicação do regime jurídico das incompatibilidades dos membros das comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais, e consultores no âmbito SNS e fixação de regras de acesso dos delegados de informação médica aos serviços e estabelecimentos do SNS.

Por fim, as medidas inseridas na iniciativa “Reforço do Papel do cidadão” registaram as seguintes alterações mais relevantes:

- a) “Sensibilizar o utente relativamente aos custos incorridos pelo SNS”: disponibilização aos utentes de nota informativa do custo suportado pelo Estado nos cuidados de saúde prestados;
- b) “Implementação efetiva dos instrumentos de participação do Cidadão na vida do Hospital”: nomeação do Conselho Consultivo em, pelo menos, 20 unidades hospitalares;
- c) “Divulgar informação sobre o *benchmarking* clínico”: publicação do Relatório de Benchmarking das unidades hospitalares e disponibilização de microsite dedicado em exclusivo ao *benchmarking* das unidades hospitalares e monitorização mensal das mesmas;
- d) “Implementar de forma efetiva o consentimento informado”: publicação de NOC sobre Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação, bem como a disponibilização de formulários-tipo.

4. Carta de Equipamentos Pesados

Foi apresentada a Carta de Equipamentos Médicos Pesados em Março de 2014, elaborado pelo do Grupo de Trabalho criado pelo Despacho n.º 3484/2013, de 26 de fevereiro. Este relatório foi aprovado na generalidade pelo Despacho n.º 108/2014, de 25 de março, de Sua Excelência o SES.

O Despacho de Sua Excelência o SES n.º 146/2014, de 12 de junho, aprova as recomendações expressas no relatório do GT, bem como o cronograma e as entidades responsáveis pela sua implementação.

A apresentação deste documento está ainda relacionada com a necessidade de efetuar um controlo efetivo à aquisição e renovação de equipamentos médicos. O principal objetivo é garantir que haja um acompanhamento do crescimento do parque de equipamentos e evitar situações de aquisições insuficientemente justificadas e sustentadas de equipamento que posteriormente podem conduzir à duplicidade dos mesmos e a níveis não otimizados da sua utilização, dando origem a um parque de equipamentos desajustado da realidade.

A ACSS é a entidade responsável, na íntegra ou em colaboração com outras entidades, por 10 das 12 recomendações constantes no referido Despacho. A 31 de dezembro, encontram-se concluídas:

- A adequação da capacidade instalada de EMP à Carteira de Serviços;
- Revisão da Legislação – Projeto licenciamento para as instalações de EMP;
- Revisão da Legislação – Harmonização da Portaria n.º 163/2013 com a Tabela de preços do setor convencionado.

Estão ainda em curso na ACSS:

- A revisão da Legislação relativa ao abate operacional dos EMP e à autorização para instalação de EMP, em conjunto com o INFARMED e a DGS;
- A revisão da legislação para a criação de normas para a uniformização da nomenclatura dos EMP, em conjunto com o INFARMED;
- A melhoria da acessibilidade e eficiência dos EMP;
- A avaliação das necessidades em recursos humanos;
- A determinação da capacidade instalada em EMP no sector privado e social;
- A definição de um modelo de renovação de EMP (para o SNS);
- A criação de um sistema de informação que garanta a permanente atualização da CEMP.

Mais se informa que a informação da CEMP está a ser incluída no processo de revisão das RNEHR.

5. O Programa Orçamental de Saúde

O Orçamento do Programa Saúde no ano de 2014 totalizou 8.702,5 M.€, sendo a despesa corrente de 8.655,0 M.€ e a despesa de capital de 47,5 M.€.

O orçamento da despesa corrente do Programa da Saúde distribui-se essencialmente pela aquisição de bens e serviços (85,9%), despesa com pessoal (12,0%) e outras despesas (2,1%).

No âmbito do orçamento retificativo o orçamento do Programa Saúde foi reforçado com a verba de 131,4 M.€, para reposição dos vencimentos do pessoal na sequência do acórdão do tribunal Constitucional, dos quais 93,4 M.€ foram transferidos para as entidades do Serviço Nacional pertencentes ao Setor Empresarial do Estado e o remanescente para os Serviços e Fundos Autónomos e Serviços Integrados. Destaca-se ainda o reforço de 7,9 M.€ para o Programa de Rescisões de Mútuo Acordo, cujo orçamento inicial era de 3 M.€.

Na execução do orçamento do ano de 2014 verifica-se que a despesa corrente consolidada atingiu os 8.457,1 M.€, correspondendo a uma taxa de execução de 97,7% do valor orçamentado enquanto a despesa de capital ficou em 24,3 M€, com uma taxa de execução de 51,2 %.

Quadro 3 - Programa P012 Saúde - Despesa por Classificação Económica

Designação	Orçamento de 2014			Execução de 2014		
	Estado	SFA	Total Consolidado	Estado	SFA	Total Consolidado
Despesa Corrente	7.788,8	8.876,3	8.655,0	7.774,9	8.683,0	8.457,1
Despesa com Pessoal	19,1	1.023,7	1.042,8	18,4	991,7	1.010,1
Aquisição de Bens e Serviços	24,4	7.450,3	7.474,7	15,5	7.349,7	7.365,2
Juros e outros encargos	0,0	2,3	2,3	0,0	2,2	2,2
Transferências Correntes	7.745,2	374,7	109,9	7.741,0	316,6	56,8
das quais: intra-instituições do PO	7.731,1	278,9		7.730,6	270,2	
para as restantes Administrações Públicas	0,5	4,7	5,2	0,4	4,0	4,4
Subsídios	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Outras Despesas Correntes	0,1	25,3	25,3	0,0	22,8	22,8
Despesa de Capital	3,4	46,2	47,5	2,1	23,4	24,3
Aquisição de Bens de Capital	1,3	41,4	42,7	0,9	19,5	20,4
Transferências de Capital	2,1	4,8	4,8	1,2	3,9	3,9
das quais: intra-instituições do PO	2,1	0,0		1,2	0,0	
para as restantes Administrações Públicas	0,0	1,7	1,7	0,0	0,9	0,9
Ativos Financeiros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Passivos Financeiros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Outras Despesas de Capital	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
DESPESA TOTAL	7.792,2	8.922,5	8.702,5	7.777,0	8.706,4	8.481,5
Despesa Total excluindo transferência intra-instituições do PO	59,0	8.643,6	8.702,5	45,2	8.436,2	8.481,5
DESPESA EFETIVA	7.792,2	8.922,5	8.702,5	7.777,0	8.706,4	8.481,5

Transferência intra-instituições do PO (SI e SFA)
PO- Programa orçamental

8.012,1

8.002,0

Fonte: Orçamento de 2014: Dotação corrigida abatida de cativos (Estado - Pasta OAM do SCC, período 14; SFA - SIGO, período 13)

Execução de 2014: Pagamentos líquidos acumulados (Estado - Pasta OAM do SCC, período 14; SFA - SIGO, período 13)

Comparativamente ao orçamento de 2013 a despesa efetiva do programa regista uma redução de 368,8 M.€ (-4,2%), com destaque para redução da despesa de aquisição de bens e serviços (-5,0%) e da despesa de capital (-52,3%), conforme se pode constatar no quadro seguinte:

Quadro 4 - Despesa Programa Saúde

Designação	Total Consolidado		Execução de 2014	
	2013	2014	Valor	%
Despesa Corrente	8.825,9	8.457,1	-368,8	-4,2%
Despesa com Pessoal	1.005,1	1.010,1	5,0	0,5%
Aquisição de Bens e Serviços	7.749,2	7.365,2	-384,0	-5,0%
Transferências Correntes	48,1	56,8	8,7	18,1%
Despesa de Capital	51,0	24,3	-26,7	-52,3%
Despesa Total	8.877,0	8.481,5	-395,5	-4,5%
Despesa Efetiva	8.853,0	8.481,5	-371,5	-4,2%

Fonte: Orçamento de 2014: Dotação corrigida abatida de cativos (Estado - Pasta OAM do SCC, período 14; SFA - SIGO, período 13)

Execução de 2014: Pagamentos líquidos acumulados (Estado - Pasta OAM do SCC, período 14; SFA - SIGO, período 13)

A despesa com pessoal registou um acréscimo de 0,5%, em parte justificado pelo impacto da decisão do Tribunal Constitucional, conforme já referido anteriormente, no entanto salienta-se a diminuição de 6,2 M.€ (18,5%) verificada nos encargos com o Trabalho Extraordinário.

Na execução do programa, as Administrações Regionais de Saúde e a Administração Central do Sistema de Saúde em conjunto são responsáveis por cerca de 96% da despesa corrente do Programa.

A despesa corrente da Administração Central do Sistema de Saúde inclui as transferências para os Hospitais e Unidades Locais de Saúde pertencentes ao Setor Empresarial do Estado pelos pagamentos da aquisição de serviços decorrentes dos contratos – programa. No ano de 2014 estas transferências totalizaram 4.385,5 M€.

As Administrações Regionais de Saúde executaram no ano 3.585,6 M€ da despesa corrente, dos quais 841,2 M€ com despesa com pessoal e 2.733,4 M€ com aquisição de bens e serviços.

A aquisição de bens e serviços é a rubrica com maior peso da despesa efetiva consolidada, 86,8%, o quadro seguinte apresenta em maior detalhe as rubricas mais significativas:

Quadro 5 - Aquisição de Bens e Serviços

	2013		2014		Variação	
	Valor	peso	Valor	peso	Valor	%
Medicamentos	1.259	16,25%	1.231	16,71%	-28	-2,2%
EPE	4.691	60,53%	4.385	59,54%	-306	-4,1%
Out serviços saúde	1.135	14,65%	1.069	14,51%	-66	-0,9%
PPP	309	3,99%	415	5,64%	106	1,4%
Out. Aquis. Bens e serv	355	4,58%	265	3,59%	-90	-1,2%
Total	7.749		7.365		-384	

Fonte: DGO

As 4 rubricas acima identificadas (Medicamentos, EPE's, Outros Serviços de Saúde e PPP's) contribuíram com 96,4% do total da despesa com Aquisição de bens e Serviços e estão, diretamente relacionadas com o tratamento dos doentes. A Despesa com medicamentos referentes à farmácia privada totalizou 1.215,5 M€, tendo registado um ligeiro acréscimo de 0,13% (1,5 milhões de euros), face ao ano anterior. No entanto só a partir de abril de 2013 é que a responsabilidade financeira dos subsistemas passou para as Administrações Regionais (ARS's).

6. Investimentos SNS

Tendo em consideração a restrição de recursos financeiros e a necessidade de não acumulação de pagamentos em atraso tornou-se necessário, durante o ano de 2014, manter sob controlo o volume de investimentos por todas as entidades do SNS e progredir para uma gestão integrada do planeamento dos investimentos.

Assim, o Despacho do Senhor Secretário de Estado da Saúde (SES) nº 1747/2014, de 4 de fevereiro, veio determinar que a realização em 2014 de novos investimentos ou de investimentos em curso, por todas as entidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS) "fica sujeita à sua autorização prévia, sempre que o valor total do investimento a ser pago em 2014 ou em anos posteriores ultrapasse € 100 000", exceto se já tivessem sido por si aprovados em 2012 e em 2013.

Este despacho foi revogado pelo Despacho do Senhor SES nº 10220/2014, de 8 de agosto, que veio reiterar a necessidade de otimizar a gestão dos recursos financeiros, num contexto de consolidação orçamental, e a necessidade de prevenir a acumulação de novos pagamentos em atraso, fatores que obrigam a que seja efetuado um planeamento integrado dos investimentos do SNS, e, em simultâneo, reforçada a autonomia e responsabilização dos órgãos de gestão que cumprem critérios de equilíbrio económico-financeiro.

Deste modo foi determinado que os investimentos que, isolados ou conjuntamente com outros que aparentem estar relacionados entre si, tenham valor inferior a €1.000.000 podem ser autorizados pelo conselho de administração das entidades do SNS, quando as entidades não tenham acumulado pagamentos em atraso no ano anterior ao da realização do investimento.

O valor anterior é reduzido para €100.000, quando as entidades acumularam pagamentos em atraso no ano anterior ao da realização do investimento.

Todos os restantes investimentos que não preencham as condições anteriores têm que ser previamente submetidos à autorização da tutela.

Para o efeito, as entidades do SNS devem remeter para a ACSS, IP o formulário de modelo anexo ao Despacho nº 10220/2014 devidamente preenchido e acompanhado de memória justificativa da decisão de investimento com a avaliação das alternativas que satisfaçam as necessidades de investimento identificadas, através da quantificação e qualificação dos respetivos custos e benefícios. No caso dos hospitais (EPE e SPA) o referido formulário deve ser acompanhado do parecer prévio da ARS, o qual deve conter uma análise crítica da informação fornecida pela entidade proponente e avalia o investimento no contexto da oferta/procura de cuidados de saúde na região e na rede hospitalar.

À ACSS, I.P. compete a análise dos pedidos recebidos, nas suas várias vertentes, e a elaboração de um Parecer Único, prévio à sua submissão ao Senhor SES, através do seu Comité de Investimentos, que funciona na dependência do Senhor Presidente do Conselho Diretivo, e do qual fazem, também, parte os Diretores DFI, DPS, DRH e DRS.

Durante o de 2014, foram rececionados na ACSS, IP um total de 41 pedidos de autorização para a realização e investimentos, os quais ascenderam a um investimento total proposto de cerca de 70,3 milhões de euros.

Dos pedidos de autorização analisados pelo Comité de Investimentos da ACSS e submetidos à consideração do Senhor SES foram objeto de despacho de autorização, durante o ano de 2014, 26 projetos, num total de 46,7 milhões de euros de investimentos no SNS.

Dada a vigência, a partir de 8 de agosto de 2014, do Despacho nº 10220/2014 verificou-se o enquadramento de um total de 5 projetos no disposto no seu nº 1, os quais puderam ser autorizados pelo conselho de administração das respetivas entidades do SNS proponentes, num total de 2,3 milhões de euros de investimentos no SNS.

Quadro 6 – Pedidos de autorização de investimento

2014	Nº de pedidos de autorização de investimento	Valor do Investimento proposto
Rececionados	41	70.285.465 €
Autorizados por Despacho SES	26	46.687.492 €
Autorizados (nº1 Despacho nº 10220/2014)	5	2.325.673 €

Fonte: ACSS

7. Recursos Humanos do SNS

Considerando a importância da estruturação das carreiras, como forma de potenciar melhores níveis de desempenho, foram desenvolvidos no ano de 2014 um conjunto de ações, das quais nos permitimos destacar:

- a) Carreiras médica;
- Conforme compromisso assumido entre o Governo e os Sindicatos Médicos, e que se encontra expresso na Ata de Entendimento datada de 14 de outubro de 2012, no início de 2015 seria “(...) aberta uma mesa negocial, com vista a avaliar e renegociar o Acordo.”.

Em cumprimento daquele acordo, e antecipando a data de início do processo, foi formalmente encetado o procedimento de negociação, conforme reunião realizada no dia 24 de outubro de 2014.

No que concerne às matérias que integram este processo de negociação, o Governo apresentou uma listas daquelas que, em seu entender, deviam integrar o processo de revisão, tendo os sindicatos, em conjunto, apresentado uma outra lista de matérias que sugeriam que fossem aditadas às que integravam a lista do Governo.

Apreciados os dois documentos, verificou-se que as matérias envolviam, em alguns casos, um procedimento de contração coletiva, ou seja, pressupunham a alteração de instrumentos de regulamentação coletiva e noutros a negociação coletiva de diplomas legais.

- No sentido de corresponder a esse objetivo, desde 2014, mas transitando também para o ano em curso, têm sido produzidos os instrumentos, quer legais, quer convencionais que materializam os consensos alcançados.
- Ainda no que respeita ao pessoal médico permitimo-nos salientar a colaboração prestada em matéria de elaboração de um conjunto de diplomas que se destinam a permitir a deslocação de trabalhadores médicos por recurso a instrumentos de mobilidade -. Regulamentação do regime de ajudas de custos e despesas de transporte para a mobilidade parcial que envolva dois ou mais serviços que distem, entre si, a mais de 60 km – cfr. Portaria 70/2015, de 10 de março.
- Outra participação prende-se com o diploma relativo à atribuição de incentivos financeiros á colocação de médicos em serviços e estabelecimentos carenciados – cfr. Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho.
- Ainda com interesse para este grupo de pessoal, a nossa participação no âmbito do diploma que prorrogou a vigência do Decreto-Lei n.º 89/2010, de 21 de julho, estabelecendo, ainda, que os médicos que já se encontrassem aposentados com recurso a mecanismos legais de antecipação, pudessem acumular a pensão de aposentação com um terço da remuneração que corresponda às funções que desempenhadas enquanto médico aposentado, o qual é aferido em proporção da carga horária que venham a contratualizar, que pode corresponder a tempo completo ou a meio tempo – cfr. Decreto-lei n.º 53/2015, de 15 de abril.
- Participação no processo de autorização, conducente ao preenchimento de 140 postos de trabalho na categoria de assistente graduado sénior – cfr. Despacho 2619-I/2015, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 49, de 11 de março.

- b) Início do processo conducente à celebração de um Acordo coletivo de trabalho aplicável ao pessoal de enfermagem dos estabelecimentos EPE, que, à semelhança do ACT aplicável ao pessoal médico permitirá harmonizar os dois regimes de vinculação existentes – elaboração de uma proposta de ACT;
- c) Início do procedimento de revisão da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica, incluindo a apreciação da reclamada fusão desta carreira com a carreira dos técnicos superiores de saúde;
- d) Início do procedimento da criação da carreira especial da saúde que, para além das carreiras médicas e de enfermagem, cujo estatuto legal já foi aprovado, que correspondem a profissões reguladas por uma associação pública profissional – carreira especial de farmacêutico; carreira especial de psicólogo clínico e carreira especial de nutricionista;
- e) Negociação de um Acordo coletivo de trabalho aplicável aos trabalhadores dos estabelecimentos EPE com funções idênticas aos trabalhadores com CTFP integrados nas carreiras gerais de técnico superior, assistente técnico e assistente operacional, que, em linha com a posição que tem vindo a ser assumida para as carreiras especiais, permitirá harmonizar os regimes de vinculação existentes;
- f) Participação do processo de revisão dos Estatutos das Ordens Profissionais que regula profissões do setor da saúde – Estatutos da Ordem dos Médicos, Ordem dos Médicos Dentistas, Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Psicólogos, Ordem dos Nutricionistas, Ordem dos Farmacêuticos;
- g) Participação no procedimento legislativo conducente à revisão do regime jurídico do internato médicos - cfr. Decreto-lei n.º 86/2015, de 21 de maio;
- h) O Acordo firmado com os Sindicatos Médicos que permitiu um melhor aproveitamento dos recursos existentes face ao aumento do número de horas de trabalho semanal afetas aos serviços de urgência, bem como o aumento do número de utentes por médicos de família;
- i) A conclusão dos procedimentos de habilitação ao grau de consultor, abertos em 2002 e em 2005, bem como o desenvolvimento de mais dois procedimentos, um em 2012 e outro em 2015;
- j) Início do processo conducente à celebração de um Acordo coletivo de trabalho aplicável ao pessoal de enfermagem dos estabelecimentos EPE, que, à semelhança do ACT aplicável ao pessoal médico permitirá harmonizar os dois regimes de vinculação existentes;
- k) Início do procedimento de revisão da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica;
- l) Início do procedimento da criação da carreira especial de farmacêutico;
- m) Negociação de um Acordo coletivo de trabalho aplicável aos trabalhadores dos estabelecimentos EPE com funções idênticas aos trabalhadores com CTFP integrados nas carreiras gerais de técnico superior, assistente técnico e assistente operacional, que, em linha com a posição que tem vindo a ser assumida para as carreiras especiais, permitirá harmonizar os regimes de vinculação existentes.

8. Processo de Contratualização/Metodologia 2014

O processo de contratualização em saúde pode ser definido como o relacionamento que se estabelece entre financiadores, compradores e prestadores dos cuidados de saúde, encontrando-se assente numa filosofia contratual na qual se explicitam os resultados que se desejam para os níveis de financiamento que se disponibilizam.

Este processo baseia-se na autonomia e responsabilidade de todas as entidades envolvidas, nomeadamente: Tutela (Ministério da Saúde), Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), Administrações Regionais de Saúde (ARS) e Entidades Prestadoras (Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde -ULS).

A ACSS desempenha neste processo o papel de financiador, tendo também a responsabilidade de definir estratégias que fomentem a maximização dos ganhos em saúde a obter com os recursos disponíveis, atuando sobre orientações diretas da Tutela. Para o alcançar, é anualmente definida a metodologia para definição de preços e fixação de objetivos a alcançar pelas instituições hospitalares e ULS, a qual pretende estabelecer de forma detalhada e clara, as contrapartidas financeiras pelos cuidados prestados em função da produção e resultados a negociar entre as ARS e as entidades prestadoras.

Nesta sequência, as ARS assumem um papel fundamental no processo de contratualização na medida em que têm a responsabilidade de contratar a atividade assistencial que permita responder às necessidades em saúde da população da sua área geográfica de intervenção, garantindo que essa atividade é realizada pelas entidades prestadoras segundo elevados níveis de acessibilidade, qualidade e eficiência.

Para formalizar a articulação entre as ARS e as entidades prestadoras é celebrado um contrato-programa, no qual estão definidos os termos e as condições a que as partes se obrigam. No âmbito das suas competências, a ARS têm de efetuar um acompanhamento em proximidade do grau de cumprimento deste Contrato-Programa por parte das entidades prestadoras, identificando desvios e trabalhando com estas no sentido da identificação em tempo útil das causas potenciais que os originam, procurando reverter a situação atempadamente para que sejam alcançados os objetivos acordados entre as partes.

As entidades prestadoras têm a responsabilidade de desenvolver a sua atividade assistencial com competência, qualidade e eficiência, compatibilizando os objetivos organizacionais, departamentais e individuais, através de uma intervenção sistemática e planeada, que potencie a contratualização interna de objetivos ambiciosos e exequíveis, para que a instituição como um todo possa cumprir as metas acordadas ou até mesmo superá-las.

Durante o ano de 2014, o processo de contratualização com as entidades prestadoras de cuidados de saúde no âmbito do SNS desenvolveu-se de duas formas distintas:

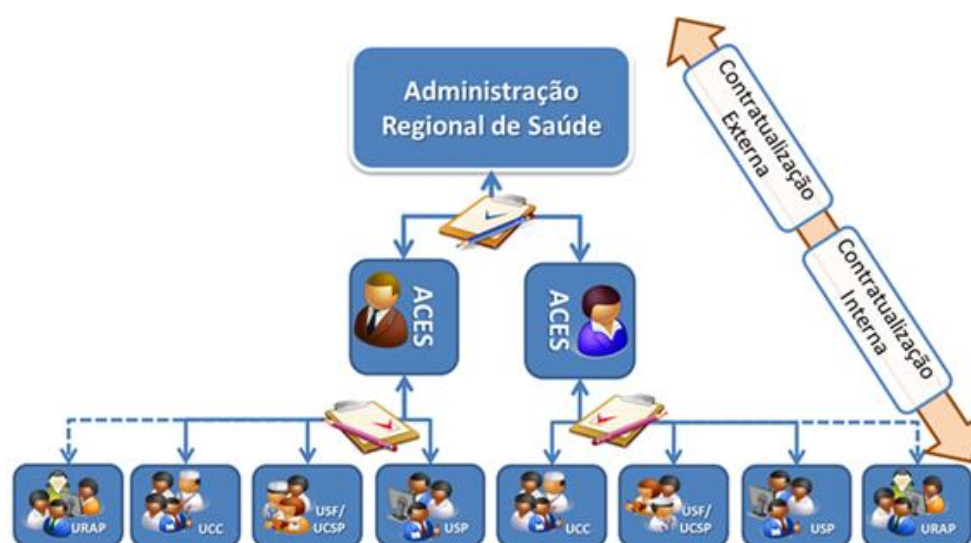
8.1 Metodologia de Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários

O processo de contratualização é uma ferramenta que desempenha um papel importante na nova arquitetura dos cuidados de saúde primários, pelo que a mesma continuou a reforçar a sua abrangência e relevância durante ao no de 2014, harmonizando as práticas em vigor a nível nacional e assegurando igualdade e equidade no tratamento das equipas, dos profissionais e dos utentes que são acompanhados neste nível de cuidados.

O desafio do processo de contratualização com os cuidados de saúde primários, centrado nas necessidades em saúde das diferentes populações, tem por base a contratação de cuidados de saúde, organizada em dois subprocessos:

1. A **contratualização externa**, realizada entre as ARS e os respetivos ACES, formalizada com a negociação dos Planos de Desempenho e a assinatura dos Contrato-Programa.
2. A **contratualização interna**, realizada entre os ACES e as respetivas unidades funcionais, formalizada com a assinatura das Cartas de Compromisso.

Figura 1- Modelo de contratualização de uma ARS com os ACES (externa) e destes com as respetivas UF (interna)



Foi perante esta realidade que o processo de contratualização nos cuidados de saúde primários contribuiu para o objetivo geral do SNS de melhoria da sua performance de gestão e de prestação, de forma a garantir a salvaguarda de elevados níveis de acesso e de qualidade dos cuidados prestados à população.

Para tal, num contexto de prestação coordenada dos cuidados de saúde, todos os intervenientes no processo negociaram a atividade e os resultados a alcançar considerando as características e necessidades em saúde da população e potenciando a capacidade que os cuidados de saúde primários têm para gerir o estado de saúde dos utentes.

Nesta perspetiva, o processo negocial que decorreu no ano de 2014 contribuiu para:

- a) Basear-se no Plano Nacional de Saúde, no Plano Regional de Saúde de cada ARS e no Plano Local de Saúde de cada ACES, respondendo à avaliação das necessidades em saúde nacionais, regionais e locais;
- b) Estimular, por iniciativa do Conselho Clínico e de Saúde, a implementação de programas de governação clínica e de respostas adequadas aos problemas e necessidades em saúde de grupos específicos e da população no seu todo, de forma a promover o exercício da atividade clínica baseada na evidência científica, a eficiência e qualidade dos cuidados e a satisfação dos utentes;
- c) Promover a acessibilidade dos utentes através do desenvolvimento de circuitos de coordenação e referenciação de utentes, cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos;
- d) Coordenar o acompanhamento dos utentes que necessitem de cuidados hospitalares em ambulatório ou internamento, e cuidados após a alta, incluindo, cuidados continuados integrados domiciliários e de internamento (convalescença, média e longa duração e paliativos);
- e) Otimizar a utilização dos recursos disponíveis, reservando-se o acesso aos cuidados secundários para as situações que exijam este nível de intervenção;
- f) Envolver os cidadãos e as comunidades, através de órgãos e de práticas formais (gabinetes do cidadão e conselhos da comunidade) e informais que promovam a participação e a cidadania em saúde;
- g) Aumentar o impacto dos cuidados de saúde primários na saúde dos cidadãos, das famílias e das comunidades, através de políticas de promoção da saúde, prevenção da doença, proteção da saúde individual e coletiva, capacitação dos indivíduos e corresponsabilização de outros setores da sociedade;
- h) Fomentar o processo de contratualização interna nas diferentes unidades funcionais, que reforce a autonomia e a responsabilidade das equipas, alargando cada vez mais o seu âmbito às UCSP que reúnam condições para integrar este processo;
- i) Desenvolver competências de gestão organizacional e de controlo de gestão, nomeadamente na área da gestão financeira (melhoria da qualidade do reporte económico-financeiro dos ACES e consequentemente das ARS), de recursos humanos, de instalações e equipamentos, de recursos materiais e aprovisionamento, de sistemas de informação, entre outras;
- j) Garantir o compromisso assumido de contenção de custos, de sustentabilidade económica do SNS e de melhoria do acesso e da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Para 2014, os Diretores Executivos e Presidentes dos Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACES assumiram a responsabilidade pelo processo de contratualização interna com as USF e as UCSP que compõem o ACES, competindo aos Departamentos de Contratualização das ARS a função de acompanhar a qualidade e a coerência dos processos de contratualização, e assegurar a sua adequação e robustez técnica.

Para que este processo seja efetivo e consistente, foi necessário continuar a promover a mudança de uma cultura de comando-controle vertical, para uma cultura de compromisso e de responsabilidade a todos os níveis da estrutura de prestação de cuidados.

Assim, foi importante que o processo de contratualização nos cuidados de saúde primários passasse a considerar como ponto de referência os compromissos assumidos anualmente pelas ARS em sede de Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR), assim como passasse a estar alinhado com o processo com o sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública (SIADAP), incluindo o subsistema de Avaliação do Desempenho dos Serviços da Administração Pública (SIADAP 1).

8.2 Metodologia de Contratualização nos Cuidados Hospitalares e ULS

Durante o ano de 2014, manteve-se em vigor o Contrato-Programa definido para o triénio 2013/2015, uma evolução do contrato-programa que vigorava desde 2007, o qual permitiu reforçar o peso das medidas de qualidade e acesso, a evolução das modalidades de pagamento em função do cidadão e a responsabilização das entidades hospitalares pelos encargos gerados, contribuindo assim para maturar a separação entre pagador-prestador no atual quadro de quase-mercado.

O quadro de forte restrição orçamental decorrente da conjuntura económica e financeira que se vivia em 2014, exigiu a manutenção de esforços de contenção dos gastos públicos e um acrescido rigor e responsabilização na gestão do bem público. Neste contexto, o ano de 2014 continuou a ser extremamente exigente na procura da sustentabilidade económico-financeira do SNS, com uma diminuição de financiamento previsto para as Entidades Públicas Empresariais do Ministério da Saúde de 3,5%, face ao ano de 2013.

Foi neste contexto adverso que o processo de contratualização hospitalar demonstrou a sua mais-valia enquanto provedor do acesso e garante da sustentabilidade das instituições e do SNS, contribuindo para a obtenção de melhores resultados no desempenho das instituições hospitalares, nomeadamente em termos de responsabilização, flexibilidade organizativa e de gestão, desburocratização, modernização, trabalho em equipa, melhoria contínua da qualidade, prestação de contas e de avaliação do desempenho a todos os níveis.

De facto, durante o ano de 2014 estiveram em fase plena de execução os Planos Estratégicos negociados com as instituições hospitalares e ULS para o triénio 2013/2015, dando assim cumprimento a uma 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”.

Esta medida visava a implementação de um processo de planeamento estratégico ao nível dos hospitais, com a definição de planos a três anos, englobando a definição de objetivos estratégicos, as principais linhas de ação, os planos de investimentos e 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.

Em concreto, o processo de planeamento estratégico analisou a adequação da oferta nacional, regional e local de cuidados hospitalares às necessidades de saúde das populações a servir, permitindo rever as áreas de influência diretas e indiretas de cada unidade hospitalar e aprovar, em conformidade, a carteira de serviços hospitalares por região.

Neste sentido, o tradicional processo de contratualização hospitalar passou a estar integrado neste planeamento estratégico trianual (dando cumprimento à unificação dos documentos previsionais existentes, isto é, o Plano de Negócios, o Plano de Desempenho, o Plano de Ajustamento e as Demonstrações Financeiras), permitindo um melhor alinhamento estratégico dos vários níveis da administração e o aperfeiçoamento dos mecanismos de controlo de gestão.

Para além disso, o processo de contratualização de 2014 manteve as principais alterações introduzidas em 2013, nomeadamente:

- Distribuição de verba pelas ARS segundo modelo de capitação ajustada;
- Princípio de orçamento-global, não podendo os proveitos provenientes dos contratos programa ser superiores ao valor estabelecido no contrato como contrapartida da atividade contratada;
- Promoção de incentivos institucionais à melhoria da qualidade e da eficiência das instituições, através da valorização de incentivos em 5% e atualização dos indicadores associados;
- Adoção de preço base único para a atividade agrupada em GDH e cálculo do índice de *case-mix* de acordo com a produção de internamento e ambulatório relativa ao ano completo mais recente com informação disponível (2012), classificada em GDH através da versão 27 do agrupador *All Patients* (AP);
- Autonomização da linha de atividade cuidados de radioterapia;
- Reagrupamento de hospitais para a linha de atividade de consulta externa e majoração das consultas referenciadas através do sistema de informação de suporte ao programa de acesso Consulta a Tempo e Horas e das consultas médicas de telemedicina realizadas em tempo real;
- Programa piloto de financiamento para o tratamento ambulatorio de pessoas a viver com esclerose múltipla, hipertensão pulmonar e infeção por VHC (durante o ano de 2014 os pagamentos efetuados no âmbito deste programa piloto será suspenso, devido à incerteza nas normas de orientação clínica);
- Programa piloto de financiamento para o tratamento de pessoas com diagnóstico de novo de cancro da mama, cancro do cólon e reto e cancro do colo do útero;
- Estabelecimento de conjunto mínimo de tratamentos para classificação em sessões de hospital de dia de imunohemoterapia e hematologia;
- Aplicação de incentivos e penalizações no âmbito da prescrição de medicamentos prescritos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia de oficina;

- Aplicação de sistema de penalizações associadas ao incumprimento de determinadas tarefas assistenciais e de reporte de informação atempado, o qual não ultrapassará 1% do valor global do Contrato-Programa;
- Flexibilização da negociação dos preços ao nível das ARS, para as linhas de atividade definidas;
- Definição do racional e metas a aplicar a nível nacional.

Adicionalmente, o ano de 2014 permitiu introduzir alterações ligeiras ao processo de contratualização e ao pagamento que é efetuado às instituições, de entre as quais se destacam as seguintes:

- Inclusão no Contrato-programa de vários programas verticais que até aqui eram de financiamento centralizado na Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS):
 - Doenças lisossomais de sobrecarga;
 - Programa para doentes com Polineuropatia Amiloidótica Familiar em estágio 1 (Paramiloidose PT-PAF1);
 - Programa para melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento da infertilidade, denominado, programa para procriação medicamente assistida - PMA;
 - Pagamento às Ordens Religiosas (a gestão dos doentes crónicos internados em instituições de solidariedade social passa a ser assegurada pelos Serviços Locais de Saúde Mental, assumindo as instituições hospitalares o pagamento destes cuidados de saúde);
- Eliminação da linha de próteses;
- Implementação de um ICM único no internamento, resultante da produção cirúrgica e médica;
- Introdução de índice de consultas subsequentes por Grupo Hospitalar nas consultas externas;
- Revisão dos preços unitários que são praticados nas várias linhas de produção;
- Introdução de incentivos à Investigação e Desenvolvimento (I&D);
- Introdução do programa piloto de telemonitorização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

Especificamente para 2014 foram emitidas várias orientações para enquadrar a negociação do Acordo Modificativo de 2014 ao contrato-programa de 2013/2015 dos Hospitais e ULS, nomeadamente:

- Dar continuidade à racionalização e reorganização das instituições em linha com os objetivos e metas da reforma hospitalar, através da definição clara das carteiras de valências, concentração de serviços clínicos e de suporte, particularmente nos Centros Hospitalares e nas ULS, onde deverão ser operacionalizados os planos de fusão e de

racionalização de custos, para evitar redundâncias de serviços ou de valências médicas e rentabilizar a afetação de recursos humanos e físicos das instituições;

- Determinar o mapa de pessoal com base nas necessidades, tendo em atenção a disponibilidade orçamental e a carteira de valências de cada instituição, bem como a eficiência calculada através do modelo de *benchmarking* em relação a cada grupo profissional;
- Promover de forma decisiva a eliminação das prestações de serviços especializados, nomeadamente de serviços médicos, respeitando o limiar mínimo de médicos da mesma especialidade, para além do qual não é garantido acesso e qualidade assistencial, e tirando partido dos mecanismos de mobilidade de recursos humanos entre hospitais;
- Desenvolver os processos de afiliação entre instituições hospitalares, centrando a prestação de cuidados de saúde em função do utente e incentivando-se a cooperação entre instituições para determinadas valências, por forma melhorar a qualidade da prestação de cuidados e a rentabilização da capacidade instalada (economias de escala, gama e aprendizagem);
- Privilegiar os cuidados prestados em ambulatório (médicos e cirúrgicos), incentivando a transferência de cuidados de internamento para o ambulatório;
- Potenciar a constituição de clínicas multidisciplinares dedicadas a patologias e ou grupos nosológicos, prioritariamente endereçadas à gestão da doença crónica no âmbito da oncologia, diabetes, obesidade, doenças autoimunes, infeciologia (com prioridade às respostas à infeção VIH/sida e hepatites víricas), doenças do foro mental (com prioridade às respostas à depressão e demências), doenças crónicas respiratórias (eg. asma, doença pulmonar obstrutiva crónica) e doenças crónicas cardíacas (cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca);
- Incentivar a transferência de consultas subsequentes para os cuidados de saúde primários e incrementar o número de primeiras consultas referenciadas pelos médicos de família, permitindo ao utente uma maior proximidade e acesso aos cuidados de saúde em tempo adequado, evitando duplicação de recursos afetos ao diagnóstico e tratamento e possibilitando, também, uma melhor adequação e efetividade na resposta à doença crónica e às situações agudas;
- Melhorar a interligação e articulação com os prestadores de cuidados de saúde primários e com os cuidados continuados integrados, com reflexo na adequação da resposta hospitalar, pela redução do tempo médio de espera para tratamentos em ambulatório e redução da demora média de internamento, bem como na facilitação da continuidade de cuidados, através da ação das equipas de gestão de altas hospitalares, a iniciar o mais cedo possível no contexto do episódio hospitalar e não apenas no momento da alta clínica;
- Respeitar os tempos máximos de resposta garantida no âmbito da consulta externa proveniente dos cuidados de saúde primários (referenciação exclusivamente por via informática);
- Gerir as listas de espera cirúrgicas com respeito pelo cumprimento dos tempos máximos de resposta garantida, reduzindo os encargos com a prestação de cuidados cirúrgicos não atempados;

- Otimizar as escalas dos serviços de urgência à procura, redimensionando as escalas nos dias de maior afluxo de utentes, uniformizar o Sistema de Prioridades entre as unidades hospitalares, desenvolver protocolos internos para situações de sobrecarga e desenvolver programas de gestão de sobre-utilizadores em parceria com os cuidados de saúde primários;
- Aumentar a atividade na área da diálise, através da racionalização do tratamento dialítico, sem benefício demonstrado na redução da mortalidade ou na melhoria da qualidade de vida associada ao estado de saúde em grupos específicos de doentes renais crónicos, e incremento significativo dos programas hospitalares de diálise peritoneal e hemodiálise. Neste sentido, a criação de centros de resultados, particularmente nas instituições do sector empresarial do Estado, pode constituir um instrumento de motivação dos profissionais para a prestação de cuidados na área da hemodiálise e, simultaneamente, de obtenção de um elevado grau de eficiência;
- No caso das ULS, incentivar o reforço do papel da equipa de saúde familiar no encaminhamento do cidadão, através dos diferentes níveis de cuidados de saúde, promovendo a efetiva integração e coordenação clínica dos cuidados;
- Utilização e rentabilização dos equipamentos e dos recursos físicos e humanos;
- Utilizar o registo clínico eletrónico, de modo a facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde que prestam cuidados ao doente, evitar a realização de atos médicos desnecessários e promover uma maior eficiência técnica e efetividade no tratamento do doente.

Atendendo às fortes restrições económicas do País, o exercício de previsão orçamental para 2014 centrou-se na contenção e racionalização de custos, procurando atingir uma maior eficiência, efetividade e sustentabilidade económico-financeira das instituições, com o objetivo último de atingir um EBIDTA positivo em 2015, suprimindo totalmente a acumulação de novos pagamentos em atraso.

Para tal, foram as reduções de custos previstas apoiaram-se nas medidas previstas no Orçamento do Estado de 2014, nas medidas específicas do setor da saúde que já estavam em curso e nas medidas implementadas, quer pela entidade, quer ao nível da região de saúde.

A aprovação do Plano de Investimentos da instituição foi condicionado pela capacidade de financiamento própria, através da geração de *cash flow*, seja em projetos cofinanciados por fundos comunitários ou não, exceto em casos em que exista risco de segurança para doentes e profissionais.

Os hospitais e ULS tinham ainda a orientação de prever para 2014 um aumento na cobrança de receitas próprias de, pelo menos 3%, enunciando as medidas necessárias para alcançar este objetivo.

Em termos de fluxos de caixa via contrato-programa, foi previsto que, à semelhança do aplicado em 2013, o valor do adiantamento dos contratos programa fosse sendo progressivamente alterado para refletir o pagamento do valor efetivamente produzido pela entidade.

As ARS não puderam ultrapassar os limites globais de despesa que lhes foram atribuídos para a realização dos contratos-programa, pelo que os Planos Estratégicos e adendas aos Contratos-Programa que não cumpram os normativos elencados serão liminarmente rejeitados.

9. Conferência e análise de faturas

Em 2014 o SNS despendeu cerca de 1.748 milhões de euros com medicamentos (inclui dispositivos da diabetes, manipulados e dietéticos) vendidos em farmácia de oficina, com Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT's) prestados por entidades convencionadas e com Cuidados Continuados Integrados.

No Quadro 6, observa-se um incremento de 1,1% do valor SNS com medicamentos em 2014 quando comparado com 2013, correspondente a um aumento dos encargos financeiros para o SNS que ascende a 13€. Verifica-se uma redução do n.º de receitas conferidas, ainda que pouco expressiva. Este aumento do valor do SNS, está associado ao aumento do valor da comparticipação média por receita, que passou de 15,0€ para 15,3€, em 2014.

Quadro 7 - Evolução dos gastos com medicamentos

Informação Conferida	2013	2014	Variação % face ao período homólogo	Variação € face ao período homólogo
Valor SNS acumulado	1.209.336.275 €	1.222.600.125 €	1,1%	13.263.851 €
Medicamentos	1.158.269.031 €	1.169.429.756 €	1,0%	
Diabetes	46.138.713 €	47.895.094 €	3,7%	
Manipulados	220.996 €	235.322 €	6,1%	
Dietéticos	4.707.535 €	5.039.954 €	6,6%	
Peso dos diabetes no valor SNS	3,8%	3,9%	0,1%	
Valor PVP acumulado	1.911.182.051 €	1.935.136.237 €	1,2%	23.954.186 €
Medicamentos	1.849.772.739 €	1.873.110.157 €	1,2%	
Diabetes	55.946.338 €	56.176.701 €	0,4%	
Manipulados	728.738 €	784.323 €		
Dietéticos	4.734.235 €	5.065.056 €		
Peso dos diabetes no valor PVP	2,9%	2,9%	0,0 pp	
Nº de receitas	80.431.713	79.843.738	-0,74%	-587.975
Nº de faturas	33.255	33.076	-0,5%	-179

Fonte: ACSS

De referir ainda, que em termos relativos o valor despendido pelos utentes registou uma variação positiva, de 1,5% face ao homólogo.

No que respeita ao valor SNS, associado à Diabetes², regista-se um aumento de 3,7% (1,7€), face ao homólogo, sendo que os custos com estes dispositivos ascenderam a 47,8M€, em 2014.

Observa-se no quadro 7, um aumento significativo do valor do SNS (10,5%), na sua grande parte justificado pela inclusão das da faturação dos MCDTs das ULS's realizados externamente, a partir de janeiro de 2014, sendo acompanhado pelo aumento em 7% do n.º de requisições (+1.397.058 documentos).

² [Dispositivos Médicos abrangidos pelo regime de preços e comparticipações definidos na Portaria n.º 222/2014, de 4 de novembro](#)

Quadro 8 - Evolução dos gastos com MCDT's

Informação Conferida	2013	2014	Variação % face ao período homólogo
Valor SNS acumulado	362.043.975 €	404.321.674 €	10,5%
Valor taxa moderadora	39.560.437 €	41.934.800 €	5,7%
Nº de Requisições	18.429.129	19.826.187	7,0%

*) Disponíveis apenas dados das ARS's. ULS foram integradas em janeiro 2014

Fonte: ACSS

Por outro lado, observa-se que o valor das taxas não acompanha o incremento verificado no n.º de requisições, cresce apenas 5,7%, que se justifica pelo crescente n.º de utentes na condição de isenção de taxas (por insuficiência económica).

No quadro 8 observa-se que a despesa para o SNS, nesta área de cuidados de saúde, no período em análise ascendeu a 120,7M€. Não é possível apresentar análises comparativas com 2013, dado não existir ainda uma série completa.

Quadro 9 - Evolução dos gastos com Cuidados Continuados

Informação Conferida	Julho a Dezembro_2013*	2014	Variação % face ao período homólogo
Faturação SNS Conferida acumulado	53.352.878 €	120.711.893 €	n.a.

*) Integração no CCF, em agosto de 2013 referente à faturação de julho de 2013. Disponíveis dados do 3º trimestre 2013

Fonte: ACSS

10. Desempenho Assistencial do SNS – Produção e tempos de Espera

Neste capítulo apresentam-se os principais resultados alcançados ao nível do acesso ao SNS em 2014, sendo que os elevados patamares de desempenho que foram alcançados neste ano, à semelhança do que ocorreu nos anos anteriores, demonstram que através de uma cultura de gestão eficaz, equilibrada, responsável, transparente e ciente das necessidades das populações é possível criar valor em saúde e obter ganhos de acesso e qualidade para a população e de eficiência para as instituições.

10.1 Produção em 2014

Cuidados de Saúde Primários

O ano de 2014 apresentou um crescimento do número de utilizadores de consultas médicas, mais 7.712 utilizadores do que em 2013.

Conforme demonstra a tabela seguinte, mais de 7 milhões de portugueses obtiveram uma consulta através do médico de família nos cuidados de saúde primários em 2014.

Quadro 10 - Evolução da utilização de consultas médicas nos cuidados de saúde primários entre 2011 e 2014

	2011	2012	2013	2014	Var. 14/13	% Var. 14/13
Utilizadores de Consultas Médicas CSP	6.730.587	7.042.564	7.045.801	7.045.513	7.712	0,1%
Consultas Médicas	30.623.795	29.176.913	28.560.964	28.726.232	165.268	0,6%
Consultas Médicas Presenciais	22.758.433	20.999.463	20.436.472	20.503.070	66.598	0,3%
Consultas Médicas Não Presenciais	7.672.215	7.980.729	7.924.105	8.025.652	101.547	1,3%
Consultas Médicas Domiciliárias	193.147	196.721	200.387	197.510	-2.877	-1,4%
Consultas Enfermagem	n.d.	n.d.	14.633.115	15.641.099	1.007.984	6,9%

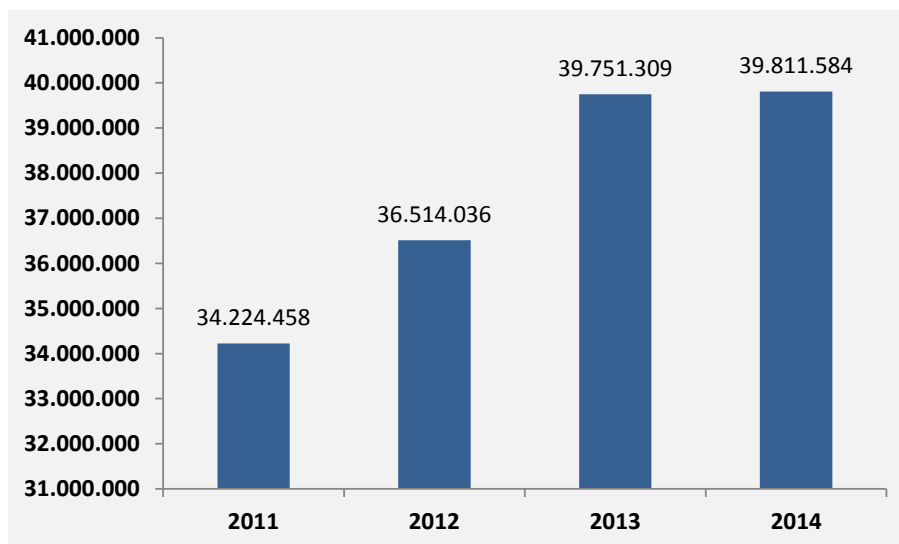
Fonte: ACSS- SIM SNS

A análise mais detalhada da tabela anterior permite-nos constatar que em simultâneo com o aumento do número de utilizadores dos CSP em 2014, ocorreu um ligeiro crescimento do número de consultas médicas presenciais e não presenciais neste nível de cuidados, o que reflete o esforço de adequação das estruturas às necessidades das populações servidas, nomeadamente, a prestação de cuidados de maior proximidade e o maior envolvimento do utente no processo de seguimento do seu estado de saúde.

De entre as diversas medidas que refletem esta adequação do acesso aos cuidados de saúde primários, traduzindo-se numa utilização mais racional dos recursos (essencialmente médicos) presentes neste nível de cuidados e numa maior comodidade para os utentes, destaca-se o aumento substancial da prescrição eletrónica de receitas com validade de seis meses que se tem registado nos últimos anos, 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.

Gráfico 8- Evolução do número de receitas renováveis entre 2011 e 2014



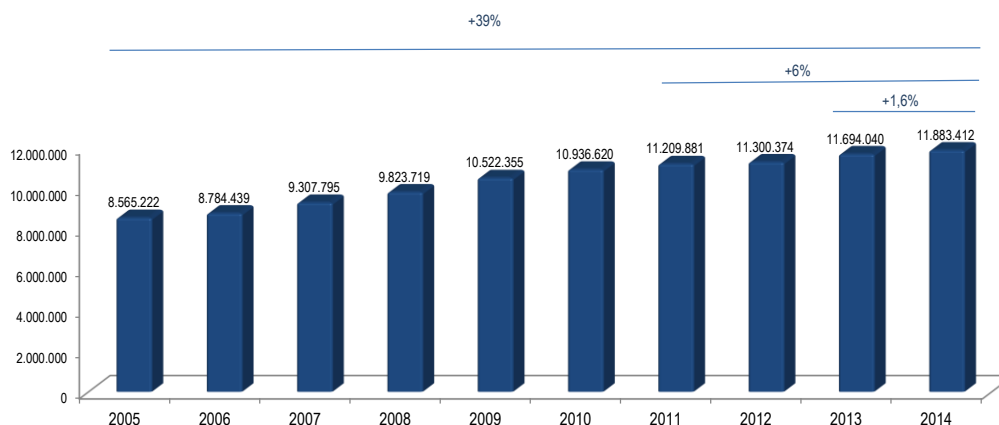
Fonte: ACSS- CCF

Cuidados de Saúde Hospitalares

- Consultas médicas externas

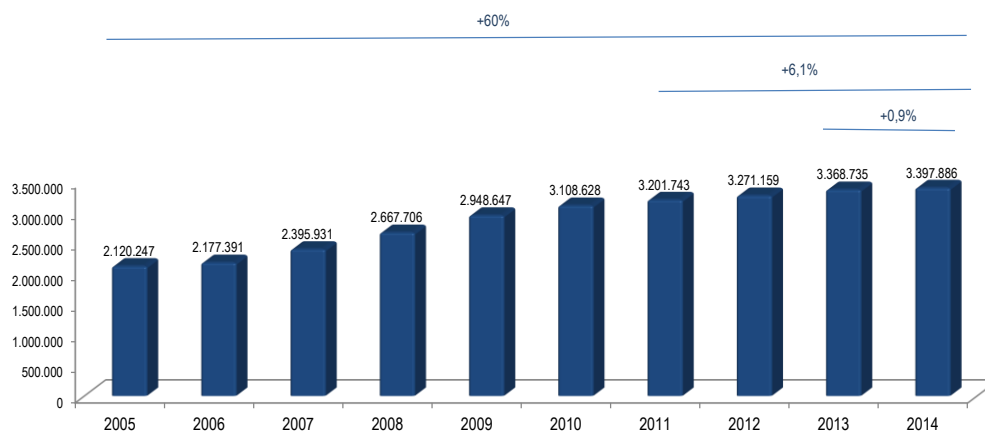
A atividade hospitalar, no que se refere a consultas de especialidade, tem registado uma evolução crescente e sustentada nos últimos nove anos, não só a nível do número total de consultas hospitalares, como também e principalmente, a nível das primeiras consultas hospitalares.

Gráfico 9 - Evolução do número de consultas externas hospitalares (EPE+SPA+PPP) entre 2005 e 2014



Fonte: ACSS-SICA

Gráfico 10 - Evolução do número de primeiras consultas externas hospitalares (EPE+SPA+PPP) entre 2005 e 2014



Fonte: ACSS-SICA

Como se constata da análise das duas figuras 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 2014, representaram 86 % do número das primeiras consultas realizadas nos Hospitais do SNS e 84% do total de consultas, constata-se que a maioria destas especialidades apresentou acréscimos de produção, não só em relação ao total de consultas, como também no tocante ao número de primeiras consultas.

Quadro 11 - Número de consultas hospitalares no SNS, nas especialidades com maior atividade em 2013 e 2014

Especialidades	1ºs Consultas Externas Médicas			Total de Consultas Externas Médicas		
	2013	2014	Var. % 2014/2013	2013	2014	Var. % 2014/2013
Anestesiologia	252.372	256.759	1,7%	351.911	255.480	1,0%
Cirurgia Geral	278.701	272.980	-2,1%	801.025	778.839	-2,8%
Dermato-Venerologia	157.659	154.465	-2,0%	361.422	364.652	0,9%
Estomatologia	58.073	57.747	-0,6%	224.104	223.818	-0,1%
Ginecologia	156.539	151.388	-3,3%	482.772	467.173	-3,2%
Obstetrícia	126.011	131.215	4,1%	374.562	382.148	2,0%
Hematologia Clínica	19.293	21.631	12,1%	198.307	210.655	6,2%
Imuno-alergologia	25.012	27.062	8,2%	111.106	119.973	8,0%
Medicina Física e Reabilitação	112.519	113.419	0,8%	312.296	317.471	1,7%
Medicina Interna	120.099	119.513	-0,5%	538.090	539.675	0,3%
Neurologia	80.714	80.384	-0,4%	315.196	325.893	3,4%
Oftalmologia	359.427	365.585	1,7%	957.983	991.493	3,5%
Oncologia	45.915	45.950	0,1%	431.359	441.840	2,4%
Ortopedia	291.743	295.235	1,2%	791.433	803.146	1,5%
Otorrinolaringologia	161.690	159.432	-1,4%	494.095	489.179	-1,0%
Pediatria	148.742	153.396	3,1%	578.155	592.703	2,5%
Urologia	89.655	88.953	-0,8%	349.080	348.967	0,0%
Endocrinologia - Nutrição	43.823	45.214	3,2%	225.680	238.594	5,7%
Gastroenterologia	79.532	81.658	2,7%	266.741	271.055	1,6%
Cardiologia	106.961	106.799	-0,2%	448.193	449.088	0,2%
Pneumologia	75.927	80.059	5,4%	343.069	362.639	5,7%
Nefrologia	22.592	23.984	6,2%	171.840	178.191	3,7%
Psiquiatria	97.857	98.995	1,2%	689.105	705.015	2,3%

Fonte: ACSS-SICA

Primeira consulta de especialidade hospitalar com pedido solicitado via CTH

Em 2014 foram solicitados 1.595.838 pedidos de primeira consulta hospitalar através do programa CTH, o que representa um aumento de 6% de pedidos inscritos em relação a 2013 (1.507.982).

A tabela seguinte apresenta a variação registada nas várias regiões de saúde, verificando-se que o maior crescimento se regista nos hospitais da ARS Centro (+ 12,7%). Analisando o número de pedidos de primeira consulta por 1.000 habitantes, percebem-se as diferenças existentes entre as regiões de saúde, de acordo com a população que servem (a ARS Norte, com 189,1 pedidos por mil habitantes, tem valores de quase o dobro da ARS com menor procura – ARS Algarve, com 90,9 pedidos). Estes dados demonstram uma melhor utilização do aplicativo e maior articulação entre os CSP e os cuidados de saúde hospitalares.

Quadro 12 - Número de pedidos de consulta inscritos nos anos de 2013 e 2014, por região de saúde e entidades não SNS

Especialidades	Pedidos Inscritos			Pedidos Inscritos por 1.000 habitantes	
	2013	2014	Var. % 2014/2013	2013	2014
ARS Norte	564.400	615.236	9,0%	173,5	189,1
ARS Centro	229.522	258.574	12,7%	97,7	110,0
ARS LVT	459.758	485.160	5,5%	129,5	136,7
ARS Alentejo	55.776	62.387	11,9%	127,0	142,1
ARS Algarve	42.060	40.946	-2,6%	93,4	90,9
Entidades Não SNS	156.466	133.535	-14,7%	n.a.	n.a.
Total	1.507.982	1.595.838	0	150,2	159,0

Fonte: ADW-CTH (dados extraídos a 29 de janeiro de 2015)

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 2014, 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.

Quadro 13 - Dinâmica dos pedidos inscritos em consulta entre 2011 e 2014

	2011	2012	2013	2014
Inscritos	1.193.924	1.352.143	1.507.982	1.595.838
LICO (Pedidos não concluídos)	708.712	794.303	724.174	842.406
Pedidos concluídos	1.101.091	1.274.271	1.557.570	1.477.671
Consultas realizadas	810.949	938.376	1.061.646	1.146.849

Fonte: ADW-CTH (dados extraídos a 29 de janeiro de 2015)

Analisando as consultas realizadas, verifica-se que, em 2014, foram realizadas 1.146.849 consultas referenciadas pelo médico de família através do CTH, representando um aumento de 8% face a 2013 (+85.203), de 22,2% em relação a 2012 (+ 208.473) e de 41,4% em relação a 2011 (+ 335.900).

O quadro seguinte apresenta o número de consultas realizadas em 2014, comparando a prioridade atribuída pelo médico dos cuidados de saúde primários com a prioridade atribuída na triagem do médico hospitalar.

Quadro 14 - Consultas realizadas em 2014, segundo a prioridade atribuída no pedido e a prioridade na triagem

Prioridade atribuída no pedido (CS)	Consultas realizadas*							
	Prioridade atribuída na triagem (hospital)							Total
	Muito prioritário		Prioritário		Normal			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Normal	16.143	2,0%	81.175	8,0%	934.699	91,0%	1.032.017	90,0%
Urgente	9.562	8,0%	37.284	32,0%	67.986	59,0%	114.832	10,0%
Total	25.705	2,0%	118.459	10,0%	1.002.685	87,0%	1.146.849	100,0%

Fonte: ADW-CTH (dados extraídos a 29 de janeiro de 2015)

*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 (à exceção do Algarve), sendo as mais significativas na ARS Centro (+16,2%) e na ARS Alentejo (12,5%), conforme demonstra o quadro seguinte.

Quadro 15 - 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

Especialidades	Pedidos Insritos					Pedidos Insritos por 1.000 habitantes				
	2012	2013	2014	Varição 14/13	% Varição 14/13	2012	2013	2014	Varição 14/13	% Varição 14/13
ARS Norte	377.884	413.631	456.551	42.920	10,38%	125,9	126,5	111,8	-14,7	-11,62%
ARS Centro	145.131	164.633	191.249	26.616	16,17%	130,2	113,9	113,5	-0,4	-0,35%
ARS LVT	277.232	316.424	328.780	12.356	3,90%	107,2	107,1	112,1	5,0	4,67%
ARS Alentejo	32.780	39.980	44.986	5.006	12,52%	158,3	133,8	105,9	-27,9	-20,85%
ARS Algarve	20.541	27.611	25.542	-2.069	-7,49%	202,2	189,2	161,6	-27,6	-14,59%
Entidades Não SNS	84.808	99.367	99.741	374	0,38%	115,3	120,9	138,5	17,6	14,56%
Total	938.376	1.061.646	1.146.849	85.203	8,03%	122,9	120,1	115,3	-4,8	-4,00%

Fonte: ADW-CTH (dados extraídos a 29 de janeiro de 2015)

*Independentemente da data de inscrição do pedido

Importa, ainda, referir que o tempo médio de resposta aos pedidos de consulta hospitalares efetuados através do CTH diminui 4,8 dias de 2013 para 2014, o que representa uma maior celeridade de resposta à população.

A nível nacional, regista-se um aumento de 8,03% (85.203) de consultas realizadas e registadas no CTH, relativamente ao período homólogo.

No que respeita ao tempo médio de resposta aos pedidos verifica-se, globalmente, uma diminuição de 4,8 dias.

De facto, o tempo médio de resposta ao pedido de consulta em 2014 foi de 115,3 dias (sendo que tinha sido de 120,1 em 2013 e de 122,9 dias em 2012) e a mediana do tempo até à realização da primeira consulta foi de 81,5 dias, em linha com o valor de 2012, ficando abaixo dos 150 dias do TMRG estipulado na Portaria nº 87/2015, de 23 de março.

Quadro 16 - Tempo médio de resposta e mediana desde a realização da 1ª consulta (consultas realizadas*)

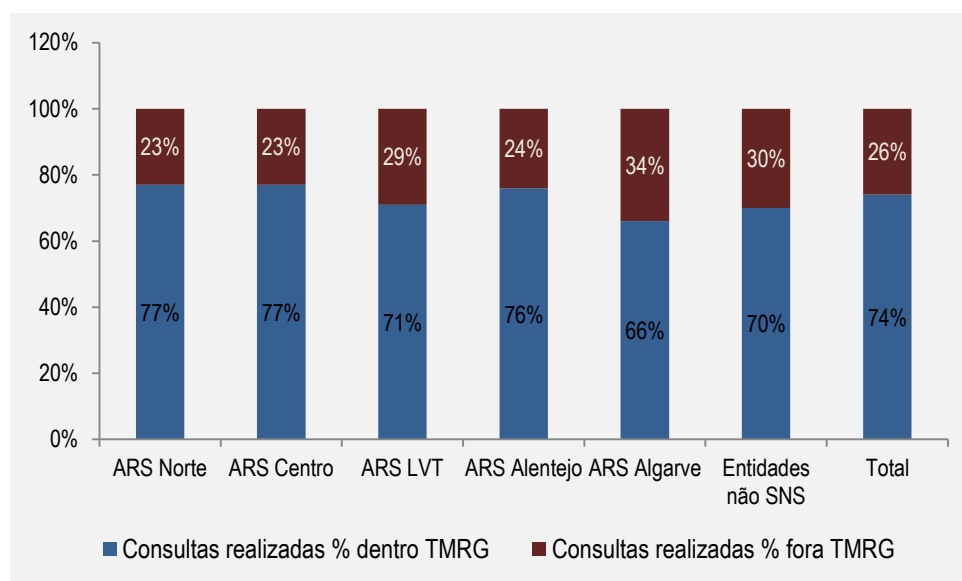
ARS de destino do pedido	Tempo médio de resposta ao pedido (dias)			Mediana do tempo até à realização da primeira consulta (dias)		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
ARS Norte	125,9	126,5	111,8	85,1	86,4	86,5
ARS Centro	130,2	113,9	113,5	79,5	77,1	68,7
ARS LVT	107,2	107,1	112,1	68,7	71,7	75,1
ARS Alentejo	158,3	133,8	105,9	75,0	74,1	62,7
ARS Algarve	202,2	189,2	161,6	111,7	95,2	60,9
Entidades Não SNS	115,3	120,9	138,5	99,2	86,8	108,3
Total	122,9	120,1	115,3	81,5	80,8	81,5

Fonte: ADW-CTH (dados extraídos a 29 de janeiro de 2015)

*Independentemente da data de inscrição do pedido

Analisando agora os tempos de reposta por ARS, verifica-se que a média nacional de consultas realizadas dentro do TMRG é de 74%, ligeiramente acima melhor do que os valores de 2013, conforme se apresenta no gráfico seguinte.

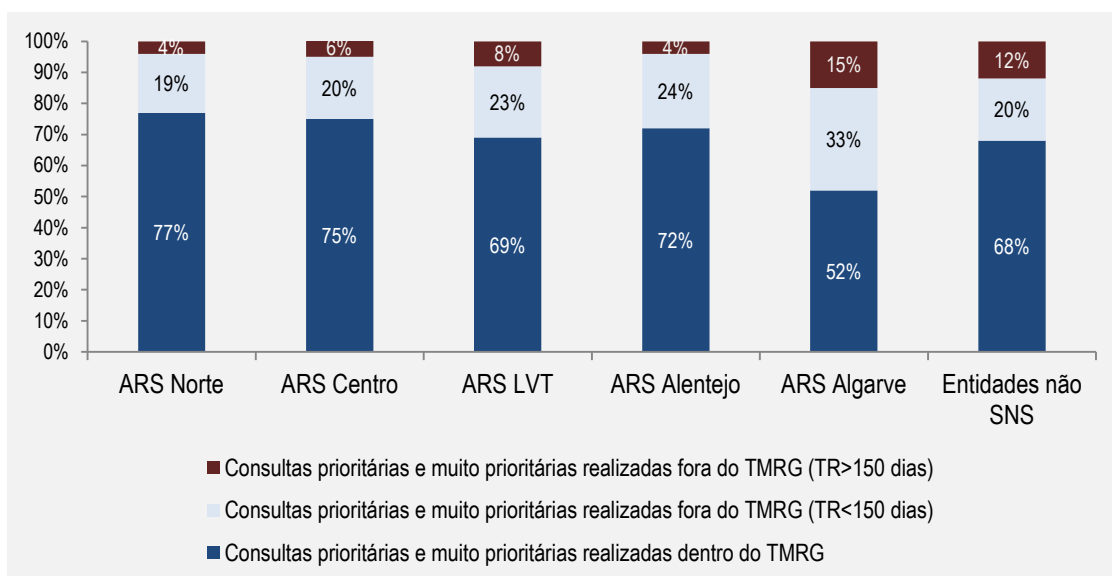
Gráfico 11 - Percentagem de consultas realizadas em 2014, dentro e fora dos TMRG



Fonte: ADW-CTH (dados extraídos a 29 de janeiro de 2015)

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.

Gráfico 12 - Percentagem de consultas realizadas em 2014 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 29 de janeiro de 2015)

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.

À data atual, encontra-se em elaboração o Relatório referente à atividade cirúrgica programa no ano de 2014, pelo que os dados atualmente disponíveis são provisórios e parciais, encontrando-se em processo de consolidação final.

Ainda assim, apresenta-se em seguida um resumo da atividade cirúrgica de 2014, tendo em conta os dados disponíveis atualmente, nomeadamente:

Quadro 17 - Evolução global da oferta cirúrgica entre 2006 e 2014

Indicadores	2006	...	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Δ2006/2014	Δ2013/2014
Entradas em LIC	451.942		566.878	573.527	611.535	624.226	644.178	648.868	44%	0,7%
Nº de utentes inscristos (LIC)	221.208		164.751	162.211	180.356	166.798	176.129	183.882	-17%	4,4%
Mediana TE da LIC	6,9		3,4	3,1	3,3	3,0	2,8	3,0	-57%	7,1%

Fonte: SIGLIC – Relatório SIGIC de 2014

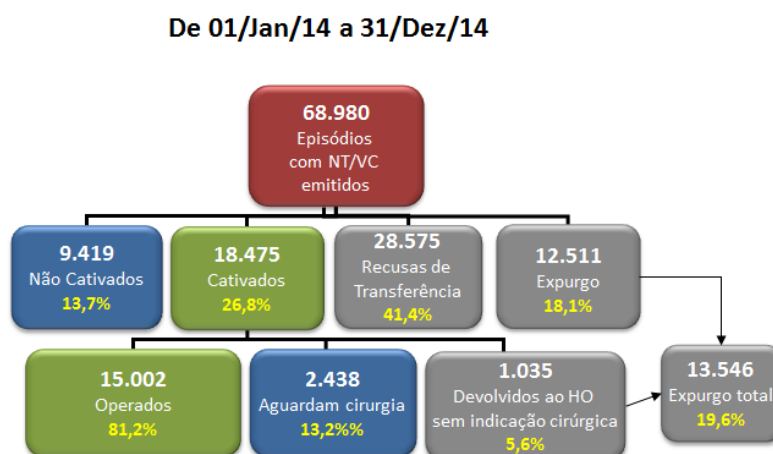
Quadro 18 - Evolução dos indicadores de procura entre 2006 e 2014

Indicadores	2006	...	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Δ2006/2014	Δ2013/2014
Total operados	345.321		475.293	484.065	503.919	534.415	544.377	549.560	59%	1%

Fonte: SIGLIC – Relatório SIGIC de 2014

As transferências asseguram a prestação dos cuidados cirúrgicos nos TMRG, sempre que o hospital de origem não tem capacidade para o efeito. Neste âmbito, o esquema seguinte apresenta a estrutura das transferências ocorridas em 2014, ou seja, a percentagem de utentes com vale de cirurgia emitidos (68.980 em 2014), os quais representam 10,7% do total de entradas em LIC.

Figura 2 - Diagrama referente às notas de transferência e vales cirurgia emitidos em 2014



Fonte: SIGLIC – Relatório Provisório de 2014

Legenda:

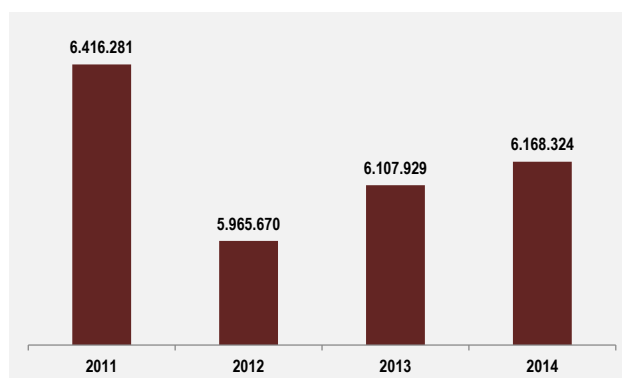
NT/VC – Nota de transferência/vale-cirurgia

HO – Hospital de origem

Atendimentos Urgentes

A evolução da atividade de urgência hospitalar está muito dependente da sazonalidade dos surtos de doenças respiratórias infecciosas e ondas de calor. Ainda assim, e em linha com o esperado, regista-se em 2014 uma estabilização em redor dos 6 milhões de atendimentos urgentes nos Hospitais do SNS, face a 2013, conforme demonstra o quadro seguinte.

Gráfico 13 - Evolução dos atendimentos urgentes entre 2011 e 2014

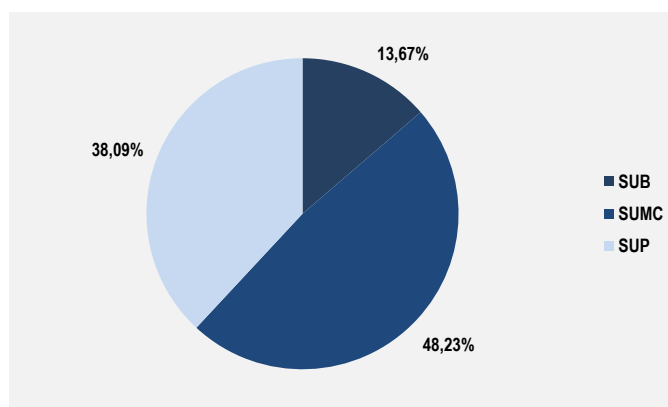


Fonte: ACSS-SICA

Em termos de distribuição por tipologia de urgência, verifica-se que os serviços de urgência médico-cirúrgica (SUMC) são os mais procurados (48,2% dos episódios de urgência), seguidos pelos serviços de urgência polivalente (SUP) e dos serviços de urgência básica (SUB), respetivamente.

Importa referir que a oferta destas tipologias de serviços é dominada pelas SUB (18 geridas ao nível dos CSP e 22 geridas por hospitais), sendo que os SUMC são 30 e os SUP 14.

Gráfico 14 - Percentagem de atendimentos por tipologia de serviços de urgência, em 2014

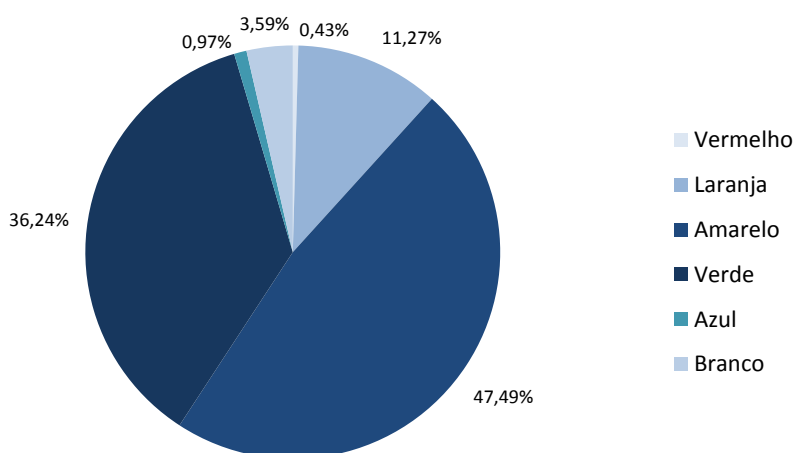


Fonte: ACSS-SICA

Legenda: SUB – Serviço de Urgência Básica; SUMC – Serviço de Urgência Médico-cirúrgica; SUP – Serviço de Urgência Polivalente

Em termos de Triagem de Manchester verifica-se a persistência do peso elevado de atendimentos que são triados com cor branca, azul e verde, os quais poderiam eventualmente ser observados em outros níveis de cuidados menos complexos, apesar de este peso ter diminuído para 40,8% do total de episódios de internamento em 2014, quando esse valor ascendia a 42% em 2013.

Gráfico 15 - Distribuição de atendimentos de acordo com a triagem de Manchester



Fonte: ACSS-SICA

Atividade do Setor Convencionado

A tabela seguinte revela que o valor faturado ao SNS pelas entidades convencionadas, no ano de 2014, sem contar com a área da Diálise e com as convenções SIGIC, foi de 360.202.983 €, o qual, correspondeu a uma variação negativa de -13,9% face ao valor faturado em 2011, durante o qual o SNS despendeu 418.234.205 €.

A taxa média de crescimento anual dos encargos suportados pelo SNS, de 2011 para 2014, foi negativa, mais propriamente de -7,2%/ano.

Quadro 19 - Encargos suportados pelo SNS com convenções e indicadores da procura

MCDT (SNS Aceite)	Nº Atos Aceites	Nº Exames Aceites	Nº Requisições Aceites
2011			
418.234.205 €	103.465.699	65.655.199	22.619.579.186
2012			
338.075.734 €	90.633.992	58.064.023	18.672.760.352
2013			
332.110.123 €	87.260.374	57.593.348	17.925.942.144
2014			
360.202.938 €	90.774.630	59.198.242	18.264.528.962
Δ % 2014/2011			
-13,9%	-12,3%	-9,8%	-19,3%
Δ % 2014/2013			
8,5%	4,0%	2,8%	1,9%
Taxa Média de Crescimento Anual 2014/2011			
-7,2%	-6,3%	-5,0%	-10,1%

Fonte: SIM@SNS, extraído em 08/05/2015

Através da tabela seguinte, analisa-se a evolução dos encargos do SNS com as entidades convencionadas nos últimos anos, assim como o número de exames realizados, por área de convenção, sem contar com a área da Diálise e com as convenções SIGIC.

Quadro 20 - Encargos e número de exames no setor convencionado, por área de convenção

Área MCDT	2012		2013		2014		Encargos	
	Encargos SNS	Nº Exames	Encargos SNS	Nº Exames	Encargos SNS	Peso	Nº Exames	Δ % 2013/2014
A Análises Clínicas	144.831.576 €	47.028.915	144.839.890 €	46.883.605	150.126.432 €	41,7%	47.794.902	3,6%
B Anatomia Patológica	2.985.644 €	503.045	3.140.020 €	501.677	3.473.046 €	1,0%	541.454	10,6%
C Cardiologia	18.747.663 €	1.269.014	19.233.130 €	1.308.240	20.045.978 €	5,6%	1.346.379	4,2%
D Medicina Nuclear	4.190.659 €	31.288	4.231.845 €	31.783	3.974.143 €	1,1%	28.855	-6,1%
E Electroencefalograma	309.768 €	14.503	304.462 €	13.656	265.074 €	0,1%	11.734	-12,9%
F Endoscopia Gastroenterológica	10.610.837 €	356.288	10.471.843 €	345.878	22.397.589 €	6,2%	632.379	113,9%
G Medicina Física e de Reabilitação	67.927.285 €	2.876.350	61.361.500 €	2.671.253	66.550.055 €	18,5%	2.841.214	8,5%
H Otorrinolaringologia	110.291 €	24.225	108.825 €	24.785	133.638 €	0,0%	29.956	22,8%
I Pneumologia	1.331.361 €	83.696	1.398.190 €	82.589	1.536.946 €	0,4%	89.398	9,9%
J Urologia	0 €	0	0 €	0	0 €	0,0%	0	0,0%
L Neurofisiologia	159.822 €	11.419	137.356 €	10.266	128.039 €	0,0%	9.450	-6,8%
M Radiografia	86.643.427 €	5.818.738	86.684.241 €	5.677.889	91.388.739 €	255,4%	5.832.645	5,4%
N Especialidades Médico-Cirúrgicas	214.324 €	46.015	186.584 €	41.436	182.745 €	0,1%	39.781	-2,1%
O Outros (Psicologia)	13.076 €	527	12.237 €	311	514 €	0,0%	95	-95,8%
Z Exames Comuns	0 €	0	0 €	0	0 €	0,0%	0	n.d.
Total MCDT	338.075.734 €	58.064.023	332.110.123 €	57.593.348	360.202.938	100%	59.198.242	8,50%

Fonte: SIM@SNS, extraído em 08/05/2015

Conforme se constata, mais de 40% dos encargos suportados com as entidades do setor convencionado tem a ver com a área das análises clínicas, seguindo-se a radiologia e a medicina física e reabilitação.

A tabela anterior permite igualmente constatar que foram realizados quase 60 milhões de exames no setor convencionado no ano de 2014, sendo que 80% desses exames foram da área das análises clínicas.

Endoscopias Gastroenterológicas

O ano de 2014 ficou ainda marcado pela criação de um novo pacote de cuidados ao abrigo da convenção para a endoscopia gastroenterológica, de forma a garantir a realização de endoscopias digestivas baixas (colonoscopias) associada à analgesia ao doente, reduzindo o efeito dissuasor à realização do exame. Este novo pacote de cuidados inclui a realização da colonoscopia e todos os seus procedimentos associados (ie. sedação, polipectomia, biópsia, injeção endoscópica de fármacos, tatuagem cólica), constituindo-se como um investimento para obtenção de resultados em saúde nesta área prioritária.

A tabela seguinte apresenta a evolução registada em termos de colonoscopias realizadas no Setor Convencionado nos anos de 2013 e 2014, nomeadamente **o acréscimo de atividade que se registou no período, ou seja, mais 29,4% (+ 34.763 exames).**

Quadro 21 - Variação do número de Endoscopias Digestivas Baixas realizadas no Setor Convencionado

	Número Endoscopias		Δ %
	2013	2014	
Janeiro	9.031	9.585	6,13%
Fevereiro	8.440	11.055	30,98%
Março	9.197	11.040	20,04%
Abril	10.072	9.173	-8,93%
Maio	10.969	11.612	5,86%
Junho	11.832	12.024	1,62%
Julho	9.935	16.109	62,14%
Agosto	9.068	11.888	31,10%
Setembro	9.753	15.516	59,09%
Outubro	11.305	15.779	39,58%
Novembro	9.771	15.363	57,23%
Dezembro	8.832	13.824	56,52%
Total	118.205	152.968	29,41%

Fonte: SIM@SNS, extraído em 08/05/2015

* Inclui Colonoscopia Total, Colonoscopia Esquerda e Pacote de Colonoscopia

Adicionalmente, também os Hospitais do SNS continuaram a responder à população na área da endoscopia gastroenterológica, registando-se também um aumento de atividade no período em análise, ou seja, **o número de exames efetuados nos Hospitais do SNS aumentou 3,3% (+ 3.745), de 2013 para 2014.**

Quadro 22 - Variação do número de Endoscopias Digestivas Baixas realizadas nos Hospitais do SNS

	2013	2014	Δ %
Número Endoscopias Digestivas Baixas * **	113.058	116.803	3,31%

Fonte: SICA

* Inclui os exames requisitados pelos Hospitais (efetuados dentro ou fora da instituição)

** Exclui Hospitais PPP

Meios complementares de diagnóstico e terapêutica em doenças cardiovasculares

Dos dados reportados pelas Instituições nos seus relatórios de acesso, salienta-se o crescimento, entre 2012, 2013 e 2014, do número de intervenções cardíacas realizadas, nomeadamente ao nível dos cateterismos cardíacos (+10,63% entre 2013 e 2014), conforme demonstra a tabela seguinte.

Quadro 23 - Doenças cardiovasculares MCDT: intervenções realizadas nos anos 2012, 2013 e 2014 - Cateterismo cardíaco

	Nº de intervenções 2012	Nº de intervenções 2013	Nº de intervenções 2014	Varição 2014 - 2013 (%)
Cateterismo Cardíaco	39.777	42.108	46.582	10,63%

Fonte: Relatórios de Acesso das Instituições referentes ao ano 2014

Também ao nível da implantação de *pacemakers* cardíacos se tem vindo a registar um aumento significativo de atividade, com um crescimento de +4,92%, entre 2013 e 2014, conforme se contata na tabela seguinte.

Quadro 24 - Doenças cardiovasculares MCDT: intervenções realizadas nos anos de 2012 e 2011 - Implantação de pacemaker cardíaco

	Nº de intervenções 2012	Nº de intervenções 2013	Nº de intervenções 2014	Varição 2014 - 2013 (%)
Pacemaker Cardíaco	7.973	8.339	8.749	4,92%

Fonte: Relatórios de Acesso das Instituições referentes ao ano 2013

10.2 Gestão do Acesso em 2014

Continuam a existir vários sistemas de informação (SI) que asseguram a nível nacional a monitorização do acesso a cuidados de saúde em áreas específicas. 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 que em seguida se apresentam de forma sintética.

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 *Dashboards* da Saúde, por exemplo.

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

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

O Regulamento do CTH foi aprovado pela Portaria n.º 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 referência de pedidos de primeira consulta de especialidade com origem nos hospitais do SNS

e com origem em entidades com acordo de cooperação com o SNS. De igual forma, pretendeu-se clarificar a exceção da referenciação proveniente de entidades privadas, passando estes pedidos de consulta a ser geridos pelo CTH. Deste modo, assegura-se que os pedidos de primeira consulta oriundos de um prestador público ou de um prestador privado obedeçam 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 adequados 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 efetivamente necessitam.

Verificada a necessidade de criar um sistema de mais fácil manutenção e suporte, foi decidido, em 2014, criar uma nova aplicação informática para suporte ao programa Consulta a Tempo e Horas. Esta aplicação será desenvolvida pela SPMS utilizando o *know-how* possuído em tecnologias de informação e o conhecimento do negócio associado ao programa CTH.

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 assegurar melhor 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).

O SIGIC possibilitou e continua a possibilitar a melhoria substancial dos tempos de espera para cirurgia programada aos utentes do SNS, tendo sido reconhecido pela OCDE, 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.

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.

O SISO é 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, disponibilizando dados sobre a oferta de cuidados, o número e tipo de beneficiários, a utilização dos cheques-dentista, a saúde oral dos utentes e permitindo, 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.

SISBAS – Sistema de Informação sobre Benefícios Adicionais em Saúde

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

Com efeito, o progressivo envelhecimento demográfico, entre outros aspetos, tem determinado o aumento de doenças crónicas e incapacitantes em diversos grupos da população, designadamente os idosos, com implicações diretas nos custos da aquisição de medicamentos ou outros produtos necessários à manutenção e proteção da saúde.

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.

O direito ao BAS efetiva-se através da exibição nas Unidades de Saúde Familiares ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (USF/UCSP) do cartão de utente e da apresentação do comprovativo válido da situação de beneficiário do CSI, emitido pelo Instituto de Segurança Social (SS).

Para operacionalização dos 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. Na implementação do sistema, 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 exarcação 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 ao utente.

Sistema de Gestão de Transporte Não Urgente de Doentes

O Sistema de Gestão de Transporte de Doentes (SGTD) é um sistema de informação que suporta as atividades e a gestão integrada do processo de transporte não urgente de doentes, desde a sua requisição à respetiva contabilização, no quadro de intervenção de todos os seus intervenientes.

A adoção de uma abordagem ao processo de gestão de transporte de doentes de forma transversal, permite a resposta integrada aos desafios da racionalização e da eficiência da gestão

das unidades funcionais da saúde, da normalização de critérios na marcação de transporte de doentes, da imputação financeira às entidades requisitantes e da confirmação da efetividade do tratamento ou consulta, para além de um controlo efetivo da contabilização inerente aos prestadores de serviços de transporte.

Este sistema foi criado em 2009 na Administração Regional de Saúde do Alentejo, estando atualmente implementado nas cinco ARS. O SGTD já integra todas as unidades de Cuidados de Saúde Primários, e está em desenvolvimento a Plataforma Hospitalar de forma a permitir a implementação do sistema em todas as instituições hospitalares do SNS.

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.

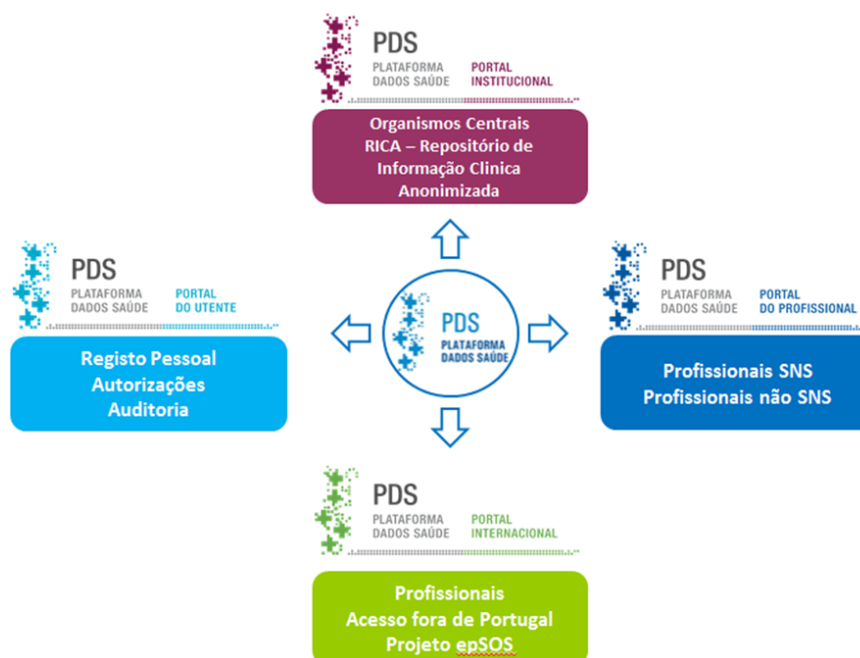
Neste sentido, surgiu durante o ano de 2012, a PDS - Plataforma de Dados da Saúde, sistema que permite o registo e a partilha de informação clínica entre utentes, profissionais de saúde e entidades prestadoras de serviços de saúde.

A PDS constitui-se como o Registo de Saúde Eletrónico 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 quatro portais específicos, seguros e contextualizados, nomeadamente os apresentados na figura seguinte:

Figura 3- Resumo dos portais específicos da PDS



Telemedicina (Teleconsulta e Telemonitorização)

A Telemedicina (Teleconsulta e Telemonitorização) constitui uma importante ferramenta facilitadora do acesso aos cuidados de saúde.

A Teleconsulta aumenta a acessibilidade às consultas de Especialidades Médicas, aumentando a equidade, com o incremento da possibilidade de acesso, por todos os utentes, a melhor qualidade de cuidados de saúde, reduzindo os custos associados (transportes e absentismo) e as “distâncias” entre cuidados de saúde primários e especializados.

A telemonitorização tem um papel igualmente importante e em franco crescimento no seguimento de algumas doenças crónicas no domicílio através da implementação de um serviço que, interligado com os estabelecimentos do SNS, garanta a monitorização remota, praticada por uma equipa de profissionais de saúde, a partir de uma Instituição sobre um grupo de doentes crónicos que seguem um protocolo a partir dos seus domicílios (Despacho nº 3571/2013, de 6 de março).

Reconhecendo os benefícios sociais e económico-financeiros da Telemedicina, o Ministério da Saúde português tem apostado na dinamização desta ferramenta, com vista à existência de uma Rede de Telemedicina no Serviço Nacional de Saúde. Com a publicação dos Despachos nºs 3571/2013, de 6 de março, e 8445/2014, de 30 de junho, do gabinete de Sua Exa. Sr. Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, foi reforçado a importância da Telemedicina para o SNS.

Em 2013 foi criado o Grupo de Trabalho da Telemedicina (GTT) que atua no âmbito da Comissão de Acompanhamento para a Informatização Clínica, com o objetivo de (i) estabelecer as ações prioritárias de forma a implementar e monitorizar a Rede de Telemedicina no Sistema Nacional de Saúde (SNS), (ii) permitir igual acesso a todos os profissionais, disponibilizando ferramentas adequadas para a realização de teleconsultas e telerastreios (*webcams*), (iii) aumentar a acessibilidade, melhorar a equidade e promover o acesso de um maior número de pessoas a melhores cuidados de saúde, (iv) reforçar a estratégia de implementação da rede de Telemedicina.

Ao longo dos anos de atividade o GTT tem desenvolvido inúmeras atividades, das quais se destacam:

- Rastreio /Tele dermatológico: Tem como objetivo para 2015, atingir 85% do seu território, que corresponde a 34% do Território Nacional. Estando em implementação mais avançada nas ARS Norte e ARS Centro, mas também prevista brevemente para as restantes ARS;
- Telemonitorização: Iniciado em 2014, o Projeto-piloto DPOC- 1ª Fase, financiado pela ACSS através de um programa vertical para 5 hospitais: ULSAM, CHUC, CHC-Beira, ULSNA e CHAL;
- Em dezembro 2014 / janeiro 2015 foi efetuado um Inquérito de Satisfação intercalar aos utentes, profissionais de saúde e empresas prestadoras de serviços, cujas conclusões foram bastante positivas. Neste projeto-piloto participam a ULSAM com a Empresa Prestadora de Serviços – VITALMOBILE; CHUC com E.P.S. – HOPECARE sendo R.M.; CHC-Beira com E.P.S. – ALTRAN; ULSNA com E.P.S. – LINDE; CHAL com E.P.S. – TUNSTALL e R.M.
- No âmbito do projeto de Telemonitorização, estão atualmente cobertos 75 utentes para um universo potencial estimado de 5.000. O projeto será continuado nos mesmos moldes durante 2015.
- Encontra-se em preparação o Acordo Quadro de Telemedicina, que entrará em vigor a partir de janeiro de 2016 e que cobrirá outras áreas.

No que respeita aos principais pilares de intervenção operacional no âmbito da promoção da telemedicina, evidenciam-se as seguintes atividades:

- Teleconsultas: Está em fase de aperfeiçoamento a Aplicação Informática – PDS-LIVE após testes no terreno. O GTT sugeriu (tendo sido aceite), que as 1ªs ligações de Teleconsultas sejam efetuadas entre Hospitais, alargando-se, ao ritmo possível, ao Cuidados de Saúde Primários;
- Legislação/Institucionalização: juntamente com a DGS foram publicadas Normas de Orientação Clínica (NOC) para o Telerastreio Dermatológico (NOC 005/2014, de 08/04/2014), Telepatologia/Patologia Digital (NOC 004/2015, de 25/03/2015) e Teleradiologia (NOC 005/2015, de 25/03/2015).

Microsite de Monitorização do SNS e *Dashboards* da Saúde

Durante o ano de 2014 deu-se continuidade ao desenvolvimento do microsite de «Monitorização do Serviço Nacional de Saúde», que foi criado em 2013 e que se encontra alojado no sítio institucional da ACSS (www.acss.min-saude.pt), permitindo a divulgação de informação sobre as diferentes dimensões de análise do Sistema de Saúde (acesso, eficiência, efetividade, produção e satisfação) a públicos-alvo diversos, designadamente, 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 permitir 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» alargou a sua abrangência durante o ano de 2014, altura em que entrou em produção uma nova área de “acesso reservado aos hospitais”, a qual permite obter informações mais detalhadas em relação a vários dos indicadores que são habitualmente acompanhados nos países da OCDE (sobre mortalidade, saúde mental, segurança do doente, entre outros) ou outros indicadores validados.

Também em 2014, entrou em produção a área referente ao *benchmarking* de ACES, através da qual se procede à harmonização da publicitação de informação sobre este nível de cuidados, permitindo aumentar a partilha de informação aos diferentes níveis de responsabilidade na prestação de cuidados de saúde primários, desde as ARS, aos ACES e às unidades Funcionais que os compõem e, simultaneamente, identificar aspetos particularmente relevantes em termos de melhoria do desempenho assistencial no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Para além deste microsite, encontram-se também disponíveis os «Dashboard 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 informação constante desta ferramenta web é validada regularmente, possibilitando, assim, uma atualização periódica dos indicadores que estão a ser utilizados para monitorizar o estado de saúde dos portugueses.

Prescrição eletrónica de Medicamentos e de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)

A prescrição eletrónica de medicamentos é o procedimento de emissão de receitas médicas através de aplicações informáticas e encontra-se regulada na Portaria nº198/2011, de 18 de Maio.

Para suportar a prescrição eletrónica 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 eletrónica 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 utilizada para todos os medicamentos não comparticipados ou de preço livre;
- A desmaterialização total da receita permitindo a sua dispensa 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 eletrónica 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 eletrónica no SNS e de 80% no setor privado para medicamentos, e de 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;
- Encontra-se em preparação uma nova aplicação de prescrição médica e a desmaterialização completa da receita médica.

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, dádava 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 relativas 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 eletrónica, 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 seria 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.

O processo de transposição da Diretiva foi concluído em Agosto com a publicação da Lei de transposição n.º 52/2014, de 25 de agosto 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.

Em cumprimento do artigo 7º da referida Lei, foi elaborada a Circular Informativa n.º 27/2014 que define as linhas de orientação para a adoção de medidas de restrição ao acesso a cuidados de saúde no âmbito da transposição da Diretiva 2011/24/UE.

Na sequência da transposição 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, definidos através da Portaria n.º 91/2014, de 25 de Setembro.

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 Clínico 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.

Para operacionalização do procedimento de autorização prévia e procedimento de reembolso foi desenvolvido um sistema informático que automatiza o processo e que se inicia com o pedido efetuado através do Portal do Utente.

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.

A ACSS foi designada pelo Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, como 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 eletrónicos, 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. Para disponibilização da informação referente à implementação da diretiva, foi criado o Portal da Diretiva, que entrou em produção em Outubro e que poderá ser consultado através do endereço “diretiva.min-saude.pt”.

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.

11. RNCCI

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (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 prestação, 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 e necessidade simultânea de cuidados de saúde e apoio social.

A construção da RNCCI tem sido efetuada segundo uma filosofia de melhoria contínua, em que alterações a procedimentos, orientações e diretivas se efetuam de forma transversal, com envolvimento de todos os parceiros.

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 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 Rede em 2014 foi de 41.657, representado um acréscimo de 4,4% em relação a 2013, ano em que tinham sido referenciados 39.896 utentes para a RNCCI (em 2012 tinham sido 29.790).

Conforme se constata na tabela seguinte, o maior crescimento em relação a 2013 é em ULDM com 37% de crescimento, seguida de UMDR com um crescimento de 9,2%.

Quando se analisa a origem da referenciação dos utentes para a RNCCI em 2014, constata-se que 65% (67% em 2013) dos utentes foram referenciados pelos Hospitais e 33% pelos cuidados de saúde primários (33% em 2013), mostrando um crescimento da referenciação extra-hospitalar, inserindo cada vez mais a RNCCI a nível comunitário.

Gráfico 16 - Origem dos utentes referenciados no âmbito da RNCCI



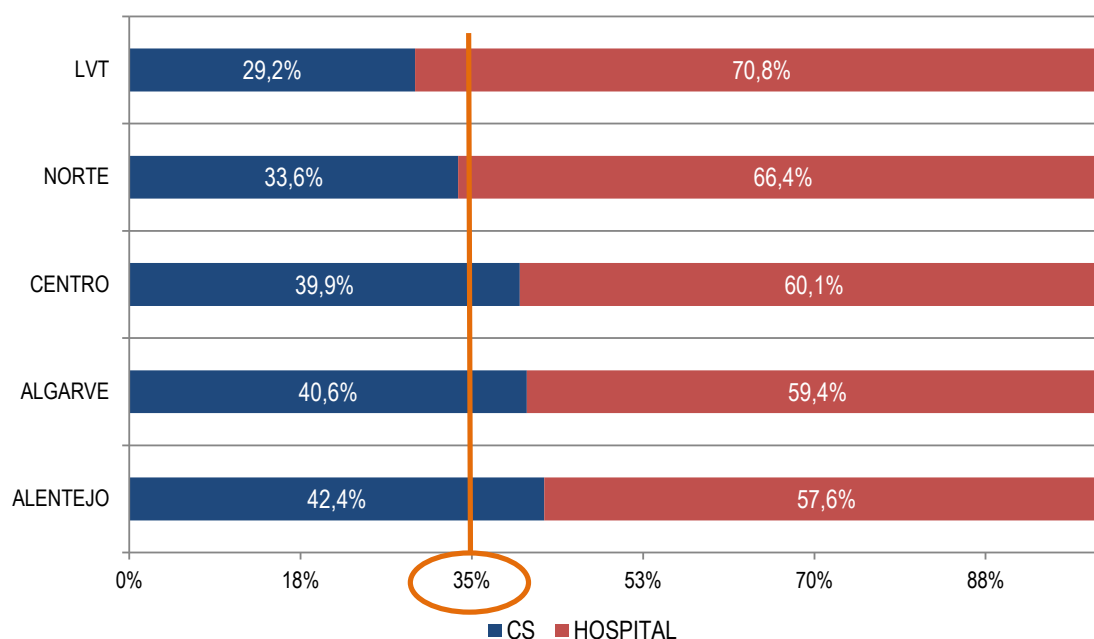
Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2014

Para uma referenciação nacional de 35%, as regiões com maior percentagem de referenciação a partir dos cuidados de saúde primários são o Alentejo e o Algarve, com 40,6% dos seus utentes a serem referenciados fora do contexto hospitalar. A região do Norte cresce em relação a 2013

passando de 26% para 33,6%, sendo a região com menor percentagem a de LVT, com 29,2% (30% em 2013). O peso da referência hospitalar é maior em LVT com 70,8% (70% em 2013). Com este peso da referência hospitalar associado à sua cobertura populacional, as dificuldades a nível hospitalar são esperadas em LVT.

Na figura seguinte encontra-se essa distribuição, estando assinalado o valor nacional de 35%.

Gráfico 17 - Distribuição percentual da origem da referência em cada região, no âmbito da RNCC

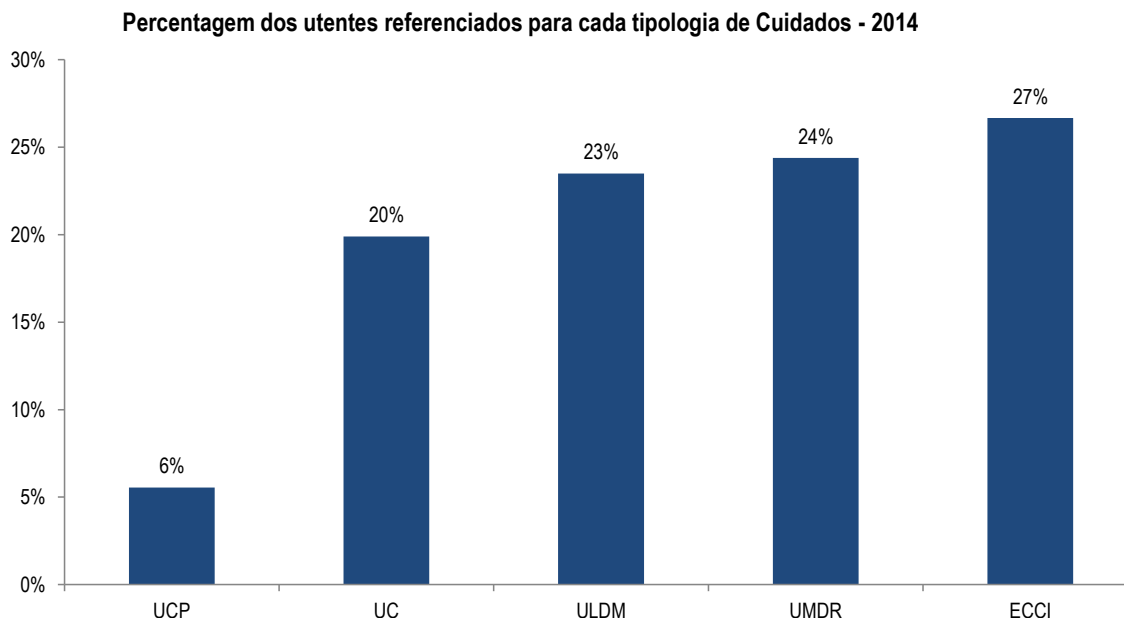


Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2014

Quando se analisa o destino das referências, verifica-se que a tipologia para onde foram referenciados mais utentes a nível nacional foi ECCL, com 27%, seguida de UMDR e ULDM, com 24% e 23%, tendo crescido o número de referências para ULDM (18% em 2013).

Os cuidados domiciliários assumem-se como a principal tipologia de cuidados de referência, a nível nacional (23,1% em 2011, 27,2% em 2012 e 30% em 2013), conforme se demonstra no gráfico seguinte:

Gráfico 18 - Referenciação para as diferentes tipologias de cuidados no âmbito da RNCCI



Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2014

O número de utentes que foram referenciados para a RNCCI em 2014, em valores absolutos, por tipologia e região, são apresentados na tabela seguinte:

Quadro 25- Utentes referenciados por tipologia e região no âmbito da RNCCI

Utentes Referenciados por Região e Tipologia - 2014											
Total com admissões diretas de EIH e ECSCP	Regiões	EHSCP	ECSCP	ECCI	UC	UCP	ULDM	UMDR	Totais sem admissão diretas - BH e ECSCP		
									CS	Hospitais	Total
15.070	Norte	1.073	48	4.754	3.360	353	2.788	2.694	4.685	9.264	13.949
8.348	Centro	0	0	705	1.463	595	2.939	2.645	3.330	5.018	8.348
11.558	LVT	758	26	3.132	1.761	966	2.062	2.853	3.145	7.628	10.774
3.585	Alentejo	0	147	658	716	241	957	866	1.458	1.980	3.438
3.096	Algarve	236	0	1.251	533	32	503	541	1.162	1.698	2.860
41.657	Nacional	2.067	221	10.500	7.833	2.187	9.249	9.600	13.781	25.588	39.369

Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2014

Em relação a 2013, a região que mais cresceu em utentes referenciados foi LVT, com um acréscimo de 14,8%.

O número total acumulado de utentes referenciados para a Rede é de 216.600, desde o início da sua implementação.

Dos utentes referenciados já identificados com critérios de admissão, houve cancelamento de episódios, utentes que recusaram, e óbitos após a referenciação. O valor percentual nacional do somatório das situações atrás referidas (cancelados, recusa e óbitos) representa 21% dos utentes com critérios para admissão a nível nacional, representando, no Alentejo 28% e em LVT 27%, o que pode explicar a elevada % de utentes admitidos, dado que os utentes para admitir são os que têm critérios, subtraídos dos cancelados, dos que recusam e dos óbitos entretanto ocorridos.

O tempo de referenciação até à identificação de vaga pode relacionar-se com as vagas disponíveis mas também com o facto de os profissionais das ECL terem outras funções para além das atribuídas à RNCCI, tanto na vertente de Saúde como na de Segurança Social, com acréscimo, nesta última, do tempo necessário aos procedimentos para o cálculo do valor a pagar pelos utentes e respetiva comparticipação da segurança social, quando aplicável, nas tipologias de UMDR e ULDM.

O momento da referenciação a nível hospitalar é importante para a admissão na Rede, atendendo a que mais de metade dos utentes é referenciada pelos Hospitais. A referenciação deve preferencialmente ser efetuada nas primeiras 48 a 72 horas após admissão hospitalar, para permitir desenvolver todo o processo antes da alta durante o internamento hospitalar.

A mediana do tempo de referenciação até identificação de vaga está presente na tabela seguinte, mostrando um número superior de tempos que melhoraram em relação aos que pioraram (globalmente, 72% dos tempos melhoraram, em relação a 2013), nomeadamente:

Quadro 26 - Tempo de referenciação até identificação de vaga

Tempo de Referência até identificação de vaga - Mediana de dias			
Região	Tipologia	Ano 2013	Ano 2014
Norte	UC	5,9	6,9
	UCP	5,8	5,1
	UMDR	19,0	23,0
	ULDM	14,0	12,2
	ECCI	4,1	3,8
Centro	UC	10,1	10,8
	UCP	6,9	7,0
	UMDR	22,4	20,9
	ULDM	19,8	16,5
	ECCI	3,0	2,0
LVT	UC	13,8	19,7
	UCP	41,1	33,3
	UMDR	36,0	35,1
	ULDM	73,1	33,2
	ECCI	5,8	4,2
Alentejo	UC	12,9	11,2
	UCP	11,2	14,0
	UMDR	51,0	33,2
	ULDM	70,9	53,1
	ECCI	5,1	4,2
Algarve	UC	3,0	1,2
	UCP	12,1	11,0
	UMDR	27,6	29,1
	ULDM	54,3	33,9
	ECCI	0,8	0,4

Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2014

O número de utentes assistidos em 2014 inclui, para além dos referenciados em 2014, os utentes transitados de 2013 (a quem já se prestavam cuidados em Unidades ou Equipas), os admitidos em 2014 cujas referências ainda tinham sido efetuadas em 2013, os que estavam em avaliação na ECL em final de 2013 e que foram, posteriormente, admitidos em Unidades/Equipas da RNCCI em 2014.

O número de utentes assistidos em 2014 foi de 48.299, representando um crescimento de 7,6% em relação a 2013, mas com decréscimo de 4% em UCP (o Norte tem uma diminuição de 16,9%).

Quadro 27 - Utentes assistidos

Tipologia	Utentes Assistidos		Variação
	2013	2014	
UC	8.781	8.833	0,5%
UMDR	9.352	9.990	6,8%
ULDM	8.675	10.541	21,5%
UCP	1.903	1.827	-4,0%
ECCI	13.804	14.577	5,6%
EIHECSCP	2.356	2.531	7,4%
Total	44.881	48.299	7,6%

Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2014

O maior crescimento relaciona-se com os utentes assistidos em ULDM (acrécimo de 21,5%) seguido dos assistidos em EIHCSCP/ECSCP, com um acréscimo de 7,4%, mas com a região Norte a crescer 71% (a região que mais cresce nesta área), tendo assim aumentado os utentes assistidos em Equipas, em conformidade com a diminuição em UCP. Os assistidos nas diferentes regiões é assimétrico, com a região do Centro a não ter utentes assistidos em EIHCSCP, registados no aplicativo informático.

De seguida, apresentam-se, de forma sintética, os principais resultados assistenciais da RNCCI em 2014.

Atividade Assistencial da RNCCI

- A população da RNCCI em 2014 com idade superior a 65 anos representa 83,4% do total. A população com idade superior a 80 anos representa 45,1% do total. Dos utentes com mais de 65 anos, 55% tem mais de 80 anos;
- O sexo feminino representa 55,6% dos utentes e o sexo masculino representa 44,4% dos utentes. Dos utentes com idade superior a 80 anos, 63,5% são do sexo feminino;
- O nível de escolaridade menor que 6 anos representa 90% do total da população da RNCCI;

- Os utentes da RNCCI tinham previamente apoios de vários tipos, dominando os apoios em alimentação, higiene (com cerca de 55% dos utentes a terem este tipo de apoios) e medicamentos (45%), com crescimento em relação a 2013. Cerca de 24% dos utentes viviam sós;
- Os utentes incapazes e dependentes representam 97% da população;
- A população da RNCCI é envelhecida, maioritariamente feminina, com baixo nível de escolaridade, carenciada e com elevada incapacidade e dependência;
- Os utentes tiveram como principal motivo de referenciação para a RNCCI, a Dependência de AVD em 91% dos casos. Quando se considera a percentagem de cada motivo de referenciação, em relação ao total do mesmo motivo por tipologia, verifica-se que 64% do motivo “Feridas / úlceras de pressão” e 60% de “úlceras de pressão múltiplas” se encontram em ECCI;
- A nível nacional, apesar do elevado grupo etário e incapacidade/dependência na admissão, foram atingidos os objetivos da intervenção planeada pelo Plano Individual de Intervenção (PII) em 79% dos casos;
- 10% dos utentes tiveram alta para respostas sociais. A nível nacional, 75,8% das altas foram para o domicílio, 76% dos quais tiveram necessidade de suporte;
- A incidência de úlceras de pressão na RNCCI em 2013 foi de 2,4%. A prevalência de quedas foi de 22%. A percentagem de utentes com avaliação da dor foi de 64%;
- A taxa de mortalidade na Rede, dos episódios de 2014, incluindo os ocorridos em Cuidados Paliativos foi de 13,9%. Excluindo os Cuidados Paliativos a taxa de mortalidade foi de 11,4%. Os óbitos em ECCI representam 34,6% do total. A taxa de mortalidade em ECCI foi de 15,9%. A taxa de mortalidade em Unidades de internamento foi de 9,3%, excluindo Unidades de Cuidados Paliativos (UCP);
- O número de utentes referenciados para a Rede em 2014 foi de 41.657. A tipologia para onde foram referenciados mais utentes a nível nacional foi ECCI com 27%;
- 65% dos utentes foram referenciados pelos Hospitais e 35% pelos CSP, mostrando um crescimento da referenciação extra-hospitalar em relação a 2013, inserindo cada vez mais a RNCCI a nível comunitário;
- A região que mais referencia, em relação à sua população com idade > 65 anos, é o Algarve com 3,7%, seguido do Alentejo com 2,8% e do Norte com 2,4%. A região que menos referencia é LVT com 1,5%. A média nacional é de 2,1%;
- Os utentes com condições de ingresso em relação aos referenciados representam 97,8% do total. Os utentes admitidos em relação aos utentes com condições de ingresso representam 98% do total;

- Em relação ao tempo de referenciação até identificação de vaga, é para as Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) que é mais elevado, oscilando entre 12 e 53 dias para ULDM e entre 21 e 35 para UMDR. Para UCP oscila entre 5,1 e 33,2 dias. Para Unidades de Convalescença (UC) oscila entre 1,2 e 19,7 dias. Para ECCI oscila entre 0,4 e 4,2 dias. A região de LVT apresenta os tempos mais elevados a nível nacional para todas as tipologias, exceto ULDM que é o segundo maior. Globalmente, 72% dos tempos melhoraram em relação a 2013;
- O número total acumulado de utentes referenciados para a Rede, desde o seu início em 2006, é de 216.600;
- O número de utentes assistidos em 2014 foi 48.299. O maior crescimento relaciona-se com os utentes assistidos em ULDM, seguido dos assistidos em EIHSCP/ECSCP;
- A tipologia que mais utentes assistiu a nível nacional foi ECCI com 30,2%. 35,4% dos utentes foram assistidos em equipas – ECCI e EIH/ECSCP;
- O Algarve assiste mais de 50% dos seus utentes em equipas, seguido de LVT com 46,6%;
- O Algarve é a região do país que maior percentagem de utentes assistiu em relação à sua população com idade superior a 65 anos, com 5,8%, seguida do Alentejo com 3,6% e do Norte com 2,7%. LVT foi a região com menor percentagem (1,7%);
- 43% dos utentes com necessidade de cuidados ou ações paliativas tiveram admissão direta através das EIHSCP/ECSCP e 61% foram assistidos em equipas (EIH/ECSCP e ECCI), mostrando o crescimento dos cuidados de proximidade na área dos utentes com necessidade deste tipo de cuidados;
- O acumulado de utentes assistidos, desde o início da RNCCI em 2006, é de 202.794. O maior crescimento relaciona-se com os utentes assistidos em equipas - EIHSCP/ECSCP e ECCI. Em percentagem da população, o Algarve já assistiu, na RNCCI, cerca de 26% da sua população com idade superior a 65 anos, o Alentejo 15,6% e LVT 5,6%.

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 ULDM com 96%. A taxa de ocupação de ECCI é de 65% no Norte, 53% no Centro, 68% em LVT, 79% no Alentejo e 68% no Algarve. O Centro só referencia 8,4% dos seus utentes para ECCI;
- A nível nacional, a demora média em UC é de 34 dias, 79 em UMDR, 164 em ULDM e 142 dias em ECCI. A demora média em UCP é de 37 dias, tendo um acréscimo de 42% em relação a 2013. O aumento da demora média em UCP pode significar uma referenciação mais precoce para esta tipologia, adequando assim o seu papel;

- As transferências para outras tipologias, a nível nacional são sobreponíveis a anos anteriores com 72%. As transferências para ECCI representam 17% do total das transferências efetuadas a nível nacional;
- Em relação a 2013 houve um aumento de 75% no número de horas de formação, fortemente influenciado pelo número de horas de formação no Centro e Alentejo. O maior número de horas de formação relacionou-se com Cuidados Paliativos, Formação Contínua para Auxiliares de Saúde, Prevenção e Controlo da Infecção;
- Os lugares de internamento cresceram 7,8%, existindo um total de 7.160 camas, no final de 2014. Os lugares em Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) representam 77,6% do total de novas camas, representando atualmente esta tipologia 57,2% dos lugares de internamento disponíveis;
- O desenvolvimento das respostas de internamento da RNCCI, com base no estabelecimento de acordos de prestação de serviços, com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), representa 75% do total de acordos celebrados, representando a contratação de 5.194 camas, cerca de 72,5% da oferta;
- O número de ECCI cresceu 3% em relação a 2013, existindo 274 ECCI em final de 2014 tendo a região Centro crescido 13% em número de ECCI;
- O número de lugares totais na RNCCI é de 13.926, 49% dos quais em ECCI;
- A nível nacional existem 26 Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e 11 Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). As ECSCP prestam suporte às ECCI e unidades da RNCCI;
- A nível nacional existem 597 Equipas referenciadoras, a nível hospitalar e dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). As ECL cresceram 8% a nível nacional, com LVT a crescer 21% e o Norte 15%.

12. EEA Grants

O Memorando de Entendimento celebrado em 2012 entre o Estado Português e os Estados Doadores responsáveis pelo Mecanismo Financeiro do Espaço Económico Europeu (MFEUE 2009-2014) atribuiu ao Programa Iniciativas em Saúde Pública (PT06) um montante de financiamento de mais de 10 milhões de euros.

O presente Mecanismo detém uma dotação líquida de 53.603.750€, contemplando 8 programas no nosso país. Destina-se a promover a estreita cooperação entre as instituições e parceiros dos Estados Doadores e Beneficiários, em projetos ligados às áreas programáticas Águas Marinhas e Interiores, Energias Renováveis, Alterações Climáticas, Organizações não-Governamentais, Igualdade de Género e Equilíbrio entre a Vida Privada e o Trabalho, Património Cultural e Artes, e finalmente Saúde Pública.

Contando com um parceiro de excelência dos países doadores, enquanto Donor Programme Partner, o Instituto Norueguês de Saúde Pública, o PT06 centra-se em questões de saúde pública identificadas como basilares e vertidas no Plano Nacional de Saúde (PNS), com especial ênfase na redução das desigualdades em saúde, no investimento na equidade de acesso aos cuidados de saúde, na melhoria dos sistemas de saúde e no desenvolvimento de políticas promotoras da saúde convergindo, desta forma, com os princípios e valores que alicerçam o próprio sistema de saúde.

Em complementaridade com as políticas de saúde consagradas no plano, também o PT06 apresenta uma particular preocupação com a incidência local e regional e uma componente de investigação sobre as intervenções ao nível das comunidades. As parcerias estabelecidas a nível regional e local são elementos cruciais para o desenvolvimento social e reforço da cidadania e equidade, pela proximidade e personalização dos cuidados à população e foram, como bem demonstram os projetos aprovados, fortemente incentivadas no presente programa. O PT06 está organizado em quatro áreas científicas inexoravelmente associadas aos Programas de Saúde Prioritários do PNS, nomeadamente, os Programas Nacionais para a Promoção da Alimentação Saudável, para a Infecção VIH/SIDA, para a Saúde Mental, entre outros, especialmente dirigidos a grupos vulneráveis da população e especialmente vulnerabilizados por variáveis de cariz socioeconómico e psicossocial necessariamente mais adversas dos últimos anos.

A ACSS é o Operador de Programa (OP) do PT06. A call for proposals, aberta por dois períodos de submissão ao longo do ano de 2014 (21 de Fevereiro a 30 de Abril e 3 a 21 de Novembro, respetivamente) observou uma adesão muito significativa por parte de entidades do setor público e privado, instituições académicas e associações não-governamentais, num total de 320 que se dispuseram a concorrer nos diferentes domínios. Um total de 171 candidaturas administrativamente validadas pelo OP foi avaliado por um painel externo de peritos, nomeado pelo Ministério da Saúde para cada área técnico-científica.

Em sede de negociação do Programa foi ainda prevista a realização de um projeto pré-definido, da responsabilidade do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge IP (em execução desde o final de 2013 e com uma dotação de cerca de 1,5 milhões de euros) cujos outputs, decorrentes de

largas amostras da população portuguesa estudadas com recurso a exame físico, trarão seguramente implicações relevantes para o desenho das políticas de saúde em Portugal no médio-prazo.

Da globalidade de atividades desenvolvidas em permanência pelo OP destacam-se as seguintes subsequentes à aprovação do PT06:

- Assinatura do contrato de concessão do projeto pré-definido – Dez. 2013
- Evento de apresentação do PT06 com participação de representantes dos países doadores – Jan. 2014
- 1º Período de submissão de candidaturas à *call for proposals* – Fev. a Abr. 2014
- Avaliação administrativa de candidaturas ao 1º Período de submissão – Abr. a Jun. 2014
- Organização do Encontro Bianual de Operadores de Programa Europeus da área de *Public Health Initiatives* – Jun. 2014 (Lisboa)
- Constituição do Núcleo Executivo do OP – Out. 2014
- 2º Período de submissão de candidaturas à *call for proposals* – Nov. 2014
- Avaliação administrativa de candidaturas ao 2º Período de submissão – Nov. a Dez. 2014
- Participação no Encontro Bianual de Operadores de Programa Europeus da área de *Public Health Initiatives* – Dez. 2014 (Talin)

13. Contas Consolidadas do SNS

Para que seja possível avaliar o desempenho económico e a situação financeira das entidades que integram o Setor Público da Saúde, há necessidade de se proceder à consolidação de contas, uma vez que o conjunto de informação de carácter contabilístico produzido individualmente se revela insuficiente para traduzir de forma verdadeira e apropriada a situação económica e financeira do Grupo, como se de uma única entidade se tratasse.

O Plano Oficial de Contabilidade Pública (POCP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 232/97, de 13 de Setembro, não estabeleceu princípios a que deve obedecer uma adequada consolidação de contas. No entanto, o n.º 12 do Plano Oficial de Contas do Ministério da Saúde (POCMS) – aprovado pela Portaria n.º 898/2000, de 28 de setembro – refere a necessidade de consolidar informação financeira que auxilie o processo de tomada de decisão pelos responsáveis financeiros e políticos, e que proporcione a criação de uma cultura de apresentação de contas intra-entidades pertencentes a um mesmo subconjunto do Ministério da Saúde.

Com a aprovação da Orientação n.º 1/2010 pela Portaria n.º 474/2010, de 15 de junho, para além da consolidação de contas do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a ACSS é, também, responsável pela consolidação de contas das entidades do Ministério da Saúde, que não fazem parte do SNS.

Na qualidade de entidade mãe, a ACSS elaborou o Manual de Consolidação de Contas do Ministério da Saúde, respeitante ao exercício de 2014, constituindo esse manual um documento informativo e normativo, orientador do processo de consolidação de contas do Ministério da Saúde. Este manual foi divulgado na página eletrónica da ACSS, através da Circular Informativa n.º 18, de 6 de maio de 2015, estando disponível em Manual de Consolidação do MS 2014.

Em geral, a consolidação de contas visa alcançar os seguintes objetivos:

- Melhorar o processo de tomada de decisão;
- Potenciar o controlo;
- Melhorar a informação financeira do grupo;
- Implementar políticas e culturas de gestão do grupo;
- Facilitar a comparabilidade temporal e espacial da informação.

Tendo sido concluído o processo de consolidação de contas do SNS relativo ao exercício de 2014, que se detalha no Anexo 1 a este relatório, importa proceder a uma análise síntese dos resultados obtidos quanto ao desempenho económico-financeiro alcançado e situação patrimonial do SNS, tendo por referência a evolução comparativamente ao exercício de 2013.

Assim, e no que se refere à Demonstração de Resultados, registamos que os proveitos totais tiveram um aumento de 123,7 milhões de euros (1,4%), tendo, por sua vez, os custos totais tido uma evolução mais contida, de cerca de 113,4 milhões de euros (1,3%).

No que respeita aos custos, verificou-se um incremento na rubrica de fornecimentos e serviços externos, no montante de 129,0 milhões de euros (3,6%), sobretudo decorrente dos custos com

acordos e convenções internacionais, cujo aumento no período foi de 98 milhões de euros. O aumento total dos custos do período foi parcialmente compensado pela redução em 30 milhões de euros (-2,0%) na rubrica de Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consumidas. Para esta alteração muito contribuiu a redução no valor do consumo de medicamentos.

Esta situação permitiu que o resultado líquido apurado evoluísse positivamente, na ordem dos 10,2 milhões de euros (3,7%).

Contribuíram ainda para a melhoria do resultado líquido, os proveitos extraordinários – cerca de 125,9 milhões de euros - contabilizados pela ACSS, por contrapartida de acréscimos de proveitos, respeitantes a Convenções Internacionais, a qual teve igualmente impacto no incremento dos proveitos respeitantes a prestações de serviços. Por outro lado, constata-se um decréscimo no período de 2013-2014 dos proveitos provenientes do Orçamento de Estado e refletidos na rubrica de transferências do tesouro.

Não obstante a evolução positiva dos resultados líquidos do período, os Meios Libertos Operacionais (EBITDA) decresceram 113,6 milhões de euros (-208,2%).

No que respeita ao Balanço, evidencia-se o aumento do Ativo Líquido, em cerca de 175,7 milhões de euros (3,9%).

Os Fundos Próprios tiveram um acréscimo de 613,3 milhões de euros (126,9%), principalmente devido aos aumentos de capital, realizados no exercício de 2014, na sequência do Despacho n.º 15476-B/2014, de 19 de dezembro de 2014, da Secretária de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, nas entidades onde os desequilíbrios financeiros se revelavam mais acentuados.

Tendo estes aumentos de capital como objetivo principal a redução do stock de dívidas em atraso, constatou-se que no conjunto das entidades consolidadas, houve um efeito positivo, de redução quer das dívidas a fornecedores (decreceram 102,5 milhões de euros, ou seja -5,6%), quer do Passivo, este último verificando um decréscimo de 437,6 milhões de euros (-11,0%).

Por sua vez, o Fundo de Maneio (Capitais Permanentes – Ativos Fixos) teve um acréscimo de 679,1 milhões de euros (31,7%).

Apresentam-se, de seguida, o Balanço, a Demonstração de Resultados por Natureza e a Demonstração de Fluxos de Caixa (método direto), respeitantes aos exercícios de 2013 e 2014, com as variações, em valor e em percentagem:

BALANÇO CONSOLIDADO SNS

(euros)

Código	Rubricas	31-12-2014	31-12-2013	Variação	
		AL	AL	Valor	%
	Imobilizado:				
	Bens de domínio público:				
451	Terrenos e recursos naturais	23.737.226	22.208.775	1.528.451	6,9%
452	Edifícios	101.304.804	97.608.159	3.696.645	3,8%
453	Outras construções e infra-estruturas	20.367	23.674	-3.307	-14,0%
455	Bens do património histórico, artístico e cultural	0	0	0	0,0%
459	Outros bens de domínio público	0	0	0	0,0%
445	Imobilizações em curso de bens de domínio público	1.847.904	443.111	1.404.794	317,0%
446	Adiantamentos por conta de bens de domínio público	0	0	0	0,0%
		126.910.302	120.283.719	6.626.583	5,5%
	Imobilizações incorpóreas:				
431	Despesas de instalação	694.148	1.774.866	-1.080.718	-60,9%
432	Despesas de investigação e de desenvolvimento	141.196	218.328	-77.132	-35,3%
433	Propriedade industrial	2.241.276	2.397.000	-155.724	-6,5%
443	Imobilizações em curso de imobilizações incorpóreas	577.266	582.200	-4.934	-0,8%
449	Adiantamentos por conta de imobilizações incorpóreas	0	0	0	0,0%
		3.653.886	4.972.394	-1.318.508	-26,5%
	Imobilizações corpóreas:				
421	Terrenos e recursos naturais	198.528.297	196.103.500	2.424.797	1,2%
422	Edifícios e outras construções	1.703.233.329	1.673.283.552	29.949.777	1,8%
423	Equipamento básico	249.791.122	286.958.518	-37.167.396	-13,0%
424	Equipamento de transporte	4.433.594	6.260.750	-1.827.155	-29,2%
425	Ferramentas e utensílios	453.618	588.693	-135.076	-22,9%
426	Equipamento administrativo	60.734.756	71.855.917	-11.121.162	-15,5%
427	Taras e vasilhame	32.360	32.919	-559	-1,7%
429	Outras imobilizações corpóreas	2.254.101	2.832.961	-578.859	-20,4%
442	Imobilizações em curso de imobilizações corpóreas	202.423.925	268.247.972	-65.824.047	-24,5%
448	Adiantamentos por conta de imobilizações corpóreas	1.677.628	1.710.567	-32.939	-1,9%
		2.423.562.731	2.507.875.349	-84.312.618	-3,4%
	Investimentos financeiros:				
411	Partes de capital	36.377	601	35.776	5950,0%
412	Obrigações e títulos de participação	250	250	0	0,0%
414	Investimentos em imóveis	4.260.091	5.515.761	-1.255.670	-22,8%
415	Outras aplicações financeiras	72.298	6.090	66.208	1087,2%
441	Imobilizações em curso de investimentos financeiros	47.286	47.286	0	0,0%
447	Adiantamentos por conta de investimentos financeiros	0	0	0	0,0%
		4.416.302	5.569.988	-1.153.687	-20,7%
	Circulante:				
	Existências:				
36	Matérias-primas, subsidiárias e de consumo	211.346.825	202.397.422	8.949.402	4,4%
34	Subprodutos, desperdícios, resíduos e refugos	0	0	0	0,0%
33	Produtos acabados e intermédios	131.311	131.311	0	0,0%
32	Mercadorias	1.809.976	3.848.854	-2.038.877	-53,0%
37	Adiantamentos por conta de compras	0	0	0	0,0%
		213.288.112	206.377.588	6.910.525	3,3%
	Dívidas de terceiros - Médio e longo prazo:	9.814.032	0	9.814.032	
	Dívidas de terceiros - Curto prazo:				
28	Empréstimos concedidos	0	0	0	0,0%
211	Clientes, c/c	140.497.371	179.692.102	-39.194.732	-21,8%
213	Utilentes, c/c	16.956.670	16.548.208	408.462	2,5%
215	Instituições do Estado	84.094.878	96.103.061	-12.008.183	-12,5%
218	Clientes e utentes de cobrança duvidosa	8.032.841	3.011.016	5.021.825	166,8%
251	Devedores pela execução do orçamento	0	0	0	0,0%
229	Adiantamentos a fornecedores	9.020.052	10.636.528	-1.616.477	-15,2%
2619	Adiantamentos a fornecedores de imobilizado	3.434.900	2.680.925	753.975	28,1%
24	Estado e outros entes públicos	24.014.500	9.969.540	14.044.960	140,9%
262/3/4+266					
778	Outros devedores *	509.073.120	575.792.791	-66.719.671	-11,6%
		795.124.332	894.434.172	-99.309.840	-11,1%
	Títulos negociáveis:				
151	Ações	0	0	0	0,0%
152	Obrigações e títulos de participação	0	0	0	0,0%
153	Títulos de dívida pública	4.200.000	4.200.000	0	0,0%
159	Outros títulos	0	35.776	-35.776	-100,0%
18	Outras aplicações de tesouraria	22.083.270	43.400.000	-21.316.730	-49,1%
		26.283.270	47.635.776	-21.352.506	-44,8%
	Depósitos em instituições financeiras e caixa:				
13	Conta no Tesouro	651.169.735	508.098.441	143.071.295	28,2%
12	Depósitos em instituições financeiras	17.909.905	26.647.670	-8.737.765	-32,8%
11	Caixa	595.712	747.675	-151.963	-20,3%
		669.675.353	535.493.786	134.181.567	25,1%
	Acréscimos e diferimentos:				
271	Acréscimos de proventos	376.943.553	151.336.700	225.606.853	149,1%
272	Custos diferidos	3.749.458	3.698.702	50.757	1,4%
		380.693.011	155.035.402	225.657.609	145,6%
	Total do Ativo Líquido	4.653.421.331	4.477.678.173	175.743.158	3,9%

BALANÇO CONSOLIDADO SNS

(euros)

Código	Rubricas	31-12-2014	31-12-2013	Variação	
				Valor	%
	Fundos próprios:				
51	Património	3.691.604.922	2.768.950.174	922.654.748	33,3%
56	Reservas de reavaliação	258.155.884	265.902.266	-7.746.382	-2,9%
	Reservas:				
571	Reservas legais	38.717.610	31.728.781	6.988.829	22,0%
572	Reservas estatutárias	57.992.670	55.548.074	2.444.596	4,4%
574	Reservas livres	283.394.270	364.782.954	-81.388.684	-22,3%
575	Subsídios	373.995.643	357.079.539	16.916.104	4,7%
576	Doações	119.861.881	115.625.335	4.236.546	3,7%
577	Reservas decorrentes da transferência de activos	295.222.180	277.344.434	17.877.746	6,4%
		1.169.184.254	1.202.109.118	-32.924.864	-2,7%
59	Resultados transitados	-3.755.388.104	-3.476.570.177	-278.817.927	-8,0%
88	Resultado líquido do exercício	-267.011.552	-277.188.161	10.176.609	3,7%
	Total dos fundos próprios	1.096.545.403	483.203.219	613.342.184	126,9%
	Passivo:				
292	Provisões para riscos e encargos	115.291.300	87.340.929	27.950.371	32,0%
	Dívidas a terceiros - Médio e longo prazo:				
23	Empréstimos obtidos	0	12.660.396	-12.660.396	-100,0%
261	Fornecedores de imobilizado - leasing	1.817.670	3.513.941	-1.696.271	-48,3%
		1.817.670	16.174.337	-14.356.667	-88,8%
	Dívidas a terceiros - Curto prazo:				
219	Adiantamentos de clientes, utentes e instituições MS	62.530.643	63.756.184	-1.225.541	-1,9%
221	Fornecedores, c/c	1.208.214.228	1.319.809.075	-111.594.847	-8,5%
228	Fornecedores - facturas em recepção e conferência	40.288.349	32.801.651	7.486.698	22,8%
23	Empréstimos obtidos	222.269	461.739.404	-461.517.135	-100,0%
252	Credores pela execução do orçamento	0	0	0	0,0%
261	Fornecedores de imobilizado, c/c	45.160.770	40.082.025	5.078.745	12,7%
24	Estado e outros entes públicos	114.125.032	91.186.781	22.938.250	25,2%
262/3/4+267/8	Outros credores	457.565.784	461.901.739	-4.335.955	-0,9%
		1.928.107.073	2.471.276.859	-543.169.785	-22,0%
	Acréscimos e diferimentos:				
273	Acréscimos de custos	894.254.030	780.509.796	113.744.234	14,6%
274	Proveitos diferidos	617.405.855	639.173.034	-21.767.180	-3,4%
		1.511.659.885	1.419.682.830	91.977.055	6,5%
	Total do Passivo	3.556.875.928	3.994.474.954	-437.599.026	-11,0%
	Total dos Fundos próprios e do Passivo	4.653.421.331	4.477.678.173	175.743.158	3,9%

* No exercício de 2014, Outros devedores incluem um valor de 404.463.258,14 € de diferenças de conciliação

DEMONSTRAÇÃO DOS RESULTADOS CONSOLIDADOS SNS

(euros)

Código	Custos e perdas	Ano de 2014		Ano de 2013		Variação	
						Valor	%
61	Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas:						
612	Mercadorias	0		0			
616	Matérias	1.466.136.748	1.466.136.748	1.495.949.313	1.495.949.313	-29.812.566	-2,0%
62	Fornecimentos e serviços externos		3.666.693.560		3.537.723.985	128.969.575	3,6%
64	Custos com o pessoal:						
641	Remunerações dos órgãos directivos	15.125.482		16.017.753			
642	Remunerações base de pessoal	2.746.523.678		2.815.442.885			
	Encargos sociais:						
643	Pensões	21.014.844		11.280.256			
645	Encargos sobre remunerações	643.071.283		601.115.902			
646	Seguros acidentes trabalho e doenças profissionais	7.427.447		5.463.900			
647	Encargos sociais voluntários	8.668.041		8.953.797			
648	Outros custos com o pessoal	17.819.536		8.313.668			
649	Estágios profissionais	5.416.095	3.465.066.407	422.634	3.467.010.795	-1.944.388	-0,1%
63	Transferências correntes concedidas e prestações sociais		33.256.839		43.747.983	-10.491.144	-24,0%
66	Amortizações do exercício	188.083.164		202.165.226			
67	Provisões do exercício	53.171.605	241.254.769	23.872.005	226.037.231	15.217.538	6,7%
65	Outros custos e perdas operacionais		6.923.783		6.021.839	901.944	15,0%
	(A)		8.879.332.106		8.776.491.147	102.840.959	1,2%
68	Custos e perdas financeiros		4.968.708		13.662.702	-8.693.993	-63,6%
	(C)		8.884.300.814		8.790.153.848	94.146.966	1,1%
69	Custos e perdas extraordinários		138.201.420		116.012.725	22.188.694	19,1%
	(E)		9.022.502.234		8.906.166.574	116.335.660	1,3%
86	Imposto sobre o rendimento do exercício		3.741.963		6.592.565	-2.850.603	-43,2%
	(G)		9.026.244.196		8.912.759.139	113.485.058	1,3%
88	Resultado líquido do exercício		-267.011.552		-277.188.161	10.176.609	3,7%
			8.759.232.644		8.635.570.978	123.661.666	1,4%

DEMONSTRAÇÃO DOS RESULTADOS CONSOLIDADOS SNS

(euros)

Código	Proveitos e ganhos	Ano de 2014		Ano de 2013		Variação	
						Valor	%
71	Vendas e prestações de serviços:						
711	Vendas	189.971		1.535.114			
712	Prestações de serviços	415.470.643	415.660.614	325.452.559	326.987.673	88.672.941	27,1%
72	Impostos, taxas e outros		2.352.993		2.692.466	-339.473	-12,6%
75	Trabalhos para a própria entidade		1.747.298		0	1.747.298	
73	Proveitos suplementares		16.765.172		16.279.943	485.229	3,0%
74	Transferências e subsídios correntes obtidos:						
741	Transferências - Tesouro	7.796.383.582		7.929.988.582			
742	Transferências correntes obtidas	68.754.339		48.433.224			
743	Subsídios correntes obtidos - outros entes públicos	4.875.884		2.533.268			
749	De outras entidades	90.551.375	7.960.565.180	90.573.246	8.071.528.320	-110.963.140	-1,4%
76	Outros proveitos e ganhos operacionais		72.882.904		78.417.558	-5.534.654	-7,1%
	(B)		8.469.974.161		8.495.905.960	-25.931.799	-0,3%
78	Proveitos e ganhos financeiros		37.183.559		11.848.456	25.335.103	213,8%
	(D)		8.507.157.720		8.507.754.416	-596.696	0,0%
79	Proveitos e ganhos extraordinários		252.074.924		127.816.562	124.258.362	97,2%
	(F)		8.759.232.644		8.635.570.978	123.661.666	1,4%
Resumo:							
Resultados operacionais: (B) - (A) =			-409.357.945		-280.585.187	-128.772.758	-45,9%
Resultados financeiros: [(D - B)] - [(C - A)] =			32.214.851		-1.814.245	34.029.096	1875,7%
Resultados correntes: (D) - (C) =			-377.143.094		-282.399.432	-94.743.662	-33,5%
Resultados extraordinários			113.873.504		11.803.836	102.069.668	864,7%
Resultados antes de impostos: (F) - (E) =			-263.269.590		-270.595.596	7.326.006	2,7%
Imposto sobre o rendimento do exercício			3.741.963		6.592.565	-2.850.603	-43,2%
Resultado líquido do exercício: (F) - (G) =			-267.011.552		-277.188.161	10.176.609	3,7%

DEMONSTRAÇÃO DOS FLUXOS DE CAIXA SNS (Método direto)

(euros)

	Exercício 2014		Exercício 2013		Variação	
					Valor	%
ACTIVIDADES OPERACIONAIS:						
Recebimentos de clientes	1.313.595.889		580.733.702		732.862.187	126,2%
Pagamentos a fornecedores	-4.966.235.725		-5.015.128.601		-48.892.875	-1,0%
Pagamentos ao pessoal	-3.461.438.471		-3.379.683.809		81.754.661	2,4%
Fluxo gerado pelas operações	-7.114.078.307		-7.814.078.708		-700.000.402	9,0%
Pagamento/recebimento do imposto sobre o rendimento	-4.628.169		125.926.584		130.554.753	103,7%
Outros recebimentos/pagamentos relativos à actividade operacional	-1.002.017.319		105.944.316		1.107.961.634	1045,8%
Fluxos gerados antes das rubricas extraordinárias	-8.120.723.794		-7.582.207.808		538.515.986	-7,1%
Recebimentos relacionados com rubricas extraordinárias	19.302.724		20.567.579		-1.264.856	-6,1%
Pagamentos relacionados com rubricas extraordinárias	-126.977.257		-23.743.104		103.234.153	434,8%
Fluxos das actividades operacionais [1]	-8.228.398.328		-7.585.383.333		-643.014.995	-8,5%
ACTIVIDADES DE INVESTIMENTO:						
Recebimentos provenientes de:						
Investimentos financeiros	0		10.000.161		-10.000.161	100,0%
Imobilizações corpóreas	1.430.354		4.020.653		-2.590.299	64,4%
Imobilizações incorpóreas	0		492.936		-492.936	100,0%
Juros e proveitos similares	10.726.611		6.535.511		4.191.100	64,1%
Dividendos	0		0		0	0,0%
Outros	309.540		4.969.116		-4.659.576	93,8%
Subsídios de investimento	18.375.017	30.841.523	18.613.878	44.632.256	-13.790.733	30,9%
Pagamentos respeitantes a:						
Investimentos financeiros	-82.807		0		82806,63	
Imobilizações corpóreas	-68.107.885		-66.689.680		1.418.205	2,1%
Imobilizações incorpóreas	-14.810.328		-566.166		14.244.161	2515,9%
Bens de domínio público	-12.636.473	-95.637.493	-42.114.038	-109.369.885	-29.477.565	-70,0%
Fluxos das actividades de investimento [2]	-64.795.970		-64.737.629		-58.342	-0,1%
ACTIVIDADES DE FINANCIAMENTO:						
Recebimentos provenientes de:						
Empréstimos obtidos	0		0		0	0,0%
Aumentos de capital, prestações suplementares e prémios de	455.200.000		0		0	0,0%
Subsídios e doações	8.031.643.629		7.381.628.862		650.014.768	8,8%
Venda de acções (quotas) próprias	0		0		0	0,0%
Cobertura de prejuízos	0		1.992.413		-1.992.413	-100,0%
Outros	790.423	8.487.634.052	0	7.383.621.274	790.423	15,0%
Pagamentos respeitantes a:						
Empréstimos obtidos	-13.977		-29.168,29		-15.191,15	-52,1%
Amortização de contratos de locação financeira	-118.589		-282.630		-164.042	-58,0%
Juros e custos similares	-13.255.133		-11.633.486		1.621.647	13,9%
Dividendos	0		0		0	0,0%
Reduções de capital e prestações suplementares	-104.502		0		0	0,0%
Transferências correntes concedidas	-35.893.284		0		0	0,0%
Aquisição de acções (quotas) próprias	0		0		0	0,0%
Outros	0	-49.385.484	-37.951.562	-49.896.846	37.951.562	100,0%
Fluxos das actividades de financiamento [3]	8.438.248.569		7.333.724.428		1.104.524.140	15,1%
Variação de caixa e seus equivalentes [4]=[1]+[2]+[3]	145.054.270		-316.396.533		461.450.804	145,8%
Efeito das diferenças de câmbio	0,00		5.800		-5.800	-100,0%
Caixa e seus equivalentes no início do período	583.129.511,57		899.526.095		-316.396.583	-35,2%
Entrega de Saldo(s)	-93.218.225,05					
Diferenças de conciliação	60.993.064,13					
Caixa e seus equivalentes no fim do período	695.958.620,80		583.129.562		112.829.059	19,3%

No que respeita aos indicadores de natureza financeira (Quadro 28), é de salientar uma melhoria significativa da Autonomia Financeira e da Solvabilidade e uma melhoria na relação entre o Passivo e os Fundos Próprios.

Deve, também, salientar-se a melhoria dos seguintes indicadores:

- Endividamento;
- Liquidez Geral;
- Liquidez Reduzida;
- Liquidez Imediata.

Deve, ainda, salientar-se a um decréscimo da dívida a fornecedores externos, em cerca de 5,6%.

Quadro 28 - Indicadores Financeiros

Indicadores Financeiros 2013-2014	SNS		
	2014	2013	Var. (%)
Autonomia financeira (Fundos Próprios/ Ativo)	23,6%	10,8%	12,8%
Solvabilidade (Fundos Próprios/ Passivo)	30,8%	12,1%	18,7%
Relação dívida e Fundos próp. (Passivo/ Fundos Próprios)	3,24	8,27	-
Endividamento (Passivo/ Ativo)	76,4%	89,2%	-12,8%
Liquidez Geral (ativo circulante/ Passivo curto prazo)	60,9%	47,3%	13,6%
Liquidez reduzida [(ativo circ-exist)/ Passivo curto prazo]	54,7%	42,0%	12,7%
Liquidez imediata (disponibilidades/ Passivo curto prazo)	20,2%	15,0%	5,2%
Fundo de Maneio (Capitais Permanentes - Ativos fixos)	-1.460.180.147	-2.139.323.894	-31,7%
Dividas a fornecedores externos	1.738.774.179	1.841.277.036	-5,6%

Os indicadores de natureza económica (Quadro 29) também sofreram uma melhoria substancial – com exceção do EBITDA – sendo de destacar a diminuição dos Custos Totais em relação aos Proveitos Totais e a melhoria da Rendibilidade dos Fundos Próprios.

Quadro 29 - Indicadores Económicos

Indicadores Económicos 2013-2014	SNS		
	2014	2013	Var. (%)
Custos Totais/ Proveitos Totais	103,0%	103,2%	-0,2%
Resultado Líquido/ Proveitos Totais	-3,0%	-3,2%	0,2%
Meios Libertos Operacionais (EBITDA)	-168.103.176	-54.547.956	-208,2%
Resultado Líquido/ Fundos Próprios	-24,4%	-57,4%	33,0%

14. Auditoria e Controlo Interno no SNS

Auditorias determinadas pela Tutela

O Ministério da Saúde tem tido nos últimos anos um especial enfoque no controlo dos custos na área da saúde.

Refletindo as preocupações com a evolução e complexidade das dívidas acumuladas pelo SNS e atendendo às conclusões e recomendações de diversas auditorias realizadas pelo Tribunal de Contas, pela Inspeção-Geral de Finanças (IGF) e pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), e tendo em vista o objetivo enunciado, têm sido determinadas pelo Senhor Ministro da Saúde auditorias financeiras aos exercícios económicos de um alargado conjunto de entidades do SNS.

Deste modo, por despacho do Senhor Ministro da Saúde (MS), de 12 de novembro de 2013, foi determinada a realização de auditorias externas às demonstrações financeiras relativas aos anos de 2012 e 2013, da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP, das cinco Administrações Regionais de Saúde e de nove hospitais mais representativos, em termos de despesa, do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Em 2014 foi prosseguida e reforçada esta linha de ação. Com efeito, além de se dar continuidade a estas auditorias, foi alargado o seu âmbito de intervenção a todos os hospitais do SNS e também ao Serviço de Utilização Comum dos Hospitais, no que se reporta aos exercícios de 2012 e 2013.

De referir que os relatórios destas auditorias deveriam ficar concluídos até final do primeiro semestre de 2015.

Auditorias externas

No ano de 2014, as entidades do SNS foram também objeto de ações de auditoria pelo organismo de controlo sectorial (IGAS), de controlo estratégico (IGF) e de controlo externo (Tribunal de Contas).

Assim, a IGAS, no âmbito da sua missão no setor da saúde, tendo em vista assegurar o cumprimento da lei em todos os domínios da atividade e da prestação dos cuidados de saúde, efetuou ações de auditoria, inspeção e fiscalização, nas áreas financeira, de recursos humanos, temáticas e técnicas, designadamente, nos domínios da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, da Prevenção e Detecção de Situações de Corrupção e Fraude e da implementação do Plano de Gestão dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

Por seu lado, a IGF, no âmbito do controlo estratégico da administração financeira do Estado, compreendendo o controlo da legalidade e a auditoria financeira e de gestão e a avaliação de serviços e organismos, procedeu em 2014 a ações de auditoria a entidades na área da saúde, designadamente, no que se reporta ao cumprimento da Lei dos Compromissos e Pagamentos em

Atraso, ao Sistema de Prescrição e Conferência de Faturas e aos Pagamentos efetuados a Fornecedores.

O Tribunal de Contas, enquanto entidade de controlo externo, levou a efeito, no ano em análise, ações de auditoria a entidades do setor da saúde, designadamente, auditorias de resultados em hospitais e sua articulação com outras entidades do SNS para avaliação da capacidade instalada, na regulação financeira de faturação, implementação de procedimentos de controlo interno em matéria de investimentos; auditorias de desempenho a Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários, auditoria à execução de contratos no âmbito das Parcerias Público-privadas, e fiscalização a contratos de empreitada de obras públicas.

Foi ainda concluída e divulgada pelo Tribunal de Contas uma auditoria ao Acompanhamento dos Mecanismos de Assistência Financeira a Portugal, que visou avaliar o cumprimento dos objetivos expressos nas medidas de política orçamental para 2013 e nas medidas orçamentais estruturais dirigidas ao setor da saúde, desde o MoU inicial até à 11.ª atualização.

À semelhança de anos anteriores, em 2014 foi também por esta Entidade de Controlo Externo, emitido Parecer sobre a Conta Geral do Estado, relativamente à área da saúde.

No âmbito das suas competências como entidade coordenadora da área da saúde e considerando as recomendações que têm sido emitidas no âmbito dos mencionados relatórios, não podemos deixar de sublinhar os esforços que a ACSS tem efetuado para promover a sua efetiva implementação, no sentido da melhoria dos procedimentos e/ou processos identificados e visando uma maior eficiência no seu funcionamento.

15. Anexos

15.1 Anexo 1 - Processo de consolidação de contas 2014

15.2 Anexo 2 – Balanço Social 2014

15.3 Anexo 3 – Relatório Anual sobre o acesso aos Cuidados de Saúde do SNS - 2014

Lisboa, 15 de julho de 2015



Eng. Luis Nunes

