



RELATÓRIO ANUAL SOBRE O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE

NOS ESTABELECIMENTOS DO SNS E ENTIDADES CONVENCIONADAS

(2015)

(LEI Nº 15/2014, DE 21 DE MARÇO)

JULHO 2016

ÍNDICE

ÍNDICE	2
ÍNDICE DE TABELAS	3
ÍNDICE DE FIGURAS	5
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	7
CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS	9
SUMÁRIO EXECUTIVO	10
PRIMEIRA PARTE	13
ORGANIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	13
1. Cuidados de Saúde Primários	14
2. Cuidados Hospitalares	17
3. Cuidados Continuados Integrados	18
4. Articulação com o Setor Social e Convencionado	24
5. Sistemas de informação para a monitorização do acesso	25
5.1. SIGA_SNS – Sistema de Gestão Integrada do Acesso no SNS	25
5.2. SICTH - Sistema Integrado para gestão do acesso à 1 ^a consulta hospitalar	27
5.3. SIGIC - Sistema Integrado de gestão de inscritos para cirurgia	28
5.4. SISO – Sistema de Informação para a Saúde Oral	29
5.5. SISBAS – Sistema de Informação sobre Benefícios Adicionais em Saúde	30
5.6. Sistema de Gestão de Transporte Não Urgente de Doentes	31
5.7. PDS - Plataforma de Dados da Saúde	31
5.8. Telemedicina (Teleconsulta e Telemonitorização)	34
6. Portal do SNS, Microsite de Monitorização do SNS e Dashboards da Saúde	35
7. Prescrição eletrónica de Medicamentos e de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) e Receita Sem Papel (RSP)	37
8. Diretiva Europeia de Cuidados Transfronteiriços e Acesso a cuidados de saúde	39
SEGUNDA PARTE	42
ÁREAS ESPECÍFICAS DO ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE	42
9. Programa Nacional de Vacinação	43
10. Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral	47
11. Linha Saúde 24	50
12. Benefícios Adicionais em Saúde	58
13. Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio - Ajudas Técnicas	59
14. Procriação Medicamente Assistida	60
15. Sistema de Transporte Não Urgente de Doentes	61
16. Atividade do INEM	63
17. Taxas Moderadoras	67
TERCEIRA PARTE	68
SÍNTESE DE RESULTADOS ALCANÇADOS EM 2015	68
18. Principais áreas de prestação de cuidados no SNS. Atividade assistencial e tempos de resposta	69
18.2. Cuidados de Saúde Primários	69
18.3. Cuidados de Saúde Hospitalares	70
18.4. Cuidados Continuados Integrados	81
18.5. Atividade do Setor Convencionado	90
18.6. Evolução do consumo de Medicamentos no SNS	95
18.7. Acesso ao SNS por parte de cidadãos estrangeiros	96
18.7.1. Acesso de cidadãos estrangeiros ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde (Regime Evacuados)	97
REFLEXÕES PARA A AÇÃO FUTURA	99

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Composição dos ACES a nível nacional.....	14
Tabela 2: Inscritos nas UF de CSP.....	15
Tabela 3: Composição do ACES “tipo” a nível nacional, em 2015.....	16
Tabela 4: Composição da Unidade Funcional “tipo” a nível nacional, em 2015.....	16
Tabela 5: Número de instituições hospitalares do SNS em 2015.....	17
Tabela 6: Número de camas hospitalares do SNS	17
Tabela 7: Evolução do número de camas em funcionamento da RNCCI por tipologia.....	19
Tabela 8: Evolução do número de camas por tipologia e região	19
Tabela 9: Número de camas em atividade por região de saúde.....	20
Tabela 10: Evolução do número de ECCI	20
Tabela 11: Evolução do número de lugares de ECCI, por região	21
Tabela 12. Cobertura populacional de lugares na RNCCI.....	22
Tabela 13. Acordos celebrados no âmbito da RNCCI e entidades prestadoras	22
Tabela 14. Evolução anual do número de Acordos e de camas contratadas da RNCCI	23
Tabela 15. Número de utentes SNS que beneficiaram do PNPSO	48
Tabela 16. Número de cheques emitidos por Grupo-Alvo no âmbito do PNPSO	48
Tabela 17. Número total de cheques utilizados no âmbito do PNPSO	49
Tabela 18. Caracterização do Atendimento na Linha Saúde 24.....	50
Tabela 19. Caracterização das chamadas para Linha Saúde 24, por módulo de atendimento.....	51
Tabela 20. Número de beneficiários e de pedidos realizados, valor e tipo de despesa, em 2015	58
Tabela 21. Número de ajudas técnicas atribuídas pelos hospitais, por região de saúde	59
Tabela 22. Atividade do Programa de Procriação Médica Assistida	60
Tabela 23. Número de utentes transportados com registo no SGTD em 2013, 2014 e 2015	61
Tabela 24. Número de prestações realizadas aos utentes transportados com registo no SGTD	62
Tabela 25. Frota do INEM	63
Tabela 26. Evolução do número de acionamentos de meios de emergência, por tipo de meio	66
Tabela 27. Evolução das Isenções/ Dispensas de pagamento de Taxas Moderadoras.....	67
Tabela 28. Evolução de consultas médicas nos cuidados de saúde primários - 2013 e 2015.....	69

Tabela 29. Variação anual de consultas hospitalares nas especialidades com mais atividade.....	71
Tabela 30. Número de pedidos de consulta inscritos no CTH.....	72
Tabela 31. Dinâmica dos pedidos inscritos em consulta no CTH	72
Tabela 32. Consultas realizadas, segundo a prioridade atribuída no pedido e na triagem	73
Tabela 33. Número de consultas realizadas e tempo médio de resposta ao pedido de consulta, em dias, segundo a prioridade na triagem e o destino dos pedidos.....	73
Tabela 34. Tempo médio de resposta e mediana desde a realização da 1 ^ª consulta (consultas realizadas*).	74
Tabela 35. Evolução global da oferta cirúrgica	76
Tabela 36. Evolução dos indicadores de procura entre 2013 e 2015	76
Tabela 37. Percentagem de utentes referenciados em relação à população da região> 65 anos.....	85
Tabela 38. Tempo de referenciação até identificação de vaga.....	86
Tabela 39. Encargos no setor convencionado, por área de convenção.....	90
Tabela 40. Número de doentes por ARS por 10.000 habitantes.....	92
Tabela 41. Número de doentes por faixa etária por 100.000 habitantes	93
Tabela 42. Evolução dos custos por ARS	94
Tabela 43. Custos por doente por região de saúde	95
Tabela 44. Evolução do movimento assistencial de doentes evacuados dos PALOP.....	98

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Lugares totais da RNCCI - evolução anual	21
Figura 2. Apresentação gráfica do SIGA_SNS.....	26
Figura 3. PNV Recomendado. Cobertura vacinal por coorte, vacina e dose. Avaliação 2015, no Continente.....	44
Figura 4. PNV Cumprido. Cobertura vacinal por coorte e vacina. Avaliação 2014, no Continente.....	45
Figura 5. Vacina HPV. Cobertura vacinal por coorte. Avaliação 2015, no Continente	46
Figura 6. Distribuição das chamadas no Centro de Atendimento do SNS	51
Figura 7. Média de chamadas por dia da semana no Centro de Atendimento do SNS	52
Figura 8. Média de chamadas por hora no Centro de Atendimento do SNS	52
Figura 9. Caracterização do Módulo TAE do Centro de Atendimento do SNS	53
Figura 10. Algoritmo do Módulo TAE, por grupo etário, utilizado pelo Centro de Atendimento do SNS.....	53
Figura 11. Tipo de Encaminhamento do Módulo TAE do Centro de Atendimento do SNS	54
Figura 12. Encaminhamento do Centro de atendimento a utentes > 65 anos, no Módulo TAE	54
Figura 13. Chamadas segundo intenção inicial versus disposição final, no Módulo TAE	55
Figura 14. Chamadas segundo intenção inicial versus disposição final, no Módulo TAE	55
Figura 15. Caracterização dos Contactos na Linha de Saúde Pública.....	56
Figura 16. Caracterização dos motivos de atendimento na Linha de Saúde Pública	56
Figura 17. Caracterização do Atendimento no Módulo de Informação Geral de Saúde	57
Figura 18. Evolução do Número de utentes transportados com registo no SGTD, por ARS	61
Figura 19. Evolução do N. prestações realizadas aos utentes transportados com registo no SGTD, por ARS.....	62
Figura 20. Evolução do nº de chamadas de Emergência atendidas	64
Figura 21. Evolução do número de acionamentos de meios de emergência	65
Figura 22. Evolução do número de chamadas transferidas para a Saúde 24	66
Figura 23. Evolução do número de receitas renováveis	69
Figura 24. Evolução do número de consultas externas hospitalares (EPE+SPA+PPP)	70
Figura 25. Evolução do número de primeiras consultas externas hospitalares (EPE+SPA+PPP)	70
Figura 26. Percentagem de consultas realizadas em 2015, dentro e fora dos TMRG	74
Figura 27. Percentagem de Consultas dentro do TMRG / especialidade em 2015.....	75
Figura 28. Evolução dos atendimentos urgentes entre 2013 e 2015.....	77

Figura 29. Percentagem de episódios de urgência por faixa etária e sexo no SNS.....	77
Figura 30. Distribuição de atendimentos de acordo com a triagem de Manchester.....	78
Figura 31. Percentagem de utilizadores frequentes do serviço de urgência	78
Figura 32. Percentagem de episódios de urgência dos utilizadores frequentes do SU	79
Figura 33. Percentagem de episódios de urgência que geram internamento - 2015	80
Figura 34. Percentagem de episódios de urgência que geram internamento, por grupo etário - 2015.....	80
Figura 35. Origem dos utentes referenciados no âmbito da RNCCI	81
Figura 36. Referenciados por origem – regiões	82
Figura 37. Referenciação para as diferentes tipologias de cuidados	83
Figura 38. Referenciação para ECCI - regiões.....	83
Figura 39. Referenciação para ECCI – Hospital e CSP.....	84
Figura 40. Proporção de doentes ativos em diálise por região de saúde – 2015.....	91
Figura 41. Distribuição de doentes por faixa etária – 2015	93
Figura 42. Doentes por género e faixa etária – ano de 2015	94
Figura 43. Doentes por género e faixa etária – ano de 2015	94
Figura 44. Evolução dos encargos do SNS com medicamentos em 2015	95
Figura 45. Evolução da Quota de medicamentos genéricos (MG) no SNS.....	96

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público
ARS – Administração Regional de Saúde, Instituto Público
AVD - Atividades de Vida Diária
BAS – Benefícios Adicionais em Saúde
CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados
CPNPSO – Coordenação do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
CCF - Centro de Conferencia de Faturas
CS – Centro de Saúde
CSI – Complemento Solidário para Idosos
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CTH – Consulta a Tempo e Horas
DGS – Direção Geral da Saúde
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EGA – Equipa de Gestão de Altas
EIHSCP - Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
EPE – Entidade Pública Empresarial
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
GPR SNS – Gestão Partilhada de Recursos no Serviço Nacional de Saúde
IGAS – Inspeção Geral das Atividades em Saúde
INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP
INE - Instituto Nacional de Estatística
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
ITIJ – Instituto de Tecnologias de Informação da Justiça
LAC – Livre Acesso e Circulação de utentes no SNS
LBS – Lei de Bases da Saúde
LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia
MCDT- Meios complementares de diagnóstico e terapêutica
MCSP – Missão Para os Cuidados Primários de Saúde
NM – Neoplasia maligna
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PDS – Plataforma de Dados em Saúde
PGID - Plataforma de Gestão Integrada da Doença
PMA – Procriação Medicamente Assistida
PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNDCV – Registo Nacional das Doenças Cardiovasculares

RNU – Registo Nacional do Utente

RRH – Rede de Referenciação Hospitalar

RSE – Registo de Saúde Eletrónico

SAM - Sistema de Apoio ao Médico/ gestão clínica

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

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

SICA – Sistema de Informação para a Contratualização

SIGA SNS – Sistema Integrado de Gestão do Acesso ao SNS

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SIGLIC – Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia

SINUS – Sistema Informação Nacional de Utentes da Saúde

SISBAS - Sistema de Informação sobre Benefícios Adicionais em Saúde

SISO - Sistema de Informação para a Saúde Oral

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SONHO – Sistema de informação hospitalar

SS – Segurança Social

TE – Tempo de espera

TIC – Tecnologias de informação e Comunicação

TMRG - Tempo Máximo de Resposta Garantido

TR - Tempo de Resposta

TRG - Tempo de Resposta Garantido

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCTH – Unidade Central da Consulta a Tempo e Horas (ACSS, IP)

UCGIC - Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (ACSS, IP)

UCP – Unidade Cuidados Paliativos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidades Funcionais

ULDM - Unidades de Longa Duração e Manutenção

ULS – Unidade Local de Saúde

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS

O presente relatório dá cumprimento ao disposto no n.º 1 do artigo 30.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, – que visa a consolidação dos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, concretizando a Base XIV da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e salvaguarda as especificidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS) – e avalia o posicionamento das instituições em relação ao cumprimento da Portaria n.º 87/2015, de 23 de março, que ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 1.º e nos artigos 25.º a 27.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, define os tempos máximos de resposta garantidos para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência e publica a Carta de Direitos de Acesso.

À semelhança de anos anteriores, este relatório apresenta informação relativa à evolução da produção e do tempo de resposta aos utentes referenciados para as unidades do SNS, organizando-se por cada uma das grandes áreas de atividade, nomeadamente: a) cuidados de saúde primários, ambulatório e cuidados domiciliários; b) cuidados hospitalares, consultas externas, urgências, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e cirurgia programada; c) cuidados continuados integrados, ao nível do internamento e das respostas domiciliárias; d) atividade do setor convencionado e social; e) consumo de medicamentos no SNS.

A informação incluída no presente relatório resulta dos dados provenientes dos sistemas de informação centrais, designadamente, no âmbito dos cuidados de saúde primários, produção hospitalar, cuidados continuados integrados, setor convencionado, acordos internacionais, programas de saúde, entre outros relacionados com o acesso a cuidados de saúde.

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

Importa ainda referir que em final de novembro de 2015 tomou posse o XXI Governo Constitucional, o qual definiu como prioridade a redução das desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde, em conjunto com o reforço do poder do cidadão no seio do Serviço Nacional de Saúde (SNS), promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade e humanização dos serviços.

SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente Relatório do Acesso 2015 apresenta os principais resultados alcançados ao nível do acesso ao SNS, destacando-se os seguintes aspetos:

Ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP), existiam no final de 2015 um total de 1.038.155 utentes que não tinham médico de família atribuído, o que representa 10,3% do utentes inscritos nos cuidados de saúde primários. Neste nível de cuidados registou-se um aumento do acesso em 2015, quando comparado com o ano anterior, não só em termos do número de utilizadores, como também em relação ao aumento da produção de consultas realizadas.

Em relação aos cuidados hospitalares, registou-se também em 2015 uma tendência de crescimento da atividade realizada em relação ao período homólogo, com aumento no número de consultas externas (primeiras e subsequentes), da atividade cirúrgica e com uma ligeira redução dos episódios de urgência. Mais em detalhe, e analisando as consultas médicas hospitalares, verificou-se um crescimento de 1,8% em 2015, quando comparado com igual período de 2014. No que diz respeito às primeiras consultas de especialidade hospitalar, solicitadas pelos CSP, através do sistema Consulta a Tempo e Horas (CTH), constata-se que cerca de 74% tiveram lugar no tempo recomendado para o nível de prioridade atribuído ao pedido em sede da triagem hospitalar, valor idêntico ao registado em 2014. O tempo médio de resposta ao pedido de consulta em 2015 foi de 115,2 dias e a mediana do tempo até à realização da primeira consulta foi de 82,1 dias (81,5 dias em 2014 e 80,8 dias em 2013). As especialidades de Oftalmologia e de Dermatologia são aquelas que apresentavam maiores dificuldades de resposta a nível nacional, com apenas pouco mais de 50% das consultas realizadas a cumprirem os Tempos de Resposta Garantidos.

Em 2015, constatamos que foram alvo de intervenção cirúrgica 559.441 utentes do SNS, o que representa um aumento de 1,7% face ao ano anterior. Também em 2015 o número de doentes propostos para cirurgia foi superior ao de 2014 (+1,9%), ou seja, foram propostos para cirurgia 661.811 doentes em 2015, mais 12.425 do que em 2014. O número de inscritos a aguardar cirurgia aumentou em 6,7% face ao ano anterior, isto é, no final de 2015 estavam a aguardar cirurgia mais 12.286 utentes do que no final de 2014. Para além disso, importa referir que a mediana do tempo de espera da LIC foi de 3,1 meses em 2015 e que a percentagem de inscritos que ultrapassam os TMRG também aumentou em relação ao ano de 2014.

Ao nível dos cuidados continuados integrados, constata-se que o número de utentes referenciados para a Rede, em 2015, foi de 41.117, o que representa um acréscimo face a 2014 (39.369). Os lugares de internamento da RNCCI cresceram 8,4% em 2015, apesar da forte redução do número de camas de convalescença que ocorreu na região Norte (-47.1%), existindo um total de 7.759 camas no final

de 2015. A nível nacional, a demora média aumentou em todas as tipologias no ano de 2015, sendo em unidades de convalescência de 37 dias, 82 em unidades de média duração e reabilitação, 171 em unidades de longa duração e manutenção e 143 em equipa de cuidados continuados, que representa o apoio domiciliário da Rede.

Em termos de resposta do SNS através do setor convencionado importa referir que o valor faturado ao SNS pelas entidades convencionadas, no ano de 2015, sem contar com a área da Diálise e com as convenções SIGIC, foi de 383.102.926 €, o qual, correspondeu a um aumento de encargos de 5,7% face ao valor faturado ao SNS em 2014. Ainda em relação ao setor convencionado, importa destacar a área da diálise, em relação à qual se verificou um aumento do número de doentes em todas as regiões de saúde (exceto na região Centro), ascende a 10.753 o total de doentes em diálise, o que representa 10,9 doentes por cada 10.000 habitantes.

Merecem também destaque outras áreas abordadas neste Relatório do Acesso 2015, tais como o Programa Nacional de Vacinação, a Linha Saúde 24, a atividade do INEM e o cumprimento dos principais programas de acesso ao SNS.

Numa outra perspetiva, importa referir que se verificou em 2015 um aumento significativo da atividade realizada no SNS como resposta aos cidadãos dos PALOP ao abrigo Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde (Regime Evacuados), tendo-se registado um aumento de 88,3% neste movimento assistencial entre 2014 e 2015.

O ano de 2015 ficou igualmente marcado por alterações na orientação da Política de Saúde, tendo iniciado funções em finais de novembro de 2015 o XXI Governo Constitucional, o qual definiu como prioridade dotar o SNS com a capacidade de responder melhor e de forma mais adequada às necessidades dos cidadãos e, simultaneamente, reduzir as desigualdades, melhorando o acesso à saúde e o atendimento no SNS, a efetivar de forma progressiva e concertada.

Esta orientação política de reforçar as medidas que permitam melhorar o acesso dos utentes ao SNS foi já traduzida em medidas concretas nas últimas semanas de 2015 e os primeiros meses de 2016, destacando-se aqui a implementação do SIGA SNS (Sistema Integrado de Gestão do Acesso ao SNS), o qual visa assegurar o acesso equitativo, atempado e transparente às instituições do SNS, contribuindo para alterar o paradigma da oferta de cuidados de saúde e para reorganizar o Sistema em torno do cidadão, das suas necessidade e das suas expetativas.

Integrado no SIGA SNS foi definido o princípio de Livre Acesso e Circulação (LAC) dos utentes no SNS, estando implementado desde o dia 1 de maio de 2016 no acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, proveniente dos cuidados de saúde primários. Com a implementação do LAC o utente que necessite de uma consulta de especialidade hospitalar pode, em conjunto com o

médico de família responsável pela referenciação, optar por qualquer uma das unidades hospitalares do SNS onde exista a especialidade em causa

Para além do SIGA SNS, foi igualmente criado já em 2016 (1 de fevereiro) o Portal do SNS (www.sns.gov.pt), o qual se apresenta como uma nova porta de entrada e de contacto do cidadão com o mundo da saúde, contendo informação institucional e periódica útil para utentes e profissionais, e integrando funcionalidades que se apresentam como novidade na área da saúde, como é o caso da disponibilização em tempo real dos tempos de espera nos Serviços de Urgência hospitalares ou dos tempos médios de resposta para consultas e cirurgias programadas nos estabelecimentos do SNS, entre outros serviços.

A criação do novo Portal do SNS insere-se no desenvolvimento do Programa *Simplex +* para a Administração Pública, considerado prioritário para o XXI Governo Constitucional, e a variedade de ações colocadas ao dispor do utilizador garante uma nova forma do SNS comunicar com os seus utilizadores, utilizando a interatividade e a transparência como pontos-chave desta relação.

PRIMEIRA PARTE

ORGANIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

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

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

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

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

Na tabela seguinte apresenta-se uma súmula da organização da rede de prestação de cuidados de saúde primários no SNS no final de 2015, destacando-se a entrada em funcionamento de 31 novas USF ao longo deste ano (passando a existir 449 USF, +7% do que em 2014) e de mais 6 UCC (passando a existir 243 UCC, +3% do que em 2014):

Tabela 1: Composição dos ACES a nível nacional

	Portugal Continental							Var 15/14	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
	Valor	%							
Nº TOTAL USF	277	320	357	394	418	449	31	7%	
Nº USF modelo A	160	183	195	213	225	241	16	7%	
Nº USF modelo B	117	137	162	181	193	208	15	8%	
Nº UCSP	518	503	470	464	442	419	-23	-5%	
Nº UCC	66	162	209	218	237	243	6	3%	

Fonte: ACSS

As 449 USF que se encontravam em atividade a 31 de dezembro de 2015 abrangiam 5.266.842 utentes, conforme demonstram os quadros seguintes, o que significa que 52,4% dos utentes estavam inscritos em USF no final de 2015.

Tabela 2: Inscritos nas UF de CSP

2011	nº UF	nº inscritos	% inscritos por tipo de UF	Utentes sem MdF	% utentes sem MdF
Nº UCSP	486	7.157.711	65,0%	1.819.248	25,4%
Nº USF modelo A	184	2.058.457	19,0%	13.579	0,7%
Nº USF modelo B	137	1.879.383	17,0%	5.968	0,3%
TOTAL USF e UCSP	807	11.095.551	100,0%	1.838.795	16,6%
2012	nº UF	nº inscritos	% inscritos por tipo de UF	Utentes sem MdF	% utentes sem MdF
Nº UCSP	465	6.737.537	60,0%	1.634.318	24,3%
Nº USF modelo A	195	2.159.837	19,0%	23.480	1,1%
Nº USF modelo B	162	2.250.094	20,0%	2.811	0,1%
TOTAL USF e UCSP	822	11.147.468	100,0%	1.660.609	14,9%
2013	nº UF	nº inscritos	% inscritos por tipo de UF	Utentes sem MdF	% utentes sem MdF
Nº UCSP	458	5.471.744	54,0%	1.265.116	23,1%
Nº USF	394	4.733.925	46,0%	67.309	3,0%
Nº USF modelo A	213	2.250.310	22,0%	50.725	2,3%
Nº USF modelo B	181	2.483.615	24,0%	16.584	0,7%
TOTAL USF e UCSP	852	10.205.669	100,0%	1.332.425	13,1%
2014	nº UF	nº inscritos	% inscritos por tipo de UF	Utentes sem MdF	% utentes sem MdF
Nº UCSP	442	5.176.615	50,6%	1.383.705	26,7%
Nº USF	418	5.045.671	49,4%	94.566	3,8%
Nº USF modelo A	225	2.399.137	23,5%	62.835	2,6%
Nº USF modelo B	193	2.646.534	25,9%	31.731	1,2%
TOTAL USF e UCSP	860	10.222.286	100,0%	1.478.271	14,5%
2015	nº UF	nº inscritos	% inscritos por tipo de UF	Utentes sem MdF	% utentes sem MdF
Nº UCSP	419	4.790.376	47,6%	1.008.766	21,1%
Nº USF	449	5.266.842	52,4%	29.389	0,6%
Nº USF modelo A	241	2.438.594	24,2%	17.949	0,7%
Nº USF modelo B	208	2.828.248	28,1%	11.440	0,4%
TOTAL USF e UCSP	868	10.057.218	100,0%	1.038.155	10,3%

Fonte: SIM@SNS

Destaca-se ainda que, no final de 2015, o número de utentes que tinham médico de família atribuído ascendia a 9.019.0635, ou seja, existiam ainda 10,3% dos utentes inscritos que não tinham médico de família atribuído no final deste ano.

O ACES “tipo” em 2015 tinha as seguintes características, quando comparada com o período homólogo:

Tabela 3: Composição do ACES “tipo” a nível nacional, em 2015

	2014	2015
ACES incluídos (N)	55	55
Média de utentes inscritos	186.488	183.678
Proporção de utentes com MF (%)	85,2	87,9
Número médio de médicos equivalentes	92,9	94,9
Rácio inscritos ativos (com MF), por médico	1.712	1.700
Taxa de utilização 1 ano (%)	65,8	68,0
Número médio de consultas médicas, por mês, por médico	323,4	324,5
Prevalência de diabetes (%)	6,9	7,5
Prevalência de hipertensão arterial (%)	19,3	20,9
Prevalência de neoplasia maligna (%)	2,9	3,3
Despesa média com medicamentos, por utilizador (€/uti)	150,4	147,6
Despesa média com MCDT, por utilizador (€/uti)	53,9	55,4

Fonte: ACSS-SIM@SNS

Ao um nível mais micro, constata-se que, em 2015, uma unidade funcional “tipo” (USF ou UCSP) tinha as seguintes características:

Tabela 4: Composição da Unidade Funcional “tipo” a nível nacional, em 2015

	2014	2015
UF incluídas (N)	860	868
Média de utentes inscritos	11.886	11.584
Proporção de utentes com MF (%)	85,5	88,1
Número médio de médicos equivalentes	5,9	6,0
Rácio inscritos ativos (com MF), por médico	1.712	1.700
Taxa de utilização 1 ano (%)	64,0	65,0
Número médio de consultas médicas, por mês, por médico	300,4	302,7
Prevalência de diabetes (%)	6,9	7,5
Prevalência de hipertensão arterial (%)	19,5	20,9
Prevalência de neoplasia maligna (%)	2,9	3,4
Despesa média com medicamentos, por utilizador (€/uti)	143,6	142,3
Despesa média com MCDT, por utilizador (€/uti)	51,7	54,2

Fonte: ACSS-SIM@SNS

2. CUIDADOS HOSPITALARES

A rede de prestação de cuidados hospitalares do SNS manteve-se estável no ano de 2015, procurando cumprir o desafio de continuar a responder às necessidades de cuidados de saúde dos cidadãos, numa perspetiva de articulação e de complementaridade entre si, promovendo soluções concretas para os problemas ao nível do acesso e procurando aumentar e sua eficiência operacional.

O número de instituições hospitalares existentes no SNS em finais de 2015, por estatuto, era a seguinte:

Tabela 5: Número de instituições hospitalares do SNS em 2015

		2015
Entidades do Setor Empresarial do Estado		39
Hospitais e centros Hospitalares		31
Unidades Locais de Saúde		8
Entidades do Setor Público Administrativo		7
Parcerias Público Privadas		4
TOTAL		50

Fonte: Elaboração Própria, dados da ACSS

Em termos de capacidade instalada ao nível do internamento hospitalar, importa referir que o SNS contava com 21.305 camas no final de 2015, -0,1% do em 2014, conforme se demonstra em seguida.

Tabela 6: Número de camas hospitalares do SNS

ARS	N.º Camas de Agudos						Var. 2015/2014	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
Norte	7.197	7.316	7.146	7.079	7.111	7.073	-38	-0,5%
Centro	5.080	5.058	4.917	4.839	4.706	4.695	-11	-0,2%
LVT	7.980	8.153	8.002	7.732	7.744	7.734	-10	-0,1%
Alentejo	946	947	943	918	885	892	7	0,8%
Algarve	790	825	906	877	889	911	22	2,5%
Total	21.993	22.299	21.914	21.445	21.335	21.305	-30	-0,1%

Fonte: SICA, ACSS

Ainda em relação à realidade hospitalar de 2015, importa referir que a Demora Média registada nos doentes internados atingiu os 8,04 dias em 2015 (tinha sido de 7,89 dias em 2014), que a Taxa de Ocupação foi de 84,7% em 2015 (83,5% em 2014) e que a Percentagem de Cirurgias Realizadas em Ambulatório atingiu os 58,5% do total de cirurgias, o que representa um aumento de 1,1, pontos percentuais face a 2014 (foram 57,4%).

3. CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) criada pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, constitui-se como um novo modelo organizacional, sendo formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social.

São objetivos da RNCCI, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência e com perda de autonomia.

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

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

Estão disponíveis diversas tipologias de prestação de cuidados: unidades de convalescença (UC), unidades de média duração e reabilitação (UMDR), unidades de longa duração e manutenção (ULDM), unidades de cuidados paliativos (UCP), unidades de dia e de promoção da autonomia (UDPA), equipas hospitalares (Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos) e equipas domiciliárias - equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP).

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

Em 2015 cessaram vários acordos até aqui existentes no âmbito da RNCCI, sobretudo ao nível de camas de Convalescença.

Apesar destes encerramentos que ocorreram em 2015, constata-se que em relação a 2014 a RNCCI aumentou em 599 o número de camas de internamento a nível nacional, representando um crescimento de 8,4%.

Assim, no final de 2015, a RNCCI era composta por um total de 7.759 camas de internamento, distribuídas pelas várias tipologias de internamento nos termos que se apresentam na tabela seguinte.

Tabela 7: Evolução do número de camas em funcionamento da RNCCI por tipologia

Tipologia de Internamento	Nº de camas contratadas							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Var. 2015/2014	
							Valor	
Unidades de Convalescença	682	906	867	860	860	764	-96	-11,2%
Unidades de Média Duração e Reabilitação	1.497	1.747	1.820	1.895	2.021	2.306	285	14,1%
Unidades de Longa Duração e manutenção	2.286	2.752	3.031	3.692	4.094	4.411	317	7,7%
Unidades de Cuidados Paliativos	160	190	193	195	185	278	93	50,3%
TOTAL	4.625	5.595	5.911	6.642	7.160	7.759	599	8,4%

Fonte: Elaboração Própria, dados da ACSS - RNCCI.

O crescimento observado é essencialmente alicerçado em lugares de ULDM, dado que foram disponibilizadas 317 novos lugares em 2015, e em sentido inverso destaca-se a redução de -96 camas de convalescença durante o ano de 2015.

A tipologia de ULDM representa, atualmente, 56,9% dos lugares de internamento disponíveis na RNCCI.

Conforme demonstra a tabela seguinte, a região em que mais cresceu o número de camas é a região LVT (21,5%), com crescimento em todas as tipologias, destacando-se em sentido inverso o Norte que reduziu o número de camas da RNCCI, especialmente na tipologia de convalescença, em que reduziu -47,1% de um ano para o outro.

Tabela 8: Evolução do número de camas por tipologia e região

Evolução do número de Camas por tipologia e região, de 2014 para 2015						
Tipologia de Internamento	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
Unidades de Convalescença	-47,1%	16,8%	6,4%	0,0%	0,0%	-11,2%
Unidades de Média Duração e Reabilitação	7,5%	12,9%	29,9%	0,0%	4,8%	14,1%
Unidades de Longa Duração e manutenção	5,2%	8,2%	14,4%	0,0%	7,6%	7,7%
Unidades de Cuidados Paliativos	13,9%	53,3%	80,5%	11,8%	0,0%	50,3%
TOTAL	-1,1%	11,5%	21,5%	0,3%	5,8%	8,4%

Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2015

O encerramento de camas de convalescença que ocorreu durante o ano de 2015 no Norte (representado um decréscimo de -47,1%), dá uma diminuição nacional de camas desta tipologia de -1,2%.

A região Centro apresenta um crescimento global de 11,5%, com crescimento de 53,3% de camas de UCP (13,9% no Norte e 11,8% no Alentejo), seguida de UC com 16,8% e cerca de 13% em UMDR.

O número de lugares de internamento em atividade por região e tipologia, em 2015, encontra-se na tabela seguinte.

Tabela 9: Número de camas em atividade por região de saúde

Número de Camas por região, em 2015						
Tipologia de Internamento	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
Unidades de Convalescença	157	236	167	135	69	764
Unidades de Média Duração e Reabilitação	619	719	673	186	109	2.306
Unidades de Longa Duração e manutenção	1.360	1.247	1.041	425	338	4.411
Unidades de Cuidados Paliativos	41	69	139	19	10	278
TOTAL	2.177	2.271	2.020	765	526	7.759

Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2015

Analisando agora a evolução do número de ECCI em atividade no final de 2015, constatamos que o mesmo cresceu cerca de 4,4% em relação a 2014, com o maior crescimento a registar-se na região Centro, com +18% de ECCI, o que representa a criação de +11 novas respostas nesta valência da RNCCI. O Norte diminuiu 2% no número de ECCI, conforme demonstra a tabela seguinte.

Tabela 10: Evolução do número de ECCI

Tipologia de ECCI	Evolução do Número de ECCI, por região						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Var. 2015/2014
							Valor %
ARS Norte	71	86	84	85	84	82	-2 -2,4%
ARS Centro	42	45	40	54	61	72	11 18,0%
ARS LVT	58	58	54	60	60	63	3 5,0%
ARS Alentejo	15	35	35	36	37	37	0 0,0%
ARS Algarve	28	29	30	32	32	32	0 0,0%
TOTAL	214	253	243	267	274	286	12 4,4%

Fonte: Produção própria, dados da ACSS - RNCCI.

As regiões têm reajustado o número de lugares de ECCI e o número médio de lugares disponíveis por ECCI continua a apresentar assimetrias regionais.

De facto, e apesar do número de ECCI ter aumentado, os lugares disponíveis têm vindo a decrescer (-2,7%), devido a este reajustamento. A região de LVT aumentou o número de lugares de ECCI ao longo do ano de 2015 (+2,9%, ou seja, + 60 lugares), enquanto as restantes regiões reduziram a sua

capacidade de resposta nesta vertente domiciliaria da RNCCI, à exceção da região Alentejo que manteve a sua capacidade de resposta inalterada face a 2014, conforme tabela seguinte.

Tabela 11: Evolução do número de lugares de ECCI, por região

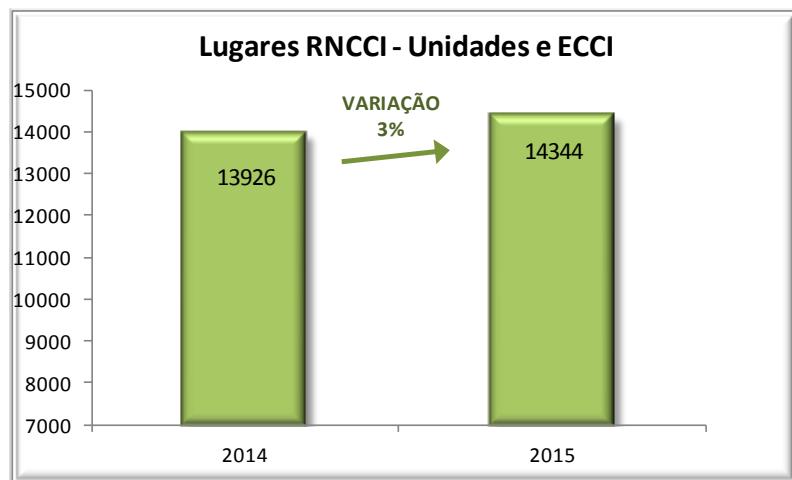
Tipologia de ECCI	Evolução do Número de lugares de ECCI, por região						Var. 2015/2014	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Valor	%
ARS Norte	1.410	1.660	1.730	1.720	1.690	1.673	-17	-1,0%
ARS Centro	1.557	1.522	1.412	1.313	1.101	1.062	-39	-3,5%
ARS LVT	2.744	2.093	1.969	2.129	2.076	2.136	60	2,9%
ARS Alentejo	402	617	582	541	549	549	0	0,0%
ARS Algarve	1.950	1.440	1.490	1.350	1.350	1.165	-185	-13,7%
TOTAL	8.063	7.332	7.183	7.053	6.766	6.585	-181	-2,7%

Fonte: Produção própria, dados da ACSS - RNCCI.

Em termos globais, existiam no final de 2015 um total de 14.344 lugares na RNCCI, entre internamento e respostas domiciliárias, com um crescimento de 3% em relação a 2014.

Como vimos, este crescimento global deve-se ao aumento do número de camas de internamento e ao decréscimo de lugares em ECCI, e é resumido na figura seguinte.

Figura 1. Lugares totais da RNCCI - evolução anual



Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2015

Tendo por base o grupo etário dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos (censos de 2011), o quadro seguinte evidencia que a região do Algarve apresenta os melhores resultados no indicador número camas/100.000 habitantes, seguindo-se as regiões do Alentejo e do Centro, respetivamente. Também em lugares domiciliários, o Algarve tem a maior cobertura, tal como já

sucedia antes. Os lugares domiciliários da RNCCI, com o ajustamento efetuado pelas regiões, são inferiores aos lugares de internamento, representando 46% dos lugares.

Tabela 12. Cobertura populacional de lugares na RNCCI

2015 - COBERTURA POPULACIONAL COM POPULAÇÃO CENSOS 2011 - Dados definitivos I.N.E.							
Região	N.º de habitantes com idade ≥ 65 anos	Nº de Camas	N.º Camas por 100.000 hab. ≥ de 65anos	Nº Lugares ECCI	N.º Lugares ECCI por 100.000 hab. ≥ de 65anos	Nº Lugares TOTAIS	N.º Lugares TOTAIS por 100.000 hab. ≥ de 65anos
Norte	631.439	2.177	345	1.673	265	3.850	610
Centro	393.338	2.271	577	1.062	270	3.333	847
LVT	696.815	2.020	290	2.136	307	4.156	596
Alentejo	128.427	765	596	549	427	1.314	1.023
Algarve	87.769	526	599	1.165	1.327	1.691	1.927
TOTAL	1.937.788	7.759	400	6.585	340	14.344	740
		54%		46%			

Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2015

A região de LVT mantém ainda a menor cobertura populacional em relação a lugares de internamento, sendo o Algarve a região com maior cobertura, com valores sobreponíveis aos da região Alentejo. Em lugares domiciliários o Algarve mantém a maior cobertura, como já acontecia em anos anteriores, o mesmo acontecendo com os lugares totais, seguido do Alentejo.

Participação dos parceiros na RNCCI

As respostas de internamento da RNCCI, com base no estabelecimento de Acordos com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), representam 78% do total de Acordos celebrados, representando a contratação de 5.845 camas, as quais representam 75,3% da oferta global da Rede. No âmbito das IPSS, as Santas Casas da Misericórdia (SCM) representam 53% do total de Acordos celebrados, com 3.799 camas contratadas, correspondendo a cerca de 49 % do total de camas.

Tabela 13. Acordos celebrados no âmbito da RNCCI e entidades prestadoras

Entidade prestadora		N.º Acordos Celebrados	% Total Acordos Celebrados	N.º de Camas Contratadas	% Camas por Acordos Celebrados
		2015		2015	
SNS		15	4,5%	299	3,9%
IPSS	SCM	177	52,7%	3.799	49,0%
	Outras	84	25,0%	2.046	26,4%
Total IPSS		261	77,7%	5.845	75,3%
Privadas com Fins Lucrativos		60	17,9%	1.615	20,8%
TOTAL		336		7.759	

Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2015

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

Em relação a 2014, as IPSS cresceram 10% em número de acordos, com o maior crescimento a registar-se nas IPSS fora do âmbito das SCM, com 22%.

Os acordos com Privados cresceram 15% (representando cerca de 15% dos acordos e cerca de 21% das camas). Os acordos com o SNS decresceram 42% em 2015.

Tabela 14. Evolução anual do número de Acordos e de camas contratadas da RNCCI

Entidade prestadora		2014		2015		Var. 2015/2014	
		N.º Acordos Celebrados	N.º camas Contratadas	N.º Acordos Celebrados	N.º camas Contratadas	Acordos	Camas Contratadas
SNS		26	443	15	299	-42,3%	-32,5%
IPSS	SCM	169	3.596	177	3.799	4,7%	5,6%
	Outras	69	1.598	84	2.046	21,7%	28,0%
Total IPSS		238	5.194	261	5.845	9,7%	12,5%
Privadas com Fins Lucrativos		52	1.523	60	1.615	15,4%	6,0%
TOTAL		316	7.160	336	7.759	6,3%	8,4%

Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2015

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

4. ARTICULAÇÃO COM O SETOR SOCIAL E CONVENCIONADO

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

Atualmente, o relacionamento contratual com os prestadores de cuidados de saúde do setor social encontra-se regulado através do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, que define as formas de articulação entre os estabelecimentos e serviços do SNS e as IPSS.

Através deste diploma legal estabeleceu-se ainda a necessidade de elaboração de estudos prévios à celebração de acordos com as IPSS, a efetuar pela ACSS e pelas ARS, que avaliem a economia, eficácia e eficiência do acordo, bem como a sua sustentabilidade financeira.

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

Paralelamente, através do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, que estabeleceu o regime jurídico das convenções que tenham por objeto a realização de prestações de saúde aos utentes do SNS, no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados de saúde, pretendeu-se assegurar, simultaneamente, o respeito pelos princípios da equidade, complementaridade e da liberdade de escolha dos utentes, da transparência, da igualdade e da concorrência.

5. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA A MONITORIZAÇÃO DO ACESSO

A nível nacional existem múltiplos sistemas de informação (SI) que de forma independente asseguram 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.

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.

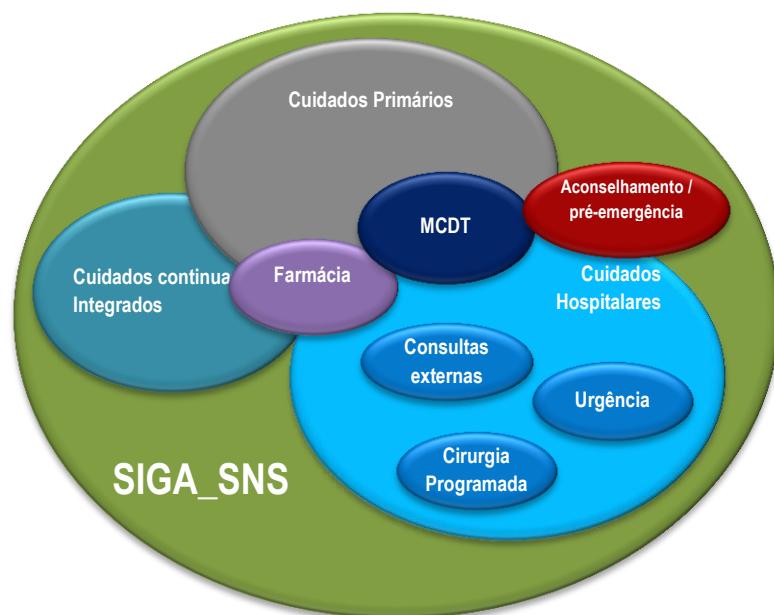
No final de 2015 e nos primeiros meses de 2016, fruto da entrada em funções do XXI Governo Constitucional, iniciou-se a construção do Sistema Integrado de Gestão do Acesso no SNS (SIGA SNS), o qual permite obter uma visão integrada do acesso dos cidadãos ao SNS, assim como se procedeu à criação do Portal do SNS (www.sns.gov.pt), através do qual se disponibiliza informação que agiliza o acesso aos serviços de saúde, a utilização racional e eficiente dos recursos afetos ao SNS e a transparência.

5.1. SIGA SNS – Sistema de Gestão Integrada do Acesso no SNS

A implementação SIGA SNS resulta da prioridade definida para a Saúde no Programa do XXI Governo Constitucional, e visa assegurar o acesso equitativo, atempado e transparente às instituições do SNS, contribuindo para alterar o paradigma da oferta de cuidados de saúde e para reorganizar o Sistema em torno do cidadão, das suas necessidade e das suas expetativas.

O SIGA SNS reúne informação que até agora se encontrava dispersa por vários Sistema de Informação, designadamente aquele que suporta o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), o Sistema de Referenciação para Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar - designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH), ou o aplicativo da RNCCI, e abrange também informação relativa ao acesso a outras áreas da prestação de cuidados de saúde no SNS que até agora não eram monitorizadas, como sejam os Serviços de Urgência, os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), as Consultas Subsequentes de Especialidade Hospitalar, os Cuidados de Saúde Primários, entre outras.

Figura 2. Apresentação gráfica do SIGA SNS



Fonte: Elaboração Própria

O poder e a participação do cidadão só serão efetivos se este tiver acesso a informação relevante, atualizada e consistente que lhe permita escolher, perante a impossibilidade de obter em tempo útil os cuidados de que necessita, a instituição onde deseja ser assistido, com respeito pela hierarquia técnica e pelas regras de referenciação do SNS.

Este princípio de Livre Acesso e Circulação (LAC) dos utentes no SNS foi definido através do Despacho n.º 5911-B/2016 e encontra-se plasmado no SIGA SNS, estando implementado desde o dia 1 de maio de 2016 no acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, proveniente dos cuidados de saúde primários.

Com a implementação do LAC o utente que necessite de uma consulta de especialidade hospitalar pode, em conjunto com o médico de família responsável pela referenciação, optar por qualquer uma das unidades hospitalares do SNS onde exista a especialidade em causa.

Deixa assim de existir uma rede pré-definida para os pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar, sendo dado ao utente a possibilidade de escolher qual o hospital de destino que prefere, em conjunto com o seu médico de família, através da consulta de informação sobre:

- Instituições hospitalares do SNS disponíveis por especialidade;
- Tempos médios de resposta para primeira consulta hospitalar, por prioridade;
- Tempos médios de resposta para cirurgias programadas, por prioridade;
- Número de quilómetros (Km) de distância entre a unidade funcional de cuidados de saúde primários do médico de família e o hospital do SNS.

A implementação do SIGA SNS e do LAC constitui-se como uma oportunidade de melhorar o acesso dos utentes ao SNS, com impacto geral no SNS, nos hospitais, nos cuidados de saúde primários e na resposta aos utentes, com destaque para:

- Oportunidade para o SNS:

- Aumentar a eficiência e a qualidade;
- Maximizar a capacidade instalada;
- Cumprir os TMRG para todos (+ equidade);
- Valorizar as preferências dos utentes;
- Aumentar a transparência e partilha de informação.

- Oportunidade para o utente:

- Escolher a instituição do SNS em conjunto com o seu médico de família e de acordo com as suas preferência;
- Valorizar a confiança nas instituições do SNS, a reputação e o desempenho dos profissionais e das instituições, as experiências pessoais de familiares e amigos, entre outros.

- Oportunidade para o médico de família:

- Reforçar o papel central do médico de família e dos cuidados de saúde primários no SNS;
- Fortalecer as relações de confiança com os utentes e/ou com os hospitais;
- Envolver o utente na gestão ativa da sua saúde.

- Oportunidade para o Hospital:

- Aumentar a eficiência e a competitividade;
- Fidelizar os utentes através da excelência;
- Criar competição saudável dentro do SNS;
- Receber sinais claros das preferências dos utentes.

5.2. SICTH - Sistema Integrado para gestão do acesso à 1^a consulta hospitalar

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

O Regulamento do CTH foi aprovado pela Portaria nº 615/2008, de 11 de julho (revista entretanto pela Portaria nº 95/2013, de 4 de março), 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 concreto, importa referir que o sistema contém toda a informação relativa ao pedido de consulta, desde o momento do seu registo inicial até à sua conclusão. Assim, é centralizada numa única base de dados toda a informação correspondente à procura e resposta no que respeita às primeiras consultas de especialidade hospitalar no SNS.

Os mecanismos de referenciação definidos para o CTH estão agora a ser integrados no SIGA SNS, permitindo assim obter uma visão integrada do acesso dos cidadãos ao SNS e potenciando os benefícios que são reconhecidos ao atual sistema de articulação entre os cuidados de saúde primários e o nível hospitalar, nomeadamente:

- 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.

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

O SIGIC, criado em 2004, pela Resolução do Conselho de Ministros nº 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 nº 271/2012, de 4 de setembro (substitui o anterior regulamento aprovado pela Portaria nº 45/2008, de 15 de janeiro), alargou 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).

Também o SIGIC se encontra integrado no SIGA SNS, permitindo assim monitorizar a continuidade da resposta programa aos utentes e rentabilizar a capacidade instalada no SNS, com ganhos ao nível da melhoria da eficiência da resposta cirúrgica e do cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG).

Fruto desta integração do SIGIC no SIGA SNS, iniciou-se já em maio deste ano de 2016 um Programa de Incentivo à Realização de Atividade Cirúrgica no SNS que visa melhorar a capacidade de resposta cirúrgica dos hospitais públicos, assente no princípio da Gestão Partilhada de Recursos no SNS (GPR SNS).

Este programa aplica-se a todas as instituições hospitalares do SNS que reúnam condições para responder de forma atempada e eficaz às necessidades cirúrgicas nacionais e tem os seguintes objetivos específicos:

- Melhorar os tempos de resposta no acesso à cirurgia programada;
- Rentabilizar a capacidade cirúrgica instalada na rede de estabelecimentos públicos;
- Criar mecanismos competitivos para realização de atividade cirúrgica no SNS;
- Aumentar a produtividade das instituições do SNS.

5.4. 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 fatura e pagamento dos atos terapêuticos e, ainda, a emissão dos cheques-dentista.

5.5. 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.

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

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

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 exaração 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.

5.6. 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 enquadra-se no desenvolvimento do SIGA_SNS e atualmente já integra as unidades de Cuidados de Saúde Primários, encontrando-se em desenvolvimento a Plataforma Hospitalar de forma a permitir a implementação do sistema em todas as instituições hospitalares do SNS.

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

De igual forma, a partilha aprofundada de informação de saúde para e sobre o doente é de interesse individual para o cidadão. No âmbito da diretiva de cuidados transfronteiriços prevê-se o acesso a cuidados de saúde pelos portugueses além fronteiras, o que significa novas e distintas necessidades de partilha da sua informação de saúde.

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

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

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

A PDS contempla quatro portais específicos, seguros e contextualizados, nomeadamente:

PDS – Área do Cidadão

A Área do Cidadão disponibiliza serviços eletrónicos, como a marcação consultas no médico de família, o pedido de receituário através do eAGENDA, a consulta do registo do utente no eRNU, a consulta da lista de espera para cirurgia através do eSIGIC, o pedido de isenção de taxas moderadoras, a monitorização e partilha de dados de saúde, entre outros, e posiciona-se como o ponto único centralizador da prestação de serviços ao utente do SNS, disponibilizando dois níveis de serviços:

- Serviços informativos, cujo acesso é público, dispensando a autenticação do utente;
- Serviços eletrónicos, disponíveis na área "A minha saúde", cujo acesso é feito por 2 níveis de autenticação distintos: Número do SNS e Senha e autenticação forte, que exige o acesso através do cartão de cidadão ou da chave móvel digital e a respetivo PIN.

PDS - Área do Profissional

A Área do Profissional é uma plataforma centrada no utente que permite o acesso, pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), a informação clínica dos utentes. A informação que o utente disponibiliza na PDS - Área do Profissional e cuja consulta é por ele autorizada, permite ao profissional de saúde obter alguns indicadores que o podem auxiliar a um melhor conhecimento, diagnóstico e tratamento do utente.

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

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

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

PDS – Área Institucional

A PDS – Área Institucional tem como objetivo disponibilizar um conjunto de estatísticas referentes à Área do Profissional. Em concreto, este Portal permite o acesso a dados anónimos, pelos hospitais/ACES, de âmbito nacional, sobre doenças e outras informações de saúde, bem como dados sobre uso do sistema para auditoria e monitorização.

PDS - Área Internacional

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

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

5.8. Telesaúde

Entendendo-se a Telemedicina como a utilização de tecnologias avançadas de telecomunicação que permitem a partilha de informação clínica no âmbito do conceito mais abrangente de Telesaúde, reforça-se que a Telemedicina é instrumental para a melhoria da performance do SNS, facilitando a obtenção de diversos ganhos concretos, como sejam:

- (i) A melhoria da equidade no acesso aos cuidados de saúde (quer em termos geográficos, quer em termos de melhoria dos tempos de resposta à população);
- (ii) A possibilidade de se realizarem rastreios e diagnósticos precoces e de se efetuar a monitorização e acompanhamento do estado de saúde da população de forma pró-ativa, remota e responsabilizante para os utentes e suas famílias;
- (iii) A promoção da qualidade da assistência, através do acesso remoto a atendimento especializado;
- (iv) A melhoria da organização dos cuidados prestados, através da partilha de informação entre diferentes níveis da prestação de cuidados;
- (v) O maior envolvimento e empoderamento dos utentes e profissionais, refletindo-se no aumento dos seus níveis de satisfação;
- (vi) O aumento da eficiência na prestação de cuidados, pela redução do consumo de recursos (e.g. diagnóstico e monitorização em tempo real, redução de deslocações, redução das descompensações, eliminação de atos duplicados, diagnóstico precoce, entre outras).

Assim, é amplamente reconhecido que a Telemedicina (Teleconsulta e Telemonitorização) constitui-se como uma importante ferramenta facilitadora do acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente:

- 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.

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 Telesaúde no SNS.

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

O Portal do SNS (www.sns.gov.pt) foi criado a 1 de fevereiro de 2016 e apresenta-se como uma nova porta de entrada e de contacto do cidadão com o mundo da saúde, concentrando um conjunto de informação e de serviços que são fundamentais para um bom relacionamento entre o SNS e os seus utentes.

Estruturado em quatro áreas, contendo informação institucional e periódica útil para utentes e profissionais, o Portal SNS integra funcionalidades que se apresentam como novidade na área da saúde. É o caso da disponibilização em tempo real dos tempos de espera nos Serviços de Urgência hospitalares ou dos tempos médios de resposta para consultas e cirurgias programadas nos estabelecimentos do SNS.

O Portal do SNS integra ainda uma área dedicada à divulgação dos diferentes indicadores (dados estatísticos) referentes ao SNS. Nesta área dedicada, denominada Portal da Transparência, é possível encontrar dados sobre o acesso e a atividade realizada no âmbito dos cuidados de saúde primários, dos cuidados hospitalares e dos cuidados continuados integrados, consultas de telemedicina, a quantidade de medicamentos dispensados, o número de trabalhadores por grupo profissional, dados sobre a Saúde da Mulher e Criança, as Unidades de Saúde Familiar, entre outros grupos de dados e informações que permitem aprofundar o conhecimento público sobre o SNS.

A criação do novo Portal do SNS insere-se no desenvolvimento do Programa *Simplex +* para a Administração Pública, considerado prioritário para o XXI Governo Constitucional, e a variedade de ações colocadas ao dispor do utilizador garante uma nova forma do SNS comunicar com os seus utilizadores, utilizando a interatividade e a transparência como pontos-chave desta relação.

O Portal do SNS passou ainda a integrar as várias ferramentas de monitorização do desempenho das instituições do SNS e do estado de saúde da população, com especial destaque para o *microsite* de «Monitorização do Serviço Nacional de Saúde» que tem sido desenvolvido pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e para os «*Dashboard* da Saúde» que a Direção-Geral da Saúde publicita periodicamente.

- *Microsite de «Monitorização do Serviço Nacional de Saúde»*

O *microsite* de «Monitorização do Serviço Nacional de Saúde» encontra-se alojado no sítio institucional da ACSS (www.acss.min-saude.pt) e acessível através do Portal do SNS, 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.

A disponibilização deste tipo de informação tem como objetivo fundamental melhorar o acesso e a qualidade do serviço prestado aos utentes e, simultaneamente, identificar aspectos 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 contribui para a flexibilização do sistema de saúde e possibilita a liberdade de escolha informada do doente entre diferentes prestadores públicos de saúde no SNS.

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.

- «*Dashboard* da Saúde»

Os «*Dashboard* da Saúde» são produzidos pela DGS e encontram-se disponíveis no seu sítio institucional (www.dgs.pt/dashboards), assim como no Portal do SNS.

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.

7. PRESCRIÇÃO ELETRÓNICA DE MEDICAMENTOS E DE MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA (MCDT) E RECEITA SEM PAPEL (RSP)

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 auto controlo 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 participados ou de preço livre;
- 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.
- A desmaterialização total da receita permitindo a sua dispensa em farmácia de oficina em formato paper free;

- Receita Sem Papel

A Portaria nº 224/2015, de 27 de julho de 2015, regulamentou a implementação de todo o circuito de Receita sem Papel – prescrição, dispensa e fatura. O regime jurídico – que substituiu a Portaria nº 137-A/2012 de 11 de maio – alargou e adaptou as regras da prescrição eletrónica às da dispensa e fatura, cumprindo, desta forma, a prioridade de privilegiar a utilização de meios eletrónicos nos serviços do SNS.

Através do Despacho de 25 de fevereiro de 2016, a Receita sem Papel adquiriu caráter obrigatório a 01 de abril de 2016, para todas as entidades do SNS.

A Receita sem Papel, ou Desmaterialização Eletrónica da Receita, é um novo modelo eletrónico que inclui todo o ciclo da receita, desde da prescrição no médico, da dispensa na farmácia e conferência das faturas no CCF (Centro de Conferência de Faturas).

O novo modelo eletrónico permite a prescrição em simultâneo de diferentes tipologias de medicamentos, ou seja, a mesma receita poderá incluir, por exemplo, fármacos destinados à diabetes e outros tratamentos não comparticipados. Este novo sistema traz vantagens para o utente, já que todos os produtos de saúde prescritos são incluídos num único receituário, o que não acontecia no passado. No ato da dispensa nas farmácias, o utente poderá optar por dispensar todos os produtos prescritos ou apenas parte deles, sendo possível levantar os restantes noutro estabelecimento e/ou outro dia.

A desmaterialização da receita assenta num processo mais eficaz e seguro de controlo de emissão e dispensa da receita, obrigando a um acesso eletrónico autenticado, através de certificado digital qualificado no caso dos profissionais.

A Receita sem Papel inclui um “Código de acesso e dispensa” fornecido apenas ao utente, para validação da dispensa dos medicamentos na farmácia de comunitária. O processo inclui ainda um “Código de Direito de Opção”, destinado também à validação desse direito do utente no levantamento dos produtos de saúde.

A Receita sem Papel garante maior eficácia, eficiência e segurança ao circuito da receita de medicamentos no SNS.

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

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

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

Mais concretamente, a Diretiva prevê, entre outros:

- O estabelecimento de regras para facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade e a cooperação entre os EM, no pleno respeito das competências nacionais em matéria de organização e prestação de cuidados de saúde. A diretiva visa, igualmente, clarificar a articulação com o quadro de coordenação dos regimes de segurança social já existente, com vista à aplicação dos direitos dos doentes;
- A exclusão do seu âmbito de aplicação no domínio dos cuidados continuados integrados, dádiva ou colheita de órgãos, após a morte, respetiva alocação e acesso aos mesmos para fins terapêuticos ou de transplante e do âmbito do Programa 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.

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 tem 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.

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.

SEGUNDA PARTE

ÁREAS ESPECÍFICAS DO ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE

9. PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO

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

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

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

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

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

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

A avaliação do cumprimento do PNV realiza-se com uma periodicidade anual, sendo fundamental para verificar se as metas propostas para a vacinação estão a ser cumpridas. Esta avaliação consiste na determinação das taxas de cobertura vacinal em idades chave.

Assim, a 31 de dezembro de 2015 o PNV foi alvo das seguintes avaliações:

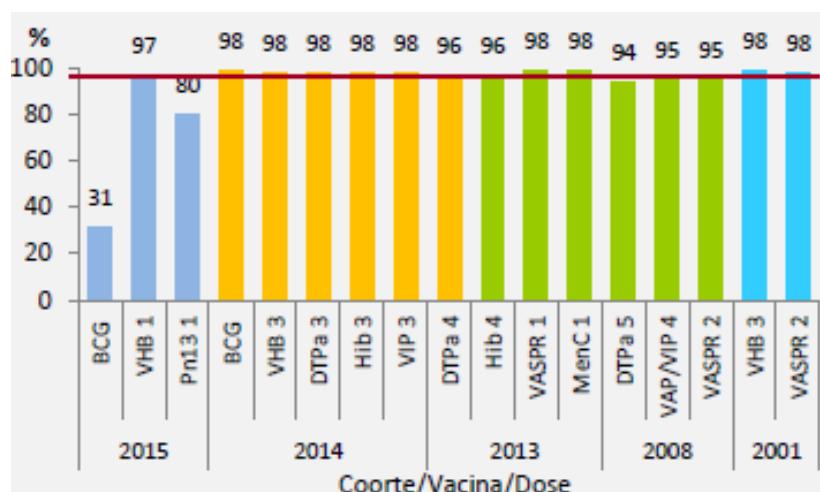
- PNV esquema recomendado: percentagem de utentes das coortes de 2001, 2008, 2013, 2014 e 2015, vacinada de acordo com o esquema vacinal recomendado, ou seja, com as vacinas administradas nas idades recomendadas;
- PNV cumprido: percentagem de utentes das coortes de 1950, 2001, 2008, 2013 e 2014, vacinada de acordo com o esquema recomendado ou com os esquemas cronológicos de recurso (em atraso e tardio);
- Vacinação contra o sarampo, parotidite epidémica e rubéola (VASPR): percentagem de utentes entre os 7 e os 18 anos de idade (coortes de 1997 a 2008) que cumpriram o esquema vacinal recomendado (2 doses);
- Vacinação contra infecções por vírus do Papiloma humano (HPV): percentagem de utentes das coortes de 1995 a 2005 que cumpriram o esquema vacinal recomendado, à data da vacinação;
- Vacinação atempada (Idade recomendada): percentagem de utentes das coortes de 2013 e 2015, que foi vacinada até 1 mês após a data recomendada com VASPR 1, MenC e VHB 2, DTPaHibVIP 1, respetivamente.

Avaliação do PNV - Esquema recomendado

A figura seguinte representada a percentagem de utentes, em cada coorte, que cumpriram para cada vacina o número de doses recomendadas para a idade.

A meta dos 95% foi atingida para todas as vacinas nas coortes de 2014, 2013 e 2001.

Figura 3. PNV Recomendado. Cobertura vacinal por coorte, vacina e dose. Avaliação 2015, no Continente



Fonte: DGS/DSPDPS

Legenda:

BCG – vacina contra a tuberculose
VHB – vacina contra a hepatite B

Pn13 - vacina conjugada de 13 valências contra infeções por *Streptococcus pneumoniae*
DTPa – vacina contra a difteria, o tétano e a tosse convulsa
Hib – vacina contra a doença invasiva por *Haemophilus Influenzae* do serotipo b
MenC – vacina contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do serogrupo C
VIP – vacina contra a poliomielite
VASPR – vacina contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola

A vacinação com Pn13, introduzida no PNV na segunda metade do ano de 2015, atingiu a cobertura de 80%. Um acréscimo relativamente aos 60% a 70% atingidos quando a vacina era de prescrição médica.

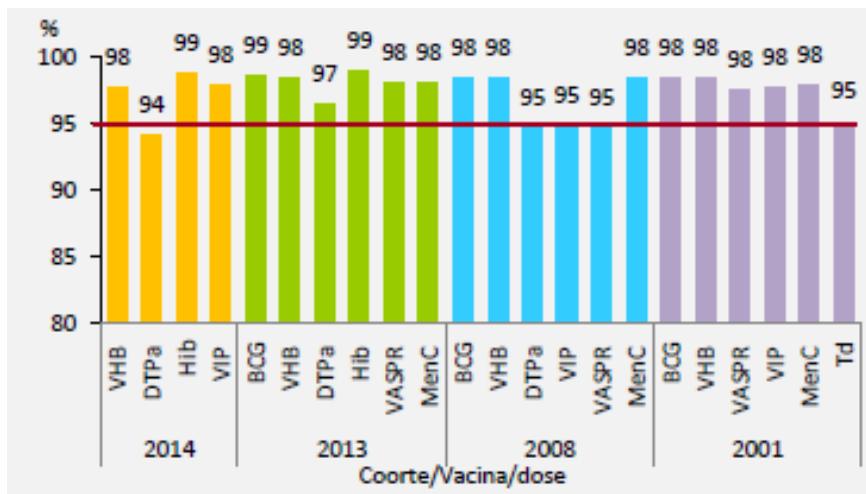
O reforço pré-escolar das vacinas contra o tétano, difteria, tosse convulsa e poliomielite apresentou coberturas ligeiramente inferiores a 95%.

A suspensão no abastecimento da vacina BCG, por problemas de fabrico, originou um decréscimo da taxa de cobertura na coorte de 2015, relativamente aos anos anteriores.

Avaliação PNV - Esquema cumprido

Na figura seguinte está representada a percentagem de utentes, em cada coorte, que cumpriram para cada vacina, o esquema vacinal recomendado ou os esquemas cronológicos de recurso.

Figura 4. PNV Cumprido. Cobertura vacinal por coorte e vacina. Avaliação 2014, no Continente



Legenda: Ver figura 3

Fonte: DGS/DSPDPSS

Observa-se que pelo menos 95% dos utentes cumprem para cada vacina os esquemas recomendados, em atraso ou tardio, à exceção da vacina DTPa na coorte de 2014 (94%), devido à metodologia de avaliação (Boletim Vacinação nº 9).

Em 2015 a coorte que completou 65 anos (nascidos em 1950) apresentou uma cobertura de 76% para a vacina Td, sendo que esta taxa em 2014 foi de 75% e há cinco anos (2011) de 64%.

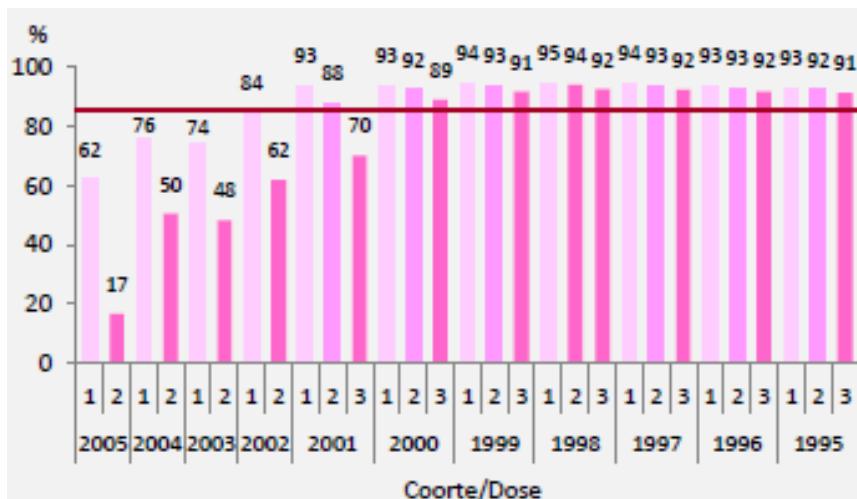
Vacinação com a vacina contra o sarampo, parotidite epidémica e rubéola (VASPR)

As taxas de cobertura vacinal para a VASPR 2 variaram entre 95% e 98% para todas as crianças com 7 a 18 anos de idade, cumprindo-se um dos objetivos do Programa Nacional de Eliminação do Sarampo (PNES) e os requisitos da OMS.

Vacinação contra infeções por HPV (HPV)

No gráfico 3 está representada a percentagem das jovens, em cada coorte abrangida pelo PNV (1995-2005), que cumpriu o esquema vacinal recomendado para a vacina HPV, à data da vacinação.

Figura 5. Vacina HPV. Cobertura vacinal por coorte. Avaliação 2015, no Continente



Fonte: DGS/DSPDPS

A coorte que completou 14 anos em 2015 (nascidos em 2001) apresentou uma cobertura de 70% (esquema recomendado de 3 doses), até setembro de 2014.

Após a mudança do esquema recomendado para a vacina HPV (2 doses aos 10-13 anos), observa-se que 62% a 84% das jovens das quatro coortes alvo da vacinação em 2015 já iniciaram a vacinação.

Vacinação atempada – Idade recomendada

O objetivo desta avaliação é o de conhecer a percentagem de crianças das coortes de 2013 e 2015, que foi vacinada até 1 mês após a data recomendada: nascidos em 2013 que foram vacinados até aos 13 meses de idade (VASPR 1 e MenC) e nascidos em 2015 (até 30.09.2015) que foram vacinados até aos 3 meses de idade (VHB 2 e DTPaHibVIP 1), para avaliar a proporção de suscetíveis às doenças por “atraso” da vacinação.

Aos 3 meses de idade pelo menos 95% das crianças já tinham cumprido o esquema recomendado das vacinas DTPaHibVIP, VHB. Aos 13 meses de idade, a taxa de cobertura para a VASPR 1 era de 84% e para a MenC de 85%.

10. PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE ORAL

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

Este programa prevê a atribuição de cheques-dentista aos respetivos utentes beneficiários, nomeadamente grávidas seguidas no SNS, beneficiários do complemento solidário para idosos, crianças e jovens com idade inferior a 16 anos, utentes portadores de VIH/SIDA e Utentes com lesão suspeita de cancro oral.

As atividades do programa articulam-se, em especial, com as dos programas de saúde escolar, saúde infantil e juvenil, saúde materna e vigilância da saúde do idoso e está baseado na atividade desenvolvida ao nível da rede de cuidados de saúde primários.

O PNPSO é atualmente regulado pela Portaria n.º 301/2009, de 24 de março, que confirma as grávidas e os idosos como grupos alvo e eleva para os 16 anos a idade para inclusão de crianças e jovens.

Até 2008, o PNPSO estava centrado em atividades de prevenção e educação para a saúde e na avaliação da saúde oral e/ou tratamento de doenças da boca e dentes a crianças escolarizadas, mediante acordo entre o SNS e especialistas privados.

A partir de 27 maio 2008, teve início a emissão de cheques-dentista a grávidas em vigilância pré-natal no SNS, bem como a idosos beneficiários do complemento solidário e também utentes do SNS.

A 1 de março de 2014, o PNPSO foi alargado, passando a incluir a intervenção precoce no cancro oral (Despacho n.º 686/2014, de 15 de janeiro).

O quadro seguinte apresenta a evolução do número de beneficiários do PNPSO entre 2010 e 2015. Saliente-se que no ano letivo de 2012/2013 se alteraram as regras de emissão e de utilização de cheques dentistas, por forma a coincidir a utilização dos cheques com o ano civil, pese embora a emissão se inicie com o ano letivo.

Esta alteração provocou um desfasamento na utilização dos cheques emitidos em 2012, que vieram apenas a ser utilizados em 2013. Os dados a partir de 2014 já traduzem a normalidade face ao histórico.

Tabela 15. Número de utentes SNS que beneficiaram do PNPSO

Nº de Utentes SNS beneficiários	2010	2011	2012	2013	2014	2015	var. 2015/2014
Grávidas	39.474	38.855	41.144	40.808	44.455	49.782	12,0%
Idosos	6.492	5.451	5.300	5.488	5.173	5.306	2,6%
Saúde Infantil <=6 anos	19.033	21.155	24.127	20.051	28.667	28.590	-0,3%
Crianças e Jovens 2008/2009							
Crianças e Jovens 2009/2010	184.877						
Crianças e Jovens 2010/2011	142.968	150.022					
Crianças e Jovens 2011/2012		133.019	152.299				
Crianças e Jovens 2012/2013			16.123	267.075			
Crianças e Jovens 2013/2014				114.879	169.958		
Crianças e Jovens 2014/2015					117.128	145.794	24,5%
Crianças e Jovens 2015/2016						109.040	
Crianças e Jovens 16 anos				3.087	5.318	15.925	199,5%
Crianças e Jovens Idades Intermédias	3.308	4.445	6.437	7.000	11.304	12.775	13,0%
Portadores de VIH/SIDA	41	255	244	463	444	392	-11,7%
Projeto DE Intervenção Precoce no Cancro Oral					2.412	3.381	40,2%
TOTAL	396.193	353.202	245.674	458.851	384.859	370.985	-3,6%

Fonte: DGS. PNPSO, SISO

Considerando o período entre 2010 e 31 de dezembro de 2015, os cheques-dentista emitidos e utilizados distribuíram-se conforme se apresenta no quadro seguinte.

Tabela 16. Número de cheques emitidos por Grupo-Alvo no âmbito do PNPSO

Cheques emitidos por grupo-alvo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	var. 2015/2014
Grávidas	81.322	80.415	85.048	82.641	88.125	97.596	10,7%
Idosos	10.940	9.377	9.103	9.288	8.718	8.975	2,9%
Saúde Infantil <=6 anos	19.033	21.155	24.127	20.051	28.667	28.590	-0,3%
Crianças e Jovens	463.273	427.807	315.425	510.776	403.876	376.084	-6,9%
Crianças e Jovens 16 anos				3.087	5.318	15.925	199,5%
Crianças e Jovens Idades Intermédias	3.308	4.445	6.437	7.000	11.304	12.775	13,0%
Portadores de VIH/SIDA	51	637	582	1.122	1.083	1.017	-6,1%
Projeto DE Intervenção Precoce no Cancro Oral					2.732	4.492	64,4%
TOTAL	577.927	543.836	440.722	633.965	549.823	545.454	-0,8%

Fonte: DGS. PNPSO, SISO

Entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2015 foram emitidos 3.291.727 cheques dentistas, sendo que a percentagem de cheques que foram efetivamente utilizados é de 76% em 2015, conforme se apresenta no quadro seguinte.

Tabela 17. Número total de cheques utilizados no âmbito do PNPSO

Cheques utilizados por grupo-alvo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	var. 2015/2014
Grávidas	68.120	67.626	71.261	67.959	71.313	78.319	9,8%
Idosos	9.530	8.353	8.118	8.107	7.638	7.828	2,5%
Saúde Infantil <=6 anos	10.621	13.126	14.683	11.677	14.450	17.972	24,4%
Crianças e Jovens	308.032	318.559	314.930	312.393	300.660	287.998	-4,2%
Crianças e Jovens 16 anos				2.122	4.138	9.906	139,4%
Crianças e Jovens Idades Intermédias	1.706	2.959	4.877	5.245	6.689	10.006	49,6%
Portadores de VIH/SIDA	20	566	503	960	947	906	-4,3%
Projeto DE Intervenção Precoce no Cancro Oral					954	2.082	118,2%
TOTAL	398.029	411.189	414.372	408.463	406.789	415.017	
Taxa de Utilização dos cheques	2010	2011	2012	2013	2014	2015	var. 2015/2014
Grávidas	84%	84%	84%	82%	81%	80%	-1,2%
Idosos	87%	89%	89%	87%	88%	87%	-1,1%
Saúde Infantil <=6 anos	56%	62%	61%	58%	50%	63%	26,0%
Crianças e Jovens	66%	74%	100%	61%	74%	77%	4,1%
Crianças e Jovens 16 anos				69%	78%	62%	-20,5%
Crianças e Jovens Idades Intermédias	52%	67%	76%	75%	59%	78%	32,2%
Portadores de VIH/SIDA	39%	89%	86%	86%	87%	89%	2,3%
Projeto DE Intervenção Precoce no Cancro Oral					35%	46%	31,4%
TOTAL	69%	76%	94%	64%	74%	76%	

Fonte: DGS. PNPSO, SISO

11. LINHA SAÚDE 24

O Centro de Atendimento do SNS, denominado Linha Saúde 24, é um projeto desenvolvido como resultado de uma parceria entre a DGS, o Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P., a ACSS, a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde e as ARS.

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

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

O Saúde 24 encontra-se acessível a todos os beneficiários do SNS, 24 horas por dia, através dos seguintes canais de acesso:

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

Os principais resultados obtidos com esta resposta à população, no ano de 2015, foram os seguintes:

Foram efetuados quase 870 mil contactos com a Linha Saúde 24, conforme se apresenta em seguida:

Tabela 18. Caracterização do Atendimento na Linha Saúde 24

Anos	Total Contactos	Chamadas Recebidas	Contactos Fax, Webform, email	Contactos Webchat
2010	650.731	621.212	n.d.	n.d.
2011	680.533	648.435	n.d.	n.d.
2012	798.384	763.491	n.d.	n.d.
2013	720.897	718.572	2.318	7
2014	805.127	802.655	2.467	5
2015	869.940	867.435	2.508	2

Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS

Das 867.435 chamadas que foram recebidas na Linha Saúde 24 em 2015, 81,7% (708.887) foram atendidas, representando uma média de chamadas atendidas de 1.942 por dia, ligeiramente acima da média de 1.832 chamadas diárias em 2014.

Analizando agora a caracterização das chamadas telefónicas rececionadas na Linha Saúde 24, por módulo de atendimento, contatamos que 77,6% das chamadas de 2015 foram recebidas no módulo de Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento, através do qual se disponibiliza um serviço de atendimento de contactos de teor clínico, prestado por um enfermeiro que avalia o nível de risco sobre os sintomas descritos pelo Utente, presta aconselhamento, incluindo o auto tratamento e, caso se verifique necessário, encaminha o doente para a instituição da Rede de prestação de cuidados de saúde mais adequada à sua condição do momento.

Tabela 19. Caracterização das chamadas para Linha Saúde 24, por módulo de atendimento

Módulos	TAE		LSP		IGS		Aconselhamento sobre medicação		Chamadas Inapropriadas *		Total Chamadas	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Total	502.486	550.202	16.175	14.731	34.803	62.566	7.546	19.004	107.527	62.384	668.537	708.887
%	75,2%	77,6%	2,4%	2,1%	5,2%	8,8%	1,1%	2,7%	16,1%	8,8%	100,0%	100,0%
Média/Dia	1.377	1.507	44	40	95	171	21	52	295	171	1.832	1.941

Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS

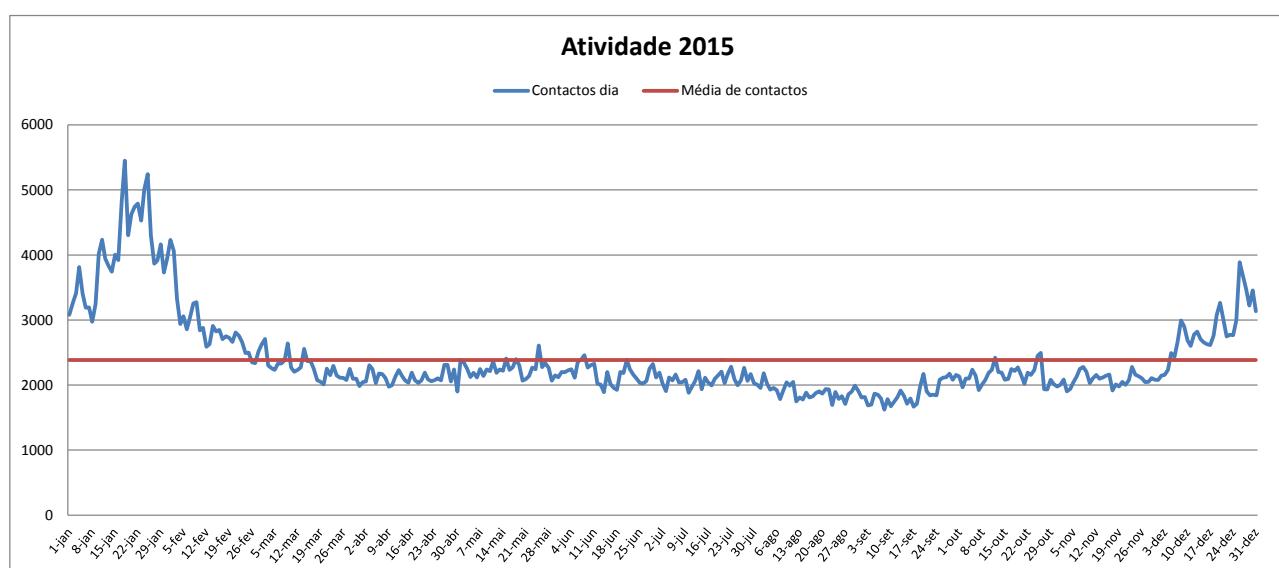
Legenda: **TAE** – Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento; **LSP** – Linha Saúde Pública;

IGS – Informação Geral Saúde

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

Para além do resumo apresentado, na figura seguinte podemos observar com maior detalhe os resultados alcançados no Linha Saúde 24 em 2015, começando pela distribuição diária das chamadas ao longo deste ano, onde se regista um maior afluxo nos meses de janeiro e dezembro.

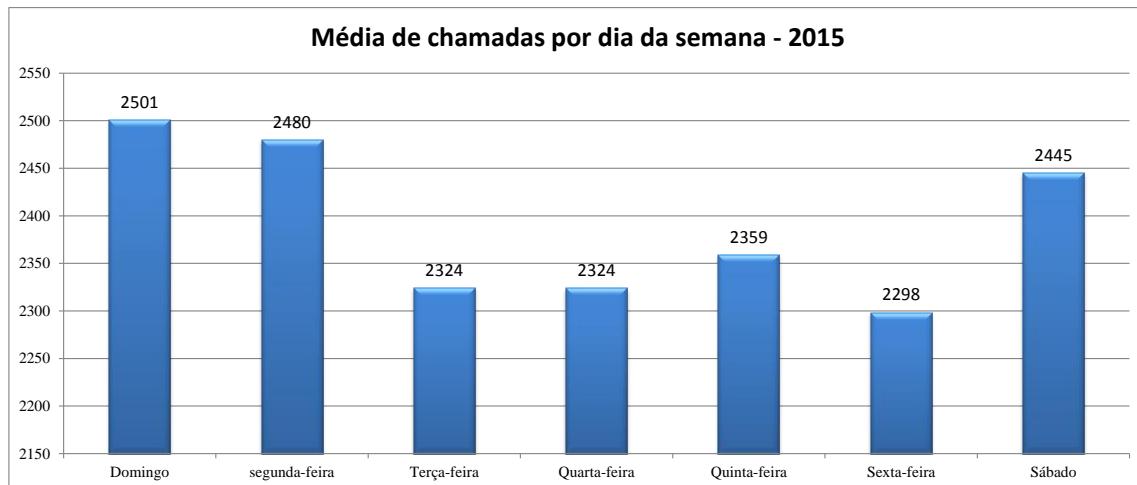
Figura 6. Distribuição das chamadas no Centro de Atendimento do SNS



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

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

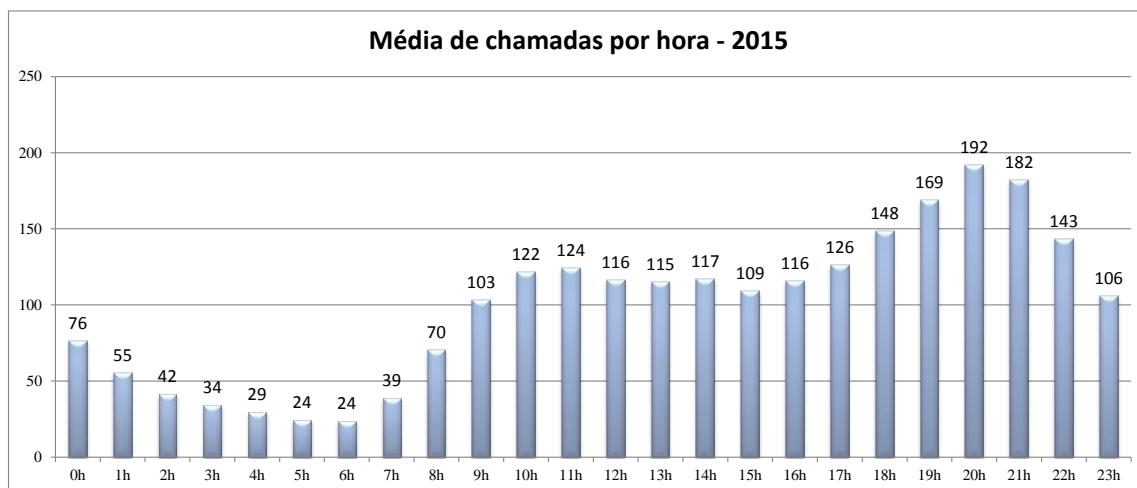
Figura 7. Média de chamadas por dia da semana no Centro de Atendimento do SNS



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Através de uma análise à média das chamadas por hora, durante o ano de 2015, verificamos que é entre as 18h00 e as 22h00, que a população mais recorre aos serviços da Linha Saúde 24, conforme se apresenta no gráfico seguinte.

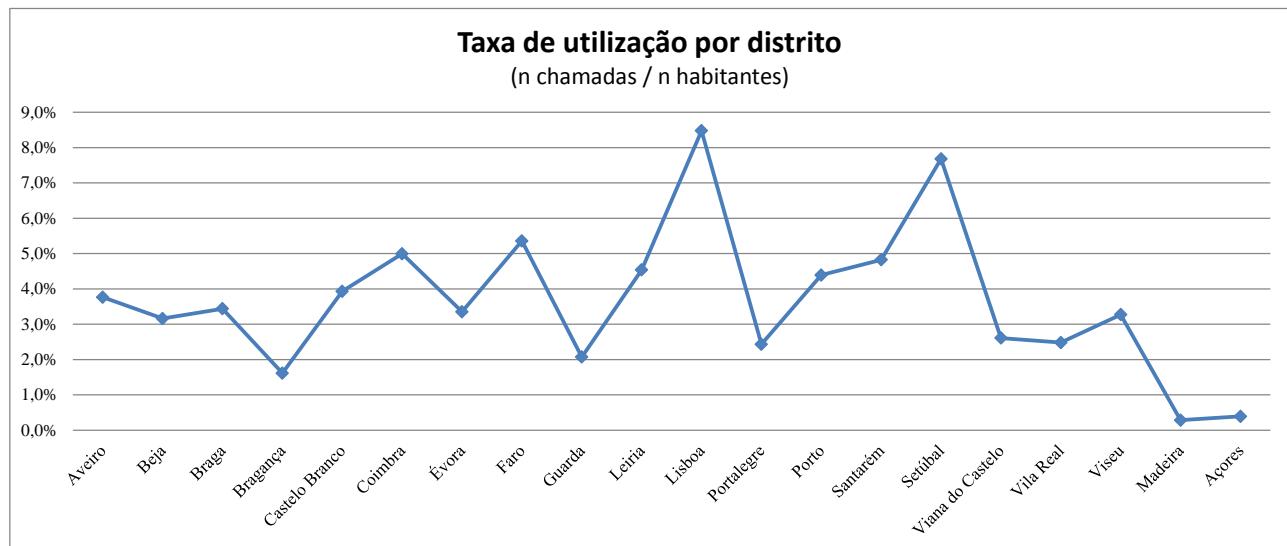
Figura 8. Média de chamadas por hora no Centro de Atendimento do SNS



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

No próximo gráfico apresenta-se uma caracterização da utilização em 2015 do módulo Triagem, Aconselhamento, Encaminhamento, por distrito, constatando-se que é nos distritos de Lisboa e de Setúbal que se registam as percentagens mais elevadas de chamadas por habitante (acima de 8%), à semelhança do que já acontecia nos anos anteriores.

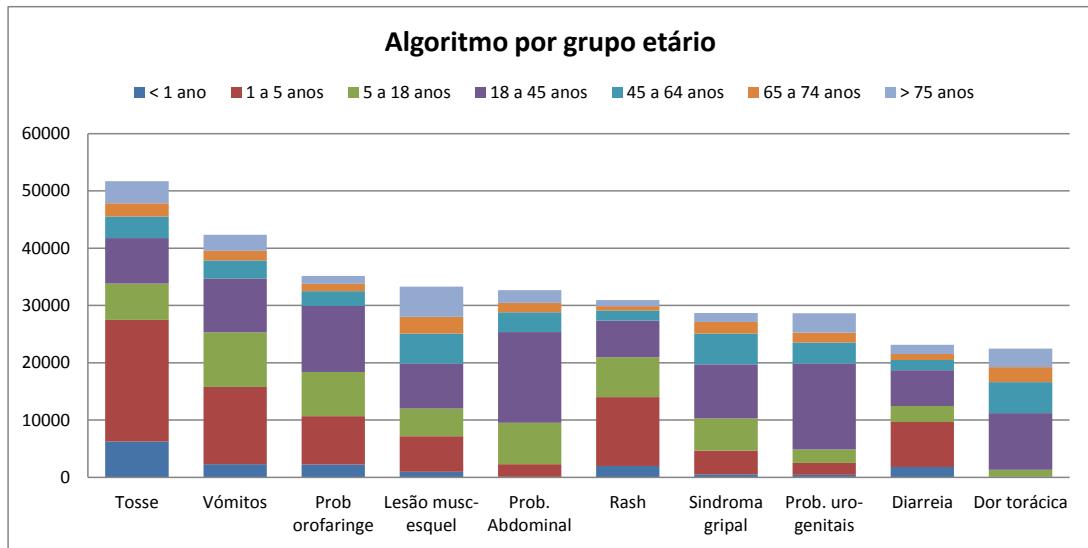
Figura 9. Caracterização do Módulo TAE do Centro de Atendimento do SNS



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

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

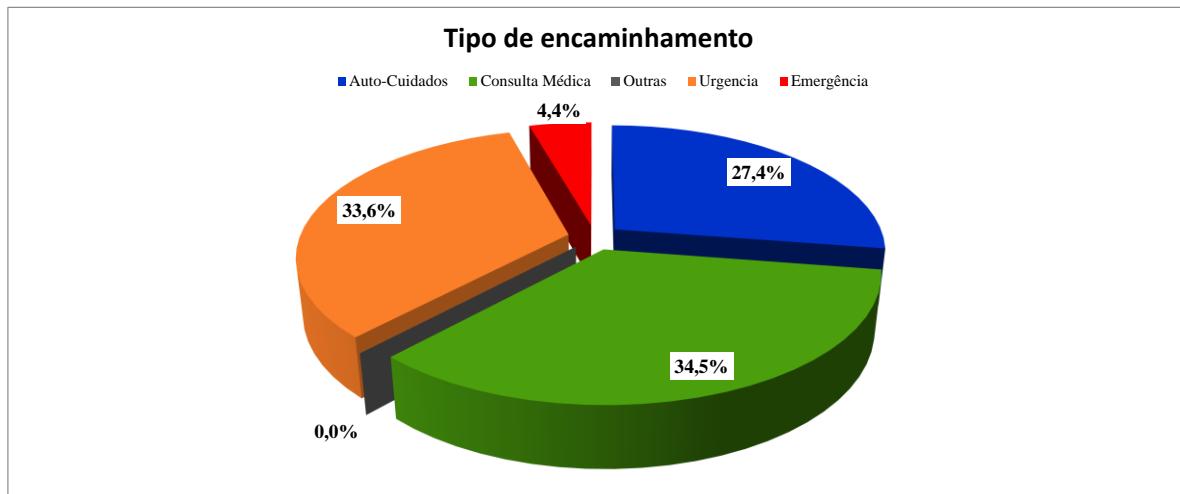
Figura 10. Algoritmo do Módulo TAE, por grupo etário, utilizado pelo Centro de Atendimento do SNS



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Se analisarmos os encaminhamentos que foram efetuados aos utentes que recorreram ao módulo Triagem, Aconselhamento, Encaminhamento em 2015, constatamos que mais de 27% dispensaram qualquer outro contacto com os Serviços de Saúde e que um 1/3 das chamadas foram encaminhadas para uma consulta médica, conforme demonstra o gráfico seguinte.

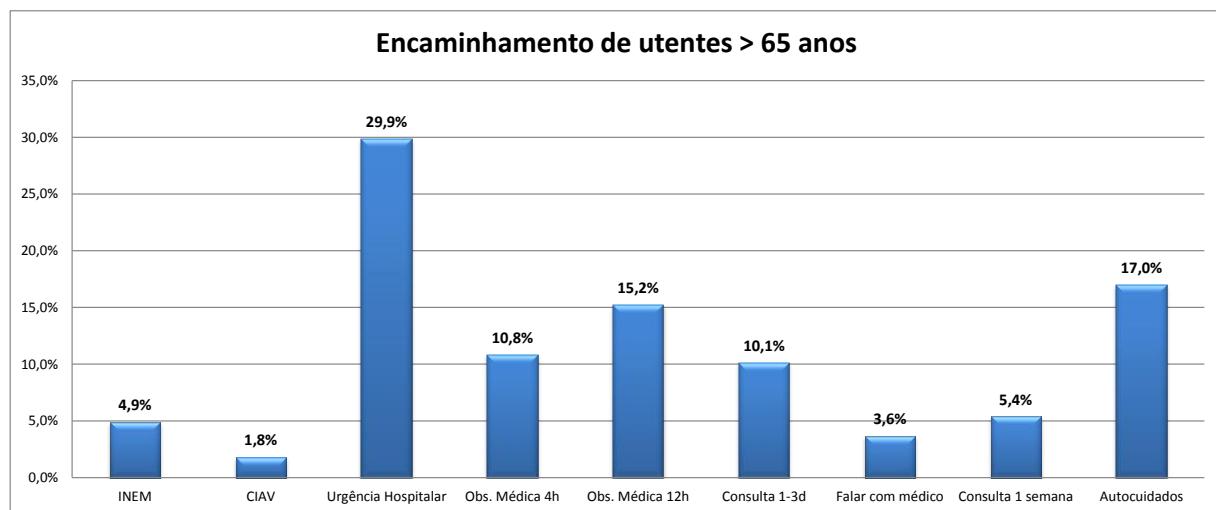
Figura 11. Tipo de Encaminhamento do Módulo TAE do Centro de Atendimento do SNS



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Ainda em relação aos encaminhamentos efetuados aos utentes que recorreram ao módulo Triagem, Aconselhamento, Encaminhamento em 2015, e considerando agora a população com mais de 65 anos, por ser um grupo populacional habitualmente mais frágil e mais utilizador dos serviços de saúde, verificamos que os utentes encaminhados para um serviço de urgência hospitalar reduziu (29,9%) comparativamente a 2014 (era 34,5%), por se tratarem de situações de risco que necessitavam de observação médica urgente.

Figura 12. Encaminhamento do Centro de atendimento a utentes > 65 anos, no Módulo TAE

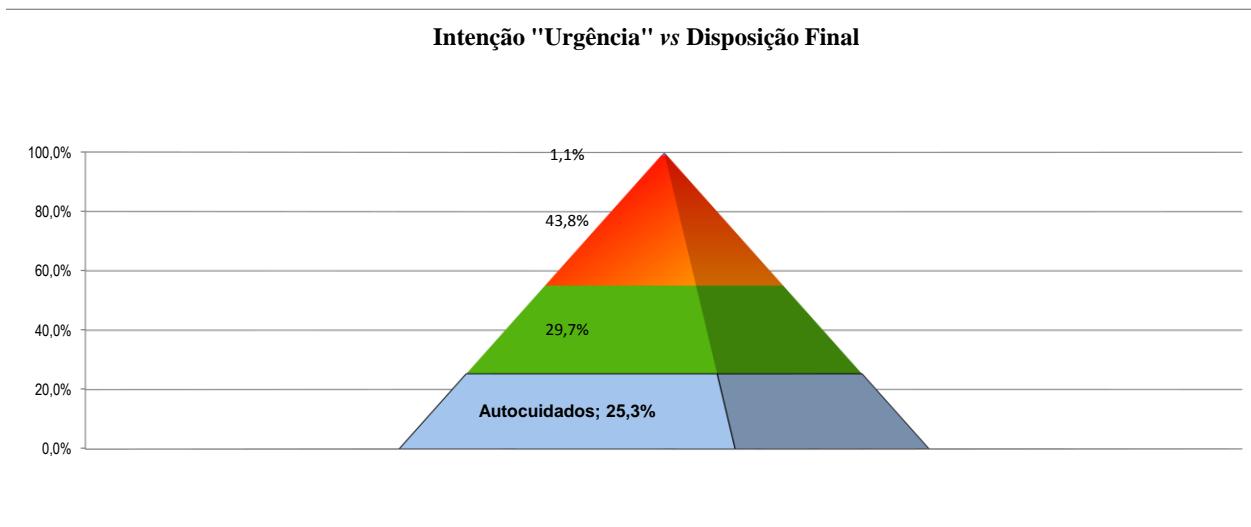


Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Na análise sobre os encaminhamentos efetuados aos utentes que recorreram ao módulo Triagem, Aconselhamento, Encaminhamento em 2015, importa verificar o encaminhamento que foi efetuado aos utentes, comparando-o com a intenção inicial que esteve na origem da chamada para a Linha.

Assim, constatamos nos gráficos seguintes que cerca de 50% dos utentes que ligaram para a Linha Saúde 24 com a intenção de se dirigirem a um Serviço de Urgência, acabaram por ser encaminhados para os cuidados de saúde primários (29,7%) ou para auto cuidados (25,3%).

Figura 13. Chamadas segundo intenção inicial versus disposição final, no Módulo TAE

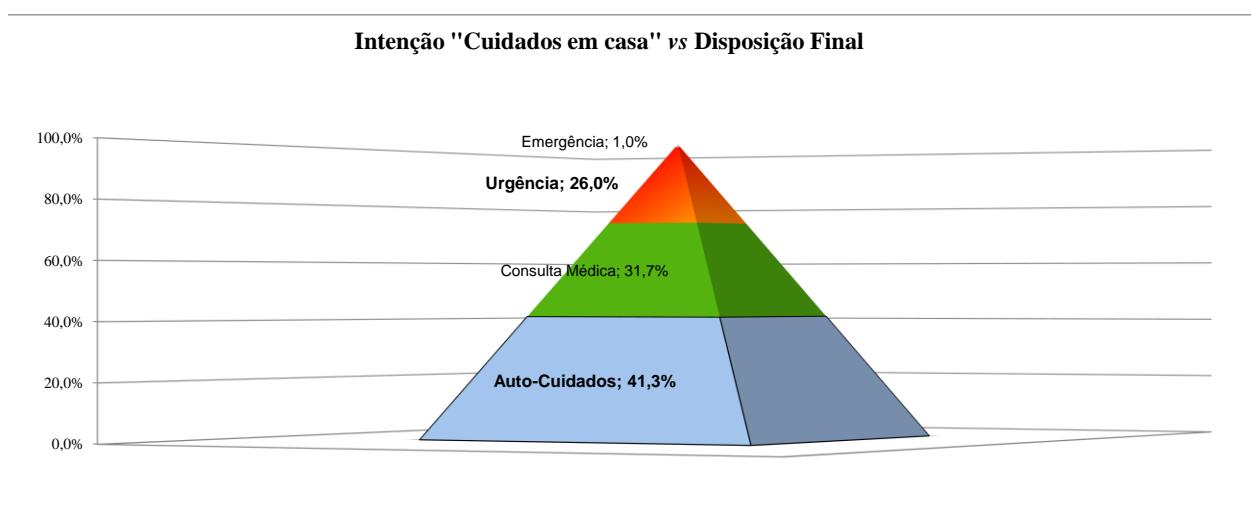


*Percentagem de chamadas em que os utentes referem a intenção inicial "Urgência" = 45%

Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

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

Figura 14. Chamadas segundo intenção inicial versus disposição final, no Módulo TAE

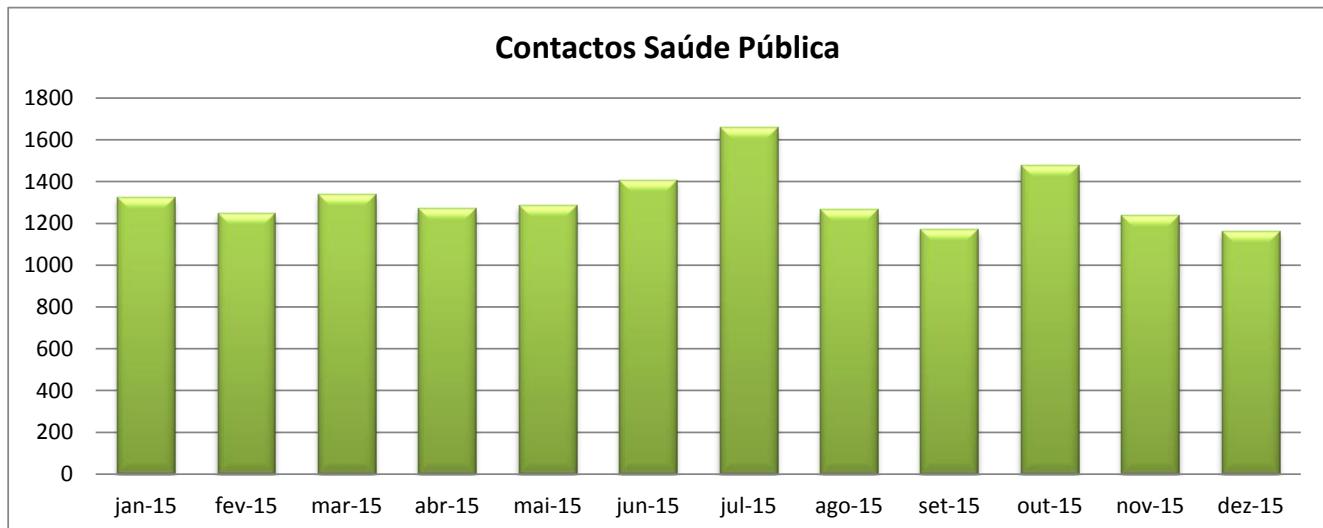


*Percentagem de chamadas em que os utentes referem a intenção inicial "Cuidados em casa" = 30%

Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Quanto à caracterização dos atendimentos efetuados através da Linha de Saúde Pública, verificamos que o mês de julho teve maior utilização por parte dos utentes do SNS em 2015, conforme gráfico seguinte. Esta situação decorre da procura de informação sobre situações de saúde relacionadas com a doenças infeciosas e parasitárias.

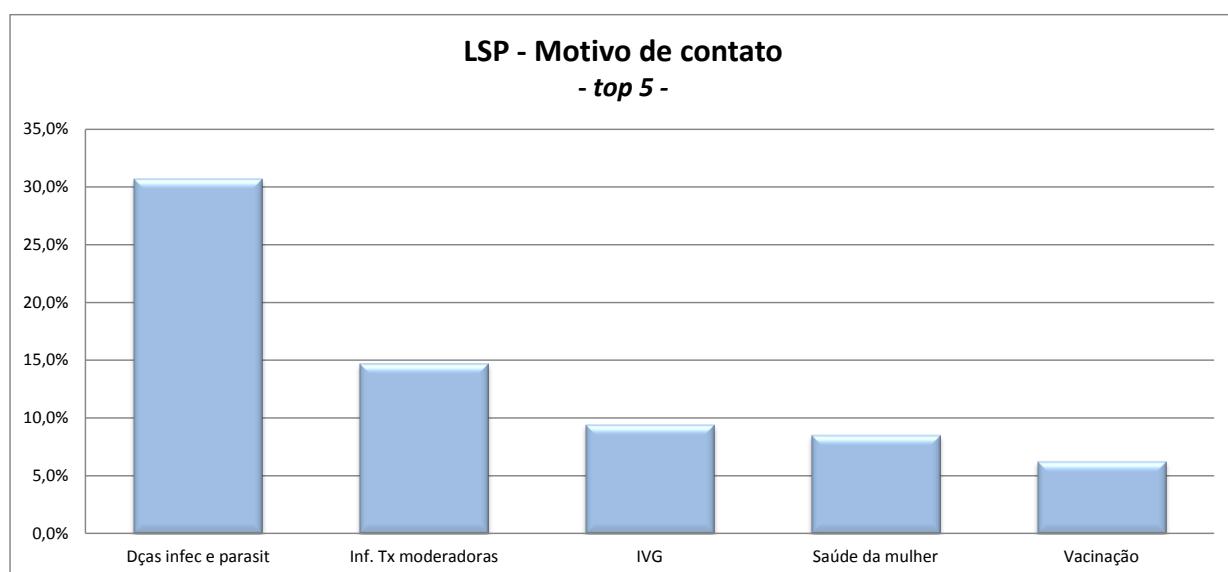
Figura 15. Caracterização dos Contactos na Linha de Saúde Pública



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

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

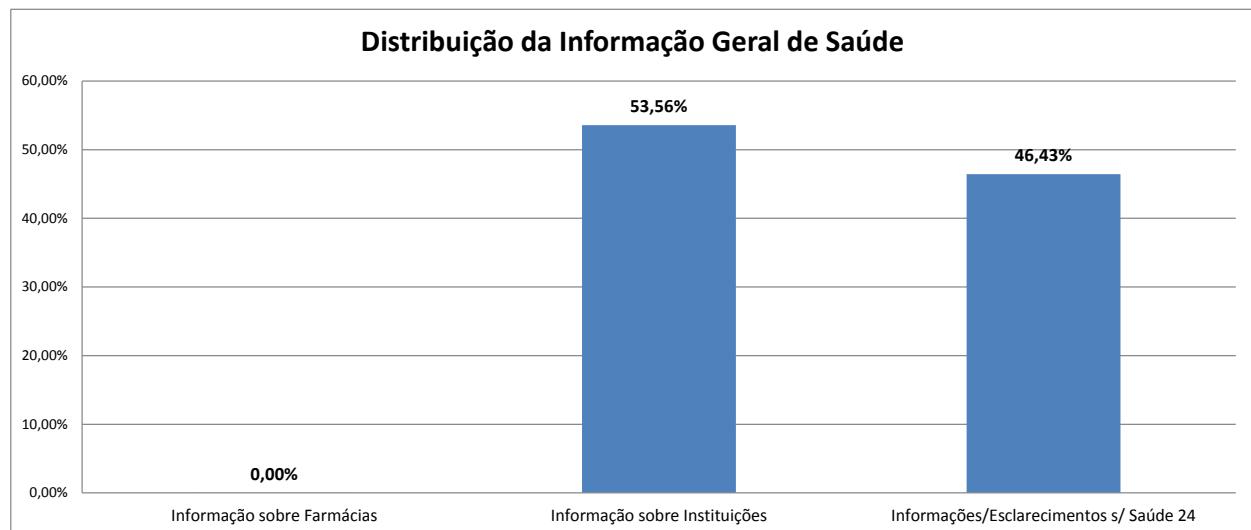
Figura 16. Caracterização dos motivos de atendimento na Linha de Saúde Pública



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Por último, e caracterizando agora o atendimento no módulo Informação Geral de Saúde, constatamos que a esmagadora maioria dos utentes procurou em 2015 informação sobre as instituições de saúde, à semelhança do que aconteceu nos anos anteriores.

Figura 17. Caracterização do Atendimento no Módulo de Informação Geral de Saúde



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

12. BENEFÍCIOS ADICIONAIS EM SAÚDE

No ano de 2015, a nível nacional, estavam inscritos um total de 27.062 beneficiários do BAS (- 3.897 do que em 2014). A ARS Norte regista o maior número de beneficiários, com uma percentagem de 48,8%, face ao total nacional.

Em termos de número de pedidos de reembolso pagos, constata-se que em 2015 aproximadamente 96,3% (o equivalente a 123.542) dos pedidos reportam-se a pedidos de reembolso de medicamentos, sendo residuais os pedidos de reembolso ao nível de despesa com a aquisição/reparação de próteses dentárias removíveis (1.578) e com a aquisição de óculos e lentes (3.172).

Recorde-se que o reembolso de 75% da despesa na aquisição de óculos e lentes tem o limite de 100 € por cada período de 2 anos e que, no caso das próteses dentárias removíveis, o limite é de 250 €, por cada período de 3 anos.

Do montante total da despesa em 2015 (2.542.941 €), cerca de 48,6% (1.234.960 €) da despesa ocorreu na ARS Norte, seguida da ARS Centro com uma percentagem de 24,6% (625.943 €).

Em termos de reembolso de despesas com medicamentos, o valor dos pagamentos atingiu os 2.027.711 €, cerca de 79,8 % do montante total da despesa com a atribuição do BAS.

Tabela 20. Número de beneficiários e de pedidos realizados, valor e tipo de despesa, em 2015

ARS	Nº beneficiários	% Total	Nº Pedidos de Reembolso Pagos				% Total	Valor dos Pagamentos (€)				% Total
			Medicamento	Próteses Dentárias	Óculos e lentes	Total		Medicamento	Próteses Dentárias	Óculos	Total	
Alentejo	1.801	6,7%	8.131	50	196	8.377	6,5%	133.628 €	8.457 €	18.126 €	160.211 €	6,3%
Algarve	495	1,8%	1.900	29	74	2.003	1,6%	36.587 €	4.387 €	6.881 €	47.855 €	1,9%
Centro	6.469	23,9%	28.470	334	833	29.637	23,1%	499.734 €	49.284 €	76.925 €	625.943 €	24,6%
LVT	5.084	18,8%	20.233	278	670	21.181	16,5%	367.846 €	44.202 €	61.923 €	473.971 €	18,6%
Norte	13.213	48,8%	64.808	887	1.399	67.094	52,3%	989.916 €	118.202 €	126.842 €	1.234.960 €	48,6%
Total	27.062		123.542	1.578	3.172	128.292		2.027.711 €	224.532 €	290.697 €	2.542.941 €	

Fonte: SISBAS

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

O Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio - SAPA destina-se a financiar os produtos de apoio prescritos por ato médico às pessoas com deficiência, na consulta externa das unidades hospitalares prescritoras. Estas entidades, indicadas pelas ARS, financiam os produtos de apoio que prescrevem, após avaliação médico-funcional e sociofamiliar.

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

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

Tabela 21. Número de ajudas técnicas atribuídas pelos hospitais, por região de saúde

ARS	2013	2014	2015	Var. 2015/2014	
				valor	%
Norte	6.743	7.604	9.545	1.941	25,5%
Centro	3.601	3.276	3.624	348	10,6%
LVT	2.487	1.505	2.815	1.310	87,0%
Alentejo	396	273	409	136	49,8%
Algarve	2.484	32	1.387	1.355	4234,4%
Total	15.711	12.690	17.780	5.090	40,1%

Fonte: Plataforma Ajudas Técnicas, DGS (criada em 2013)

14. PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA

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

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

Em 2014 a PMA deixou de ser considerada como programa específico com dotação própria, passando integrar, pela primeira vez, a atividade contratada em sede de Contrato-programa e concorrendo com as restantes linhas de atividade para o total contratualizado. Este facto veio permitir uma maior flexibilidade na afetação de recursos financeiros de acordo com as necessidades da população e com a capacidade produtiva das instituições.

A atividade que tem vindo a ser desenvolvida nos últimos anos em termos de PMA no SNS é aquela que em seguida se apresenta:

Tabela 22. Atividade do Programa de Procriação Médica Assistida

Produção PMA	Primeiras Consultas Médicas de apoio à fertilidade	Nº total de ciclos IO	Nº total de ciclos IIU	Total Ciclo FIV/ICSI	Total de ciclos FIV realizados	Total de ciclos ICSI realizados	Total de ciclos ICSI com espermatozoides recolhidos cirurgicamente realizados
2010	7.021	1.741	922	2.317	724	1.595	161
2011	7.670	1.897	1.084	2.393	720	1.530	144
2012	7.671	1.739	1.213	2.535	1.018	1.483	142
2013	7.234	1.578	1.270	2.748	1.194	1.360	161
2014	7.426	1.472	1.195	2.792	1.326	1.380	166
2015	8.127	1.199	1.368	2.981	1.361	1.573	167
Var. % 2015/2014	9,4%	-18,5%	14,5%	6,8%	2,6%	14,0%	0,6%

Fonte: SICA, ACSS

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

15. SISTEMA DE TRANSPORTE NÃO URGENTE DE DOENTES

A evolução dos transportes efetuados no âmbito da plataforma SGTD entre 2013 e 2015 é a que se apresenta na tabela seguinte.

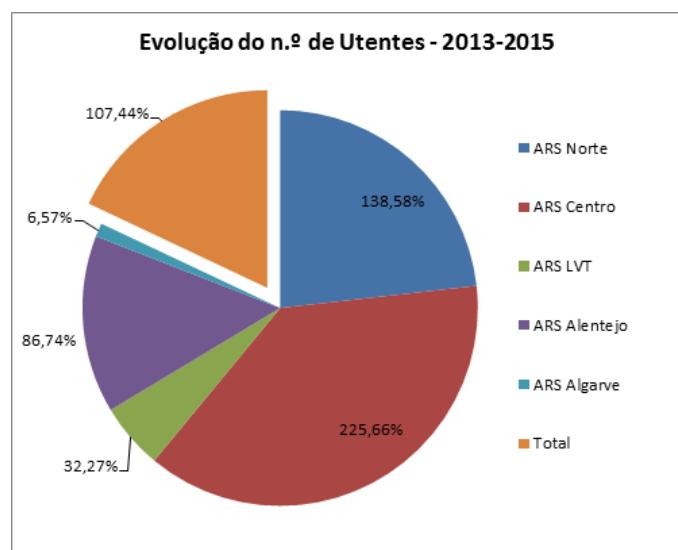
Tabela 23. Número de utentes transportados com registo no SGTD em 2013, 2014 e 2015

ARS	2013	2014	2015	Var. 2015/2014
Alentejo	15.951	30.407	38.056	25,2%
Algarve	6.606	19.968	21.513	7,7%
Centro	12.286	15.102	16.251	7,6%
LVT	8.353	9.537	15.598	63,6%
Norte	1.795	1.747	1.913	9,5%
Total	44.991	76.761	93.331	21,6%

Fonte: SGTD, SPMS

Conforme se constata, tem vindo a aumentar muito significativamente o número de utentes com registo de transporte efetuado no SGTD, assegurando-se assim que esta atividade instrumental à prestação de cuidados de saúde se efetua segundo regras e procedimentos claros e uniformes em todas as regiões de saúde, salvaguardando desta forma a igualdade de todos os cidadãos no acesso aos cuidados de saúde e a equidade da distribuição dos recursos do SNS.

Figura 18. Evolução do Número de utentes transportados com registo no SGTD, por ARS



Fonte: SGTD, SPMS

Com a informação constante do SGTD, pode-se verificar que os utentes do SNS tiveram acesso a quase 2,5 milhões de prestações de saúde.

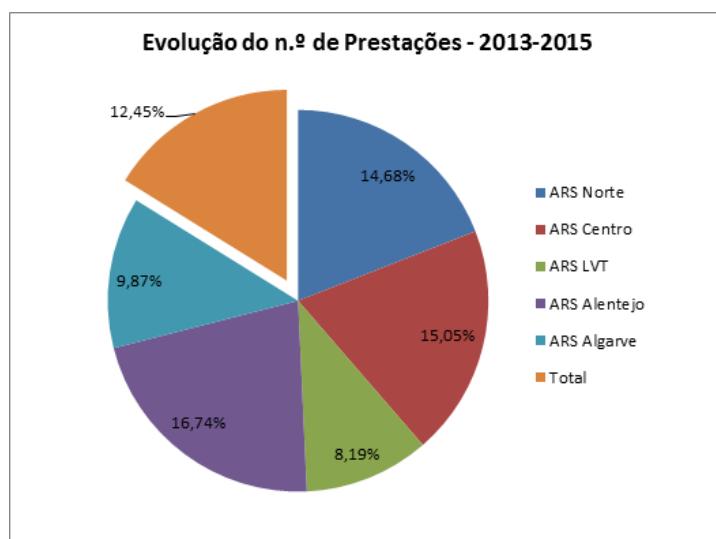
Tabela 24. Número de prestações realizadas aos utentes transportados com registo no SGTD

ARS	2013	2014	2015	Var. 2015/2014
Alentejo	915.778	1.015.489	1.050.239	3,4%
Algarve	338.164	378.364	389.052	2,8%
Centro	743.956	811.127	804.905	-0,8%
LVT	117.754	126.976	137.465	8,3%
Norte	97.895	99.125	107.553	8,5%
Total	2.213.547	2.431.081	2.489.214	2,4%

Fonte: SGTD, SPMS

A figura seguinte apresenta a evolução do Número de prestações realizadas aos utentes transportados com registo no SGTD, por ARS.

Figura 19. Evolução do N.º de prestações realizadas aos utentes transportados com registo no SGTD, por ARS



Fonte: SGTD, SPMS

Recorde-se que o transporte não urgente de utentes que seja instrumental à realização das prestações de saúde, no âmbito do SNS, é isento de encargos para o utente quando a situação clínica o justifique, e que já em 2016 se operou uma importante alteração legislativa que visou alargar o apoio que o SNS concede aos utentes, nomeadamente:

- Eliminação do pagamento para os doentes com incapacidade igual ou superior a 60 % e com insuficiência económica, independente do transporte se destinar à realização de cuidados originados pela incapacidade;

- Inclusão nos encargos a suportar pelo SNS daqueles que forem resultantes do transporte não urgente prescrito aos menores com doença limitante/ameaçadora da vida, em caso de insuficiência económica;
- Eliminação dos copagamentos no transporte não urgente de doentes na prestação de cuidados de saúde de forma prolongada e contínua, incluindo os doentes oncológicos ou transplantados, bem como insuficientes renais crónicos que realizam diálise peritoneal ou hemodiálise domiciliária e independente do transporte se destinar à realização de atos clínicos inerentes à respetiva condição;
- Explicitação que os encargos resultantes do transporte efetuado no dia do transplante são suportados pelo hospital responsável pela transplantação.

16. ATIVIDADE DO INEM

O Relatório de Atividades e Contas de 2015 do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), publicado em abril de 2016, apresenta os dados da atividade realizada no âmbito da emergência pré hospitalar em 2015.

A 31 de dezembro de 2015, o INEM dispunha de uma frota de 614 meios de emergência médica distribuídos da seguinte forma.

Tabela 25. Frota do INEM

Tipo de Meio	Número de Meios Disponíveis					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
VMER	42	42	42	42	42	42
Ambulâncias SIV	29	30	33	37	39	40
Ambulâncias AEM	63	61	49	55	56	54
Motos de Emergência Médica MEM	2	5	6	8	8	8
Ambulâncias de Socorro sedeadas em entidades do SIEM (PEM)	238	241	261	265	275	300
Ambulâncias de Socorro sedeadas em entidades do SIEM (PR)	n.a.	n.a.	n.a.	188	180	157
Helicópteros de Emergência Médica	5	5	6	6	5	5
Ambulâncias Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico	4	4	3	3	4	4
Unidade Móvel de Intervenção Psicologia de Emergência	n.a.	n.a.	n.a.	4	4	4
Total	383	388	400	608	613	614

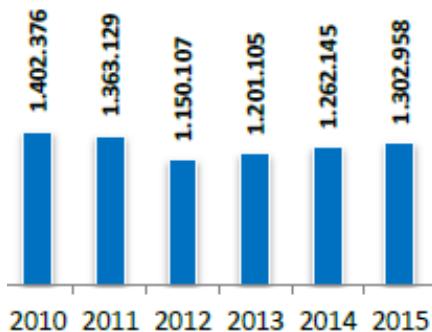
Fonte: INEM. Relatórios de Atividades e Contas.

Os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) são centrais de emergência médica responsáveis por receber as chamadas provenientes do número europeu de emergência 112, referentes a situações de urgência ou emergência na área da saúde.

O seu funcionamento é assegurado ao longo das 24 horas do dia, em todo o território do continente, por uma equipa de profissionais qualificados (médicos e operadores) com formação específica para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção, acionamento e acompanhamento dos meios de emergência adequados e o contacto com as unidades de saúde, preparando a receção hospitalar.

Durante o ano de 2015 foram atendidas 1.302.958 chamadas de emergência, mais 3% do que em 2014 (1.132.868), o que representa uma média diária de 3.570 chamadas.

Figura 20. Evolução do nº de chamadas de Emergência atendidas

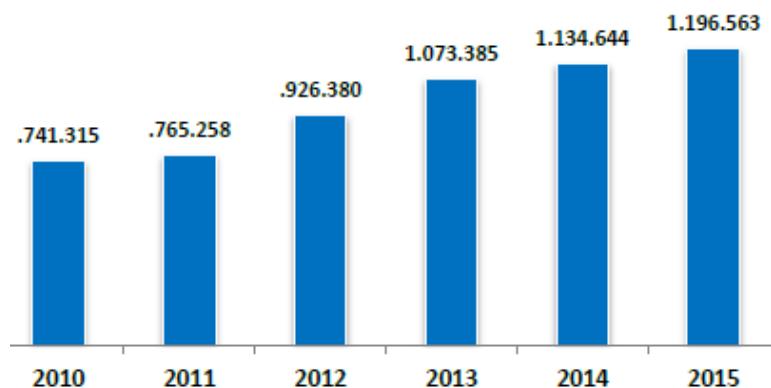


Fonte: INEM. Relatório de Atividades e Contas de 2015.

Pela sua importância em termos de acesso, importa destacar que os CODU do INEM coordenam e gerem um conjunto de meios de socorro – Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), Ambulâncias de Emergência Médica (AEM), Ambulâncias de Socorro sedeadas em entidades, que são agentes de proteção civil e ou elementos do SIEM, Motociclos de Emergência Médica, Helicópteros de Emergência Médica, Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência e o Transporte inter hospitalar pediátrico - selecionados com base na situação clínica das vítimas, com o objetivo de prestar o socorro mais adequado no mais curto espaço de tempo.

Através da utilização dos meios de telecomunicações ao seu dispor, o CODU tem capacidade para acionar os diferentes meios de socorro, apoiá-los durante a prestação de socorro no local das ocorrências e, de acordo com as informações clínicas recebidas das equipas no terreno, selecionar e preparar a receção hospitalar dos diferentes doentes.

Figura 21. Evolução do número de acionamentos de meios de emergência



Fonte: INEM. Relatório de Atividades e Contas de 2015.

Em termos sintéticos, os principais resultados a destacar na atividade do CODU em 2015 são:

- Atendimentos de chamadas da Saúde 24 → 43 + 9%
- Chamadas enviadas para a saúde 24 → 137 + 8%
- Chamadas recebidas / situações de intoxicação → 91 + 2%
- Chamadas recebidas / serviço de apoio psicológico e intervenção em crise → 44 + 9%
- CODU Mar → 0,24 - 4%
- Via Verde AVC → 8,5 + 7%
- Via Verde Coronária → 2,3 + 15%
- Utilizações DAE → 7.093 + 37%
- Acionamentos de Meios de Emergência Médica1 → 3.278 +5%
- Acionamentos de Helicópteros → 2,5 0%
- Acionamentos de VMER → 251 - 5%
- Acionamentos de Ambulâncias 2 → 2.999 + 7%
- Acionamentos de Motociclos de Emergência Médica → 21 - 18%
- Acionamentos TIP → 3,3 0%
- Acionamentos UMIPE → 1,6 + 5%

Nos quadros seguintes apresenta-se o detalhe dos acionamentos ocorridos nos últimos anos, por tipo de meio de socorro.

Tabela 26. Evolução do número de acionamentos de meios de emergência, por tipo de meio

Tipo de Meio	Número de Meios Disponíveis						Var. 2015/2014	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	valor	%
VMER	53.304	59.226	84.232	101.644	95.855	91.535	-4.320	-4,5%
Ambulâncias SIV	26.649	28.506	28.953	33.475	33.508	35.878	2.370	7,1%
Ambulâncias de Emergência Médica	120.545	126.137	140.261	161.384	174.397	167.323	-7.074	-4,1%
Motos de Emergência Médica MEM	1.582	2.745	3.488	5.648	9.219	7.546	-1.673	-18,1%
Ambulâncias de Socorro sedeadas em entidades do SIEM (PEM)	393.646	395.191	476.984	576.984	618.179	688.022	69.843	11,3%
Ambulâncias de Socorro (Reserva)	110.891	115.698	158.047	170.303	175.430	171.239	-4.191	-2,4%
Helicópteros de Emergência Médica	1.054	1.247	1.304	1.053	912	920	8	0,9%
Ambulâncias Não INEM	31.966	34.615	31.477	21.230	25.368	32.315	6.947	27,4%
Unidade Móvel de Intervenção Psicologia de Emergência	271	393	340	360	554	581	27	4,9%
Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico	1.407	1.500	1.294	1.289	1.222	1.204	-18	-1,5%
Total	741.315	765.258	926.380	1.073.370	1.134.644	1.196.563	61.919	5,5%

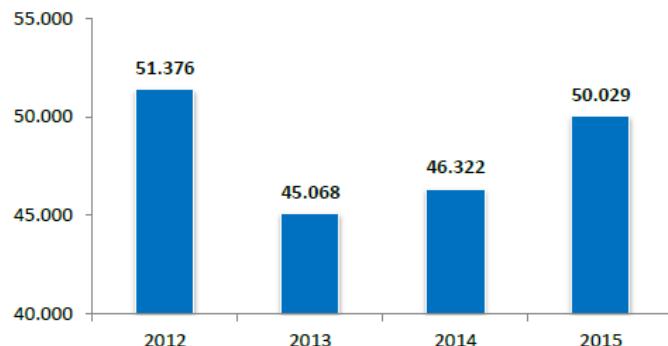
Fonte: INEM. Relatório de Atividades e Contas de 2015.

Com o objetivo de proporcionar a melhoria da qualidade de atendimento através da otimização dos recursos existentes no SNS e garantir a acessibilidade do utente ao organismo mais competente para prestar o serviço pretendido em cada momento, em 2012 foi concluído o procedimento relacionado com as chamadas não emergentes.

Com a entrada em funcionamento do Serviço “Saúde 24”, o INEM passou a transferir para aquele serviço um conjunto de chamadas catalogadas como não emergentes, ou seja, chamadas cujo resultado de triagem não resulta no envio de meios de emergência, na transferência da chamada específica para o CIAV ou para o CAPIC. Este procedimento permite alocar os recursos do INEM ao que é, efetivamente, urgente/emergente, passando para terceiros (“Saúde 24”) o que não o é.

Em 2015 foram transferidas 50.029 chamadas para a “Saúde 24”, o que perfaz cerca de 137 chamadas por dia (mais 8% face ao ano de 2014).

Figura 22. Evolução do número de chamadas transferidas para a Saúde 24



Fonte: INEM. Relatório de Atividades e Contas de 2015.

17. TAXAS MODERADORAS

Nos termos da Base XXXIV da Lei de Bases da Saúde (LBS), as taxas moderadoras podem ser cobradas com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde.

O Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 117/2014, de 05 de agosto, veio regular o acesso às prestações do Serviço Nacional de Saúde por parte dos utentes, no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios, deu cumprimento ao previsto na Lei de Bases de Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, tendo estabelecido as categorias de isenção e dispensa do pagamento de taxas moderadoras com base em critérios de racionalidade e de discriminação positiva dos mais carenciados e desfavorecidos, ao nível do risco de saúde ponderado e ao nível da insuficiência económica.

Tabela 27. Evolução das Isenções/ Dispensas de pagamento de Taxas Moderadoras

Registo Nacional de Utentes	2014 (31 Dez)	2015 (31 Dez)
Insuficiência económica	2.601.382	2.697.212
Desempregados e familiares	141.432	145.080
Crianças até 12 anos de idade (inclusive)	1.268.812	-
Menores até 17 anos e 365 dias	-	1.821.597
Incapacidade igual ou superior a 60%	180.409	209.809
Grávidas e parturientes	139.380	177.236
Doentes transplantados de órgãos	4.636	5.056
Militares e ex-militares das FA incapacitados	4.094	4426
Jovens em processo de promoção e proteção a correr termos em comissão de proteção de crianças e jovens ou no tribunal	116	29
Jovens que se encontram em cumprimento de medida tutelar de internamento, medida cautelar de guarda em centro educativo ou instituição	197	82
Jovens integrados em qualquer das respostas sociais de acolhimento em virtude de decisão judicial proferida em processo tutelar cível	182	29
Requerentes de asilo e refugiados, respetivos cônjuges ou equiparados e descendentes diretos	79	314
Doentes crónicos	890.120	890.120
Bombeiros	31.268	30.941
Dadores vivos de células, tecidos e órgãos	1.508	1.741
Dadores benévolos de sangue	126.210	128.100
Utentes com isenção/dispensa válida	5.385.731	6.111.772

Fonte: ACSS, SPMS

TERCEIRA PARTE

SÍNTESE DE RESULTADOS ALCANÇADOS EM 2015

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

18.2. Cuidados de Saúde Primários

Registaram-se 7.155.139 utilizadores de consultas médicas nos cuidados de saúde primários no ano de 2015, mais 101.626 utilizadores do que em 2014.

Tabela 28. Evolução de consultas médicas nos cuidados de saúde primários - 2013 e 2015

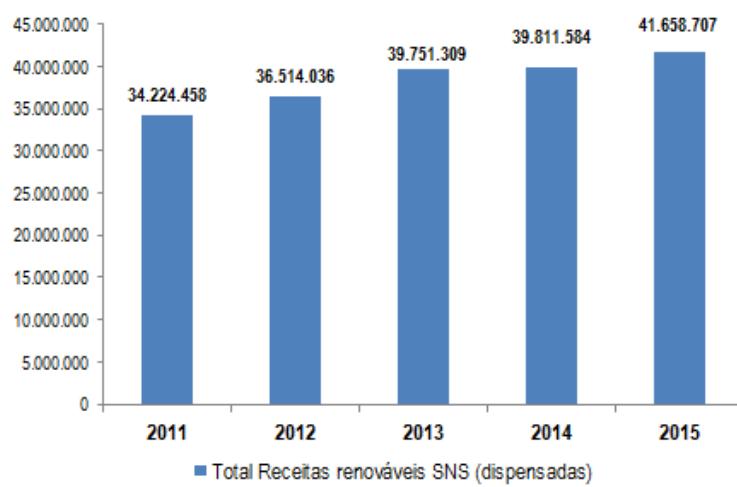
	2013	2014	2015	Var. 15/14	% Var. 15/14
Utilizadores de Consultas Médicas CSP	7.045.801	7.053.513	7.155.139	101.626	1,4%
Consultas Médicas	28.560.964	28.726.232	28.776.550	50.318	0,2%
Consultas Médicas Presenciais	20.436.472	20.503.070	20.581.769	78.699	0,4%
Consultas Médicas Não Presenciais	7.924.105	8.025.652	7.995.788	-29.864	-0,4%
Consultas Médicas Domiciliárias	200.387	197.510	198.993	1.483	0,8%
Consultas Enfermagem	14.633.115	15.641.099	20.054.418	4.413.319	28,2%

Fonte: ACSS- SIM SNS

Destaca-se ainda o significativo aumento de atividade registada em termos de consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primário, o qual reflete mais o esforço de melhoria dos registos que tem vindo a ser efetuado por este grupo profissional nos últimos tempos, do que um real aumento de atividade efetiva junto da população.

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.

Figura 23. Evolução do número de receitas renováveis



Fonte: ACSS- CCF

18.3. Cuidados de Saúde Hospitalares

Consultas médicas externas

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

Figura 24. Evolução do número de consultas externas hospitalares (EPE+SPA+PPP)

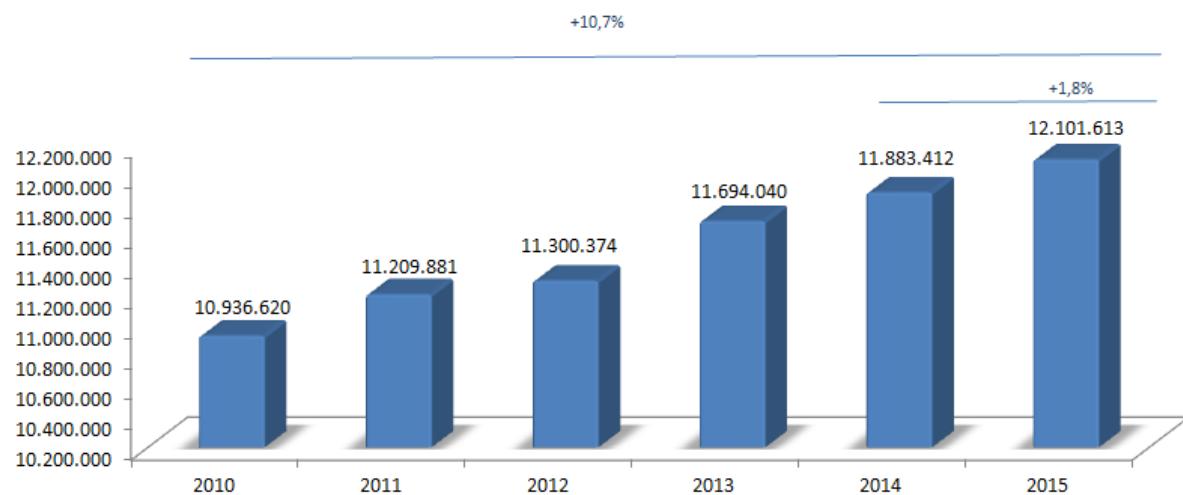
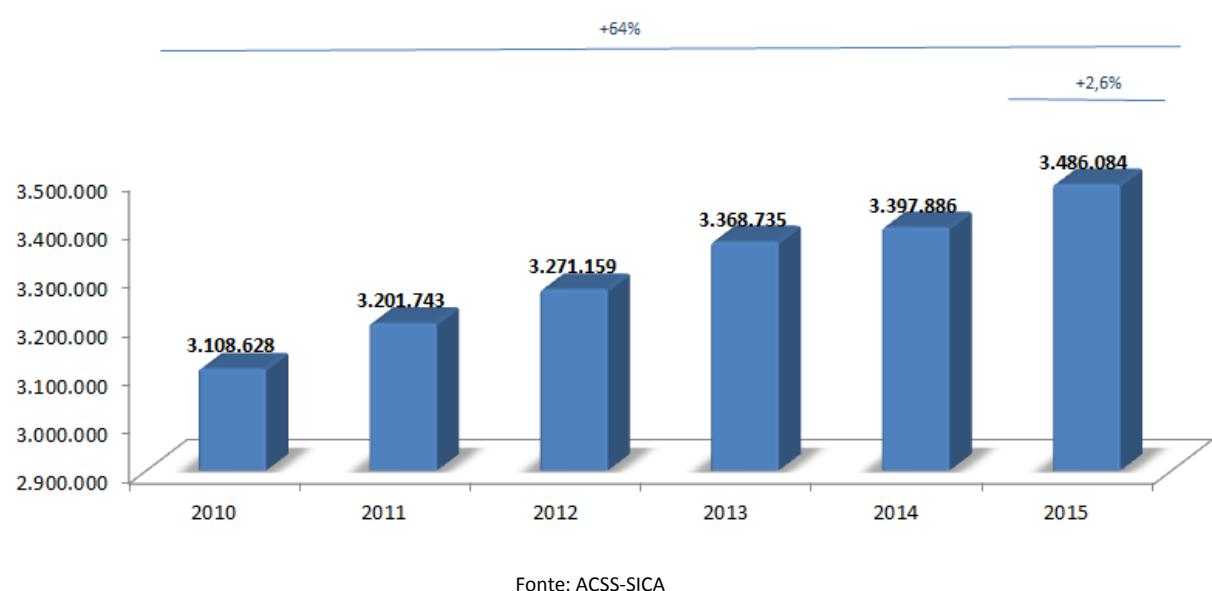


Figura 25. Evolução do número de primeiras consultas externas hospitalares (EPE+SPA+PPP)



Considerando as consultas hospitalares nas especialidades identificadas no quadro abaixo que, em 2015, 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 apresentaram acréscimos de produção, não só em relação ao total de consultas, como também no tocante ao número de primeiras consultas.

Tabela 29. Variação anual de consultas hospitalares nas especialidades com mais atividade

Especialidades	1ºs Consultas Externas Médicas						Total de Consultas Externas Médicas							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Var. % 2015 / 2014	2010	2011	2012	2013	2014	Var. % 2015 / 2014	
Anestesiologia	229.576	235.725	241.385	252.372	256.759	257.520	0,3%	318.647	326.580	333.936	351.911	355.480	353.424	-0,6%
Cirurgia Geral	273.510	280.437	277.082	278.701	272.980	269.269	-1,4%	808.640	832.978	803.322	801.025	778.839	783.418	0,6%
Dermato-Venereologia	140.380	140.335	153.310	157.659	154.465	158.168	2,4%	327.481	327.750	341.278	361.422	364.652	371.036	1,8%
Estomatologia	57.755	56.479	54.742	58.073	57.747	58.408	1,1%	219.591	218.666	216.219	224.104	223.818	225.026	0,5%
Ginecologia	148.837	158.547	152.820	156.539	151.388	153.131	1,2%	472.036	486.882	475.903	482.772	467.173	470.833	0,8%
Obstetrícia	125.642	127.431	129.222	126.011	131.215	140.268	6,9%	377.876	366.404	374.457	374.562	382.148	389.755	2,0%
Hematologia Clínica	19.721	20.254	19.171	19.293	21.631	21.467	-0,8%	212.650	213.491	202.636	198.307	210.655	216.554	2,8%
Imuno-alergologia	20.754	21.572	23.881	25.012	27.062	31.450	16,2%	106.272	104.136	106.170	111.106	119.973	128.564	7,2%
Medicina Física e Reabilitação	102.901	104.782	110.817	112.519	113.419	121.369	7,0%	295.677	303.413	309.517	312.296	317.471	329.172	3,7%
Medicina Interna	110.660	114.760	114.855	120.099	119.513	117.029	-2,1%	538.428	550.228	532.669	538.090	539.675	522.173	-3,2%
Neurologia	72.906	74.533	77.455	80.714	80.384	82.855	3,1%	284.109	289.735	301.171	315.196	325.893	339.208	4,1%
Oftalmologia	323.620	335.135	345.493	359.427	365.585	384.299	5,1%	874.645	894.966	903.497	957.983	991.493	1.036.105	4,5%
Oncologia	44.256	44.621	44.738	45.915	45.950	51.064	11,1%	391.008	406.812	415.257	431.359	441.840	462.049	4,6%
Ortopedia	284.229	295.626	292.421	291.743	295.235	302.944	2,6%	764.375	784.021	778.026	791.433	803.146	825.780	2,8%
Otorrinolaringologia	147.143	147.478	156.338	161.690	159.432	161.306	1,2%	458.714	458.396	479.933	494.095	489.179	491.840	0,5%
Pediatria	145.034	149.006	144.022	148.742	153.396	163.926	6,9%	541.458	553.634	553.333	578.155	592.703	604.029	1,9%
Urologia	90.948	91.922	89.690	89.655	88.953	89.262	0,3%	345.346	349.009	345.537	349.080	348.967	356.068	2,0%
Endocrinologia - Nutrição	41.315	44.031	42.498	43.823	45.214	48.398	7,0%	200.740	210.896	216.009	225.680	238.594	242.360	1,6%
Gastroenterologia	80.792	78.457	79.310	79.532	81.658	78.205	-4,2%	261.046	261.669	260.859	266.741	271.055	281.808	4,0%
Cardiologia	100.649	104.119	105.923	106.961	106.799	108.294	1,4%	465.919	458.144	452.556	448.193	449.088	453.030	0,9%
Pneumologia	65.633	67.443	69.252	75.927	80.059	86.648	8,2%	302.837	313.315	316.660	343.069	362.639	376.056	3,7%
Nefrologia	19.016	19.148	21.024	22.592	23.984	24.205	0,9%	158.424	160.148	164.062	171.840	178.191	184.528	3,6%
Psiquiatria	76.932	78.815	92.237	97.857	98.995	102.675	3,7%	465.362	490.846	648.018	689.105	705.015	721.391	2,3%
TOTAL	2.722.209	2.790.656	2.837.686	2.910.856	2.931.823	3.012.160	2,7%	9.191.281	9.362.119	9.531.025	9.817.524	9.957.687	10.164.207	2,1%

Fonte: ACSS-SICA

Primeira consulta de especialidade hospitalar com pedido solicitado via CTH

Em 2015 foram solicitados 1.694.646 pedidos de primeira consulta hospitalar através do programa CTH, o que representa um aumento de 6,2% de pedidos inscritos em relação a 2014 (1.595.838).

A tabela seguinte apresenta a variação registada nas várias regiões de saúde, verificando-se que o maior crescimento se regista nos hospitais da ARS Alentejo (+7,9%). Analisando o número de pedidos de primeira consulta por 1.000 habitantes verifica-se diferenças significativas entre as regiões de saúde, de acordo com a população que servem (a ARS Norte, com 202,9 pedidos por mil habitantes, tem valores de mais do dobro da ARS com menor procura – ARS Algarve, com 97,3 pedidos mil hab.).

A nível nacional, estes dados demonstram uma melhor utilização do aplicativo que suporta o programa CTH e uma maior articulação entre os CSP e os cuidados de saúde hospitalares.

Tabela 30. Número de pedidos de consulta inscritos no CTH

Destino do pedido	Pedidos Inscritos							Pedidos Inscritos por 1.000 habitantes					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	% var. 2014/201	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ARS Norte	462.924	480.995	519.773	564.400	615.236	660.117	7,3%	142,3	147,9	159,8	173,5	189,1	202,9
ARS Centro	145.494	177.376	202.046	229.522	258.574	276.322	6,9%	61,9	75,5	86,0	97,7	110	117,6
ARS LVT	273.589	339.320	422.658	459.758	485.160	507.182	4,5%	77,1	95,6	119,1	129,5	136,7	142,9
ARS Alentejo	44.802	47.688	49.096	55.776	62.387	67.343	7,9%	102,0	108,6	111,8	127,0	142,1	153,4
ARS Algarve	33.731	35.865	36.264	42.060	40.946	43.833	7,1%	74,9	79,6	80,5	93,4	90,9	97,3
Entidades Não SNS	8.895	112.680	122.306	156.466	133.535	139.849	4,7%	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
TOTAL	969.435	1.193.924	1.352.143	1.507.982	1.595.838	1.694.646	6,2%	96,5	118,9	134,7	150,2	159,0	168,8

Fonte: ADW-CTH (dados de 2015 extraídos a 8 de janeiro de 2016)

Analizando 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 2015, um aumento dos pedidos não concluídos, o que representa uma *proxy* da lista de espera para consulta no âmbito do programa CTH, conforme o quadro seguinte demonstra.

Tabela 31. Dinâmica dos pedidos inscritos em consulta no CTH

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Var. 2015/2014	
							Valor	%
Inscritos	696.435	1.193.924	1.352.143	1.507.982	1.595.838	1.694.646	98.808	6,2%
LICO (Pedidos não concluídos)	602.256	708.712	794.303	724.174	842.406	954.366	111.960	13,3%
Pedidos concluídos	802.785	1.101.091	1.274.271	1.557.570	1.477.671	1.579.037	101.366	6,9%
Consultas realizadas	361.655	810.949	938.376	1.061.646	1.146.849	1.194.080	47.231	4,1%

Fonte: ADW-CTH (dados de 2015 extraídos a 8 de janeiro de 2016)

Analizando as consultas realizadas, verifica-se que, em 2015, foram realizadas 1.194.080 consultas referenciadas pelo médico de família através do CTH, representando um aumento de 4,1% face a 2014 (+47.231).

O quadro seguinte apresenta o número de consultas realizadas em 2015, comparando a prioridade atribuída pelo médico dos cuidados de saúde primários com a prioridade atribuída na triagem do médico hospitalar, destacando-se como área de melhoria a elevada percentagem de consultas que são referenciadas como urgentes pelo médico de família e que posteriormente são triadas como normais pelo médico triador hospitalar (59,8%).

Tabela 32. Consultas realizadas, segundo a prioridade atribuída no pedido e na triagem

Consultas realizadas 2015 *								
Prioridade atribuída no pedido (CS)	Prioridade atribuída na triagem (hospital)							
	Muito prioritário		Prioritário		Normal		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	14.172	1,3%	82.439	7,7%	976.764	91,0%	1.073.375	100%
Urgente	9.435	7,8%	39.138	32,4%	72.132	59,8%	120.705	100%
Total	23.607	2,0%	121.577	10,2%	1.048.896	87,8%	1.194.080	100%

Fonte: ADW-CTH (dados de 2015 extraídos a 8 de janeiro de 2016)

*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.

Tabela 33. Número de consultas realizadas e tempo médio de resposta ao pedido de consulta, em dias, segundo a prioridade na triagem e o destino dos pedidos.

ARS de destino do pedido	Consultas Realizadas							Tempo médio de resposta ao pedido (dias)						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	% Var. 15/14	2010	2011	2012	2013	2014	2015	% Var. 15/14
ARS Norte	274.897	354.560	377.884	413.631	456.551	487.875	6,86%	140	146	125,9	126,5	111,8	114,4	2,33%
ARS Centro	98.336	126.833	145.131	164.633	191.249	204.138	6,74%	138,2	126,9	130,2	113,9	113,5	111,7	-1,59%
ARS LVT	168.586	217.441	277.232	316.424	328.780	335.327	1,99%	105,9	115,8	107,2	107,1	112,1	116,4	3,84%
ARS Alentejo	24.329	31.380	32.780	39.980	44.986	45.062	0,17%	96,4	141,5	158,3	133,8	105,9	94,6	-10,67%
ARS Algarve	16.911	21.812	20.541	27.611	25.542	30.011	17,50%	172	197,7	202,2	189,2	161,6	200,2	23,89%
Entidades não SNS	44.192	56.998	84.808	99.367	99.741	91.667	-8,09%	77,2	55,9	115,3	120,9	138,5	106,5	-23,10%
Total	627.251	809.024	938.376	1.061.646	1.146.849	1.194.080	4,12%	129,3	130,5	122,9	120,1	115,3	115,2	-0,09%

Fonte: ADW-CTH (dados de 2015 extraídos a 8 de janeiro de 2016)

*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 se manteve estável de 2014 para 2015, em torno dos 115 dias.

O quadro seguinte apresenta a mediana do tempo até à realização da primeira consulta, constatando-se que esta aumentou ligeiramente em 2015, passando para 82,1 dias, quando comparado com o valor de 81,5 dias que se registou em 2014.

Tabela 34. Tempo médio de resposta e mediana desde a realização da 1^a consulta (consultas realizadas*).

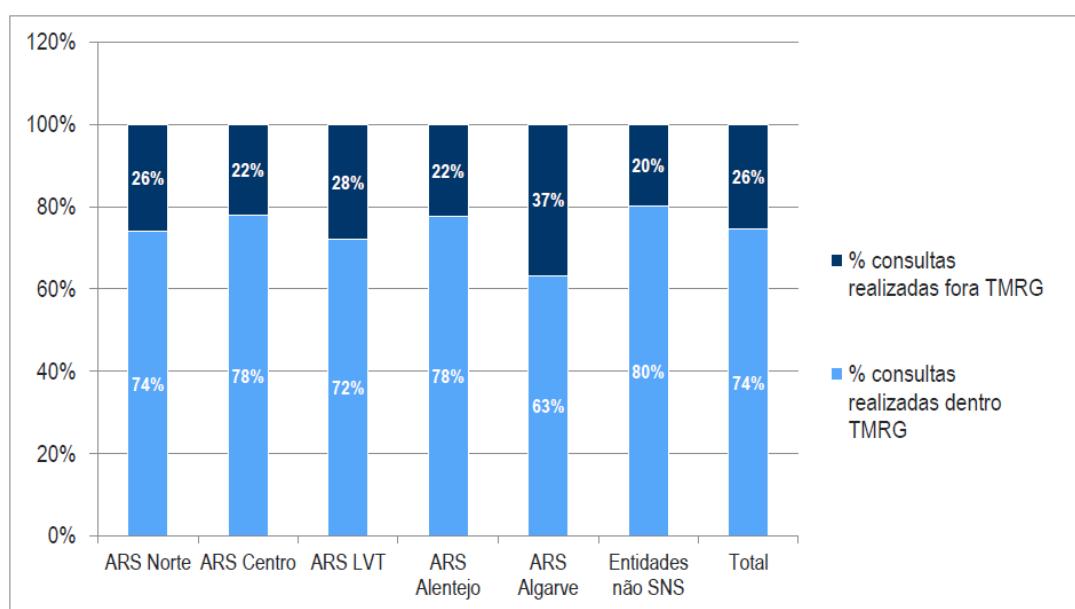
ARS de destino do pedido	Tempo médio de resposta ao pedido (dias)						Mediana do tempo até à realização da primeira consulta (dias)					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ARS Norte	140,0	146,0	125,9	126,5	111,8	114,4	94,8	91,8	85,1	86,4	86,5	92,3
ARS Centro	138,2	126,9	130,2	113,9	113,5	111,7	78,2	83,9	79,5	77,1	68,7	68,3
ARS LVT	105,9	115,8	107,2	107,1	112,1	116,4	70	67,9	68,7	71,7	75,1	74
ARS Alentejo	96,4	141,5	158,3	133,8	105,9	94,6	65	55,6	75	74,1	62,7	65,7
ARS Algarve	172,0	197,7	202,2	189,2	161,6	200,2	110,9	108,8	111,7	95,2	60,9	59,1
Entidades não SNS	77,2	55,9	115,3	120,9	138,5	106,5	46,1	68,2	99,2	86,8	108,3	98,1
Total	129,3	130,5	122,9	120,1	115,3	115,2	80,1	82,0	81,5	80,8	81,5	82,1

Fonte: ADW-CTH (dados de 2015 extraídos a 8 de janeiro de 2016)

*Independentemente da data de inscrição do pedido

Analizando agora os tempos de resposta por ARS, verifica-se que a média nacional de consultas realizadas dentro do TMRG é de 74%, conforme se apresenta no gráfico seguinte.

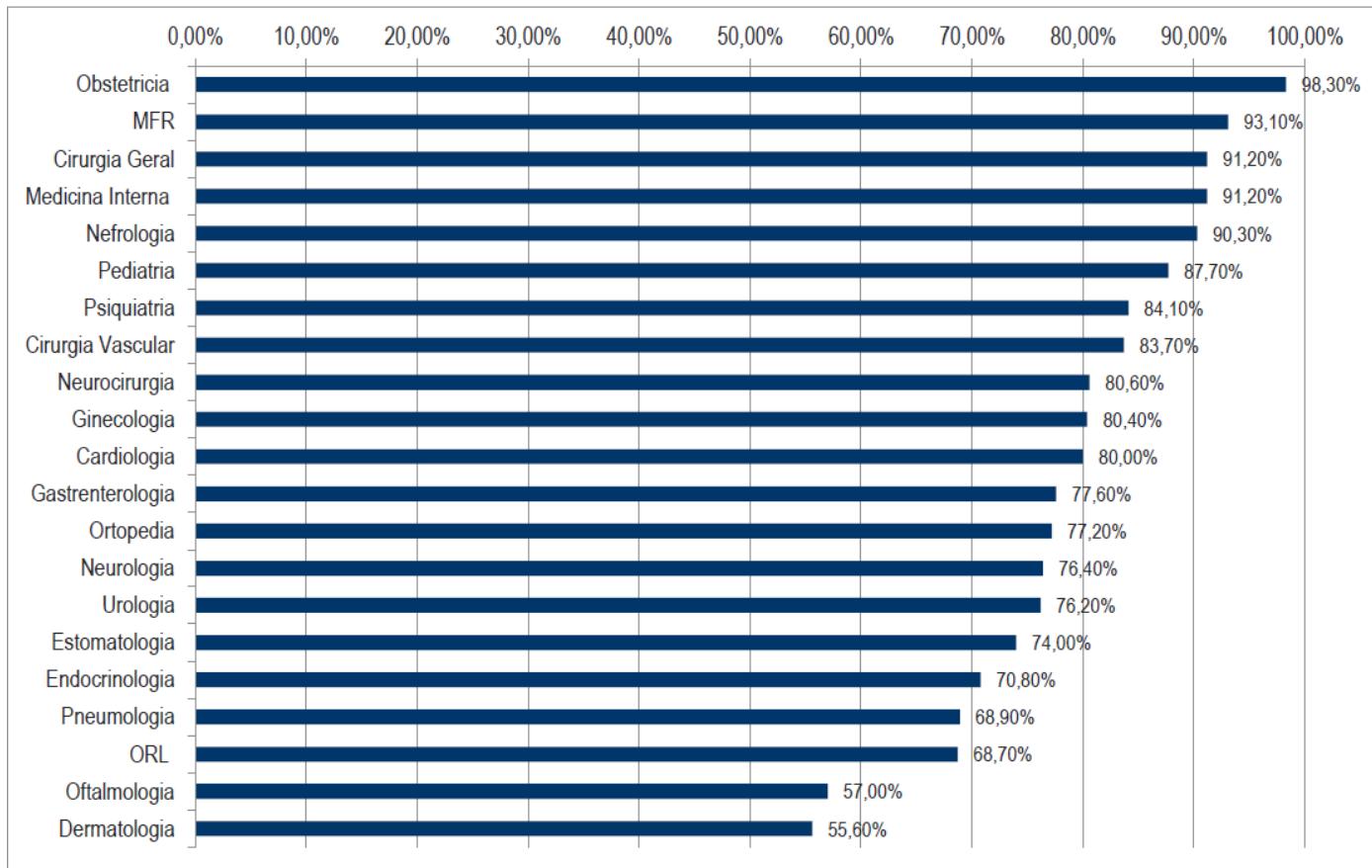
Figura 26. Percentagem de consultas realizadas em 2015, dentro e fora dos TMRG



Fonte: ADW-CTH (dados de 2015 extraídos a 8 de janeiro de 2016)

Dada a sua relevância, importa analisar ainda o acesso às várias especialidades hospitalares no ano de 2015. Para tal, analisa-se na figura seguinte as 21 especialidades que correspondem a cerca de 90% do universo de pedidos de primeira consulta hospitalar efetuados através do CTH, mais concretamente a percentagem de consultas realizadas dentro dos TMRG, por especialidade, que nos indica a capacidade de resposta das especialidades a nível nacional.

Figura 27. Percentagem de Consultas dentro do TMRG / especialidade em 2015



Fonte: ADW-CTH (dados de 2015 extraídos a 8 de janeiro de 2016)

Da análise destes dados conclui-se que as especialidades que têm mais dificuldade de resposta a nível nacional são a Oftalmologia e a Dermatologia, encontrando-se na posição oposta as especialidades de Obstetrícia, Medicina Física e Reabilitação, Cirurgia Geral e Medicina Interna que têm mais de 90% das consultas realizadas dentro dos TMRG.

Cirurgia programada

O SIGIC abrange toda a atividade cirúrgica programada realizada no SNS, nos hospitais públicos e nos hospitais privados e sociais convencionados no âmbito do SIGIC para receber utentes do SNS.

Conforme se pode constatar no quadro seguinte, em 2015, foram alvo de intervenção cirúrgica 559.441 inscritos para cirurgia, representando um crescimento de 1,7% face ao ano anterior. Os hospitais públicos aumentaram a atividade cirúrgica em 0,6%, com 514.111 doentes operados (+1,7%), mas a maior subida percentual registou-se na atividade realizada nos hospitais convencionados que operaram mais 9,4% de doentes do que em 2014.

Tabela 35. Evolução global da oferta cirúrgica

Indicadores	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ 2014/ 2015	
							valor	%
Total operados	484.065	503.919	534.415	544.377	549.987	559.441	9.454	1,7%
Operados H. SNS (incluso PPP)	458.497	460.789	482.302	502.251	505.530	514.111	8.581	1,7%
Operados nas PPP	19.238	26.559	37.302	47.187	52.681	53.632	951	1,8%
Operados H. Convencionados	25.568	24.654	26.852	15.915	18.336	20.053	1.717	9,4%
Operados H. Protocolados	n.a.	18.476	25.261	26.211	26.121	25.277	-844	-3,2%
Média do TE dos operados (meses)	2,6	2,7	2,8	2,7	2,8	2,9	0	3,6%
Cancelados	92.361	95.557	105.146	89.728	91.300	90.133	-1.167	-1,3%

Fonte: SIGLIC – Relatório SIGIC de 2015 (dados provisórios extraídos a 25 fevereiro 2016)

Para além desta análise global da oferta no âmbito do SIGIC, a tabela seguinte permite-nos constatar que o número de doentes propostos para cirurgia cresceu a um ritmo de 1,9% face ao ano anterior e que o número de inscritos para cirurgia aumentou 6,7%, face ao ano anterior, atingindo um total de 196.363 utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia no final de dezembro de 2015.

A mediana de tempo de espera para cirurgia era de 3,1 meses em final de 2015 (+3,3% do que em 2014) e a percentagem de inscritos que ultrapassam os tempos de resposta garantidos era de 12,3%, mais 2,3% do que no ano anterior.

Tabela 36. Evolução dos indicadores de procura entre 2013 e 2015

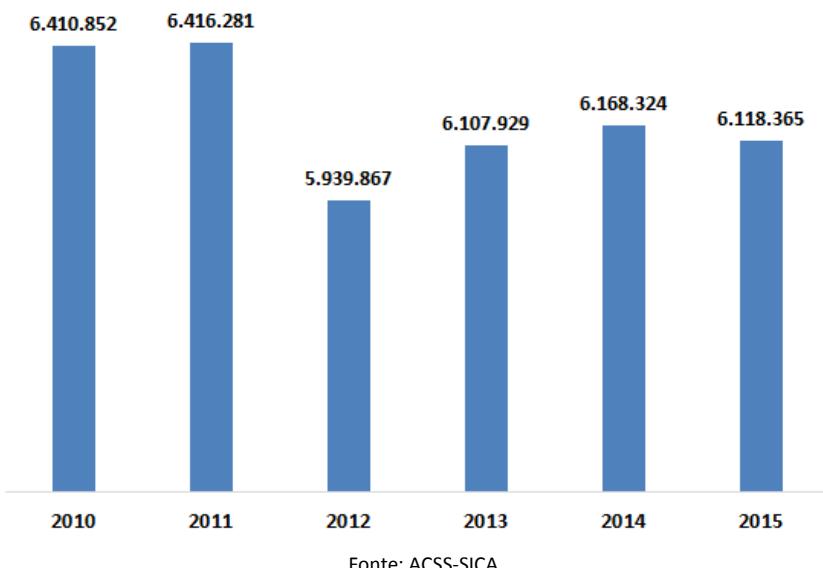
Indicadores	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ 2014/ 2015	
							valor	%
Entradas em LIC	573.527	611.535	624.226	644.178	649.386	661.811	12.425	1,9%
Nº de utentes inscritos (LIC)	162.211	180.356	166.798	176.129	184.077	196.363	12.286	6,7%
Mediana TE da LIC em meses	3,1	3,3	3	2,8	3	3,1	0,1	3,3%
Percentil 90 TE da LIC em meses	9,2	10,3	10,4	9,3	9,1	9,3	0,2	2,2%
% Inscritos que ultrapassam o TMRG	13,00%	15,80%	15,10%	12,80%	12,00%	12,30%	0,3%	2,3%

Fonte: SIGLIC – Relatório SIGIC de 2015 (dados provisórios extraídos a 25 fevereiro 2016)

Atendimentos Urgentes

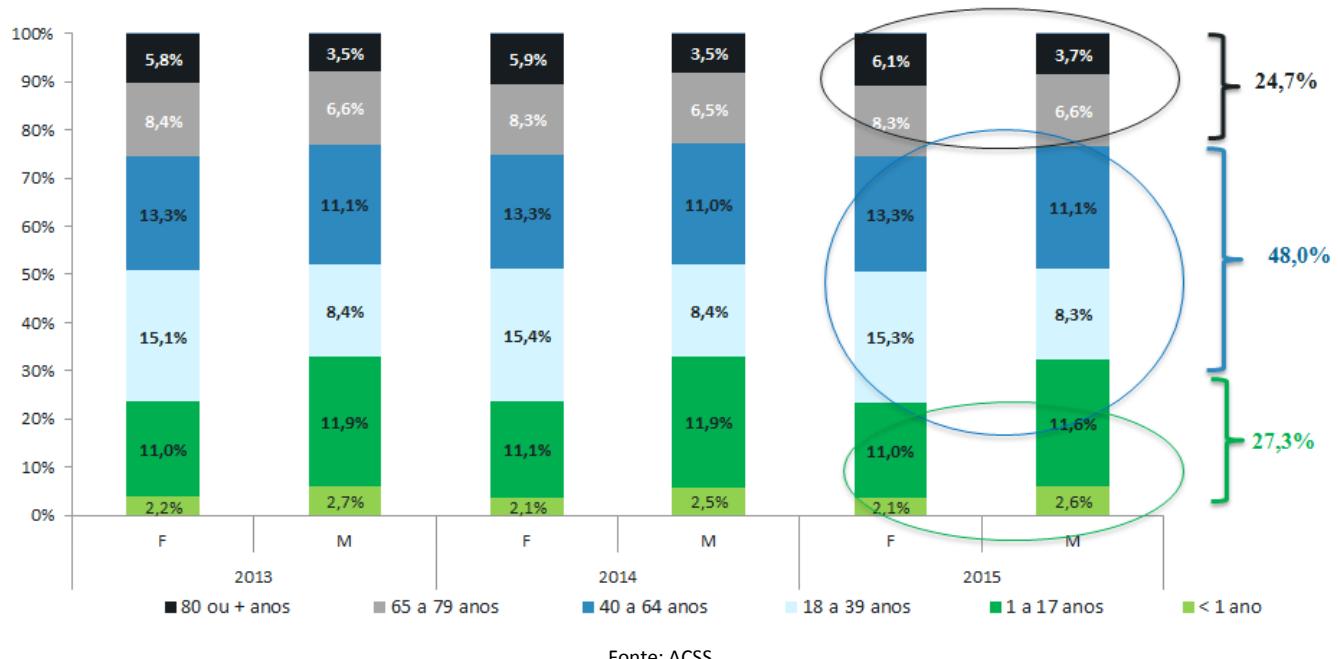
Registou-se em 2015 uma estabilização do numero de atendimentos nos Serviços de Urgência do SNS, em redor dos 6,1 milhões de atendimentos, conforme demonstra o quadro seguinte.

Figura 28. Evolução dos atendimentos urgentes entre 2013 e 2015



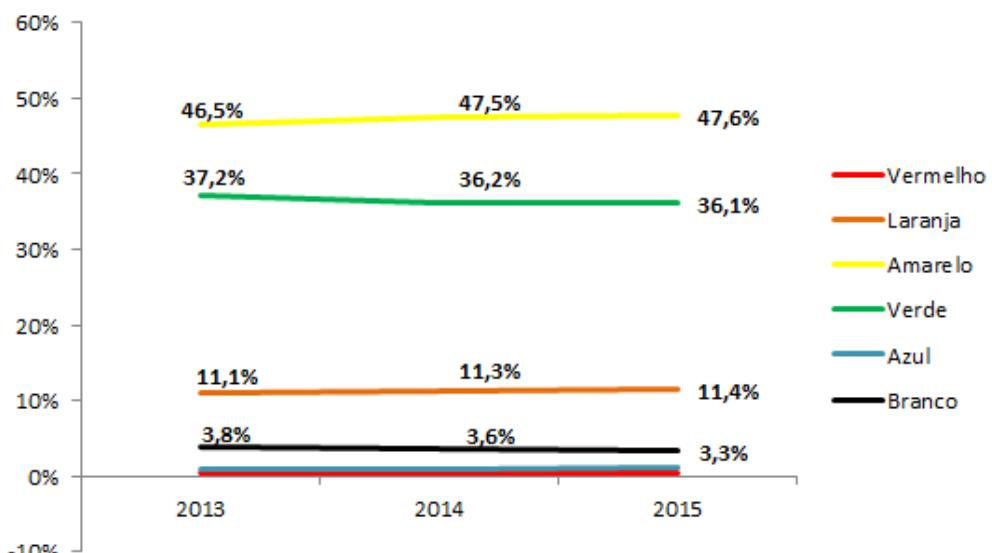
Na figura seguinte apresenta-se a distribuição por faixa etária e sexo dos episódios de urgência que ocorreram no triénio 2013 – 2015, constatando-se que 48% dos episódios de urgência que ocorreram em 2015 foram realizados a utentes entre os 18 e os 64 anos, sendo que neste grupo as mulheres representaram 28,6% deste total.

Figura 29. Percentagem de episódios de urgência por faixa etária e sexo no SNS



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.

Figura 30. Distribuição de atendimentos de acordo com a triagem de Manchester

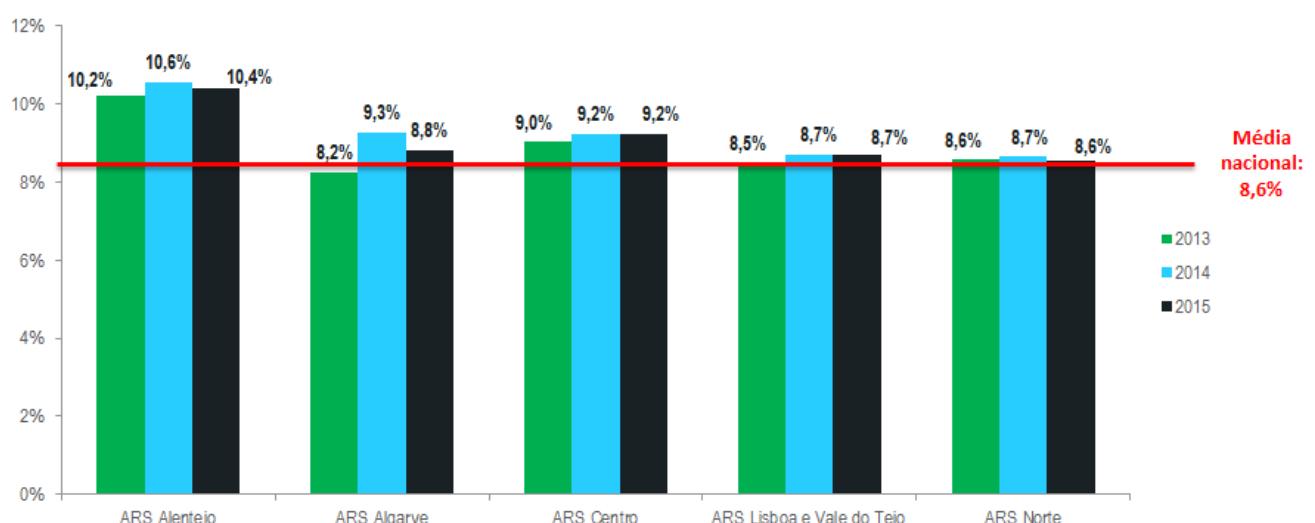


Fonte: ACSS-SICA

Para avaliar a qualidade do acesso e a adequação sistémica da resposta que é dada nos serviços de urgência importa analisar mais em detalhe os episódios de urgência que anualmente são efetuados aos denominados utilizadores frequentes do serviço de urgência, ou seja, àqueles que têm 4 ou mais episódios num ano.

Na figura seguinte apresenta-se a percentagem de utilizadores frequentes do serviço de urgência, por região de saúde, constatando-se que a média nacional é de 8,6% e que a região Alentejo é aquela que atinge valores mais elevados, acima dos 10% de utilizadores frequentes do serviço de urgência.

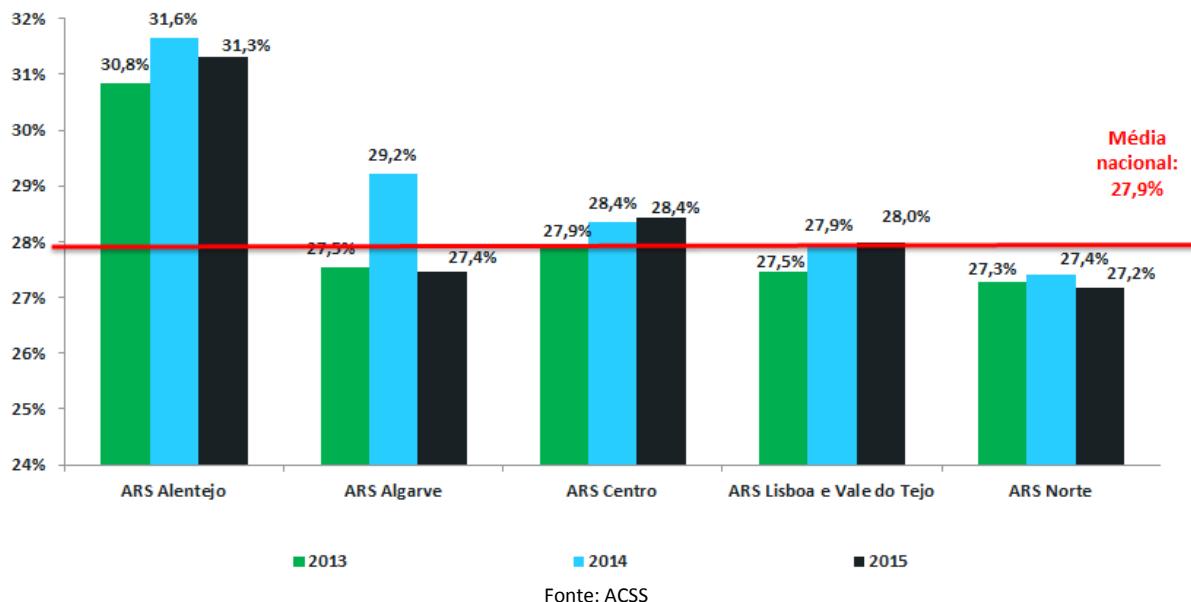
Figura 31. Percentagem de utilizadores frequentes do serviço de urgência



Fonte: ACSS

Na literatura internacional, os utilizadores frequentes representam 4,5% a 8% dos utilizadores totais e significam 21% a 28% episódios de urgência, valores que são ultrapassados a nível nacional, conforme demonstra a figura seguinte, que analisa a percentagem de episódios de urgência dos utilizadores frequentes do serviço de urgência.

Figura 32. Percentagem de episódios de urgência dos utilizadores frequentes do SU

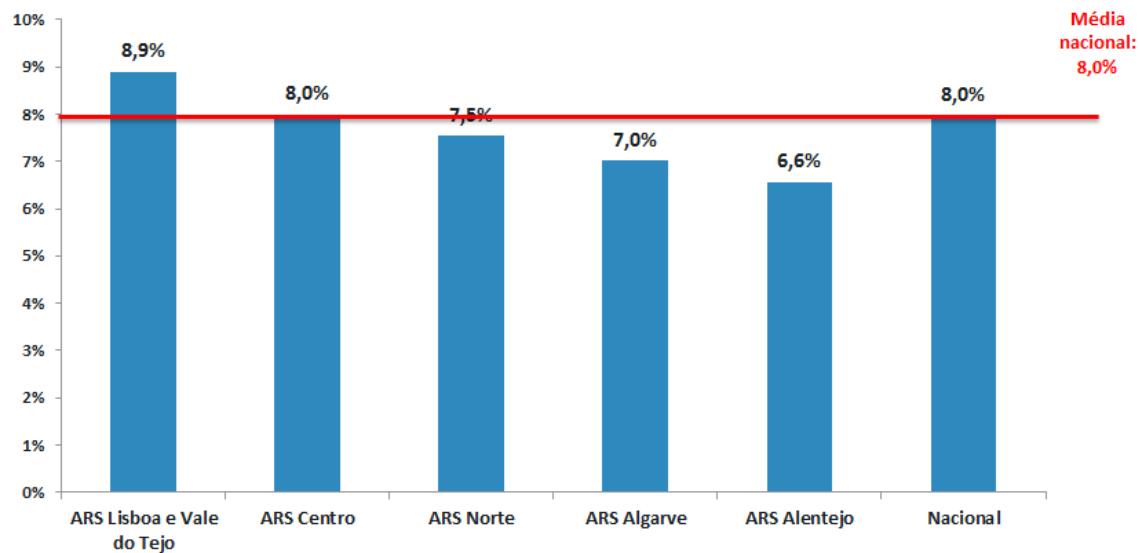


Em face da persistência destes dados no tempo, será necessário continuar a implementar medidas concretas que promovam o redireccionamento de doentes para níveis de cuidados mais efetivos.

Por serem igualmente importantes para analisar o desempenho global dos sistemas de saúde, nomeadamente em relação à capacidade que estes têm de intervir de forma programada na resposta às necessidades em saúde da população, importa ainda analisar o peso dos episódios de urgência que originam internamento hospitalar dos doentes.

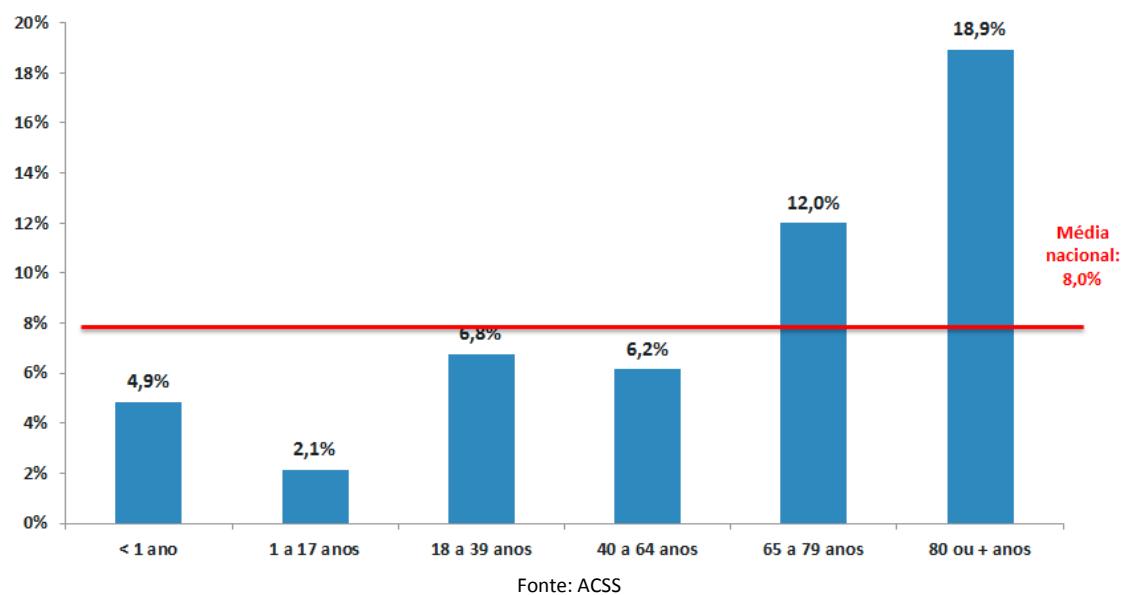
Através das figuras seguintes evidencia-se, por região de saúde e por grupo etário, a realidade que ocorreu em 2015, constatando-se que 8% dos episódios de urgência originaram internamento a nível nacional e que esta realidade atingiu uma dimensão superior na região de saúde LVT e no grupo etário com 80 ou mais anos, respetivamente.

Figura 33. Percentagem de episódios de urgência que geram internamento - 2015



Fonte: ACSS

Figura 34. Percentagem de episódios de urgência que geram internamento, por grupo etário - 2015



Fonte: ACSS

18.4. Cuidados Continuados Integrados

Conforme referido na primeira parte do presente Relatório, a RNCCI resulta de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Segurança e Solidariedade Social, e veio promover a abertura organizacional a novos modelos de 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 diretrizes 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.

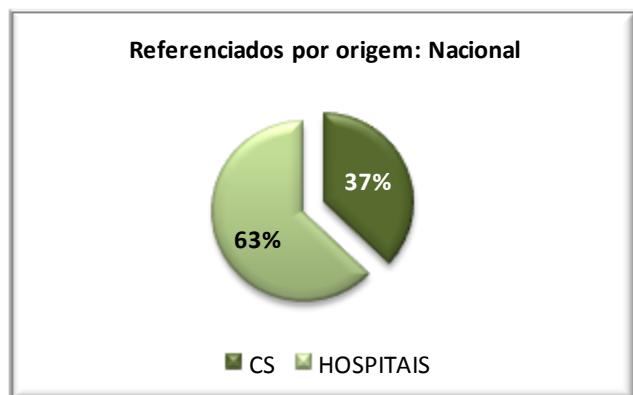
O número de utentes referenciados para a RNCCI em 2015 foi de 41.117 (39.369 em 2014). Os utentes assistidos nas ECSCP e EIHSCP têm admissões diretas.

Dos regtos disponíveis que existem para estas equipas, 3.384 utentes foram admitidos diretamente em EIHSCP e em ECSCP (2.288 em 2014).

Incluindo as admissões diretas, o total de utentes na RNCCI é de 44.501 (41.657 em 2014).

Quando se analisa a origem da referenciação dos utentes para a RNCCI em 2015, constata-se que 63% (65% em 2014) dos utentes foram referenciados pelos Hospitais e 37% pelos cuidados de saúde primários (35% em 2013).

Figura 35. Origem dos utentes referenciados no âmbito da RNCCI



Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2015

A região que tem maior percentagem de referenciação a partir dos cuidados de saúde primários é o Alentejo, com 45% (cerca de 42% em 2014). Segue-se o Algarve, com 41,8% (40,6% em 2014) e o Centro, com 40,3% (sobreponível a 2014).

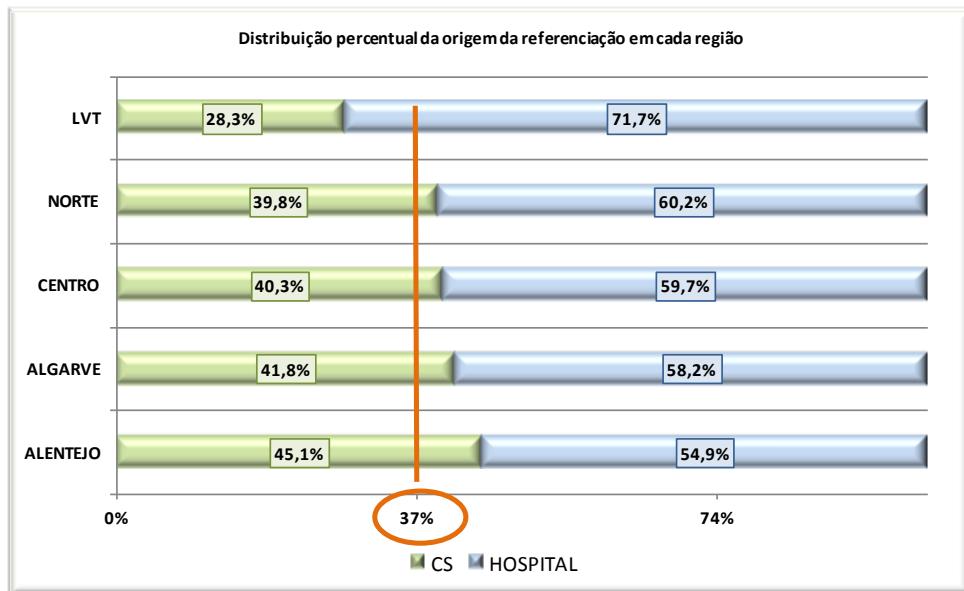
O Norte referenciou 39,8% dos utentes a partir dos CSP (33,6% no ano 2014). A região com menor percentagem é LVT, com 28,3% (sobreponível a 2014).

O peso da referenciação hospitalar é maior em LVT, com cerca de 72% dos utentes a serem referenciados pelos hospitais (cerca de 70% em 2014). Esta região apresenta a menor cobertura populacional em lugares de internamento (exceto UCP) e global.

Dos utentes referenciados a nível nacional, dos hospitais para unidades de internamento, os utentes referenciados pelos hospitais em LVT representam cerca de 1/3 (33%) desse total nacional (como já acontecia anteriormente), seguido do Norte, com 28%, e são em número superior ao total dos utentes referenciados nas regiões do Alentejo e Algarve juntas.

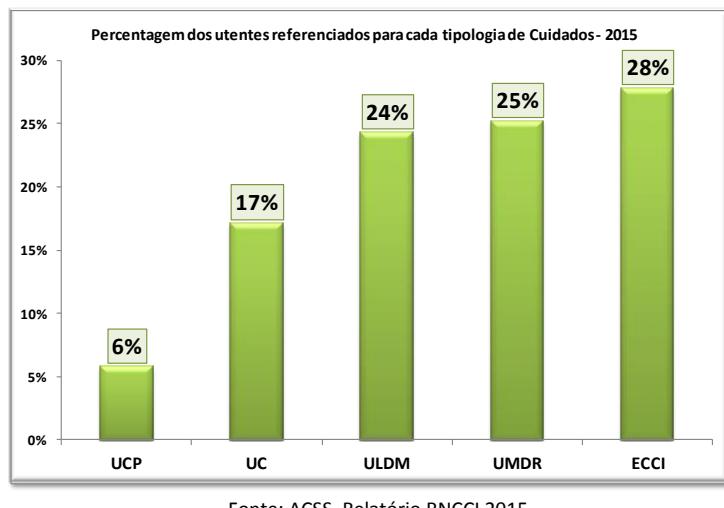
com este peso da referência hospitalar associado à sua cobertura populacional, as dificuldades de referência a nível hospitalar são esperadas em LVT, apesar da sua cobertura de camas ter vindo a aumentar.

Figura 36. Referenciados por origem – regiões



A tipologia para onde foram referenciados mais utentes a nível nacional foi ECCI, com 28% (27% em 2014), seguida de UMDR e ULDM, com 25% e 24% (24% e 23% em 2014). Os cuidados domiciliários assumem-se como a principal tipologia de cuidados de referênciação, a nível nacional. No entanto, o Centro referencia 36% dos utentes para ULDM e cerca de 31% para UMDR.

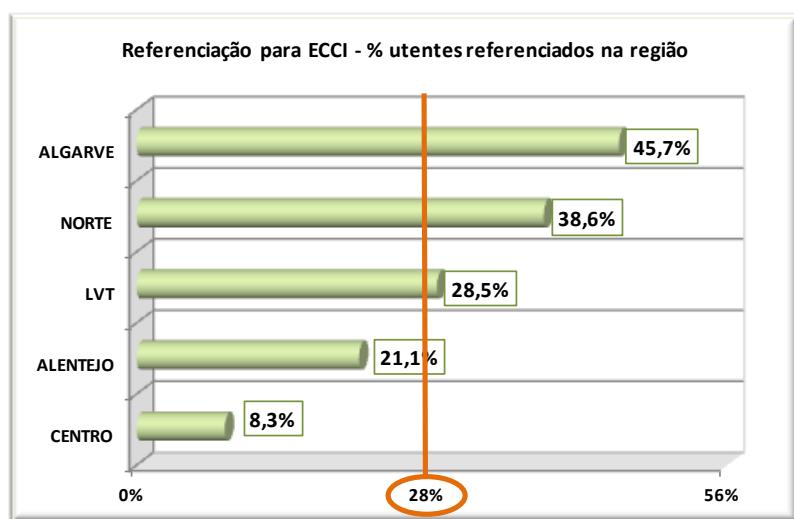
Figura 37. Referenciação para as diferentes tipologias de cuidados



Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2015

A referenciação para ECCI nas diferentes regiões, em relação ao total de referenciados nessa região, encontra-se na figura seguinte, cujos resultados são sobreponíveis a anos anteriores, na ordenação das regiões. O Algarve é a região que mais referencia os seus utentes para ECCI, com 45,7% (43,7% no ano 2014), registando crescimento, e o Centro a que menos referencia com 8,3% (com cerca de 8,5% em 2014), registando decréscimo. O Centro referencia 36% dos utentes para ULDM e 30,8% para UMDR.

Figura 38. Referenciação para ECCI - regiões



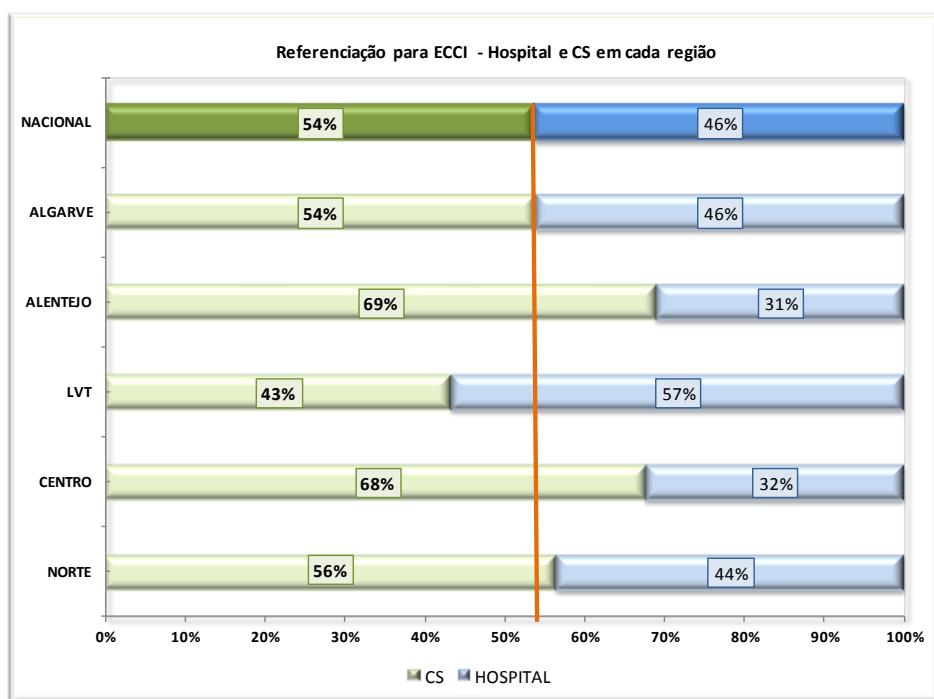
Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2015

Na referenciação para ECCI, o peso dos CSP e Hospitais difere entre as regiões, no entanto deve ter-se presente que estes valores dizem respeito ao total dos utentes referenciados para ECCI em cada região, sendo LVT a região onde a referenciação para ECCI é maior a partir dos hospitais (57%).

Apesar dos referenciados para ECCI a partir dos CSP ser de 68% no Centro (66% em 2014), o facto é que apenas 8,3% dos utentes da região Centro foram referenciados para ECCI.

A referenciação para ECCI é efetuada pelos CSP em 56% no Norte (52% em 2014) e em 69% no Alentejo (64% em 2014). O Algarve referencia 54% a partir dos CSP e LVT 43% (54% e 47% respetivamente, em 2014).

Figura 39. Referenciação para ECCI – Hospital e CSP



Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2015

Devido à diferente população em cada região, o número total de utentes referenciados por região será esperado ser mais alto em valor absoluto, por exemplo, no Norte em relação ao Alentejo. A população com idade superior a 65 anos na RNCCI tem um valor de 84%.

Baseado nos registos válidos para a idade, as regiões em que a percentagem de utentes referenciados com idade superior a 65 anos é maior, são o Alentejo e o Algarve com 86% e 88%, respetivamente, seguidos do Centro, com 85%.

Assim, a percentagem de referenciados em relação à população com idade superior a 65 anos, atendendo às características da população da RNCCI, permite analisar a referenciação em função da população de cada região.

A região que mais referenciou, em relação à sua população com idade > 65 anos, é o Algarve, com 3,5%, seguido do Alentejo, com 3%, e do Norte e Centro, com 2,4%. A região que menos referencia é LVT, com 1,9%. Estes valores são sobreponíveis a 2014.

Tabela 37. Percentagem de utentes referenciados em relação à população da região > 65 anos

Referenciados	
ARS	%
Norte	2,4%
Centro	2,3%
LVT	1,9%
Alentejo	3,0%
Algarve	3,5%
TOTAL	2,3%

Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2015

Os utentes com condições de ingresso, em relação aos referenciados, representam 94% do total (97,8% em 2014). Os valores regionais oscilam entre 88,8%, no Norte, e 98,4%, no Alentejo.

Os utentes para admitir nas unidades e equipas são os que têm critérios, subtraídos dos cancelados, dos que recusam e dos óbitos entretanto ocorridos. Os utentes admitidos em relação aos utentes com condições de ingresso representam 98,2% do total, sobreponível a períodos anteriores. Oscilam entre 96,3%, no Alentejo, e 99,7%, no Algarve.

A percentagem de episódios cancelados após a referenciação difere entre as regiões, com o Alentejo a ter 19,4% de episódios cancelados, LVT com 18,8% e o Centro com 17,6%. O Algarve cancelou a menor percentagem, com 3%, para um valor médio nacional de 16,5%.

O tempo de referenciação até identificação de vaga pode relacionar-se com vagas disponíveis mas também com o facto de os profissionais das ECL terem outras funções para além das atribuídas à RNCCI, tanto na vertente Saúde como na vertente 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.

A mediana do tempo de referenciação até identificação de vaga está presente na tabela seguinte.

Tabela 38. Tempo de referenciação até identificação de vaga

	Tempo de Referenciação a Identificação de vaga														
	UC			UCP			ULDM			UMDR			ECCI		
	2014	2015	Variação	2014	2015	Variação	2014	2015	Variação	2014	2015	Variação	2014	2015	Variação
NORTE	6,9	13,0	89%	5,1	11,9	133%	12,2	13,0	7%	23,0	29,8	30%	3,8	4,1	8%
CENTRO	10,8	9,9	-8%	7,0	4,8	-32%	16,5	18,0	9%	20,9	21,8	4%	2,0	2,9	44%
LVT	19,7	24,9	26%	33,3	21,6	-35%	33,2	28,4	-15%	35,1	30,0	-15%	4,2	3,7	-11%
ALENTEJO	11,2	9,9	-12%	14,0	10,2	-27%	53,1	40,0	-25%	33,2	30,2	-9%	4,2	4,1	-1%
ALGARVE	1,2	2,0	69%	11,0	7,6	-31%	33,9	29,1	-14%	29,1	11,9	-59%	0,4	0,3	-18%

Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2015

É em ULDM e UMDR que os tempos são mais elevados, mas com assimetrias regionais.

Existiu uma diminuição do tempo para ULDM em todas as regiões, exceto no Centro e Norte. O tempo no Norte é o mais baixo do País, com 13 dias para ULDM.

Aumentou o tempo para UMDR no Norte, sendo uma das regiões com tempo mais elevado, juntamente com LVT e Alentejo. Decresceu no Algarve, sendo este o tempo mais baixo a nível nacional. O tempo mais baixo para UC é também no Algarve.

O Alentejo tem o tempo mais elevado para ULDM, como já acontecia anteriormente.

LVT tem os tempos mais elevados para UC (25 dias) e para UCP (21,6 dias mas com decréscimo).

A região que mais melhorou os seus tempos foi o Algarve e, embora tenha agravado em UC, é o mais baixo do país.

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

Atividade Assistencial da RNCCI

- A população da RNCCI com idade superior a 65 anos representa 83,9% do total, sobreponível a 2014, mas com crescimento. A população com idade superior a 80 anos representa 47,1% do total, também com crescimento.
- O sexo feminino representa 54,9% do total de utentes, valor sobreponível a anos anteriores (55,6% no ano de 2014). 49% dos utentes da Rede são do sexo feminino com idade superior a 65 anos, mantendo em relação a 2014. Dos utentes com idade superior a 80 anos, 63,4% são do sexo feminino.
- O nível de escolaridade menor que 6 anos representa 89% do total da população da RNCCI.
- Cerca de 71% dos utentes vivia com família natural e 24,3% viviam sós.

- Os utentes incapazes e dependentes representam 94% da população.
- Os utentes da RNCCI tinham previamente apoios de vários tipos (podendo cada utente ter vários tipo de apoio), dominando os apoios em alimentação (50%), higiene (49%) (com cerca de 55% no ano de 2014) e medicamentos (42%) (45% no ano de 2014).
- O apoio prestado por familiares decresce de 68% para 61%, decrescendo também o apoio prestado por ajuda domiciliária e por técnicos do Serviço Social.
- A população da RNCCI mantém as mesmas características de períodos anteriores: é envelhecida, maioritariamente feminina, com baixo nível de escolaridade, carenciada e com elevada incapacidade e dependência.
- Os utentes tiveram como principal motivo de referenciação, com registo válidos no aplicativo informático da RNCCI, o Ensino utente/Cuidador informal é o principal motivo com 91% (sobreponível a períodos anteriores) e a Dependência de AVD o segundo motivo, com 88%. 34% dos utentes referenciados por motivo “*Feridas / úlcera de pressão*” e 13% por motivo de “*úlcera de pressão múltipla*” foram-no para ECCI, como já acontecia em períodos anteriores. Quando se considera a percentagem de cada motivo, em relação ao total do mesmo motivo por tipologia, verifica-se que 66% das referenciações por motivo “*Feridas / úlcera de pressão*” e 60% por motivo de “*úlcera de pressão múltipla*” se encontram em ECCI, reforçando a necessidade de monitorização por parte das regiões.
- Em relação aos resultados da intervenção, a nível nacional, baseado nos registo válidos no aplicativo informático, apesar do elevado grupo etário e nível de autonomia, que podem condicionar o sucesso da intervenção, foram atingidos os objetivos da intervenção planeada pelo Plano Individual de Intervenção (PII) em 77% dos casos.
- No destino pós-alta, 10% dos utentes tiveram alta para respostas sociais. A nível nacional 75% das altas foram para o domicílio. Em 72% das altas para o domicílio foi registada necessidade de suporte.
- A incidência de úlcera de pressão na RNCCI foi de 7,3%. A prevalência de úlcera de pressão foi de 14,8%.
- A prevalência de quedas foi de 12%, o valor mais baixo até ao momento. No domicílio, as quedas representam cerca de 30% do total. A tipologia em que se registaram menos quedas foi de UC, com 17,1% do total das quedas, no entanto em 2014 representavam cerca de 34%.
- A percentagem de utentes com avaliação da dor a nível nacional é de 72%, com um valor que oscila de 51% no Algarve a 80% no Norte.
- A percentagem de óbitos na RNCCI, em 2015, incluindo os ocorridos em UCP, foi de 15,1%. Excluindo os óbitos em UCP, a taxa de mortalidade foi de 12,1%. Os óbitos em ECCI representam 34%

do total. A percentagem de óbitos em ECCI foi de 15,5%. A percentagem de óbitos em Unidades de internamento, excetuando UCP, foi de 10,4%.

Outros 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 (97%), seguida de UMDR, com 94%, e de UC e UCP, com 91%. A taxa de ocupação de ECCI (69%) mostra que existem lugares disponíveis ou que necessitam ser ajustados aos recursos existentes. A região com menor taxa de ocupação é o Algarve com 66%.
- A nível nacional, a demora média em UC é de 37 dias, 82 dias em UMDR, 171 dias em ULDM e 143 dias em ECCI. A demora média em UCP é de 36 dias.
- As transferências para outras tipologias, a nível nacional são sobreponíveis a anos anteriores (72%).
- Em relação a formação, realizaram-se 24 ações, com 328 horas e 871 formandos.
- O número de utentes referenciados para a RNCCI em 2015 foi de 41.117. Incluindo as admissões diretas em ECSCP e EIHSCP o total de utentes é de 44.501. Existiu um decréscimo de 10,2% para UC e crescimento de cerca de 47,9% para EIHSCP/ECSCP, com um crescimento global de 6,8%. A tipologia para onde foram referenciados mais utentes a nível nacional foi ECCI, com 28% do total.
- 63% dos utentes foram referenciados pelos Hospitais e 37% pelos CSP. A região que mais referencia, em relação à sua população com idade > 65 anos, é o Algarve, com 3,5%, seguido do Alentejo, com 1,5%, e do Norte e Centro, com 1,2%. A região que menos referencia é LVT, com 1,9%. A média nacional é de 2,3%.
- Os utentes com condições de ingresso em relação aos referenciados representam 94% do total. Os utentes admitidos em relação aos utentes com condições de ingresso representam 98,2% do total.
- Dos utentes que aguardavam vaga 33% encontravam-se em LVT e 31% no Norte.
- O número de utentes assistidos em 2015 foi de 50.243, dos quais 31.307 em Unidades de internamento, 15.221 em ECCI e 3.715 em EIHSCP/ECSCP, com um crescimento 4% em relação a 2014. Os assistidos em EIHSCP/ECSCP tiveram um crescimento de 46,8%. Os assistidos em UC decresceram 18,6%.
- A tipologia que mais utentes assistiu a nível nacional foi ECCI com 30,3%. A nível nacional cerca de 38% dos utentes foram assistidos em equipas – ECCI e EIHSCP/ECSCP. O Algarve assiste 51,1% dos seus utentes em equipas, seguido de LVT com 45,5% e do Norte com 44,5%. O Algarve é a região do

país que maior percentagem de utentes assistiu em relação à sua população com idade superior a 65 anos, seguida do Alentejo. LVT foi a região com menor percentagem.

- 54% dos utentes com necessidade de cuidados ou ações paliativas tiveram admissão direta através das EIHSCP/ECSCP. Cerca de 65% dos utentes com necessidade de cuidados ou ações paliativas foram assistidos em equipas (EIHSCP/ECSCP e ECCI).
- O acumulado de utentes assistidos, desde o início da RNCCI é de 241.931.
- O valor da execução financeira da componente saúde da RNCCI, em 2015, foi de 116.692.053,48€. Deste valor, 15.780.510,81€ referem-se a pagamentos referentes ao ano anterior e 100.911.542,67€ a pagamentos referentes ao próprio ano.
- O funcionamento da RNCCI perfaz um valor de 115.495.629,34€, 99% da despesa. O investimento totalizou 1.196.424,14€, originário do Norte e Centro, sendo a totalidade referente ao corrente ano, correspondendo a 1,6% do total no Norte e 2,3% no Centro. As restantes regiões não apresentaram despesas de investimento. No que se refere à Segurança Social esse valor foi de € 34.860.651,32€. O valor total da RNCCI para 2015 foi de 151.552.704,80€. O valor global desde o início da implementação da RNCCI em 2006 mostra que o montante acumulado até à data é de 1.015.608.585,02€.

18.5. Atividade do Setor Convencionado

A tabela seguinte revela que o valor faturado ao SNS pelas entidades convencionadas, no ano de 2015, sem contar com a área da Diálise e com as convenções SIGIC, foi de 383.102.926 €, o qual, correspondeu a um aumento de encargos de 5,7% face ao valor faturado ao SNS em 2014, e de 15,4% no triénio em análise, na medida em que em 2013 o SNS tinha despendido 332.110.124 € com o setor convencionado de MCDT.

Através da tabela seguinte, analisa-se mais em detalhe a evolução dos encargos do SNS com as entidades convencionadas nos últimos anos, por área de convenção, sem contar com a área da Diálise e com as convenções SIGIC.

Tabela 39. Encargos no setor convencionado, por área de convenção.

Área_Descrição	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Var. % 2015/2014
Análises Clínicas	219.152.592 €	184.512.874 €	144.831.576 €	144.839.890 €	151.516.160 €	157.182.469 €	3,7%
Anato ia Patológica	4.180.475 €	3.764.794 €	2.985.644 €	3.140.020 €	3.473.148 €	3.532.079 €	1,7%
Cardiologia	24.279.494 €	20.661.399 €	18.747.663 €	19.233.130 €	20.199.737 €	20.375.100 €	0,9%
Medicina Nuclear	1.322.871 €	2.706.741 €	4.190.659 €	4.231.845 €	3.986.516 €	4.006.998 €	0,5%
Eletroencefalografia	594.708 €	446.250 €	309.768 €	304.462 €	269.401 €	238.611 €	-11,4%
Endoscopia Gastroenterológica	11.726.509 €	11.134.242 €	10.610.837 €	10.471.843 €	22.439.921 €	32.984.253 €	47,0%
Medicina Física e de Reabilitação	88.252.979 €	79.825.990 €	67.927.185 €	61.361.500 €	66.649.030 €	67.979.695 €	2,0%
Otorrinolaringologia	191.567 €	180.886 €	110.291 €	108.825 €	134.190 €	129.750 €	-3,3%
Pneumonologia	2.266.081 €	1.840.822 €	1.331.361 €	1.398.190 €	1.537.262 €	1.776.204 €	15,5%
Neurofisiologia	267.171 €	211.228 €	159.822 €	137.356 €	129.545 €	101.724 €	-21,5%
Radiologia	139.930.955 €	112.559.865 €	86.643.427 €	86.684.241 €	91.960.273 €	94.612.987 €	2,9%
Especialidades Médico-Cirúrgicas	865.726 €	379.019 €	214.324 €	186.584 €	184.636 €	182.598 €	-1,1%
Outros (Psicologia)	6.086 €	5.882 €	13.076 €	12.237 €	514 €	459 €	-10,7%
Total	493.037.215 €	418.229.990 €	338.075.635 €	332.110.124 €	362.480.332 €	383.102.926 €	5,7%

Fonte: SIM@SNS

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 (25%), a medicina física e reabilitação (17,7%) e mais recentemente a Endoscopia Gastroenterológica (já atinge 8,6% do total).

Atividade Convencionada na área da Endoscopia Gastroenterológica

Em 2015 foram efetuadas no setor convencionado um total de 191.556 colonoscopias e procedimentos da área da Endoscopia Gastroenterológica. Destes, 162.365 foram efetuados com sedação/analgesia (85% do total).

Em 2015 foram pagos 30.366.972 € às entidades convencionadas da área da Endoscopia Gastroenterológica e, desde 2010, a evolução do custo médio mensal com colonoscopias e procedimentos efetuadas no setor convencionado registou o seguinte comportamento:

- 2010: 494.192 €
- 2011: 495.911 €
- 2012: 508.349 €
- 2013: 515.214 €
- 2014: 1.580.138 €
- 2015: 2.530.581 €

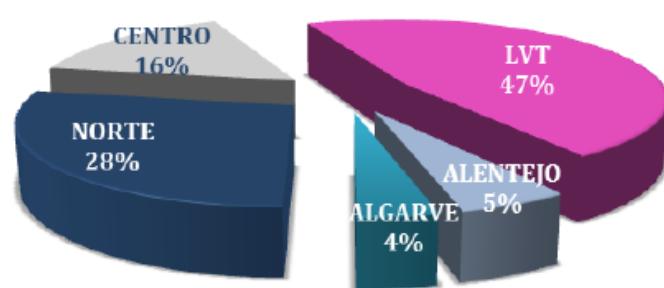
Atividade Convencionada na área da Hemodiálise

A 31 de dezembro de 2015, de acordo com os dados constantes na Plataforma de Gestão Integrada da Doença (PGID), existiam em programa crónico de ambulatório, 801 doentes em unidades integradas no SNS, sendo que, no Setor Convencionado existiam 9.952 doentes em tratamento. Assim, verifica-se que o Setor Convencionado mantém uma quota de prestação de cuidados de cerca de 93% de doentes em hemodiálise, à semelhança do ano anterior.

Os doentes tratados em Portugal encontram-se distribuídos por um total de 112 unidades prestadoras de cuidados, das quais a grande maioria pertence ao setor privado/social (cerca de 82%).

A figura seguinte demonstra a distribuição de doentes por região de saúde concluindo-se haver maior concentração de doentes na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo (47% dos doentes), tendência que se tem mantido estável ao longo dos últimos anos.

Figura 40. Proporção de doentes ativos em diálise por região de saúde – 2015



Fonte: Plataforma de Gestão Integrada da Doença

Através dos dados disponíveis sobre a estimativa de população residente em Portugal Continental em 2015, calculou-se o número de doentes por região de saúde e por 10.000 habitantes.

Relativamente ao ano de 2015, verifica-se um aumento do número de doentes em todas as regiões de saúde (exceto na região Centro) mantendo-se, no entanto, o número médio nacional de 11 doentes em diálise por cada 10.000 habitantes.

A tabela seguinte demonstra que os resultados se tornam mais homogéneos entre regiões de saúde, sendo a região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, aquela que apresenta um número de doentes por 10.000 habitantes, superior face às restantes regiões e ao valor nacional apurado.

Tabela 40. Número de doentes por ARS por 10.000 habitantes

ARS	2010			2011			2012		
	N.º Doentes	População *	N.º Doentes / 10.000 Hab.	N.º Doentes	População **	N.º Doentes / 10.000 Hab.	N.º Doentes	População **	N.º Doentes / 10.000 Hab.
Norte	2.593	3.745.575	6,9	2.715	3.689.682	7,4	2.797	3.666.234	7,6
Centro	1.688	1.784.251	9,5	1.501	1.737.213	8,6	1.577	1.712.884	9,2
LVT	3.956	3.677.584	10,8	4.424	3.659.871	12,1	4.515	3.651.394	12,4
Alentejo	454	503.507	9,0	557	509.849	10,9	550	507.659	10,8
Algarve	367	434.023	8,5	416	451.006	9,2	406	444.390	9,1
Total	9.058	10.144.940	8,9	9.613	10.047.621	9,6	9.845	9.982.561	9,9

ARS	2013			2014			2015		
	N.º Doentes	População ***	N.º Doentes / 10.000 Hab.	N.º Doentes	População ***	N.º Doentes / 10.000 Hab.	N.º Doentes	População ****	N.º Doentes / 10.000 Hab.
Norte	2.795	3.644.195	7,7	2.962	3.644.195	8,1	2.993	3.614.874	8,3
Centro	1.619	1.698.501	9,5	1.767	1.698.501	10,4	1.695	1.691.945	10,0
LVT	4.750	3.636.407	13,1	4.823	3.636.407	13,3	5.045	3.631.611	13,9
Alentejo	582	497.087	11,7	575	497.087	11,6	594	489.752	12,1
Algarve	389	442.358	8,8	412	442.358	9,3	426	441.468	9,6
Total	10.135	9.918.548	10,2	10.539	9.918.548	10,6	10.753	9.869.650	10,9

Fonte: Plataforma de Gestão Integrada da Doença

* Fonte INE, Estimativa residentes, Portugal Continental, 2009.

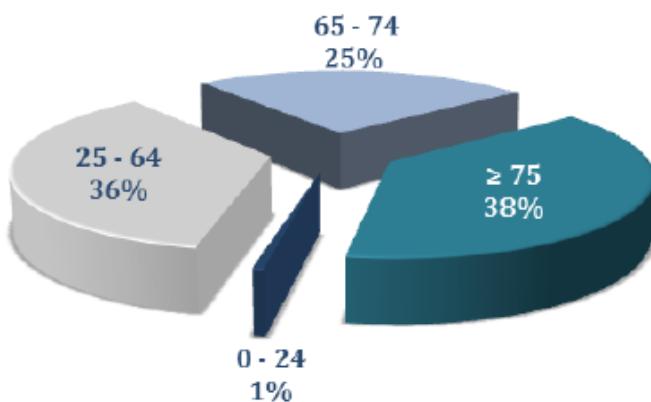
** Fonte INE, Estimativa residentes, Portugal Continental, 2011.

*** Fonte INE, Estimativa residentes, Portugal Continental, 2013.

**** Fonte INE, Estimativa residentes, Portugal Continental, 2015.

Conforme se pode observar na figura seguinte, cerca de 36% dos doentes concentram-se na faixa etária dos 25 aos 64 anos de idade, sendo que 38% dos doentes se concentram na faixa etária igual ou superior a 75 anos de idade. Este resultado é consentâneo com o já observado em anos anteriores.

Figura 41. Distribuição de doentes por faixa etária – 2015



Fonte: Plataforma de Gestão Integrada da Doença

A tabela seguinte permite observar que existem 336 doentes por 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos, observando-se um crescimento face ao ano de 2014 e de 2013.

Tabela 41. Número de doentes por faixa etária por 100.000 habitantes

ARS	2010			2011			2012		
	N.º Doentes	População *	N.º Doentes / 100.000 Hab.	N.º Doentes	População **	N.º Doentes / 100.000 Hab.	N.º Doentes	População **	N.º Doentes / 100.000 Hab.
0 - 24	55	2.639.775	2,1	59	2.563.613	2,3	60	2.563.613	2,3
25 - 64	3.297	5.666.838	58,2	3.624	5.546.220	65,3	3.671	5.546.220	66,2
≥ 65	5.431	1.838.327	295,4	5.930	1.937.788	306,0	6.114	1.937.788	315,5
Total	8.783	10.144.940	86,6	9.613	10.047.621	95,7	9.845	10.047.621	98,0

ARS	2013			2014			2015		
	N.º Doentes	População ***	N.º Doentes / 100.000 Hab.	N.º Doentes	População ***	N.º Doentes / 100.000 Hab.	N.º Doentes	População ****	N.º Doentes / 100.000 Hab.
0 - 24	64	2.481.516	2,6	65	2.481.516	2,6	66	2.448.198	2,7
25 - 64	3.744	5.438.369	68,8	3.847	5.438.369	70,7	3.856	5.388.140	71,6
≥ 65	6.327	1.998.663	316,6	6.627	1.998.663	331,6	6.831	2.033.312	336,0
Total	10.135	9.918.548	102,2	10.539	9.918.548	106,3	10.753	9.869.650	109,0

Fonte: Plataforma de Gestão Integrada da Doença

* Fonte INE, Estimativa residentes, Portugal Continental, 2009.

** Fonte INE, Estimativa residentes, Portugal Continental, 2011.

*** Fonte INE, Estimativa residentes, Portugal Continental, 2013.

**** Fonte INE, Estimativa residentes, Portugal Continental, 2015.

Existe um número maior de doentes em tratamento do sexo masculino (59%) do que do sexo feminino (41%). Esta conclusão mantém-se válida quando se analisa a proporção de doentes por género e faixa etária e por género em cada região de saúde. Salienta-se, no entanto, que nas regiões de saúde do Centro e do Algarve a proporção de doentes do sexo masculino é superior à média nacional e à proporção observada nas restantes regiões de saúde, conforme figura seguinte.

Figura 42. Doentes por género e faixa etária – ano de 2015

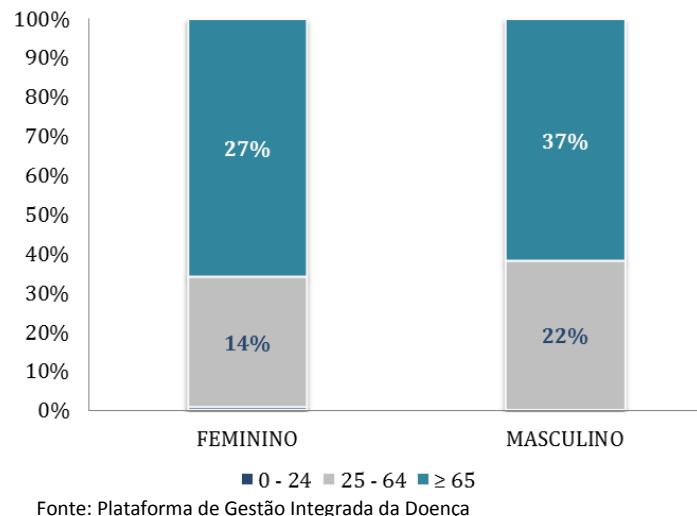
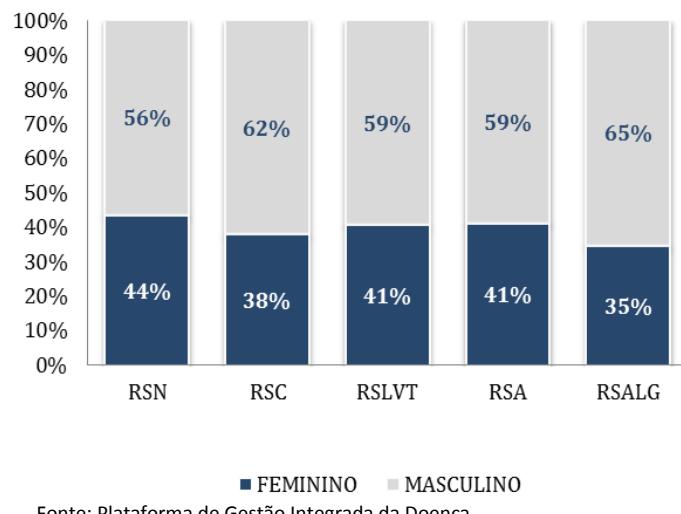


Figura 43. Doentes por género e faixa etária – ano de 2015



Os dados seguintes permitem observar a manutenção de uma tendência crescente da despesa com hemodiálise ao longo dos anos, sendo que em 2015 houve uma diminuição, apesar de o número de doentes em tratamento ter aumentado, o que se poderá justificar por questões administrativas.

Tabela 42. Evolução dos custos por ARS

ARS	Custos com Hemodiálise					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Norte	74.564.057 €	72.596.308 €	68.280.092 €	71.711.003 €	78.950.076 €	76.049.736 €
Centro	36.578.431 €	41.271.698 €	37.092.207 €	38.689.647 €	38.057.695 €	35.253.920 €
LVT	113.246.297 €	113.188.411 €	116.918.914 €	119.868.235 €	124.870.654 €	127.613.187 €
Alentejo	11.561.162 €	12.503.588 €	12.142.307 €	16.429.601 €	16.140.383 €	14.591.693 €
Algarve	10.595.261 €	10.166.354 €	9.669.495 €	9.875.210 €	10.420.156 €	10.722.362 €
Total	246.545.208 €	249.726.359 €	244.103.015 €	256.573.696 €	268.438.964 €	264.230.898 €

Fonte: Plataforma de Gestão Integrada da Doença

No tocante aos custos por doente, observam-se grandes flutuações, quer regionais, quer nacionais

Tabela 43. Custos por doente por região de saúde

ARS	Custos com Hemodiálise por doente					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Norte	28.756 €	26.739 €	24.411 €	25.656 €	26.654 €	25.409 €
Centro	21.669 €	27.496 €	23.520 €	23.897 €	21.538 €	20.798 €
LVT	28.626 €	25.585 €	25.895 €	25.235 €	25.890 €	25.294 €
Alentejo	25.465 €	22.448 €	22.076 €	28.229 €	28.070 €	24.565 €
Algarve	28.869 €	24.438 €	23.816 €	25.386 €	25.291 €	25.169 €
Total	27.218 €	25.978 €	24.795 €	25.315 €	25.471 €	24.572 €

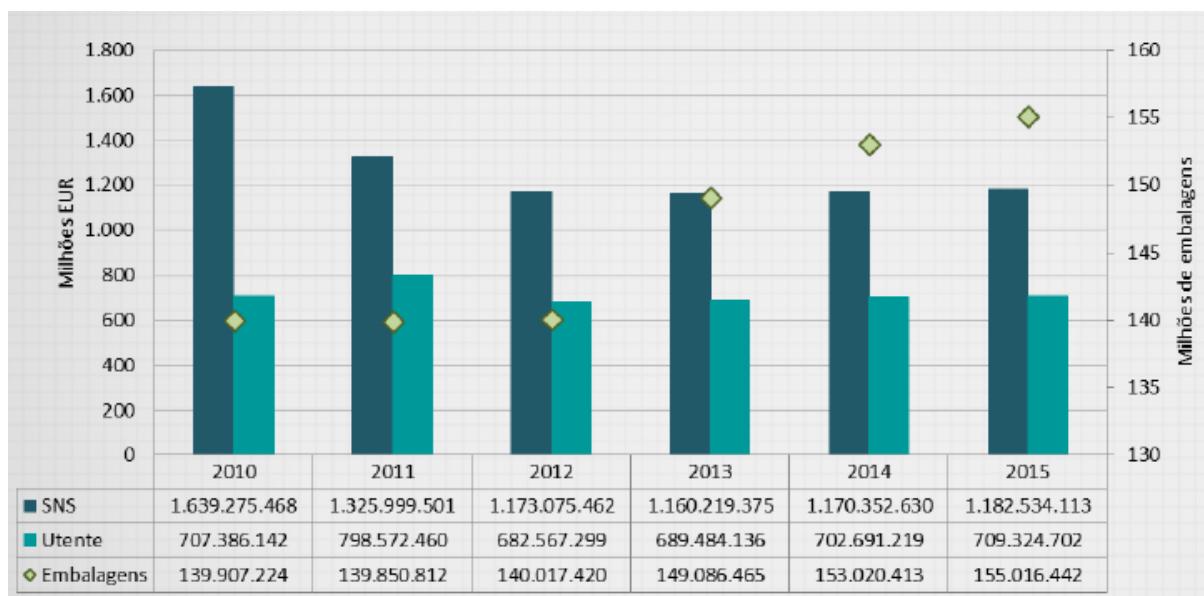
Fonte: Plataforma de Gestão Integrada da Doença

18.6. Evolução do consumo de Medicamentos no SNS

De acordo com os dados disponibilizados pelo INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP, verificou-se um aumento de 1,3% no número de embalagens de medicamentos dispensadas aos utentes do SNS em 2015, quando comparado com 2014.

A figura seguinte apresenta a evolução de encargos com medicamentos no SNS, não só em termos de custos para o SNS e para os utentes, como também , como também em termos de embalagens disponibilizadas, constatando-se que entre janeiro e dezembro de 2015 os Encargos do SNS com estes medicamentos aumentaram + 1,0%, os encargos dos Utentes subiram + 0,9% e o número de embalagens dispensadas cresceu + 1,3%.

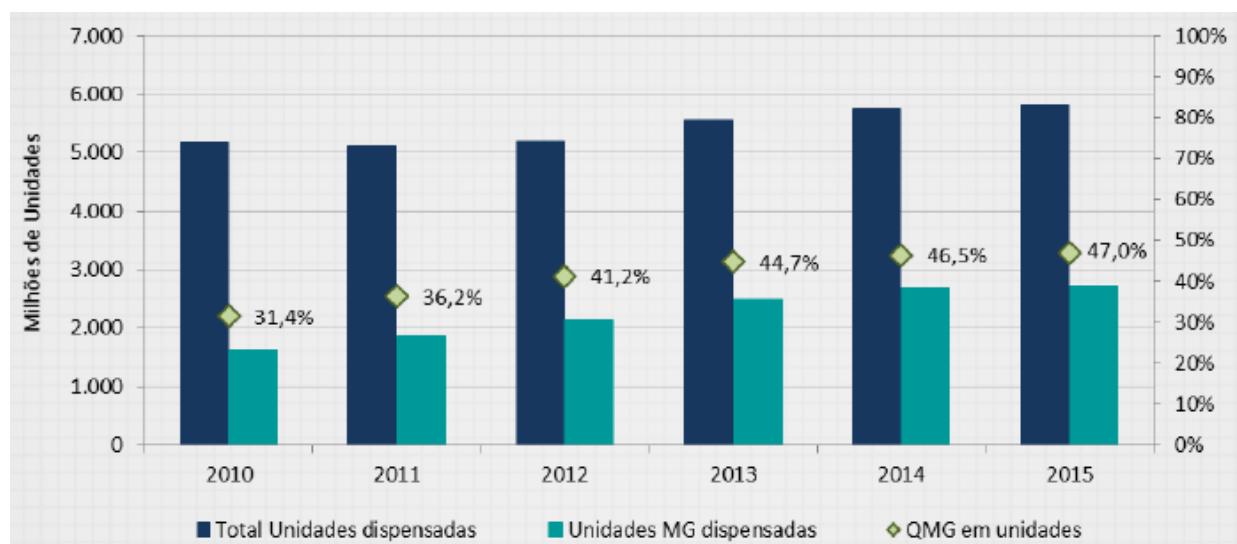
Figura 44. Evolução dos encargos do SNS com medicamentos em 2015



Fonte: INFARMED – Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS, dezembro de 2015

Importa ainda fazer uma referência à evolução registada ao nível do mercado de genéricos, onde a percentagem de unidades de medicamentos genéricos no total de medicamentos comparticipados pelo SNS atingiu 47% em 2015, o que representa um aumento de 0,51 pontos percentuais (p.p.) relativamente ao período homólogo, e de 15,6 p.p. em relação a 2010, conforme demonstra o quadro seguinte:

Figura 45. Evolução da Quota de medicamentos genéricos (MG) no SNS



Fonte: INFARMED – Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS, dezembro de 2015

18.7. Acesso ao SNS por parte de cidadãos estrangeiros

Nos termos da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, bem como de outra legislação avulsa aplicável, o Serviço Nacional de Saúde Português assegura o acesso de cidadãos estrangeiros, nas seguintes categorias:

- i. Cidadãos dos Estados-Membros da União Europeia, do Espaço Económico Europeu ou da Suíça, nos termos do direito aplicável da União Europeia;
- ii. Cidadãos de Países Terceiros¹, comumente designados por “cidadãos imigrantes” que fixam residência em Portugal;
- iii. Cidadãos de Países Terceiros abrangidos pelo âmbito de aplicação de Convenções Internacionais no domínio da Segurança Social que vinculam o Estado Português;

¹ Consideram-se Países Terceiros aqueles que não pertencem ao espaço da União Europeia ou do Espaço Económico Europeu.

- iv. Cidadãos de Países Terceiros abrangidos pelo âmbito de aplicação de Acordos de Cooperação no domínio da Saúde que vinculam o Estado Português;
- v. Cidadãos de Países Terceiros que visitam Portugal em situação de estada temporária ou visita turística.

18.7.1. Acesso de cidadãos estrangeiros ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde (Regime Evacuados)

Os Acordos de Cooperação Internacional no Domínio da Saúde visam assegurar, nas mesmas condições dos cidadãos nacionais, a assistência médica de doentes evacuados dos PALOP que se deslocam a Portugal, com o propósito de lhes serem prestados cuidados de saúde hospitalares e em regime de ambulatório no Serviço Nacional de Saúde, para os quais o sistema de saúde do país de origem não tem capacidade técnica para os prestar.

Estes doentes estão sujeitos a regras de procedimento de acesso ao Serviço Nacional de Saúde que os distinguem dos demais cidadãos estrangeiros que recorrem ao Serviço Nacional de Saúde, por força da aplicação dos referidos acordos de cooperação e adquirem o estatuto de doentes evacuados.

Não são abrangidos pelo âmbito dos Acordos de Cooperação no domínio da Saúde, os pedidos de assistência médica de cidadãos dos PALOP, que não tenham sido aprovados pela Junta Médica Nacional ou pela autoridade de saúde competente do PALOP, rececionados e validados pela Direção-Geral da Saúde.

Em termos operacionais, os instrumentos reguladores da cooperação internacional no domínio da Saúde com os PALOP são os seguintes:

- República de Cabo Verde - Decreto nº 24/77, de 03 de Março e Decreto nº 129/80, de 18 de Novembro
- República Democrática de S. Tomé e Príncipe – Decreto do Governo nº 25/77, de 03 de Março
- República Popular de Angola - Decreto do Governo nº 39/84, de 18 de Julho
- República da Guiné-Bissau - Decreto nº 44/92, de 21 de Outubro
- República Popular de Moçambique – Decreto do Governo nº 35/84, de 12 de Julho.

O fluxo de acesso verificado em referência ao ano de 2015, apresenta-se de seguida, em comparação com os anos anteriores.

Tabela 44. Evolução do movimento assistencial de doentes evacuados dos PALOP

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Var. 2015/2014
ANGOLA	0	0	0	0	11	38	245,5%
CABO VERDE	381	413	492	477	546	708	29,7%
GUINÉ - BISSAU	403	192	162	186	433	1.256	190,1%
MOÇAMBIQUE	6	1	5	12	18	30	66,7%
S.TOMÉ e PRÍNCIPE	194	197	182	188	209	260	24,4%
Total	984	803	841	863	1.217	2.292	88,3%

Fonte: DGS/DQS/DMD

Conforme se constata através da análise da tabela apresentada na página anterior, verifica-se um aumento significativo da atividade realizada no SNS em 2014 como resposta aos cidadãos dos PALOP ao abrigo Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde (Regime Evacuados), a qual decorre essencialmente das seguintes situações:

- Maior procura de tratamento no SNS por parte dos PALOP, por falta de capacidade técnica instalada naqueles países;
- Aumento da capacidade diagnóstica dos sistema de saúde dos PALOP (Cabo Verde e São Tomé e Príncipe) que determinou, por consequência, o aumento de pedidos de evacuação de doentes para tratamentos e intervenções clínicas em Portugal;
- Aumento de evacuações de Moçambique e de Angola que tradicionalmente não evacuavam doentes para Portugal.

REFLEXÕES PARA A AÇÃO FUTURA

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

Com efeito, o acesso a cuidados de saúde de qualidade é uma questão essencial no sistema de saúde e ganhou ainda mais relevância com a entrada em funções do XXI Governo Constitucional, ao definir como prioridade estratégica a redução das desigualdades e a melhoria do acesso à saúde no SNS.

Esta definição estratégica exige que todas as entidades do SNS valorizem cada vez mais a vertente do acesso na sua ação para a obtenção de ganhos em saúde.

Por outro lado, tornou-se essencial a promoção do recurso a boas práticas de utilização de instrumentos e sistemas de informação com importância no acesso a cuidados de saúde, vertidas na criação do SIGA SNS, o qual permitirá nos próximos anos melhorar a integração/articulação dos sistemas de gestão clínica, de informação ao cidadão e de gestão global das instituições.

O esforço na produção de informação e conhecimento sobre os prestadores é pois essencial para que os utentes sejam verdadeiramente agentes centrais do Sistema de Saúde em geral e do SNS em particular. Para além disso, desenvolvimento de mecanismos de Gestão Partilhada de Recursos no SNS (GPR SNS), que permitam melhorar o desempenho das instituições do SNS, rentabilizando a capacidade instalada, aumentando a eficiente, contribuirão para que seja possível assegurar o cumprimento integral dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos a todos os cidadãos.

É ainda necessário continuar a apostar no reforço da atividade realizada nos cuidados de saúde primários, no aumento da atividade hospitalar programada e efetuada dentro dos tempos de resposta clinicamente aceitáveis, no alargamento da oferta ao nível dos cuidados continuados integrados, nomeadamente na sua vertente de apoio domiciliário e de envolvimento dos cuidados informais, assim como na eliminação das barreiras que nos últimos anos foram sendo colocadas ao acesso adequado dos utentes ao SNS, como sejam o caso das taxas moderadoras e dos custos com os transportes de doentes não urgente.

Por último, importa referir que a evolução das necessidades em saúde exige a implementação de novos modelos de prestação de cuidados que consigam dar respostas adequadas aos problemas existentes e futuros. A integração de cuidados surge pois como um modelo de prestação que visa responder adequadamente aos desafios decorrentes das tendências epidemiológicas e sociodemográficas, devendo para isso ser reforçados os mecanismos de articulação e de

coordenação entre os vários serviços e instituições do SNS, no sentido de reforçar a complementaridade da sua atividade e assegurar a continuidade dos cuidados a todos os cidadãos.

A GPR SNS que já aqui referimos tem como objetivo aumentar a coordenação e a cooperação entre instituições públicas, permitindo rentabilizar a utilização dos recursos disponíveis no SNS, nomeadamente nas áreas da cirurgia, dos MCDT, das consultas externas e dos equipamentos, e aumentando a eficiência global do SNS.

Para operacionalização dos mecanismos que permitem implementar esta Partilhada de Recursos foi desenvolvida uma Plataforma Eletrónica de GPR SNS, a qual permite tornar visível, num único portal, informação sobre as disponibilidades de resposta existentes nas instituições do SNS (oferta) e sobre as necessidades existentes noutras instituições (procura), potenciando a aproximação entre estas duas realidades e possibilitando a partilha dos recursos físicos, técnicos e humanos para responder de forma mais eficaz e adequada às necessidades em saúde de toda a população servida pelo SNS a nível nacional.

Estes mecanismos de GPR SNS, conjuntamente com o desenvolvimento progressivo do SIGA SNS, com o reforço da importância do Portal do SNS e com outras iniciativas organizacionais que valorizam a melhoria da resposta aos utentes do SNS irão contribuir para reduzir as atuais desigualdades no acesso que se verificam em Portugal, para melhorar os resultados em saúde e para a obtenção de mais ganhos em saúde e bem-estar para toda a população.