



GOVERNO DE  
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**RELATÓRIO ANUAL SOBRE O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE  
NOS ESTABELECIMENTOS DO SNS E ENTIDADES  
CONVENCIONADAS  
(2014)**

(LEI Nº 15/2014, DE 21 DE MARÇO)

JULHO 2015

# ÍNDICE

ÍNDICE .....	2
ÍNDICE DE TABELAS .....	3
ÍNDICE DE FIGURAS .....	5
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS .....	6
CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS.....	8
SUMÁRIO EXECUTIVO .....	9
PRIMEIRA PARTE .....	12
REFORMA ORGANIZATIVA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE .....	12
1. Caracterização Genérica da Evolução da População .....	13
2. Cuidados de Saúde Primários .....	15
3. Cuidados Hospitalares .....	19
4. Cuidados Continuados Integrados.....	20
5. Articulação com o Setor Social e Convencionado .....	25
6. Sistemas de informação para a monitorização do acesso .....	27
6.1. <i>SICTH - Sistema Integrado para gestão do acesso à 1ª consulta especialidade hospitalar</i> .....	27
6.2. <i>SIGIC - Sistema Integrado de gestão de inscritos para cirurgia</i> .....	28
6.3. <i>SISO – Sistema de Informação para a Saúde Oral</i> .....	29
6.4. <i>SISBAS – Sistema de Informação sobre Benefícios Adicionais em Saúde</i> .....	29
6.5. <i>Sistema de Gestão de Transporte Não Urgente de Doentes</i> .....	30
6.6. <i>PDS - Plataforma de Dados da Saúde</i> .....	31
7. <i>Microsite</i> de Monitorização do SNS e <i>Dashboards</i> da Saúde.....	40
8. Prescrição eletrónica de Medicamentos e de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT).....	41
9. Diretiva Europeia de Cuidados Transfronteiriços e Acesso a cuidados de saúde .....	42
<b>SEGUNDA PARTE.....</b>	<b>45</b>
<b>ÁREAS ESPECÍFICAS DO ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE .....</b>	<b>45</b>
10. Programa Nacional de Vacinação .....	46
11. Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral .....	51
12. Linha Saúde 24 .....	54
13. Benefícios Adicionais em Saúde .....	61
14. Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio - Ajudas Técnicas.....	62
15. Procriação Medicamente Assistida.....	63
16. Sistema de Transporte Não Urgente de Doentes.....	64
17. Taxas Moderadoras .....	66
<b>TERCEIRA PARTE.....</b>	<b>68</b>
<b>SÍNTESE DE RESULTADOS COLIGIDOS A PARTIR DO RELATÓRIO ANUAL DAS INSTITUIÇÕES PRESTADORAS DE CUIDADOS.....</b>	<b>68</b>
18. Informação geral .....	69
19. Principais áreas de prestação de cuidados no SNS. Atividade assistencial e tempos de resposta .....	78
19.1. <i>Cuidados de Saúde Primários</i> .....	78
19.2. <i>Cuidados de Saúde Hospitalares</i> .....	80
19.3. <i>Cuidados Continuados Integrados</i> .....	90
19.4. <i>Atividade do Setor Convencionado</i> .....	97
19.5. <i>Meios complementares de diagnóstico e terapêutica em doenças cardiovasculares</i> .....	100
19.6. <i>Evolução do consumo de Medicamentos no SNS</i> .....	101
19.7. <i>Acesso ao SNS por parte de cidadãos estrangeiros</i> .....	103
19.7.1. <i>Acesso de cidadãos estrangeiros ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde (Regime Evacuados)</i> .....	104
19.8. <i>Evolução dos indicadores de saúde no SNS</i> .....	106
<b>REFLEXÕES PARA A AÇÃO FUTURA.....</b>	<b>111</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>113</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Evolução da população residente em Portugal (2010 a 2014) .....	13
Tabela 2: Composição dos ACES a nível nacional, em 2013 e 2014 .....	16
Tabela 3: Composição do ACES “tipo” a nível nacional, em 2014 .....	16
Tabela 4: Composição da Unidade Funcional “tipo” a nível nacional, em 2014 .....	16
Tabela 5: Inscritos nas UF de CSP em 2011, 2012, 2013 e 2014 .....	17
Tabela 6: Instalações de cuidados primários que entraram em funcionamento de 2012 a 2104 .....	18
Tabela 7: Número de instituições hospitalares do SNS em 2014 .....	19
Tabela 8: Evolução do número de camas em funcionamento da RNCCI por tipologia .....	20
Tabela 9: Evolução do número de camas por tipologia e região .....	21
Tabela 10: Número de camas em atividade por região de saúde .....	21
Tabela 11: Evolução do número de ECCI entre 2013 e 2014 .....	22
Tabela 12: Cobertura populacional da RNCCI .....	23
Tabela 13: Acordos celebrados no âmbito da RNCCI e entidades prestadoras .....	23
Tabela 14: Número de utentes SNS que beneficiaram do PNPSO .....	52
Tabela 15: Número de cheques emitidos por Grupo-Alvo no âmbito do PNPSO .....	52
Tabela 16: Número total de cheques utilizados no âmbito do PNPSO .....	53
Tabela 17: Caracterização do Atendimento na Linha Saúde 24 .....	54
Tabela 18: Caracterização das chamadas telefónicas na Linha Saúde 24, por módulo de atendimento .....	55
Tabela 19: Número de beneficiários e de pedidos realizados, valor e tipo de despesa, em 2014 .....	61
Tabela 20: Número de ajudas técnicas atribuídas pelos hospitais em 2014, por região de saúde .....	62
Tabela 21: Atividade do Programa de Procriação Médica Assistida 2011, 2012 e 2013 .....	63
Tabela 22: Número de utentes transportados com registo no SGTD em 2012, 2013 e 2014 .....	64
Tabela 23: Número de prestações realizadas aos utentes transportados com registo no SGTD .....	65
Tabela 24: Evolução das Isenções/ Dispensas de pagamento de Taxas Moderadoras entre 2011e 2014 .....	66
Tabela 25: Relatórios elaborados pelas instituições do SNS, por região de saúde .....	69
Tabela 26: Referência órgãos de participação/consulta, apoio e gabinete do utente/cidadão .....	69
Tabela 27: Sistemas de informação em uso no(s) setor(es) que envolve(m) o acesso a cuidados .....	70
Tabela 28: Outros aspetos de regulação, organização e controlo interno com reflexo acesso .....	71
Tabela 29: Constituição estrutura multidisciplinar interna para implementação da carta dos direitos de acesso .....	71
Tabela 30: Suporte de regulação de procedimentos para a implementação da carta de direitos de acesso .....	72
Tabela 31: Definição de indicadores de resultados na componente do acesso e de produção, pela própria instituição ou de acordo com instância(s) de contratualização .....	72
Tabela 32: Os indicadores resultados na componente de acesso e de produção tem em conta os Tempos Resposta .....	72
Tabela 33: Utilização de indicadores de resultados direcionados ao acesso, a todos os níveis (verticais e horizontais) .....	72
Tabela 34: Análise periódica pela instituição utilizando indicadores de resultados direcionados ao acesso .....	73
Tabela 35: Existência de planos especiais de monitorização e correção de desvios e/ou incumprimento de objetivos .....	73
Tabela 36: Revisão crítica regular da relevância e atualidade dos indicadores utilizados .....	73
Tabela 37: Existência de procedimentos de controlo para minimizar o risco de erros, insuficiência, inadequação e eventual desvirtuação de informação .....	74
Tabela 38: Fixação, pela instituição, de Tempos de Resposta Garantidos .....	74
Tabela 39: Integração, pela instituição, dos Tempos de Resposta Garantidos nos Planos e Relatórios de Atividades .....	74
Tabela 40: Integração dos Tempos de Resposta Garantidos no Contrato-programa/ Plano de Desempenho da instituição .....	74

Tabela 41. Afixação de informação atualizada relativa aos Tempos de Resposta Garantidos em locais de fácil acesso e consulta, para os diversos tipos de prestações e por patologia ou grupos de patologia. ....	75
Tabela 42. Disponibilização na internet de informação atualizada sobre as atividades/serviços disponíveis, a capacidade instalada e os respetivos Tempos de Resposta Garantidos, nas diversas modalidades de prestação de cuidados .....	75
Tabela 43. Existe comprovativo, mediante registo ou impresso próprio, da prestação de informação aos utentes no ato de pedido ou marcação de consulta, tratamento ou exame, sobre os TRG para prestação dos cuidados. ....	75
Tabela 44. Estão definidos procedimentos para informar os utentes sobre o TMRG, para lhe serem prestados os respetivos cuidados no estabelecimento para o qual é referenciado, no caso de referência para outra unidade de saúde. ....	75
Tabela 45. O Relatório anual sobre o acesso foi divulgado e publicado em suporte autónomo ou consta do Relatório de Atividades e/ou Plano de Desempenho. ....	76
Tabela 46. As reclamações e/ou sugestões relativas ao acesso são objeto de tratamento próprio, independentemente da sua génese/proveniência. (Gabinete do Utente, Entidade Reguladora da Saúde).....	76
Tabela 47. As sugestões e reclamações ou outras formas de participação dos utentes/cidadãos na melhoria do acesso são integradas na avaliação e medidas de correção. ....	76
Tabela 48. A Entidade Reguladora da Saúde promoveu diligências, intervenções ou outras medidas junto da instituição, em resultado de reclamações relativas ao acesso a cuidados de saúde. ....	77
Tabela 49. Foram constituídos/abertos processos sancionatórios em resultado e/ou mero incumprimento da Lei. ....	77
Tabela 50. O Relatório sobre o Acesso foi objeto de auditoria pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde. ....	77
Tabela 51. As reclamações, sugestões e comentários comunicados à DGS, no âmbito do projeto “SIM Cidadão”. ....	77
Tabela 52. Evolução da utilização de consultas médicas nos cuidados de saúde primários entre 2011 e 2014 .....	78
Tabela 53. Número de consultas hospitalares no SNS, nas especialidades com maior atividade em 2013 e 2014.....	81
Tabela 54. Número de pedidos de consulta inscritos nos anos de 2013 e 2014, por região de saúde e entidades não SNS	82
Tabela 55. Dinâmica dos pedidos inscritos em consulta entre 2011 e 2014 .....	82
Tabela 56. Consultas realizadas em 2014, segundo a prioridade atribuída no pedido e a prioridade na triagem .....	83
Tabela 57. Número de consultas realizadas e tempo médio de resposta ao pedido de consulta, em dias, segundo a prioridade na triagem, segundo o destino dos pedidos.....	83
Tabela 58. Tempo médio de resposta e mediana desde a realização da 1ª consulta (consultas realizadas*). ....	84
Tabela 59. Evolução global da oferta cirúrgica entre 2006 e 2014 .....	86
Tabela 60. Evolução dos indicadores de procura entre 2006 e 2014 .....	87
Tabela 61. Uteses referenciados por tipologia e região no âmbito da RNCCI .....	92
Tabela 62: Tempo de referência até identificação de vaga.....	93
Tabela 63: Uteses assistidos .....	93
Tabela 64. Encargos suportados pelo SNS com convenções e indicadores da procura.....	97
Tabela 65. Encargos e número de exames no setor convencionado, por área de convenção. ....	98
Tabela 66. Variação do número de Endoscopias Digestivas Baixas realizadas no Setor Convencionado. ....	99
Tabela 67. Variação do número de Endoscopias Digestivas Baixas realizadas nos Hospitais do SNS.....	99
Tabela 68. Doenças cardiovasculares MCDT: intervenções realizadas em 2012, 2013 e 2014 - Cateterismo cardíaco.....	100
Tabela 69. Doenças cardiovasculares MCDT: intervenções realizadas nos anos de 2012, 2013 e 2014 - Implantação de pacemaker cardíaco. ....	100
Tabela 70. Análise da evolução dos custos em medicamentos por embalagem, para o SNS e Utente .....	101
Tabela 71. Evolução da Taxa de Comparticipação Média SNS de medicamentos .....	102
Tabela 72. Evolução do número de receitas de medicamentos dispensadas e conferidas.....	102
Tabela 73. Evolução do movimento assistencial de doentes evacuados dos PALOP - 2004-2014 .....	104
Tabela 74. Evolução indicadores de Saúde em Portugal, para o período 2010 a 2014 .....	106

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Evolução do Índice Sintético de Fecundidade em Portugal, de 2004 a 2014 .....	13
Figura 2: Evolução da Taxa Bruta de Natalidade em Portugal, de 2004 a 2014 .....	14
Figura 3: Evolução da Esperança de Vida à Nascença e aos 65 ano, por sexo, em Portugal, de 1990 a 2014 .....	14
Figura 4: Evolução do lugares totais da RNCCI entre 2013 e 2014 .....	22
Figura 5: Resumo dos portais específicos da PDS.....	31
Figura 6. - PNV Recomendado. Cobertura vacinal por coorte, vacina e dose. Avaliação 2014, no Continente.....	47
Figura 7. PNV Cumprido. Cobertura vacinal por coorte e vacina. Avaliação 2014, no Continente .....	48
Figura 8. Vacina VASPR 2. Cobertura vacinal por coorte. Avaliação 2014, no Continente.....	49
Figura 9. Vacinação atempada para vacinas VHB 2 , DTPaHibVIP 1, VASPR 1 e MenC. Avaliação 2014, Continente .....	49
Figura 10. Avaliação da cobertura da vacina HPV por coorte e número de dose, no Continente .....	50
Figura 11. Distribuição das chamadas no Centro de Atendimento do SNS.....	55
Figura 12. Média de chamadas por dia da semana no Centro de Atendimento do SNS.....	56
Figura 13. Média de chamadas por hora no Centro de Atendimento do SNS .....	56
Figura 14. Caracterização do Módulo TAE do Centro de Atendimento do SNS .....	57
Figura 15. Algoritmo do Módulo TAE, por grupo etário, utilizado pelo Centro de Atendimento do SNS .....	57
Figura 16. Tipo de Encaminhamento do Módulo TAE do Centro de Atendimento do SNS .....	58
Figura 17. Encaminhamento realizado pelo Centro de atendimento do SNS a utentes > 65 anos, no Módulo TAE .....	58
Figura 18. Chamadas segundo intenção inicial versus disposição final, no Módulo TAE do Centro de Atendimento do SNS.....	59
Figura 19. Chamadas segundo intenção inicial versus disposição final, no Módulo TAE do Centro de Atendimento do SNS.....	59
Figura 20. Caracterização dos Contactos na Linha de Saúde Pública .....	60
Figura 21. Caracterização dos motivos de atendimento na Linha de Saúde Pública .....	60
Figura 22. Caracterização do Atendimento no Módulo de Informação Geral de Saúde .....	60
Figura 23. Evolução do Número de utentes transportados com registo no SGTd, por ARS.....	64
Figura 24. Evolução do Número de prestações realizadas aos utentes transportados com registo no SGTd, por ARS .....	65
Figura 25. Evolução do número de receitas renováveis entre 2011 e 2014 .....	79
Figura 26. Evolução do número de consultas externas hospitalares (EPE+SPA+PPP) entre 2005 e 2014 .....	80
Figura 27. Evolução do número de primeiras consultas externas hospitalares (EPE+SPA+PPP) entre 2005 e 2014.....	80
Figura 28. Percentagem de consultas realizadas em 2014, dentro e fora dos TMRG .....	84
Figura 29. Percentagem de consultas realizadas em 2014 prioritárias e muito prioritárias, dentro e fora dos TMRG e, destas, as realizadas em mais de 150 dias, por região de saúde e entidades não SNS .....	85
Figura 30. Evolução do número total de operados a cargo do SNS entre 2006 e 2014 .....	86
Figura 31. Diagrama referente às notas de transferência e vales cirurgia emitidos em 2014 .....	87
Figura 32. Tempo de resolução da LIC (em meses) entre 2006 e 2014.....	88
Figura 33. Evolução dos atendimentos urgentes entre 2011 e 2014 .....	88
Figura 34. Percentagem de atendimentos por tipologia de serviços de urgência, em 2014.....	89
Figura 35. Distribuição de atendimentos de acordo com a triagem de Manchester .....	89
Figura 36. Origem dos utentes referenciados no âmbito da RNCCI .....	90
Figura 37. Distribuição percentual da origem da referência em cada região, no âmbito da RNCCI.....	91
Figura 38: Referência para as diferentes tipologias de cuidados no âmbito da RNCCI. ....	91
Figura 39. Evolução dos encargos do SNS com medicamentos em 2014 .....	101
Figura 40. Evolução da Quota de medicamentos genéricos (MG) no SNS .....	102

## 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  
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  
LBS – Lei de Bases da Saúde  
LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia  
MCDT- Meios complementares de diagnóstico e terapêutica  
MCSP – Missão Para os Cuidados Primários de Saúde  
NM – Neoplasia maligna  
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico  
PDS – Plataforma de Dados em Saúde  
PMA – Procriação Medicamente Assistida  
PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral  
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
RNDVCV – Registo Nacional das Doenças Cardiovasculares  
RNU – Registo Nacional do Utente (SNS)  
RRH – Rede de Referenciação Hospitalar  
RSE – Registo de Saúde Eletrónico  
SAM - Sistema de Apoio ao Médico/ gestão clínica  
SAPA - Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio - Ajudas Técnicas  
SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem/ gestão clínica

SICA – Sistema de Informação para a Contratualização  
SIGIC – Sistema 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 1529/2008, de 26 de dezembro, que fixa os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) para todo o tipo de prestações de cuidados de saúde sem carácter de urgência.

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

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

O relatório deste ano mantém a estrutura de anos anteriores, a qual foi definida com base numa proposta inicial apresentada pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), a que acresceram sugestões de diversas outras entidades, nomeadamente 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).

## SUMÁRIO EXECUTIVO

Os sistemas de saúde encontram-se inseridos num mundo onde a mudança ocorre de forma cada vez mais frequente, rápida e complexa e onde as necessidades da população evoluem para novos paradigmas, o que exige uma flexibilidade e adaptabilidade que permita responder com eficácia e eficiência aos novos desafios.

De entre estes desafios, e para além do envelhecimento da população que origina uma maior necessidade de consumo de recursos em saúde, das mudanças epidemiológicas e demográficas que aumentam a preponderância das doenças crónicas e degenerativas e do aumento das expectativas e exigências dos cidadãos, importa ainda destacar os desafios colocados pela inovação científica no tratamento da doença ou pela enorme melhoria que se tem registado nos últimos anos ao nível das tecnologias de informação que apoiam as práticas clínicas e a gestão das organizações de saúde.

É encontrando as respostas necessárias para estes e outros desafios que o Serviço Nacional de Saúde Português tem respondido de forma adequada à população, exigindo aos vários agentes que adotem uma atitude de enorme rigor e responsabilidade na gestão do bem público, com o objetivo de manter elevados padrões de desempenho assistencial e uma resposta cada vez mais eficiente e efetiva às necessidades em saúde da população, mesmo em tempo de adversidade excecional.

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

Ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP), importa destacar que existem **cerca de 9 milhões de utentes que têm médico de família atribuído** (8.982.846) e que se registou um aumento do acesso no SNS em 2014, não só em termos do número de utilizadores, como também em relação ao aumento da produção de consultas realizadas. De facto, e pelo terceiro ano consecutivo, **mais de 7 milhões de utentes acederam a pelo menos uma consulta médica neste período, ou seja, apenas 80% dos utentes com médico de família recorrem, por uma vez que seja, a consulta anual nos centros de saúde do SNS**. Em média, cada português teve 2,9 consultas com o médico de família, em linha com o observado em 2012 e 2013. Em simultâneo com o crescimento da atividade médica nos cuidados de saúde primários, registaram-se também mais de 15,6 milhões de consultas de enfermagem em 2014, o que representa um crescimento de 6,9%, face a 2013 (+ 1 milhão de consultas de enfermagem).

Em relação aos cuidados hospitalares, regista-se também uma tendência de crescimento da atividade realizada em relação ao período homólogo, com **ligeiros aumentos no número de consultas externas, de urgências e com a estabilização da atividade cirúrgica**. Mais em detalhe, e analisando as consultas médicas hospitalares, observa-se um crescimento contínuo (+0,9%), tendo sido realizadas, em 2014, mais 189.372 consultas médicas no universo hospitalar que em igual período de 2013. 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, demonstrando uma significativa melhoria face a 2013 (73%) e a 2012 (70%). Em 2014, o tempo médio de resposta ao pedido de consulta foi de 115,3 dias (120,1 dias em 2013 e 122,9 dias em 2012) e a mediana do tempo até à realização da primeira consulta foi de 81,5 dias (80,8 dias em 2013 e 81,5 dias em 2012).

Em 2014, constatamos que **foram alvo de intervenção cirúrgica 549.560 inscritos para cirurgia, o que representa um aumento de 1% face ao ano anterior**, e um crescimento de 59% face a 2006 (9 anos). Também em 2014 o **número de doentes propostos para cirurgia foi superior ao de 2013 (+0,7%)**, o que representa um crescimento de 43% face a 2006 (9 anos) e demonstra um fortalecimento do acesso a cirurgia. O número de inscritos para cirurgia aumentou em 4,4% face ao ano anterior e **a percentagem de inscritos que ultrapassam os TMRG reduziu-se 5,5%** em relação a 2013, o que permitiu reduzir para 12,8% a percentagem dos doentes que não foram operados dentro dos tempos de resposta garantida, sendo este o **resultado mais baixo de sempre no SNS para este indicador**.

Em termos de resposta do SNS através do setor social e convencionado, verificamos que **em 2014 foram realizados quase 60 milhões de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT)**, sendo que 80% desses foram da área das análises clínicas. Ainda em relação aos MCDT, importa destacar a área das endoscopias gastroenterológicas, em relação à qual **aumentou em 29,4% (+ 34.763) o número de colonoscopias efetuadas no setor convencionado e 3,3% (+ 3.745) aquelas que foram realizadas nos Hospitais do SNS**, de 2013 para 2014.

Quanto aos cateterismos cardíacos, em 2014 e face ao ano anterior, verificou-se um aumento de 10,63% no número de intervenções realizadas face ao ano anterior, e um aumento dos pacemakers cardíacos em 4,9%.

Ao nível dos cuidados continuados integrados, constata-se que o número de utentes referenciados para a Rede, em 2014, foi de 41.657, o que representa um acréscimo significativo face a 2013 (+4,4%). No total acumulado de utentes referenciados para a Rede, desde o seu início em 2006, foram já atendidos 216.600 utentes. **Os lugares de internamento da RNCCI cresceram 7,8% em 2014**, existindo um total de 7.160 camas, no final de 2014. Os lugares em Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) representam 77,6% do total de novas camas, representando atualmente esta tipologia 57,2% dos lugares de internamento disponíveis. A nível nacional, a demora média em unidades de convalescença é de 34 dias, 79 em unidades de média duração e reabilitação, 164 em unidades de longa duração e manutenção e 142 em equipa de cuidados continuados, que representa o apoio domiciliário da Rede.

Merecem também destaque outras áreas abordadas neste Relatório do Acesso 2014, tais como o aumento do número de camas disponíveis no SNS, conjugando a resposta oferecida pelos hospitais com o crescimento registado na Rede de Cuidados Continuados Integrados, o **aumento de 2,6% no número de embalagens de medicamentos dispensadas e de 3,5% no número de unidades dispensadas aos utentes do SNS em 2014**, quando comparado com o período homólogo de 2013, o Plano Nacional de Vacinação, onde foi alcançada a meta de 95% para todas as doses, de todas as vacinas, em todas as idades em avaliação e a Linha Saúde 24, onde se registou um acréscimo de volume de atividade, tendo sido efetuados mais de 805 mil contactos em 2014, o que representa um aumento de 11,6% em relação a 2013.

Numa outra perspetiva, importa referir que se verificou em 2014 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 41,0% neste movimento assistencial entre 2013 e 2014.

Por último, este Relatório do Acesso apresenta várias evidências que comprovam a **evolução positiva que se tem destacado nos principais indicadores de saúde** que servem para monitorizar os Sistemas de Saúde a nível internacional, com especial destaque para a melhoria ao nível das várias taxas de mortalidade analisadas, para o aumento da esperança de vida da população, entre outras, em resultado do impacto positivo promovido pelas várias medidas de garantia da sustentabilidade e de melhoria do acesso e da qualidade que têm vindo a ser implementadas em Portugal nos últimos anos (referidas em vários estudos e análises que têm vindo a ser desenvolvidas a nível nacional e internacional).

As melhorias registadas no SNS que este relatório documenta são ainda mais relevantes quando consideramos a diminuição da população que se tem registado nos últimos anos, ou seja, o aumento de acesso e de produção registada no SNS ocorreu num quadro em que a população residente diminuiu 52.479 residentes de 2013 para 2014 (-0,5%), confirmando uma tendência de diminuição da população que se tem vindo a registar nos últimos anos (-1,9% de 2010 para 2014).

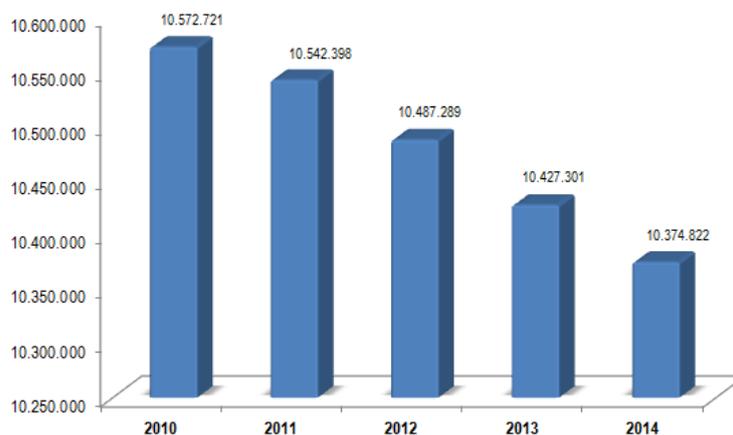
## **PRIMEIRA PARTE**

### **REFORMA ORGANIZATIVA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE**

## 1. CARACTERIZAÇÃO GENÉRICA DA EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO

A população residente em Portugal no final de 2014 ascendia a 10.374.822, considerando o continente e as regiões autónomas, tendo-se vindo a registar uma diminuição nos últimos anos nesta população residente (-1,9% de 2010 para 2014), conforme demonstra a tabela seguinte:

Tabela 1: Evolução da população residente em Portugal (2010 a 2014)

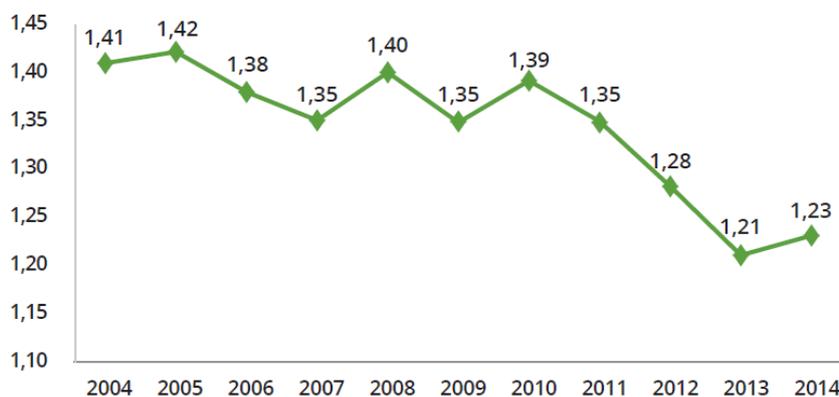


Fonte: INE, 2015

Analisando a informação complementar que é disponibilizada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) sobre a evolução da população Portuguesa, constatamos ainda que o saldo natural se mantém negativo desde 2009 (óbitos superam nados vivos) e que também o saldo migratório é igualmente negativo, uma vez que a emigração ultrapassa a imigração desde 2011.

Já no que se refere à evolução do índice sintético de fecundidade (número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil, dos 15 aos 49 anos de idade), constata-se que o mesmo tem vindo a decrescer nos últimos anos (conforme se apresenta na Figura 1), sendo em 2014 de 1,23 (valor abaixo do índice de renovação geracional que é estimado em 2,1).

Figura 1: Evolução do Índice Sintético de Fecundidade em Portugal, de 2004 a 2014



Fonte: INE, 2015

Importa ainda ter presente que também em relação à taxa de natalidade se tem registado uma diminuição dos valores alcançados nos últimos anos. De facto, considerando a população média, a natalidade atingiu a taxa de 7,9 nados vivos por 1 000 habitantes em 2014, valor mais baixo desde 2004 (igual ao registado em 2013), conforme se apresenta na figura seguinte.

Figura 2: Evolução da Taxa Bruta de Natalidade em Portugal, de 2004 a 2014



Fonte: INE, 2015

A transição demográfica que agora se verifica associa a baixa natalidade à proporção crescente de cidadãos residentes com 65 e mais anos, fazendo com que atualmente 2,1 milhões de portugueses tenham 65 ou mais anos, dos quais 1 milhão de idade superior a 75 anos. Entre estes, 260 mil têm mais de 85 anos, e mais de 4 mil têm 100 ou mais anos.

Este comportamento está associado ao aumento que se tem registado na esperança de vida ao nascer que, em 10 anos, registou um aumento de dois anos, tendo diminuído a diferença entre os sexos feminino e masculino, conforme se apresenta na seguinte figura.

Figura 3: Evolução da Esperança de Vida à Nascimento e aos 65 ano, por sexo, em Portugal, de 1990 a 2014



Fonte: INE, 2015

## 2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os cuidados de saúde primários (CSP) constituem, idealmente, o primeiro ponto de contacto com os serviços que compõem o SNS, o que justifica a atenção particular e a prioridade que lhes tem sido dada nos últimos anos, concretizada na reforma dos cuidados de saúde primários em curso no nosso País.

Com efeito, 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 UF assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica.

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

O desenvolvimento organizacional que tem ocorrido nos últimos anos nos cuidados de saúde primários constitui-se como um processo evolutivo e de melhoria contínua que concorre decisivamente para a sustentabilidade económica, financeira e funcional do SNS.

De facto, o atual modelo organizativo dos cuidados de saúde primários é mais complexo do que o modelo de “comando - controlo” que tradicionalmente vigora na Administração Pública, tratando-se de um modelo que aposta fortemente na autonomia, responsabilização, flexibilidade organizativa e de gestão, desburocratização, modernização, trabalho em equipa, melhoria contínua da qualidade, prestação de contas e avaliação do desempenho a todos os níveis, exigindo mais conhecimento, qualificação, capacidade, rigor e espírito construtivo por parte de todos os intervenientes no processo.

Na tabela seguinte apresenta-se uma súmula da mais recente organização em termos de cuidados de saúde primários no SNS, destacando-se a entrada em funcionamento de 24 novas USF em 2014 (passando a existir 418 USF, +6% do que em 2013) e de mais 19 UCC (passando a existir 237 UCC, +9% do que em 2013):

Tabela 2: Composição dos ACES a nível nacional, em 2013 e 2014

	Portugal Continental		
	2013	2014	Var 14/13
Nº TOTAL USF	394	418	6%
Nº USF modelo A	213	225	6%
Nº USF modelo B	181	193	7%
Nº UCSP	464	442	-5%
Nº UCC	218	237	9%

Fonte: ACSS-SIM@SNS

O ACES “tipo” em 2014 tinha as seguintes características:

Tabela 3: Composição do ACES “tipo” a nível nacional, em 2014

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

Fonte: ACSS-SIM@SNS

Ao um nível mais micro, constata-se que, em 2014, uma UF “tipo” (USF ou UCSP) tinha as seguintes características:

Tabela 4: Composição da Unidade Funcional “tipo” a nível nacional, em 2014

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

Fonte: ACSS-SIM@SNS

Analisando mais em detalhe as USF e UCSP, e no que especificamente se refere ao número de inscritos, constata-se que, no final de 2014, o número de utentes que tinham médico de família atribuído ascendia a 8.744.015, sendo que o número de utentes sem médico de família atribuído era de 1.478.271, conforme consta da tabela seguinte.

Refira-se ainda a forte tendência de melhoria que se tem registado nos últimos meses em relação ao número de utentes que não têm médico de família atribuído, na medida em que este número já atingia os 1.347.100 utentes em fevereiro de 2015 e os **1.192.273 (11,7%) utentes sem médico de família atribuído em junho de 2015, valor mais baixo de sempre**, de entre a série de dados disponíveis.

Tabela 5: Inscritos nas UF de CSP em 2011, 2012, 2013 e 2014

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%
<b>TOTAL</b>	<b>807</b>	<b>11.095.551</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.838.795</b>	<b>16,6%</b>

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%
<b>TOTAL</b>	<b>822</b>	<b>11.147.468</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.660.609</b>	<b>14,9%</b>

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 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%
<b>TOTAL</b>	<b>852</b>	<b>10.205.669</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.332.425</b>	<b>13,1%</b>

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 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%
<b>TOTAL</b>	<b>860</b>	<b>10.222.286</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.478.271</b>	<b>14,5%</b>

Fonte: SIM@SNS

A 31 de dezembro de 2014, encontravam-se em atividade 418 USF que abrangiam 5.045.671 utentes o que, face à situação de partida no final do ano de 2013, representa um **aumento de 311.746 utentes servidos por USF** (49,4% dos utentes estavam inscritos em USF no final de 2014).

Importa ainda referir que a melhoria da estrutura de oferta de cuidados de saúde primários que se tem registado nos últimos anos tem impacto na melhoria dos níveis de acesso e de produção que se têm vindo a registar, conforme se apresenta mais em detalhe adiante, no ponto 19.1. deste Relatório, com destaque para o **aumento do número de consultas presenciais (+0,3% do que em 2013) e não presenciais (+1,3%) que se registou em 2014**, ano em que **mais de 7 milhões de portugueses obtiveram pelo menos uma consulta médica** nos cuidados primários.

Para além da evolução que se registou ao nível da organização dos cuidados de saúde primários em 2014, importa ainda considerar que se procedeu à abertura de novas instalações para a prestação de cuidados de saúde primários à população, nomeadamente aqueles que se identificam na tabela seguinte:

**Tabela 6: Instalações de cuidados primários que entraram em funcionamento de 2012 a 2014**

ARS	2012	2013	2014
ARS Norte	Baião	Carandá/Pedralva; SUB Moimenta da Beira	Terras de Bouro
ARS Centro	S. Pedra Alva; Almagreira; Barcouço/Mealhada.	Samuel/Soure; Abiú; Juncal/Porto de Mós; Ceira; S. Pedro do Sul.	
ARS LVT	Tap. Mercês; Quinta do Conde.	Alhandra; Golegã; Póvoa de St. Adrião.	Belas; Barreiro; Pontinha; Vimeiro; Foros de Salvaterra; Moscavide.
ARS Alentejo	Redondo; Portel; Arraiolos; Vila Viçosa.	Garvão	Urra; Montargil.
ARS Algarve	Portimão		
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>9</b>

Os investimentos aqui referidos permitiram a criação de melhores condições físicas para a prestação de cuidados de saúde primários à população, assegurando-se assim os requisitos legais e regulamentares para que esta prestação ocorra com qualidade e segurança, para os profissionais e para os utentes.

### 3. CUIDADOS HOSPITALARES

A oferta hospitalar portuguesa é um ativo significativo e um dos mais importantes investimentos realizados nas últimas décadas na construção de um SNS de acesso universal para responder a uma procura de cuidados de saúde cada vez mais sofisticada e exigente por parte dos cidadãos. A crescente complexidade, especialização e inovação associada à prestação de cuidados de saúde nos hospitais impõem um permanente desafio à sua gestão.

O programa de empresariação dos hospitais, já conta cerca de 10 anos, sendo que a criação dos hospitais empresa é um meio, e não um fim, que tem como propósito a modernização dos hospitais, a agilização da sua capacidade de resposta à população e a gestão mais eficiente da aplicação dos recursos públicos. A natureza da própria missão dos hospitais, exige que a atividade de cada unidade tenha um foco especial no seu objetivo primordial: servir o doente da forma mais qualificada, mais célere, mais eficaz e mais humana.

Simultaneamente, foram também implementados nos últimos anos vários movimentos de integração das estruturas de prestações de cuidados de saúde, quer numa ótica de “integração horizontal” dessas estruturas, como é o caso da criação dos Centros Hospitalares, quer numa ótica de “integração vertical”, como é o caso das Unidades Locais de Saúde.

Independentemente do sentido desta integração de estruturas, o objetivo comum passa por atribuir uma maior coerência e capacidade de resposta no desempenho das funções que lhes compete assegurar, eliminando redundâncias, otimizando os recursos existentes para simplificação e melhoria do modelo de governação e qualidade do serviço, e aumentando a sua eficiência na obtenção de resultados em saúde para a população.

No ano de 2014, as instituições hospitalares do SNS cumpriram o desafio de, contando com recursos limitados, continuarem a responder às necessidades de cuidados de saúde dos cidadãos, numa perspetiva de articulação e de complementaridade entre si, promovendo soluções concretas e respostas adequadas que permitiram manter elevados níveis de qualidade e de acesso alcançados no últimos anos e aumentar e sua eficiência operacional.

O número de instituições hospitalares existentes no SNS em finais de 2014, por estatuto, era a seguinte:

**Tabela 7: Número de instituições hospitalares do SNS em 2014**

	2014
<b>Entidades do Setor Empresarial do Estado</b>	<b>39</b>
<b>Hospitais e centros Hospitalares</b>	<b>31</b>
<b>Unidades Locais de Saúde</b>	<b>8</b>
<b>Entidades do Setor Público Administrativo</b>	<b>7</b>
<b>Parcerias Público Privadas</b>	<b>4</b>
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>

Fonte: Elaboração Própria, dados da ACSS - RNCCI

## 4. 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 internamento com um tipo de abordagem e orientação distinto do 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.

Analisando a evolução da disponibilidade de lugares por tipologia de internamento, constata-se que, em relação a 2013, **augmentaram em 518 o número de lugares de internamento**, representando um crescimento de 7,8% e existindo, no final de 2014, um total de 7.160 camas contratadas na RNCCI, conforme demonstra a tabela seguinte.

Tabela 8: Evolução do número de camas em funcionamento da RNCCI por tipologia

Tipologia de Internamento	Nº de camas contratadas 31-12-2010	Nº de camas contratadas 31-12-2011	Nº de camas contratadas 31-12-2012	Nº de camas contratadas 31-12-2013	Nº de camas contratadas 31-12-2014	Var. % 2014/2013	Var. % 2014/2010
Unidades de Convalescença	682	906	867	860	860	0%	26%
Unidades de Média Duração e Reabilitação	1.497	1.747	1.820	1.895	2.021	6,6%	35%
Unidades de Longa Duração e manutenção	2.286	2.752	3.031	3.692	4.094	10,9%	79%
Unidades de Cuidados Paliativos	160	190	193	195	185	-5,1%	16%
<b>TOTAL</b>	<b>4.625</b>	<b>5.595</b>	<b>5.911</b>	<b>6.642</b>	<b>7.160</b>	<b>7,8%</b>	<b>54,8%</b>

Fonte: Elaboração Própria, dados da ACSS - RNCCI.

O crescimento observado é essencialmente alicerçado em lugares de ULDM, dado que representam 77,6% do total de novas camas criadas em 2014.

A tipologia de ULDM representa, atualmente, 57,2% dos lugares de internamento disponíveis na RNCCI.

A nível regional, as regiões em que mais cresceu o número de camas é o Centro (10,1%), com crescimento de ULDM e UMDR, seguido do Norte (9,6%) com crescimento de ULDM e UMDR. Houve um crescimento de 16,1% de camas de UMDR em LVT e em ULDM no Norte. Na região Norte registou-se um movimento de redução de camas de UCP, compensado pela criação de novas camas de UMDR e ULDM.

**Tabela 9: Evolução do número de camas por tipologia e região**

Evolução do N.º de Camas de 2013 para 2014						
Tipologia de Internamento	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
Unidades de Convalescência	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Unidades de Média Duração e Reabilitação	4,3%	4,9%	16,1%	0,0%	0,0%	6,6%
Unidades de Longa Duração e manutenção	16,1%	15,7%	7,8%	0,2%	0,0%	10,9%
Unidades de Cuidados Paliativos	-21,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-5,1%
<b>TOTAL</b>	<b>9,6%</b>	<b>10,1%</b>	<b>9,1%</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,0%</b>	<b>7,8%</b>

Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2014

O número de lugares de internamento em atividade por região e tipologia, em 2014, encontra-se na tabela seguinte.

**Tabela 10: Número de camas em atividade por região de saúde**

Número de Camas por região, em 2014						
Tipologia de Internamento	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
Unidades de Convalescência	297	202	157	135	69	860
Unidades de Média Duração e Reabilitação	576	637	518	186	104	2.021
Unidades de Longa Duração e manutenção	1.293	1.152	910	425	314	4.094
Unidades de Cuidados Paliativos	36	45	77	17	10	185
<b>TOTAL</b>	<b>2.202</b>	<b>2.036</b>	<b>1.662</b>	<b>763</b>	<b>497</b>	<b>7.160</b>

Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2014

Analisando agora a evolução do número de ECCI em atividade no final de 2014, constatamos que o mesmo cresceu cerca de 3% em relação a 2013, com o maior crescimento a registar-se no Centro (+13%), seguido do Alentejo (cerca de 3%), conforme demonstra o quadro seguinte.

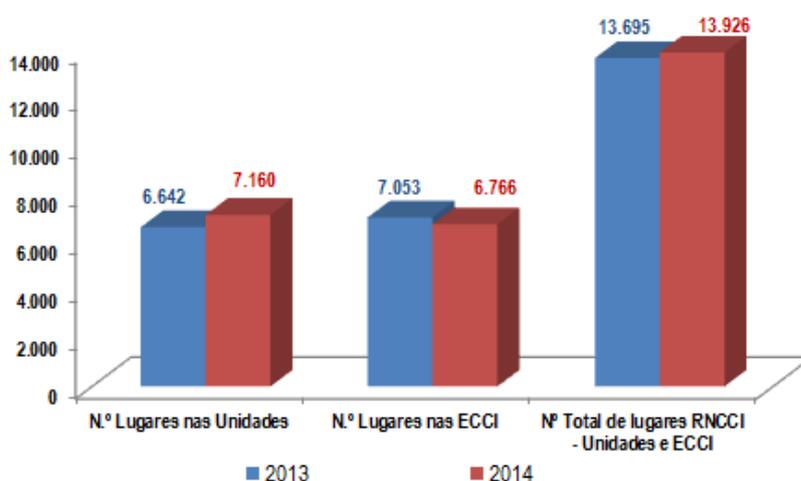
Tabela 11: Evolução do número de ECCI entre 2013 e 2014

Número de ECCI por região, em 2014				
Tipologia de ECCI	31.12.2012	31.12.2013	31.12.2014	Var. 2014/2013
Norte	84	85	84	-1%
Centro	40	54	61	13,0%
LVT	54	60	60	0,0%
Alentejo	35	36	37	2,8%
Algarve	30	32	32	0%
<b>TOTAL</b>	<b>243</b>	<b>267</b>	<b>274</b>	<b>2,6%</b>

Fonte: Produção própria, dados da ACSS - RNCCI.

O número de lugares totais na RNCCI cresceu globalmente 1,7%, devido ao ajustamento dos lugares de ECCI que se registou por questões de qualidade assistencial e de rentabilização da capacidade instalada nestas Equipas, existindo 13.926 lugares disponíveis (entre internamento e apoio domiciliário) na RNCCI no final de dezembro de 2014, sendo que 6.776 dos lugares são domiciliários (48,6% do total) e 7.160 são de internamento (51,4%).

Figura 4: Evolução do lugares totais da RNCCI entre 2013 e 2014



Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2014

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 Alentejo apresenta os melhores resultados no indicador número camas/100.000 habitantes, como já acontecia em 2012 e 2013, seguindo-se as regiões do Algarve e do Centro. Por sua vez, em lugares domiciliários, o Algarve tem a maior cobertura, tal como já sucedia em anos anteriores e, em lugares totais, a maior cobertura é no Algarve, seguido do Alentejo.

Tabela 12. Cobertura populacional da RNCCI

2014 - 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	2.202	349	1.690	268	3.892	616
Centro	393.338	2.036	518	1.101	280	3.137	798
LVT	696.815	1.662	239	2.076	298	3.738	536
Alentejo	128.427	763	594	549	427	1.312	1.022
Algarve	87.769	497	566	1.350	1.538	1.847	2.104
<b>TOTAL</b>	<b>1.937.788</b>	<b>7.160</b>	<b>369</b>	<b>6.766</b>	<b>349</b>	<b>13.926</b>	<b>719</b>
		<b>51%</b>		<b>49%</b>			

Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2014

Analisando por tipologias, e mantendo o padrão registado em 2013, verifica-se que o Alentejo apresenta a maior cobertura populacional em camas de UC, enquanto que em relação a camas de UMDR, a região Centro é a que apresenta maior cobertura. Por sua vez, o Algarve é região que apresenta maior cobertura em relação a camas de ULDM e o Alentejo volta a ser a região com maior cobertura em UCP. Ao invés, a região de LVT tem a menor cobertura populacional em todas as tipologias de internamento, exceto em UCP, apresentando também a menor cobertura global, o que evidencia a necessidade de crescimento de resposta em LVT, tal como acontecia em 2013.

### Participação dos parceiros na RNCCI

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

- No estabelecimento de acordos de prestação de serviços, com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), que representam 75% do total de acordos celebrados e a contratação de 5.194 lugares, representando 72,5% da oferta;
- O SNS abrange 8% do total de acordos celebrados, com a contratação de 6,2% da capacidade instalada da RNCCI (443 lugares).
- As entidades privadas com fins lucrativos representam 16% dos acordos com 1.523 lugares de internamento contratados, representando 21,3% da capacidade instalada da RNCCI.

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

Entidade Prestadora		N.º de acordos celebrados	% total acordos celebrados	N.º de camas contratadas	% camas por acordos celebrados
		31.12.14		31.12.14	
SNS		26	8%	443	6,2%
IPSS	SCM	169	53%	3.596	50,2%
	OUTRAS	69	22%	1598	22,3%
<b>TOTAL IPSS</b>		<b>238</b>	<b>75%</b>	<b>5.194</b>	<b>72,5%</b>
PRIVADA com fins lucrativos		52	16%	1523	21,3%
<b>TOTAL</b>		<b>316</b>		<b>7.160</b>	

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

Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2014

Considerando um crescimento nacional de 7% ao nível do número de acordos celebrados na RNCCI, as IPSS cresceram 10%, os as entidade privadas 2% e os acordos com o SNS decresceram 7%.

### **Outras respostas de reabilitação**

Ainda em termos de resposta na área da reabilitação, importa referir que o Centro de Reabilitação do Norte (CRN) iniciou o seu pleno funcionamento durante o ano de 2014. O CRN presta cuidados de internamento (100 camas, das quais 10 pediátricas), consulta externa e tratamentos em regime ambulatorio, intervindo de forma especializada em várias áreas diferenciadas, nomeadamente na reabilitação de doentes lesionados medulares, com sequelas de traumatismos crânio encefálicos, com sequelas de acidentes vasculares cerebrais e de outras doenças neurológicas, com patologia músculo-esquelética (doenças reumatológicas e ortopédicas) e de doentes amputados e politraumatizados, assim como no âmbito da Reabilitação Pediátrica, Oncológica, Geriátrica, Respiratória e Cardíaca.

O CRN foi concebido para responder como hospital especializado na área da Medicina Física e de Reabilitação, constituindo-se como uma resposta de excelência à satisfação das necessidades de cuidados de Reabilitação da população da Região Norte que apresentam dependência / limitação funcional / incapacidade e potencial de recuperação de autonomia, requerendo um plano terapêutico que exija a intervenção articulada de vários perfis profissionais no âmbito da reabilitação.

## 5. ARTICULAÇÃO COM O SETOR SOCIAL E CONVENCIONADO

Nos últimos anos têm vindo a ser desenvolvidas várias iniciativas tendentes a promover melhorias ao nível do relacionamento contratual com os prestadores de cuidados de saúde do setor social e convencionado.

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

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

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

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

Como tal, a ACSS desenvolveu o modelo de análise para a respetiva avaliação, dando ainda cumprimento aos Despachos n.º 724/2013 e n.º 2296/2013, respetivamente de 14 de outubro e 1 de fevereiro, e às Recomendações do Tribunal de Contas, no sentido de que a celebração dos acordos com as IPSS seja precedida de um levantamento das necessidades do SNS, da fixação de objetivos assistenciais pretendidos pelo Estado e de uma análise custo-benefício que considere, designadamente, a capacidade instalada do 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 adequar o regime do setor convencionado à atual realidade de prestação de cuidados, assegurando, simultaneamente, o respeito pelos princípios da equidade, complementaridade e da liberdade de escolha dos utentes, da transparência, da igualdade e da concorrência. O mesmo diploma legal, visa a obtenção dos seguintes objetivos específicos:

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

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

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

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

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

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

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

Ainda durante o ano de 2014, importa referir que foi estabelecido no final deste ano o Compromisso de Cooperação para o Setor Social e Solidário no Biénio 2015-2016, o qual visa estender e reforçar a visão de uma parceria público-social, a qual tem permitido o desenvolvimento de novos módulos de respostas sociais em Portugal.

À semelhança dos protocolos celebrados em 2011 e depois em 2013, este Compromisso de Cooperação para o Biénio 2015-2016 volta a dar corpo ao que tem sido a política adotada nos últimos anos para o Setor Social, reconhecendo-se assim que as entidades do setor social e solidário, disseminadas por todo o território, se constituem como um pilar fundamental no suporte e apoio a todos aqueles que, por vicissitudes diversas, se encontram numa situação de vulnerabilidade, assumindo-se assim, como um parceiro próximo dos cidadãos na prossecução de ações destinadas a minimizar as situações de carência ou de desigualdade social, assim como a assegurar a continuidade de cuidados, em proximidade.

## 6. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA A MONITORIZAÇÃO DO ACESSO

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

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

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

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

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

Assim, o novo regulamento visa clarificar o acesso à consulta externa hospitalar e alargar ao CTH a referência de pedidos de primeira consulta de especialidade com origem nos hospitais do SNS e com origem em entidades com acordo de cooperação com o SNS. De igual forma, pretendeu-se clarificar a excecionalidade da referência proveniente de entidades privadas, passando estes pedidos de consulta a ser geridos pelo CTH. Deste modo, assegura-se que os pedidos de primeira consulta oriundos de um prestador público ou de um prestador privado obedeçam aos mesmos princípios de transparência e uniformização do tratamento.

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

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

Ao CTH são reconhecidos os seguintes benefícios:

- Transparência no processo de marcação de primeira consulta de especialidade hospitalar no SNS;
- Triage 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.

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.

É, contudo, fundamental prosseguir o esforço de melhoria das práticas de utilização do sistema pelas instituições, sendo já perceptível a progressiva fiabilidade dos dados, o que melhora o conhecimento das necessidades neste domínio da prestação de cuidados e contribui para uma maior eficácia da administração em saúde.

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

## **6.2. SIGIC - Sistema Integrado de gestão de inscritos para cirurgia**

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

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

O SIGIC possibilitou e continua a possibilitar a melhoria substancial dos tempos de espera para cirurgia programada aos utentes do SNS, tendo sido reconhecido pela OCDE, no relatório “*Waiting Time Policies in the Health Sector - What Works?*”, como um programa estrutural e exemplar para os restantes países membros da organização.

Importa, igualmente, destacar que o SIGIC continua em permanente evolução, visando gerir da melhor forma possível as necessidades de acesso dos utentes do SNS. A título de exemplo, as alterações introduzidas em 2012, como incentivo ao cumprimento dos TMRG e à utilização da capacidade instalada no SNS, o hospital de origem do doente passou a ter a responsabilidade financeira pela realização atempada de toda a atividade cirúrgica inscrita nas listas de inscritos para cirurgia da respetiva instituição hospitalar.

Com idêntico propósito, o prazo para emissão de nota de transferência cirúrgica entre hospitais públicos foi reduzida de 6 meses (75% do TMRG: emissão de cheque cirurgia para o setor convencionado) para 4 meses. Adicionalmente, e com o intuito de clarificar a separação entre prestação pública e privada, também desde 2012, a produção cirúrgica a realizar num hospital convencionado, no âmbito do SIGIC, só pode dar origem a faturação se a equipa médica cirúrgica que a efetuar não apresentar relação contratual com o hospital de origem do utente intervencionado.

### **6.3. SISO – Sistema de Informação para a Saúde Oral**

O SISO incorpora as regras do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, de acordo com os processos definidos no Despacho n.º 4324/2008, de 22 de janeiro, que alarga aquele Programa, aprovado pelo Despacho n.º 153/2005, de 5 de janeiro.

O SISO é uma aplicação *web* acedida por serviços públicos e por prestadores privados que inclui todas as funcionalidades necessárias à gestão do Programa a partir de qualquer nível da administração do sistema de saúde, disponibilizando dados sobre a oferta de cuidados, o número e tipo de beneficiários, a utilização dos cheques-dentista, a saúde oral dos utentes e permitindo, também, o acompanhamento da execução do programa na vertente da sua integração com o Programa de Saúde Escolar, o controlo da faturação e pagamento dos atos terapêuticos e, ainda, a emissão dos cheques-dentista.

### **6.4. 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 participação 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 participada pelo Estado.

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

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

## **6.5. Sistema de Gestão de Transporte Não Urgente de Doentes**

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

A adoção de uma abordagem ao processo de gestão de transporte de doentes de forma transversal, permite a resposta integrada aos desafios da racionalização e da eficiência da gestão das unidades funcionais da saúde, da normalização de critérios na marcação de transporte de doentes, da imputação financeira às entidades requisitantes e da confirmação da efetividade do tratamento ou consulta, para além de um controlo efetivo da contabilização inerente aos prestadores de serviços de transporte.

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

## 6.6. PDS - Plataforma de Dados da Saúde

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

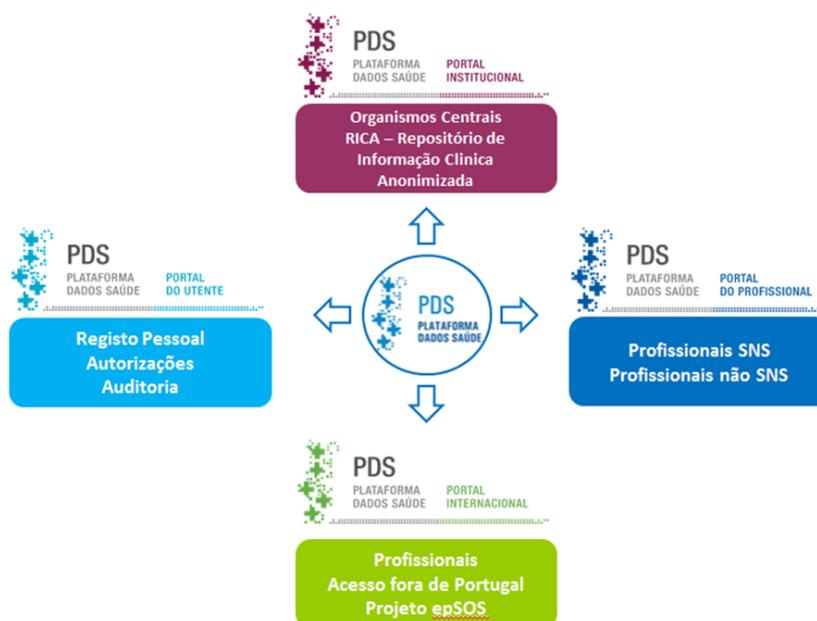
Neste sentido, surgiu durante o ano de 2012, a PDS - Plataforma de Dados da Saúde, sistema que permite o registo e a partilha de informação clínica entre utentes, profissionais de saúde e entidades prestadoras de serviços de saúde.

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

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

A versão final da PDS contempla quatro portais específicos, seguros e contextualizados, nomeadamente os apresentados na figura seguinte:

Figura 5: Resumo dos portais específicos da PDS



Fonte: SPMS

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

- Serviços informativos, cujo acesso é público, dispensando a autenticação do utente;
- Serviços eletrónicos, disponíveis na área "A minha saúde", cujo acesso 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

O Portal do Utente está online desde maio 2012, disponibilizando 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 e de monitorização e partilha de dados de saúde e, desde maio de 2013, serviços informativos e de educação para a saúde. Até à presente data, a PDS já atingiu cerca de 1 milhão de utentes ativos registados.

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

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

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

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

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

No que concerne aos serviços eletrónicos disponíveis mediante autenticação com Cartão de Cidadão/Chave Móvel digital no portal, destacam-se os seguintes:

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

Nos últimos tempos tem se registado uma evolução quer na disponibilização de serviços, como na revisão de imagem do Portal do Utente, destacando-se as seguintes iniciativas:

- Disponibilização de nova imagem do Portal do utente - área Publica, mais atraente e de navegação facilitada;
- Acesso através do domínio, [www.portaldoutente.pt](http://www.portaldoutente.pt), mais fácil de memorizar e aceder;
- Permissão da visualização do testamento vital ativo;
- Implementação da Chave Móvel como forma de autenticação alternativa;
- Disponibilização de uma calculadora de risco de contrair diabetes;
- Implementação de campanhas de divulgação do Portal do Utente;
- Obtenção do Alto Patrocínio da Presidência da Republica para divulgação do Portal do Utente.

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

### **PDS - Portal do Profissional**

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

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

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

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

A PDS – PP já teve mais de 8 milhões de acessos, tendo sido consultada por 48.918 profissionais de saúde do SNS (28.373 médicos e 20.545 enfermeiros), em 597 instituições do país, permitindo o acesso a informação de 544 instituições de saúde.

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

- Consultar o histórico eletrónico que esteja disponível nas instituições do SNS por onde o utente tenha sido atendido – incluindo relatórios e algumas imagens de MCDT;
- Consultar o seu histórico de receituário de ambulatório independente do local de prescrição;
- Consultar os dados associados a tratamentos em viaturas do INEM;
- Consultar os tratamentos no âmbito do programa nacional de saúde oral;
- Consultar os dados constantes no Sistema de Informação da rede nacional de cuidados continuados integrados;
- Consultar o algoritmo e dispositivo final das chamadas efetuadas à Linha de Saúde 24;
- Consultar os dados registados pelo próprio utente no portal do utente, como por exemplo: contactos de emergência e/ou alergias, medicação;
- Aceder a todas as Normas de Orientação Clínica da DGS; Preencher formulários da DGS;
- Preencher *checklist* cirúrgica;
- Preencher eBoletim de Saúde Infantil e Juvenil, através do módulo “eCriança”;
- Requisitar e consultar o Cartão de Pessoa com Doença Rara;
- Aceder ao testamento vital;
- Aceder ao SAPA- Sistema de atribuição de Produtos de Apoio;
- Aceder ao SAGMD- Sistema de Apoio à Gestão de Mobilidade de Doentes.

## PDS LIVE

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. Em termos de evolução, destacam-se os seguintes aspetos:

- Até ao final de Agosto de 2013, foi desenvolvido o protótipo da PDS *Live*:
  - Integrada no PDS - Portal do Profissional;
  - Integrada no PDS - Portal do Utente.
- Realização de diversos pilotos na região Centro, com resultados muito positivos no piloto entre o Hospital Pêro da Covilhã e Hospital S. Teotónio de Viseu, prevendo-se, a breve trecho, o teste no âmbito da consulta de dermatologia, entre a USF Grão Vasco e o Hospital S. Teotónio de Viseu.
- Realização de testes-piloto inter-instituições, destacando-se o CHLO; Hospital Distrital de Santarém; Hospital Distrital da Figueira da Foz; CHUC; IPO Porto, esperando vir a alargar a todas as instituições do SNS;
- Via Verde AVC entre o Hospital Distrital da Figueira da Foz e o CHUC;
- Elaboração da norma que regula as consultas de telemedicina.

## PDS - Portal Institucional

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

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

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

As principais funcionalidades da PDS - Portal Institucional passam pela disponibilização de dados estatísticos relativos a:

- Número de acessos a ARS;
- Número de acessos por dia;
- Número de acessos por dia/hora;
- Número de acessos das instituições;
- Número de acessos por aplicação;
- Número de acessos por ARS;
- Número de acessos por instituição/Dia;
- Número de acessos de instituições externas;

- Número de acessos por funcionalidade;
- Número de acessos por grupo funcional;
- Número de acessos por tipo de episódio;
- Instituições sem acessos;
- Novos profissionais por dia.

## PDS - Portal Internacional

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

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

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

Os principais desenvolvimentos ocorridos neste Portal foram:

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

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

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

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

De igual forma, a partilha aprofundada de informação de saúde para e sobre o doente é de interesse individual para o cidadão. 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 (inclusive sem número identificador) de extração de dados à DGS e criando *logs* dos dados exatos apresentados em cada *query*/pesquisa.

## Telemedicina (Teleconsulta e Telemonitorização)

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

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

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

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

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

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

- Rastreio /Teledermatológico: Tem como objetivo para 2015, atingir 85% do seu território, que corresponde a 34% do Território Nacional. Estando em implementação mais avançada nas ARS Norte e ARS Centro, mas também prevista brevemente para as restantes ARS;
- Telemonitorização: Iniciado em 2014 o Projeto-piloto DPOC- 1ª Fase, financiado pela ACSS através de um programa vertical para 5 hospitais: ULSAM, CHUC, CHC-Beira, ULSNA e CHAL;
- Em dezembro 2014 / janeiro 2015 foi efetuado um Inquérito de Satisfação intercalar aos utentes, profissionais de saúde e empresas prestadoras de serviços, cujas conclusões foram bastante positivas. Neste projeto-piloto participam a ULSAM com a Empresa Prestadora de Serviços – VITALMOBILE; CHUC com E.P.S. – HOPECARE sendo R.M.; CHC-Beira com E.P.S. – ALTRAN; ULSNA com E.P.S. – LINDE; CHAL com E.P.S. – TUNSTALL e R.M.

- No âmbito do projeto de Telemonitorização, estão atualmente cobertos 75 utentes para um universo potencial estimado de 5.000. O projeto será continuado nos mesmo moldes durante 2015.
- Encontra-se em preparação o Acordo Quadro de Telemedicina, que entrará em vigor a partir de janeiro de 2016 e que cobrirá outras áreas.

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

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

## 7. MICROSITE DE MONITORIZAÇÃO DO SNS E DASHBOARDS DA SAÚDE

Durante o ano de 2014 deu-se continuidade ao desenvolvimento do *microsite* de «Monitorização do Serviço Nacional de Saúde», que foi criado em 2013 e que se encontra alojado no sítio institucional da ACSS ([www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt)), permitindo a divulgação de informação sobre as diferentes dimensões de análise do Sistema de Saúde (acesso, eficiência, efetividade, produção e satisfação) a públicos-alvo diversos, designadamente, cidadãos em geral, utentes do SNS, profissionais de saúde, decisores políticos e académicos.

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

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

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

O *microsite* de «Monitorização do Serviço Nacional de Saúde» alargou a sua abrangência durante o ano de 2014, altura em que entrou em produção uma nova área de “*acesso reservado aos hospitais*”, a qual permite obter informações mais detalhadas em relação a vários dos indicadores que são habitualmente acompanhados nos países da OCDE (sobre mortalidade, saúde mental, segurança do doente, entre outros) ou outros indicadores validados.

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

Para além deste *microsite*, encontram-se também disponíveis os «*Dashboard da Saúde*», produzidos pela DGS e disponíveis no seu sítio institucional ([www.dgs.min-saude](http://www.dgs.min-saude)). Os «*Dashboard da Saúde*» constituem-se como uma ferramenta de monitorização mensal do estado de saúde da população portuguesa, cumprindo assim o objetivo de disponibilizar dados concretos e reais sobre o estado de saúde da população, de forma inteiramente transparente. A informação constante desta ferramenta web é validada regularmente, possibilitando, assim, uma atualização periódica dos indicadores que estão a ser utilizados para monitorizar o estado de saúde dos portugueses.

## 8. PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DE MEDICAMENTOS E DE MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA (MCDT)

A prescrição eletrônica 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 eletrônica de medicamentos, cuidados respiratórios domiciliários e de meios complementares de diagnóstico foi desenvolvida pela SPMS uma aplicação informática denominada PEM - Prescrição Eletrônica 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 eletrônica e sustentada por normas de orientação clínica;
- A prescrição de medicamentos sujeitos a receita médica, incluindo medicamentos de autocontrolo da Diabetes Mellitus, medicamentos alergénios, manipulados, dietéticos, medicamentos que contêm estupefacientes ou substâncias psicotrópicas e outros produtos, podendo, no entanto, ser utilizada para todos os medicamentos não comparticipados ou de preço livre;
- A desmaterialização total da receita permitindo a sua dispensa em farmácia de oficina em formato paper free;
- Acesso às normas de orientação clínica (NOC);
- Utilização de autenticação forte para o acesso;
- Obrigatoriedade da prescrição eletrônica de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) e definição de modelo de prescrição tipo.

Em termos de resultados alcançados, salienta-se que:

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

## 9. DIRETIVA EUROPEIA DE CUIDADOS TRANSFRONTEIRIÇOS E ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE

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

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

Mais concretamente, a Diretiva prevê, entre outros:

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

partir de uma rede europeia de adesão voluntária, que interliga os organismos e as autoridades nacionais responsáveis pela avaliação de tecnologias de saúde.

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

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

O processo de transposição da Diretiva foi concluído em Agosto com a publicação da Lei de transposição n.º 52/2014, de 25 de agosto que estabelece normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, transpondo a Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, e a Diretiva de Execução n.º 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012.

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

Na sequência da transposição estão sujeitos a autorização prévia os cuidados de saúde transfronteiriços cirúrgicos que exijam o internamento durante pelo menos uma noite, assim como, os cuidados de saúde transfronteiriços que exijam recursos a infraestruturas ou equipamentos médicos altamente onerosos e de elevada especialização, definidos através da Portaria n.º 91/2014, de 25 de Setembro.

Está, ainda, sujeito a autorização prévia, o reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços que envolvam tratamentos que apresentem um risco especial para o doente ou para a população, ou o reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços que sejam prestados por um prestador de cuidados de saúde que, por decisão casuística da entidade competente para apreciação do pedido de autorização prévia, possa suscitar preocupações sérias e específicas quanto à qualidade ou à segurança dos cuidados.

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

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

Quanto ao reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços, e sem prejuízo do referido quanto à autorização prévia, os beneficiários têm direito ao reembolso das despesas diretamente relacionadas com os cuidados de saúde transfronteiriços prestados noutra EM, desde que os cuidados em questão sejam tidos como cuidados de saúde que caberia ao Estado Português garantir através do SNS ou dos Serviços Regionais de Saúde e o Estado Português seja considerado EM de afiliação. Como se deixou referido, as prestações de saúde elegíveis para reembolso são as previstas na tabela de preços do SNS, bem como nos regimes jurídicos das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos.

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

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

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

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) foi designada pelo Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, como ponto de contacto nacional (PCN), a quem competirá assegurar que a informação respeitante aos cuidados de saúde transfronteiriços, aos cuidados prestados em território nacional e aos prestadores estabelecidos em território nacional está facilmente acessível, é divulgada por meios eletrónicos, e é adequada a pessoas com necessidades especiais. O PCN deve ainda prestar informações, quando solicitadas pelo doente, sobre, por exemplo, as normas clínicas em vigor no sistema de saúde, aplicáveis a todos os profissionais de saúde que exercem a sua atividade profissional, a legislação em vigor em matéria de licenciamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde, o direito de um prestador específico exercer legalmente determinada atividade ou sobre eventuais restrições à sua prática, no território nacional, os direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, incluindo as condições para o reembolso dos custos e as condições de aplicabilidade dos regulamentos da União Europeia em matéria de coordenação dos sistemas de segurança social, e os dados dos pontos de contacto nacionais dos outros Estados-membros. Para disponibilização da informação referente à implementação da diretiva, foi criado o Portal da Diretiva, que entrou em produção em Outubro e que poderá ser consultado através do endereço "[diretiva.min-saude.pt](http://diretiva.min-saude.pt)".

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

## **SEGUNDA PARTE**

### **ÁREAS ESPECÍFICAS DO ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE**

## 10. 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 infeccioso 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 infeccioso, evitando que a pessoa vacinada venha a ter essa doença quando entra em contacto com aquele microrganismo.

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

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

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

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

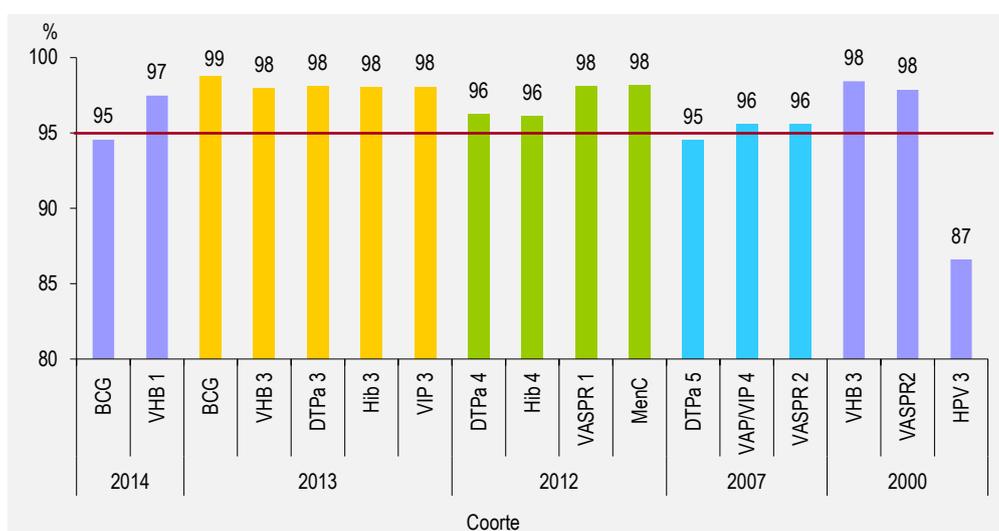
A avaliação do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) realiza-se com uma periodicidade anual, sendo fundamental para verificar se as metas propostas para a vacinação estão a ser cumpridas. Esta avaliação consiste na determinação das taxas de cobertura vacinal em idades chave. Assim, a 31 de dezembro de 2014 o PNV foi alvo das seguintes avaliações:

- PNV esquema recomendado: percentagem de utentes das coortes de 2000, 2007, 2012, 2013 e 2014, 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 1949, 2000, 2007, 2012 e 2013, vacinada de acordo com o esquema recomendado ou com os esquemas cronológicos de recurso (em atraso e tardio);
- Vacinação contra o sarampo, papeira e rubéola (VASPR): percentagem de utentes das coorte de 1996 a 2007 que cumpriram o esquema vacinal recomendado (2 doses);
- Vacinação atempada (idade recomendada): percentagem de utentes das coortes de 2014 e 2012, que foi vacinada até 1 mês após a data recomendada com VHB 2, DTPaHibVIP 1, VASPR 1 e MenC, 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.

Figura 6. - PNV Recomendado. Cobertura vacinal por coorte, vacina e dose. Avaliação 2014, no Continente



Legenda:

BCG – vacina contra a tuberculose

VHB – vacina contra a hepatite B

DTPa – vacina contra a difteria, o tétano e a tosse convulsa

Hib – vacina contra a doença invasiva por *Haemophilus Influenzae* do serotipo b

MenC – vacina contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do serogrupo C VIP – vacina contra a poliomielite

Fonte: DGS/DSPDPS

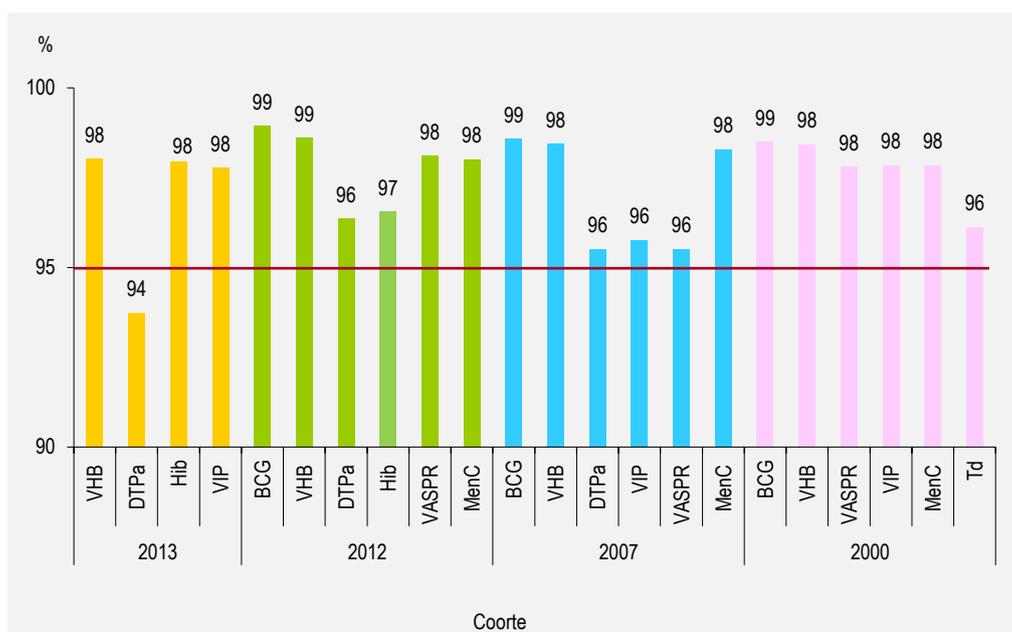
A meta dos 95% foi atingida para todas as doses, de todas as vacinas, em todas as idades em avaliação.

A vacina contra infeções por HPV na coorte de jovens que completam 14 anos atingiu uma percentagem de 87%, ultrapassando a meta estabelecida para esta vacina (85%).

## 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 7. PNV Cumprido. Cobertura vacinal por coorte e vacina. Avaliação 2014, no Continente



Legenda: Ver figura 3

Fonte: DGS/DSPDPS

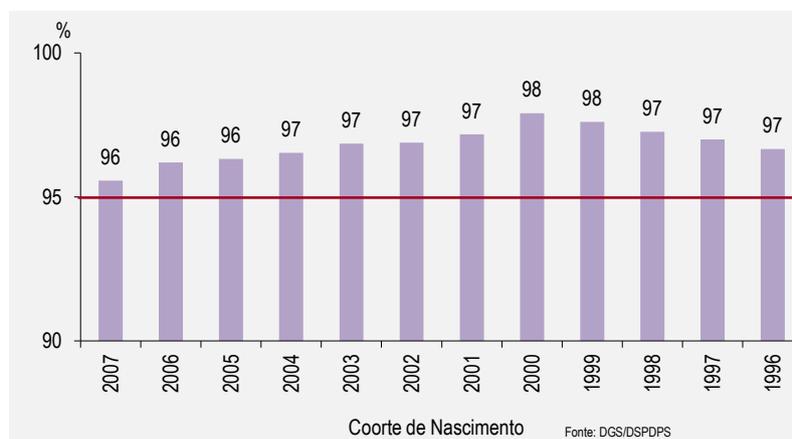
Observa-se que pelo menos 96% dos utentes cumprem para cada vacina os esquemas recomendados, em atraso ou tardio. A cobertura de 94% na coorte de 2013 para a vacina DTPa, resulta da metodologia de avaliação que exige a DTPaHib4 a partir dos 19 meses de idade para considerar o PNV cumprido. Analisada a coorte de 2012 para a mesma vacina o resultado obtido é de 96%

Em 2014 a coorte que completou 65 anos (nascidos em 1949) apresenta uma cobertura de 75% para a vacina Td, sendo que em 2010 a cobertura nesta idade era de 61%. Nos últimos 5 anos de avaliação (2010-2014) verifica-se uma evolução mantida, muito favorável, na cobertura vacinal com a vacina Td, nesta coorte.

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

No gráfico seguinte está representada a avaliação anual do Programa Nacional de Eliminação do Sarampo (PNES) efetuada às crianças das coortes de 1996 a 2007, vacinadas com 2 doses da vacina VASPR.

Figura 8. Vacina VASPR 2. Cobertura vacinal por coorte. Avaliação 2014, no Continente



Legenda:

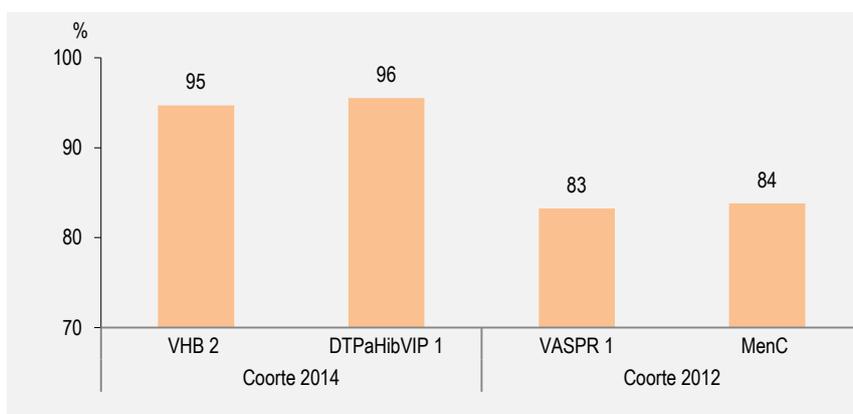
VASPR – vacina contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola

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

## Vacinação atempada – Idade recomendada

Na figura seguinte ilustra-se a percentagem de crianças das coortes de 2012 e 2014, que foi vacinada até 1 mês após a data recomendada: cobertura vacinal dos nascidos em 2014 (até 30.09.2014), que foi vacinada até aos 3 meses de idade (VHB 2 e DTPaHibVIP 1) e a dos nascidos em 2012, que foi vacinada até aos 13 meses de idade (VASPR 1 e MenC).

Figura 9. Vacinação atempada para vacinas VHB 2, DTPaHibVIP 1, VASPR 1 e MenC. Avaliação 2014, Continente



Fonte: DGS/DSPDPS

Legenda:

VHB – vacina contra a hepatite B

DTPaHibVIP – vacina contra a difteria, o tétano, a tosse convulsa, a doença invasiva por *Haemophilus Influenzae* do serotipo b e a poliomielite

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

MenC – vacina contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do serogrupo C

O objetivo desta avaliação é o de conhecer a proporção de vacinados nas idades recomendadas e assim avaliar a proporção de pessoas suscetíveis à contração de doenças por “atraso” da vacinação. Aos 3 meses de idade pelo menos 95% das crianças fizeram as vacinas recomendadas, mas aos 13 meses de idade, 17% das crianças ainda não está protegida contra o sarampo e a doença invasiva por *Neisseria meningitidis C*.

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

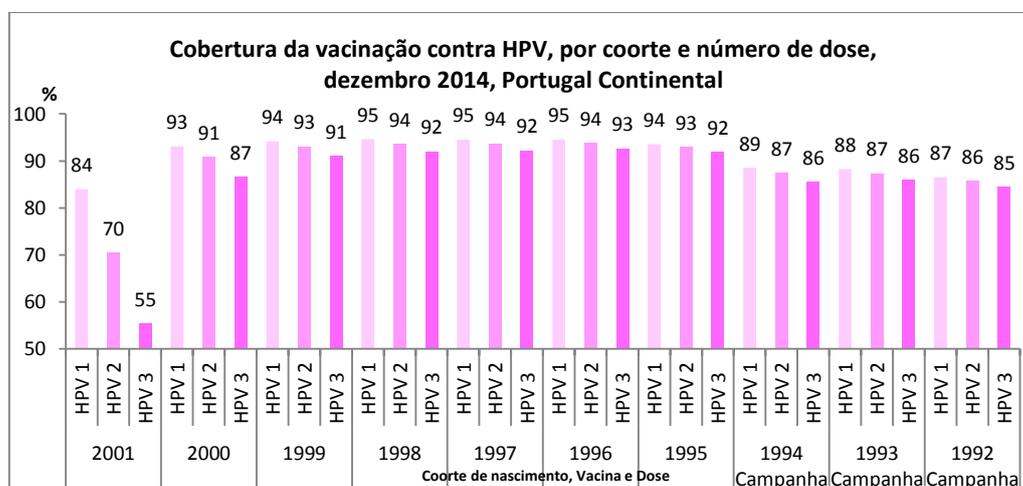
As vacinas contra infeções por vírus do papiloma humano (HPV) estão indicadas para a prevenção de lesões pré-malignas do colo do útero, da vulva e da vagina e de cancro do colo do útero. Em outubro de 2008, a vacina tetravalente foi introduzida no PNV para jovens com 13 anos de idade, nascidas a partir de 1995. De 2009 a 2011 decorreu uma campanha de vacinação das raparigas com 17 anos de idade (nascidas entre 1992 e 1994).

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

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

A vacinação contra HPV é avaliada, no âmbito da avaliação anual do PNV, pela percentagem de jovens vacinadas com 1, 2 e 3 doses nas coortes de nascimento alvo de vacinação de rotina e da campanha. O gráfico seguinte apresenta as coberturas vacinais em 31 de dezembro de 2014 nas coortes vacinadas contra HPV.

Figura 10. Avaliação da cobertura da vacina HPV por coorte e número de dose, no Continente



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

## 11. 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). Este alargamento foi importante porque existe, por um lado, um programa de combate à cárie dentária já consolidado e assente num vasto conjunto de atividades de prevenção primária e secundária destinadas a crianças e jovens, que lhes proporcionam não só elevada proteção à doença no presente, como também os saberes e competências que lhes permitirão a manutenção da sua saúde dentária, durante toda a vida.

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

O quadro seguinte apresenta a evolução do número de beneficiários do PNPSO entre 2008 e 2014. 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 de 2014 já traduzem a normalidade face ao histórico.

Tabela 14. Número de utentes SNS que beneficiaram do PNPSO

Nº de Utentes SNS beneficiários	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Grávidas	20.538	35.633	39.474	38.855	41.144	40.808	44.455
Idosos	3.554	7.127	6.492	5.451	5.300	5.488	5.173
Saúde Infantil (<=6 anos)		7.550	19.033	21.155	24.127	20.051	28.667
Crianças e jovens 2008/2009		218.401					
Crianças e jovens 2009/2010		105.207	184.877				
Crianças e jovens 2010/2011			142.968	150.022			
Crianças e jovens 2011/2012				133.019	152.299		
Crianças e jovens 2012/2013					16.123	267.075	
Crianças e jovens 2013/2014						114.879	169.958
Crianças e jovens 2014/2015							117.128
Crianças e jovens 16 anos						3.087	5.318
Crianças e jovens Idades Intermédias			3.308	4.445	6.437	7.000	11.304
Portadores de VIH/SIDA			41	255	244	463	444
Projeto Intervenção Precoce no Cancro Oral							2.412
<b>Total</b>	<b>24.092</b>	<b>373.918</b>	<b>396.193</b>	<b>353.202</b>	<b>245.674</b>	<b>458.851</b>	<b>384.859</b>

Fonte: DGS. CPNPSO

Importa ainda destacar que **a partir de 1 de Março de 2014 o PNPSO foi alargado, passando a incluir a intervenção precoce no cancro oral**, com o objetivo de aumentar a sobrevivência por este tipo de cancro aos 5 anos após o diagnóstico nos indivíduos pertencentes ao grupo de maior risco. Esta iniciativa contribuiu ainda para tornar mais eficiente a utilização da capacidade instalada em serviços públicos e/ou privados para o diagnóstico diferencial de lesões potencialmente malignas ou malignas da cavidade oral e para uma intervenção terapêutica precoce.

Considerando o período entre 27 de maio de 2008 e 31 de dezembro de 2014, os cheques-dentista emitidos e utilizados distribuíram-se conforme se apresenta no quadro seguinte.

Tabela 15. Número de cheques emitidos por Grupo-Alvo no âmbito do PNPSO

Cheques emitidos por grupo-alvo	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Grávidas	33.005	72.099	81.322	80.415	85.048	82.641	88.125
Idosos	4.893	11.585	10.940	9.377	9.103	9.288	8.718
Saúde Infantil (<=6 anos)		7.550	19.033	21.155	24.127	20.051	28.667
Crianças e jovens		392.371	463.273	427.807	315.425	510.776	403.876
Crianças e jovens 16 anos						3.087	5.318
Crianças e jovens Idades Intermédias			3.308	4.445	6.437	7.000	11.304
Portadores de VIH/SIDA			51	637	582	1.122	1.083
Projeto Intervenção Precoce no Cancro Oral							2.732
<b>Total</b>	<b>37.898</b>	<b>483.605</b>	<b>577.927</b>	<b>543.836</b>	<b>440.722</b>	<b>633.965</b>	<b>549.823</b>

Fonte: DGS. CPNPSO

Desde o início do programa de saúde oral, foram emitidos 3.276.776 cheques dentistas, sendo que a percentagem de cheques que foram efetivamente utilizados é de 74% em 2014, conforme se apresenta no quadro seguinte.

Tabela 16. Número total de cheques utilizados no âmbito do PNPSO

Cheques utilizados por grupo-alvo	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Grávidas	23.707	60.971	68.120	67.626	71.261	67.959	71.313
Idosos	3.259	9.829	9.530	8.353	8.118	8.107	7.638
Saúde Infantil (<=6 anos)		3.806	10.621	13.126	14.683	11.677	14.450
Crianças e jovens		188.263	308.032	318.559	314.930	312.393	300.660
Crianças e jovens 16 anos						2.122	4.138
Crianças e jovens Idades Intermédias			1.706	2.959	4.877	5.245	6.689
Portadores de VIH/SIDA			20	566	503	960	947
Projeto Intervenção Precoce no Cancro Oral							954
<b>Total</b>	<b>26.966</b>	<b>262.869</b>	<b>398.029</b>	<b>411.189</b>	<b>414.372</b>	<b>408.463</b>	<b>406.789</b>
Taxa de Utilização dos Cheques	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Grávidas	72%	85%	84%	84%	84%	82%	81%
Idosos	67%	85%	87%	89%	89%	87%	88%
Saúde Infantil (<=6 anos)		50%	56%	62%	61%	58%	50%
Crianças e jovens		48%	66%	74%	99%	61%	74%
Crianças e jovens 16 anos						69%	78%
Crianças e jovens Idades Intermédias			52%	67%	76%	75%	59%
Portadores de VIH/SIDA			39%	89%	86%	86%	87%
Projeto Intervenção Precoce no Cancro Oral							35%
	<b>71%</b>	<b>54%</b>	<b>69%</b>	<b>76%</b>	<b>94%</b>	<b>64%</b>	<b>74%</b>

Fonte: DGS. CPNPSO

## 12. 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.

O Saúde 24 é 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 um número único nacional (808 24 24 24), com o custo de chamada local;
- Website ([www.saude24.pt](http://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 2014, foram aqueles que se apresentam em seguida:

Tabela 17. Caracterização do Atendimento na Linha Saúde 24

Anos	Total Contactos	Chamadas Recebidas	Contactos Fax, Webform, email	Contactos Webchat
2013	720.897	718.572	2.318	7
2014	805.127	802.655	2.467	5

Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS

Conforme se constata, **registou-se um acréscimo de volume de atividade da Linha Saúde 24, tendo sido efetuados mais de 805 mil contactos em 2014**, o que representa um aumento de 11,6% em relação a 2013.

Das 802.655 chamadas que foram recebidas na Linha Saúde 24 em 2014, mais de 83% (689.042) foram atendidas, representando uma média de chamadas atendidas de 1.832 por dia, ligeiramente abaixo da média de 2.057 chamadas diárias em 2013.

Analisando agora a caracterização das chamadas telefónicas rececionadas na Linha Saúde 24, por módulo de atendimento, constatamos que mais de 75% das chamadas são recebidas no módulo de Triagem,

Aconselhamento e Encaminhamento, através do qual se disponibiliza um serviço de atendimento de contactos de teor clínico, prestado por um 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 apropriada à sua condição do momento.

Tabela 18. Caracterização das chamadas telefónicas na Linha Saúde 24, por módulo de atendimento

Módulos	TAE		LSP		IGS		Aconselhamento sobre medicação		Chamadas Inapropriadas *		Total Chamadas	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Total	514.563	502.486	15.193	16.175	19.202	34.803	0	7.546	140.084	107.527	689.042	668.537
%	74,7%	75,2%	2,2%	2,4%	2,8%	5,2%	0,0%	1,1%	20,3%	16,1%	100,0%	100,0%
Média/Dia	1.536	1.377	45	44	57	95	0	21	418	295	2.057	1.832

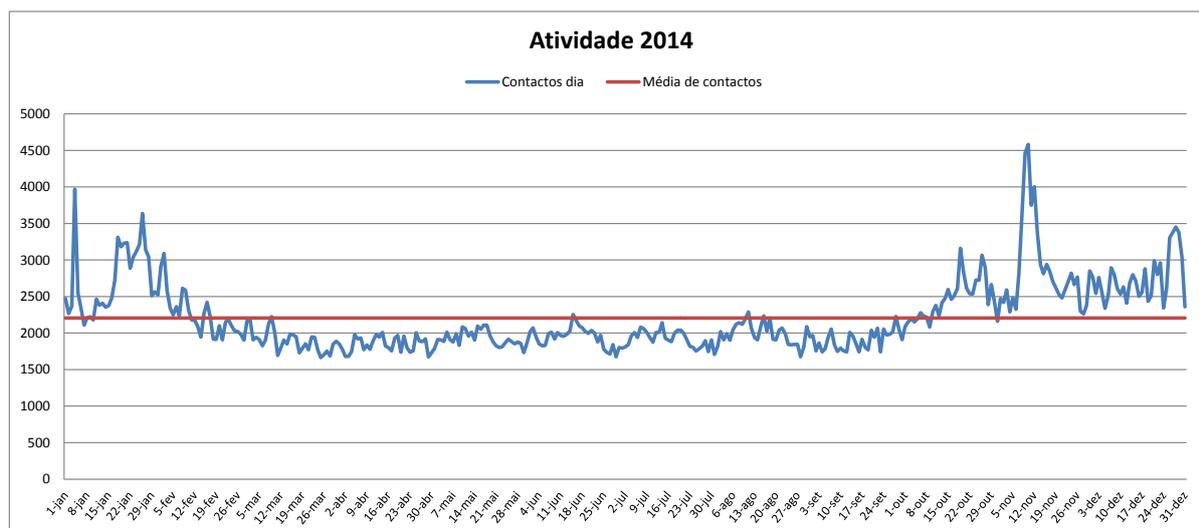
Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS

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

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

Para além do resumo apresentado, na figura seguinte pode-se observar com maior detalhe a atividade da Linha Saúde 24 em 2014, começando pela distribuição das chamadas ao longo deste ano.

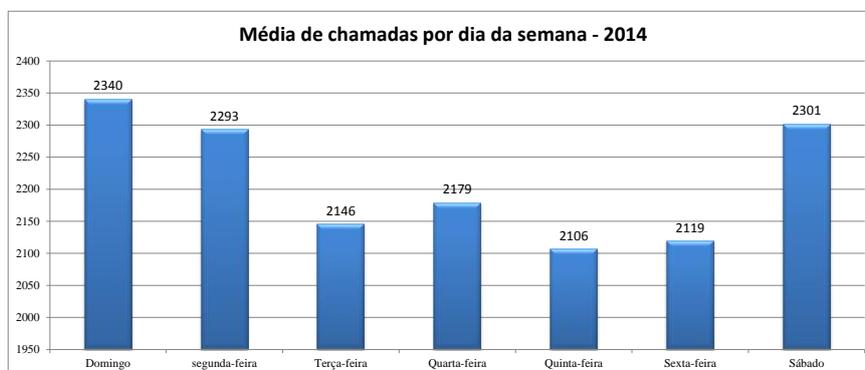
Figura 11. Distribuição das chamadas no Centro de Atendimento do SNS



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

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

**Figura 12. 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 2014, verifica-se 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.

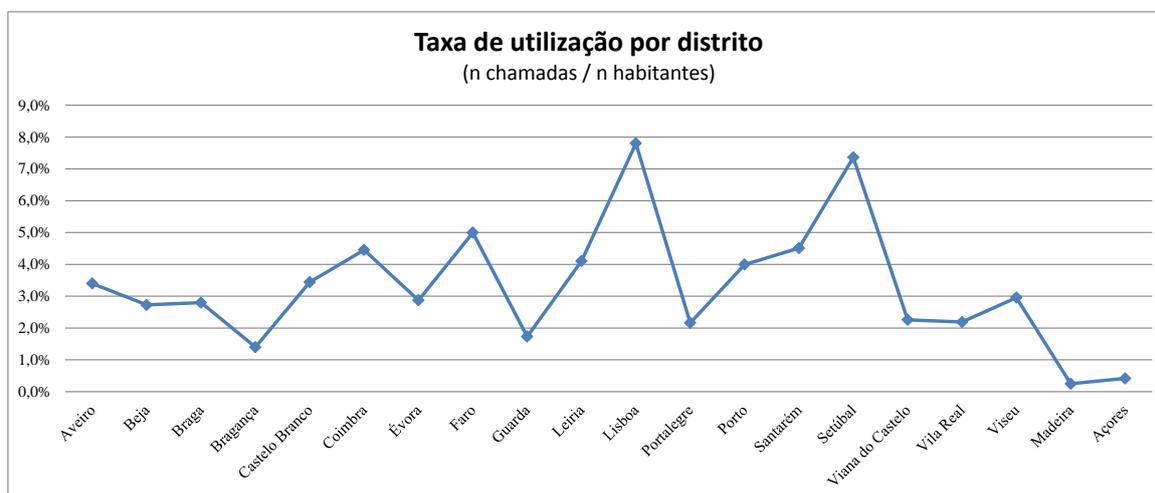
**Figura 13. Média de chamadas por hora no Centro de Atendimento do SNS**



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Na figura seguinte apresenta-se uma caracterização da utilização em 2014 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 (cerca de 8%), à semelhança do que já acontecia em 2013.

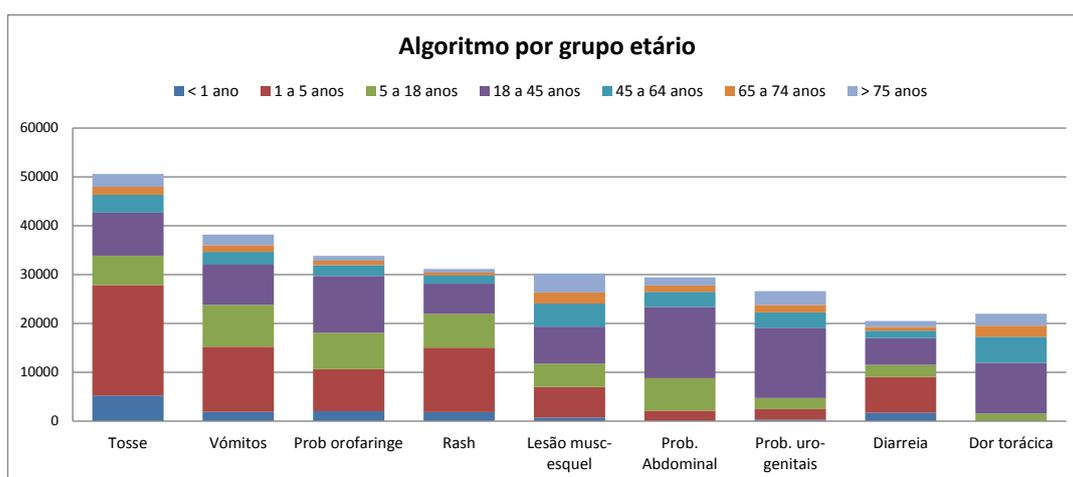
Figura 14. Caracterização do Módulo TAE do Centro de Atendimento do SNS



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 a figura seguinte, que organiza esta informação também por grupo etário.

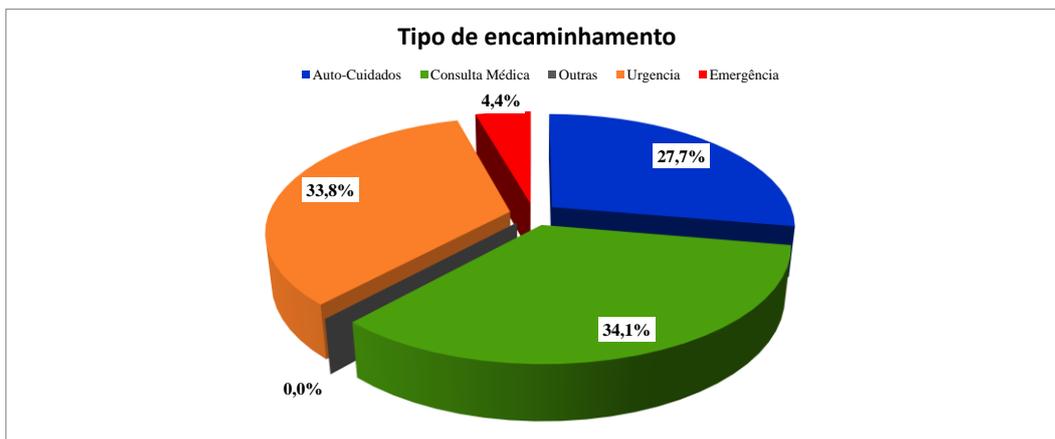
Figura 15. Algoritmo do Módulo TAE, por grupo etário, utilizado pelo Centro de Atendimento do SNS



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Analisando os encaminhamentos efetuados aos utentes que recorreram ao módulo Triagem, Aconselhamento, Encaminhamento em 2014, constata-se 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 a figura seguinte.

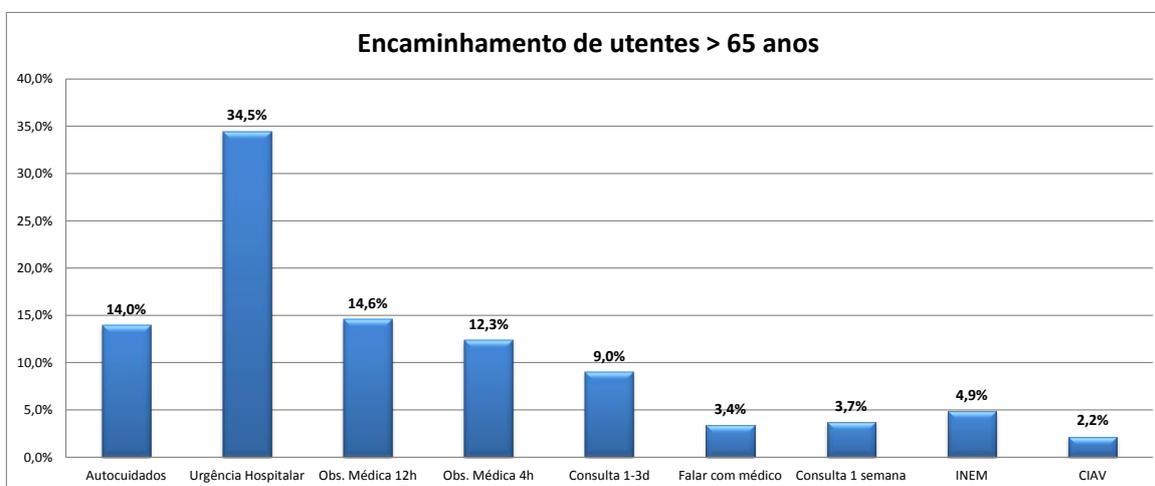
Figura 16. Tipo de Encaminhamento do Módulo TAE do Centro de Atendimento do SNS



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Ainda em relação aos encaminhamentos efetuados aos utentes que recorreram ao módulo Triagem, Aconselhamento, Encaminhamento em 2014, 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, verifica-se que mais de 34% dos utentes foram encaminhados para um serviço de urgência hospitalar, por se tratarem de situações de risco que necessitavam de observação médica urgente.

Figura 17. Encaminhamento realizado pelo Centro de atendimento do SNS a utentes > 65 anos, no Módulo TAE

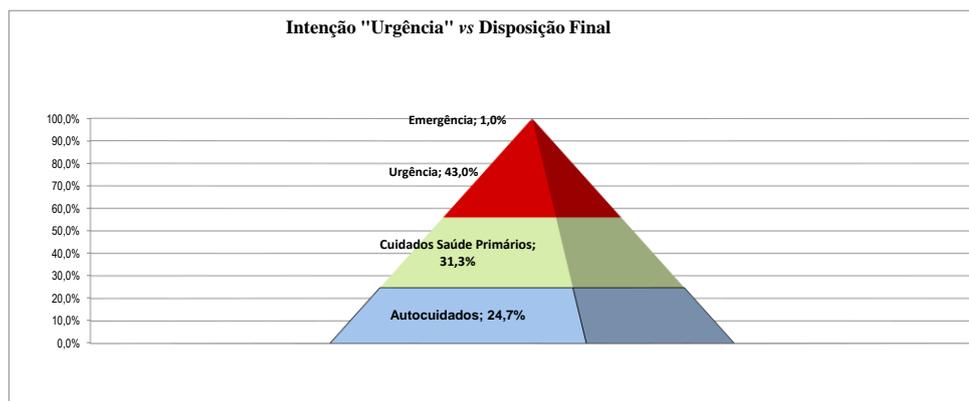


Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Na análise encaminhamentos efetuados aos utentes que recorreram ao módulo Triagem, Aconselhamento, Encaminhamento em 2014, importa verificar o encaminhamento dado aos utentes, comparando-o com a intenção inicial que esteve na origem da chamada para a Linha Saúde 24.

Assim, constata-se nas figuras seguintes que mais de 50% dos utentes que ligaram para a Linha Saúde 24 com a intenção de se dirigirem a um Serviço de Urgência, acabaram por ser encaminhados para os cuidados de saúde primários (31,3%) ou para auto cuidados (24,7%). Intenção "Urgência" versus Disposição Final \*

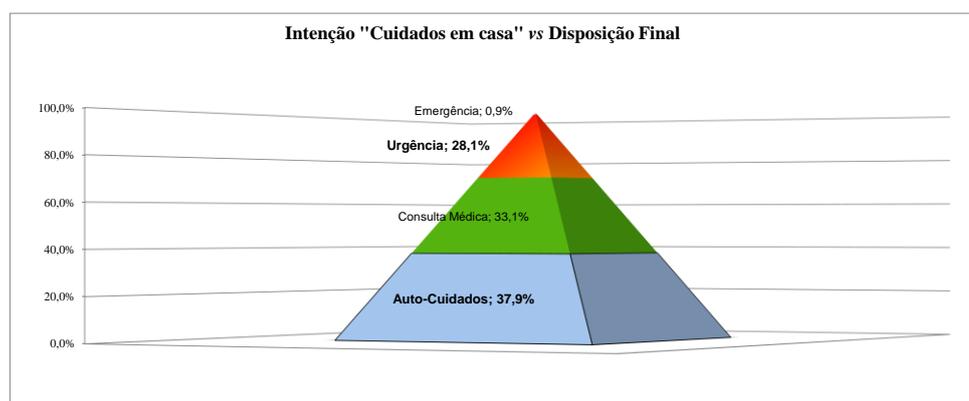
**Figura 18. Chamadas segundo intenção inicial versus disposição final, no Módulo TAE do Centro de Atendimento do SNS**



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Por outro lado, cerca de 33% 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 na figura seguinte.

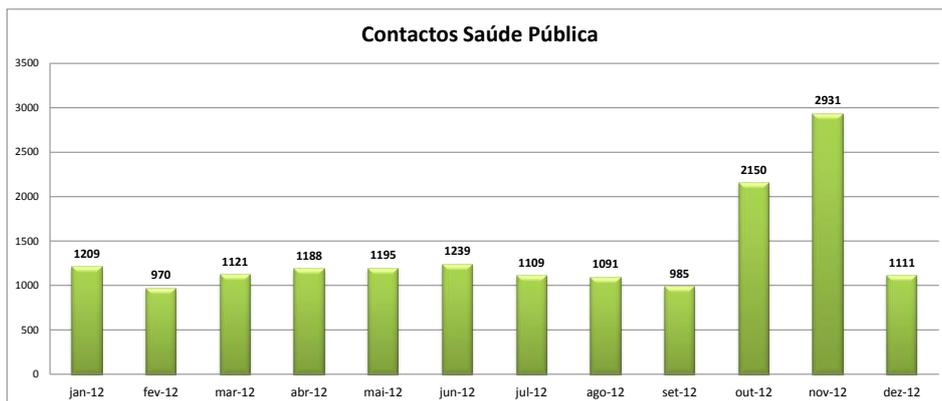
**Figura 19. Chamadas segundo intenção inicial versus disposição final, no Módulo TAE do Centro de Atendimento do SNS**



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Quanto à caracterização dos atendimentos efetuados através da Linha de Saúde Pública, verificamos que os meses outubro e novembro foram os que tiveram maior utilização por parte dos utentes do SNS em 2014, conforme gráfico seguinte. Esta situação decorre das situações de saúde relacionadas com a Doença por Vírus Ébola e Doença por Legionella.

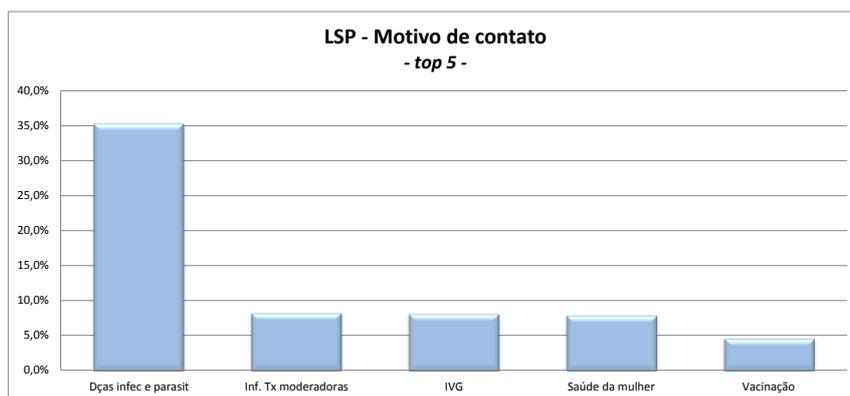
**Figura 20. Caracterização dos Contactos na Linha de Saúde Pública**



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

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

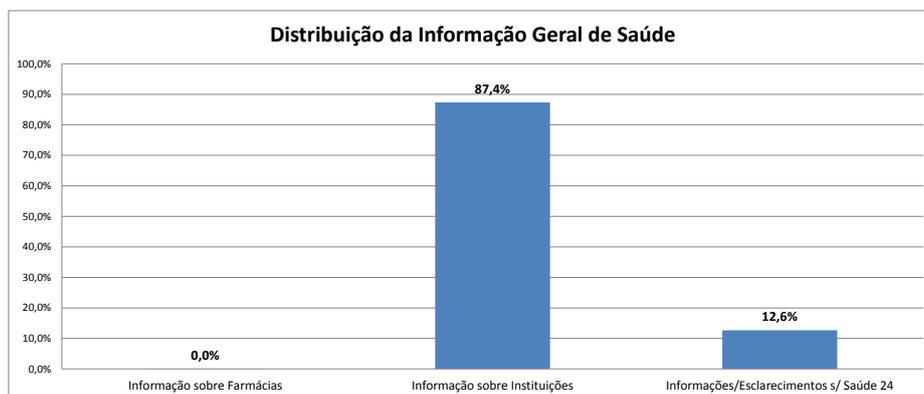
**Figura 21. Caracterização dos motivos de atendimento na Linha de Saúde Pública**



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

Por último, e caracterizando agora o atendimento no módulo Informação Geral de Saúde, constata-se que a esmagadora maioria dos utentes procurou em 2014 informação sobre as instituições de saúde, à semelhança do que aconteceu nos anos anteriores.

**Figura 22. Caracterização do Atendimento no Módulo de Informação Geral de Saúde**



Fonte: DGS. Centro de Atendimento do SNS.

### 13. BENEFÍCIOS ADICIONAIS EM SAÚDE

No ano de 2014, a nível nacional, estavam inscritos um total de 30.959 beneficiários do BAS. A ARS Norte regista o maior número de beneficiários, com uma percentagem de 47,3%, face ao total nacional.

Em termos de número de pedidos de reembolso pagos, constata-se que, em 2014, aproximadamente 96,3% (o equivalente a 123.824) 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 (1.466) e com a aquisição de óculos e lentes (3.327). 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 2014, no montante global de 1.969.041 €, cerca de 44,1% (1.098.937 €) da despesa ocorreu na ARS Norte, seguida da ARS Centro com uma percentagem de 25,3% (629.891 €).

Em termos de reembolso de despesas com medicamentos, o valor dos pagamentos atingiu os 1.969.041 €, cerca de 78,9 % do montante total da despesa com a atribuição do BAS.

Tabela 19. Número de beneficiários e de pedidos realizados, valor e tipo de despesa, em 2014

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	2.386	7,7%	10.181	63	237	10.481	8,2%	153.251 €	11.073 €	21.685 €	186.009 €	7,5%
Algarve	550	1,8%	1.990	25	70	2.085	1,6%	34.119 €	4.676 €	6.706 €	45.501 €	1,8%
Centro	7.375	23,8%	30.004	338	835	31.177	24,2%	499.716 €	53.476 €	76.699 €	629.891 €	25,3%
LVT	5.952	19,2%	23.055	311	781	24.147	18,8%	403.973 €	48.273 €	71.116 €	523.363 €	21,0%
Norte	14.649	47,3%	58.364	725	1.382	60.471	47,0%	870.489 €	102.616 €	125.832 €	1.098.937 €	44,1%
<b>Total</b>	<b>30.912</b>		<b>123.594</b>	<b>1.462</b>	<b>3.305</b>	<b>128.361</b>		<b>1.961.548 €</b>	<b>220.114 €</b>	<b>302.038 €</b>	<b>2.483.701 €</b>	

Fonte: SISBAS

## 14. 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.

Os diplomas que regulam presentemente o SAPA são os seguintes: (i) Despacho n.º 2671/2014, de 18 de fevereiro, que define a verba global para o financiamento dos produtos de apoio; (ii) Despacho n.º 5212/2014, de 11 de abril, que define os procedimentos das entidades prescritoras e financiadoras dos produtos de apoio; (iii) Portaria n.º 192/2014, de 26 de setembro, que regula a criação e a manutenção da base de dados de registo do Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio – BDR-SAPA, bem como o tratamento da informação no que respeita à referenciação, prescrição, atribuição, comparticipação e reutilização de produtos de apoio; e (iv) Despacho n.º 14278/2014, de 26 de novembro, que homologa a lista de produtos de apoio, bem como os produtos de apoio reutilizáveis.

Tabela 20. Número de ajudas técnicas atribuídas pelos hospitais em 2014, por região de saúde

ARS	2014
Norte	7.604
Centro	3.276
LVT	1.505
Alentejo	273
Algarve	32
<b>Total</b>	<b>12.690</b>

Fonte: SAPA

## 15. 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 compreensivo, abrangendo todos os atos médicos associados aos vários tipos de tratamento de PMA identificados pela DGS e pela ACSS, com a colaboração de peritos da especialidade.

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.

Tabela 21. Atividade do Programa de Procriação Médica Assistida 2011, 2012 e 2013

Produção PMA	Primeiras Consultas Médicas de apoio à fertilidade	Nº total de ciclos IO	Nº total de ciclos IIU	Total Ciclo FIV/ICSIS	Total de ciclos FIV realizados	Total de ciclos ICSI realizados	Total de ciclos ICSI com espermatozoides recolhidos cirurgicamente realizados
2011	7.670	1.897	1.084	2.394	720	1.530	144
2012	7.710	1.750	1.213	2.643	1.018	1.483	142
2013	7.234	1.578	1.270	2.715	1.194	1.360	161
2014	7.426	1.463	1.178	2.872	1.326	1.380	166
Var. % 2014/2013	2,7%	-7,3%	-7,2%	5,8%	11,1%	1,5%	3,1%

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

## 16. SISTEMA DE TRANSPORTE NÃO URGENTE DE DOENTES

A evolução dos transportes efetuados no âmbito da plataforma SGTD entre 2012 e 2014 é a que se apresenta na tabela seguinte.

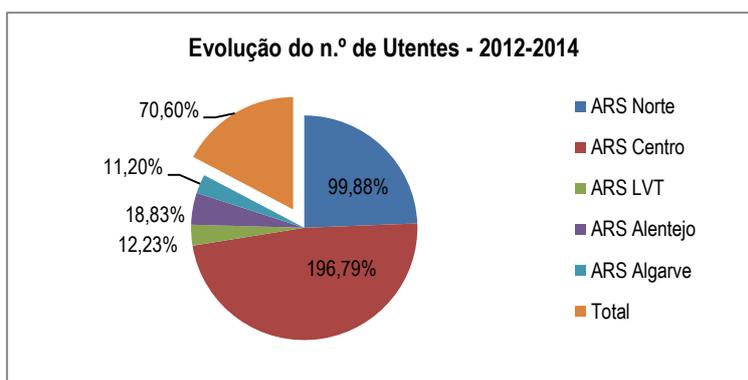
Tabela 22. Número de utentes transportados com registo no SGTD em 2012, 2013 e 2014

ARS	2012	2013	2014
Norte	15.213	15.951	30.407
Centro	6.728	6.606	19.968
LVT	13.456	12.286	15.102
Alentejo	8.026	8.353	9.537
Algarve	1.571	1.795	1.747
Total	44.994	44.991	76.761

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 23. 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 2,4 milhões de prestações de saúde.

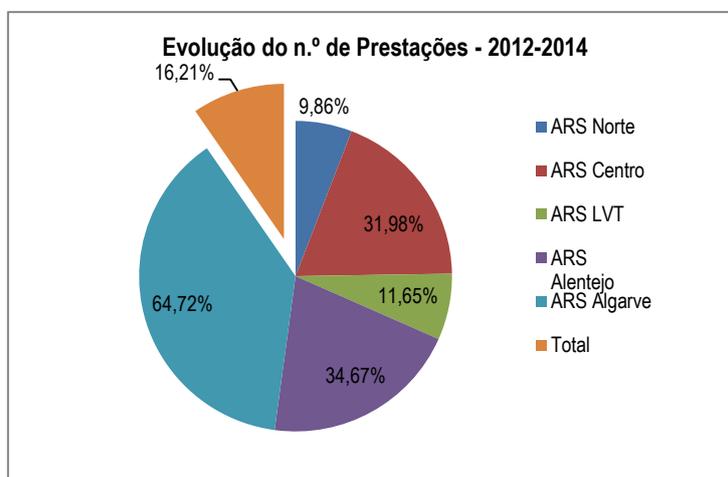
**Tabela 23. Número de prestações realizadas aos utentes transportados com registo no SGTD**

ARS	2012	2013	2014
Norte	924.327	915.778	1.015.489
Centro	286.681	338.164	378.364
LVT	726.461	743.956	811.127
Alentejo	94.290	117.754	126.976
Algarve	60.179	97.895	99.125
<b>Total</b>	<b>2.091.938</b>	<b>2.213.547</b>	<b>2.431.081</b>

Fonte: SGTD, SPMS

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

**Figura 24. Evolução do Número 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, designadamente no caso de necessidade de tratamentos prolongados ou continuados em estabelecimentos ou serviços do SNS, e desde que seja comprovada a respetiva insuficiência económica.

## 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.

No sentido de contribuir para uma maior justiça social e não pondo em causa a racionalização da utilização dos cuidados de saúde, confere-se uma maior proteção a determinados grupos populacionais que se encontrem em condições de especial vulnerabilidade e risco.

**Tabela 24. Evolução das Isenções/ Dispensas de pagamento de Taxas Moderadoras entre 2011e 2014**

Registo Nacional de Utentes	2011 (31 dez)	2014 (31 Dez)
Insuficiência económica	1.592.094	2.601.382
Desempregados e familiares	215.760	141.432
Crianças até 12 anos de idade (inclusive)	1.390.857	1.268.812
Incapacidade igual ou superior a 60%	-	180.409
Grávidas e parturientes	-	139.380
Doentes transplantados de órgãos	55	4.636
Militares e ex-militares das FA incapacitados	230	4.094
<b>Doentes crónicos</b>	<b>890.120</b>	<b>890.120</b>
Bombeiros	32.947	31.268
Dadores vivos de células, tecidos e órgãos		1.508
Dadores benévolos de sangue	196.408	126.210
<b>Utentes com isenção/dispensa válida</b>	<b>4.318.471</b>	<b>5.385.157</b>

Fonte: ACSS, SPMS

A aplicação do novo modelo, em vigor desde 1 de janeiro de 2012, permitiu um aumento do número de utentes isentos/dispensados do pagamento de taxas moderadoras. Consideram-se em situação de insuficiência económica, para efeitos de isenção de pagamento de taxas moderadoras e de outros encargos de que dependa o acesso às prestações de saúde, os utentes que integrem um agregado familiar cujo rendimento médio mensal, dividido pelo número de pessoas a quem cabe a direção do agregado familiar (sujeitos passivos ao nível da declaração de IRS), seja igual ou inferior a 628,83€ (1,5 vezes o indexante de apoios sociais).

O modelo em vigor até ao final do ano de 2011 previa a isenção do pagamento de taxas moderadoras por motivações económicas a (1) pensionistas com pensão inferior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores (desde que dependentes) e (2) trabalhadores por conta de outrem que recebam rendimento mensal não superior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores desde que dependentes. Neste modelo, os trabalhadores por conta própria não podiam requerer a isenção por esta via. Adicionalmente, como todas as crianças até aos 12 anos, inclusive, estavam isentas do pagamento de taxas moderadoras, apenas estavam protegidos os utentes entre os 13 e os 17 anos das famílias com baixos rendimentos, pressupondo o novo regime um alargamento do agregado familiar.

Importa ainda referir que mais recentemente foi também alargada a isenção do pagamento das taxas aos menores de 18 anos (o que permite alargar esta isenção a mais 438.504 utentes com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos de idade).

Por outro lado, no caso da isenção por condição clínica, foi introduzida a categoria de dispensa de cobrança de taxas em determinadas prestações de saúde associadas a determinadas condições clínicas.

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

## **TERCEIRA PARTE**

### **SÍNTESE DE RESULTADOS COLIGIDOS A PARTIR DO RELATÓRIO ANUAL DAS INSTITUIÇÕES PRESTADORAS DE CUIDADOS**

## 18. INFORMAÇÃO GERAL

Para 2014, foi mantido o modelo de relatório de acordo com o que tinha vindo a ser feito nos últimos anos (anexo 1), com ligeiras alterações no que se refere à informação relativa a meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Tabela 25. Relatórios elaborados pelas instituições do SNS, por região de saúde.

	ARS	ACES	Hospitais	ULS	Total
<b>Norte</b>	16	12	3	3	<b>31</b>
<b>Centro</b>	6	10	2	2	<b>18</b>
<b>LVT</b>	15	15	---	---	<b>30</b>
<b>Alentejo</b>	1	1	3	3	<b>5</b>
<b>Algarve</b>	3	1	---	---	<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>39</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>88</b>

Tal como em 2013, a maioria das instituições (54 instituições, representando 61% do total) menciona ter constituído o respetivo órgão de participação e consulta, encontrando-se ainda 10 delas (11%) a formalizar a constituição deste órgão.

Tabela 26. Referência órgãos de participação/consulta, apoio e gabinete do utente/cidadão

Estado	ACES (Conselho da Comunidade)		Hospitais (Conselho Consultivo)		ULS (Conselho Consultivo)		Total	
Constituído	27	66%	23	59%	4	50%	<b>54</b>	<b>61%</b>
Em constituição	5	12%	5	13%	0	0%	<b>10</b>	<b>11%</b>
S/I	9	22%	11	28%	4	50%	<b>24</b>	<b>27%</b>
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>88</b>	<b>100%</b>

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

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

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

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

Tabela 27. Sistemas de informação em uso no(s) setor(es) que envolve(m) o acesso a cuidados.

Aplicativo	Nº de entidades
SONHO (sistema de gestão hospitalar)	44
SINUS (sistema de gestão do utente/ cuidados primários)	53
SAM (Sistema de Apoio ao Médico/ gestão clínica)	76
SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem/ gestão clínica)	78
CTH (Consulta a Tempo e Horas)	88
SIGLIC (Sistema de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia)	43

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

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

- 1) Quanto aos níveis de acesso à informação
  - Parametrização de níveis de acesso por utilizador;
  - Registo de *logs* de acesso;
  - Mudança periódica de passwords;
  - Auditoria aos acessos;
  - Monitorização dos acessos;
  - Notificação prévia à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) relativamente ao tratamento de dados pessoais obtidos a partir das aplicações informáticas em uso.
- 2) Quanto à segurança física
  - UPS (*uninterruptible power supply*) redundante, ar condicionado redundante, alarmes (temperatura e incêndio);
  - *Backups* (bases de dados, aplicativos, *software* do sistema);
  - Antivírus e *firewall*;
  - Redundância de armazenamento e processamento (*raid, cluster*).

Tabela 28. Outros aspetos de regulação, organização e controlo interno com reflexo acesso

	SIM	Não	NR
Identificação no Regulamento Interno (global) da instituição das estruturas responsáveis pelo acesso a cuidados de saúde			
<b>Hospitais</b>	35	4	3
<b>ULS</b>	6	2	0
<b>ACES</b>	33	7	6
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>13</b>	<b>9</b>

Os Planos e Relatórios de Atividades incluem pontos relacionados com a matéria do acesso.

<b>Hospitais</b>	39	0	3
<b>ULS</b>	6	2	0
<b>ACES</b>	39	1	6
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>3</b>	<b>9</b>

Os Planos e Relatórios apresentam avaliação da capacidade instalada/ rentabilização dos recursos materiais e humanos disponíveis, designadamente ao nível das consultas e outras áreas de cuidados dos centros de saúde, consultas externas, MCDT, Bloco Operatório (quando aplicável).

<b>Hospitais</b>	38	1	3
<b>ULS</b>	6	2	0
<b>ACES</b>	33	7	6
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>10</b>	<b>9</b>

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

<b>Hospitais</b>	38	1	3
<b>ULS</b>	8	0	0
<b>ACES</b>	41	0	5
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

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

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

### Implementação da Carta dos Direitos de Acesso

Mais de metade das instituições do SNS (52 instituições, 54% do total) referem que criaram uma estrutura dedicada à implementação da Carta dos Direitos do Acesso, melhorando face a 2012 (40%) e a 2013 (44%).

Tabela 29. Constituição estrutura multidisciplinar interna para implementação da carta dos direitos de acesso.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	24	52%	24	57%	4	50%	52	54%
<b>Não</b>	16	35%	15	36%	4	50%	35	36%
<b>S/I</b>	6	13%	3	7%	0	0%	9	9%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

Tabela 30. Suporte de regulação de procedimentos para a implementação da carta de direitos de acesso.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	15	33%	17	40%	3	38%	35	36%
<b>Não</b>	11	24%	9	21%	2	25%	22	23%
<b>S/I</b>	20	43%	16	38%	3	38%	39	41%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

Em linha com 2013, a maioria das instituições (87 instituições, representando 91% do total) definiu indicadores de resultados na ótica do acesso, e 71 delas referem que os mesmos têm em conta os tempos de resposta (71 instituições, representando 74% do total).

Tabela 31. Definição de indicadores de resultados na componente do acesso e de produção, pela própria instituição ou de acordo com instância(s) de contratualização.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	41	89%	39	93%	7	88%	87	91%
<b>Não</b>	0	0%	0	0%	1	13%	1	1%
<b>S/I</b>	5	11%	3	7%	0	0%	8	8%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

Tabela 32. Os indicadores resultados na componente de acesso e de produção tem em conta os Tempos Resposta.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	26	57%	38	90%	7	88%	71	74%
<b>Não</b>	15	33%	1	2%	1	13%	17	18%
<b>S/I</b>	5	11%	3	7%	0	0%	8	8%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

No conjunto das instituições, a maioria (75 instituições, representando 78% do total) menciona ter incorporado indicadores direcionados ao acesso a todos os níveis da organização (horizontais e verticais) e destas, quase todas (74 instituições, representando 77% do total) afirmam efetuar periodicamente uma análise da situação com utilização de indicadores de resultados direcionados ao acesso, conforme se pode constatar nas tabelas seguintes.

Tabela 33. Utilização de indicadores de resultados direcionados ao acesso, a todos os níveis (verticais e horizontais).

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	30	65%	38	90%	7	88%	75	78%
<b>Não</b>	8	17%	1	2%	1	13%	10	10%
<b>S/I</b>	8	17%	3	7%	0	0%	11	11%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

Tabela 34. Análise periódica pela instituição utilizando indicadores de resultados direcionados ao acesso.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	29	63%	39	93%	6	75%	74	77%
<b>Não</b>	10	22%	0	0%	2	25%	12	13%
<b>S/I</b>	7	15%	3	7%	0	0%	10	10%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

Relativamente à existência de planos especiais de monitorização e correção de desvios e/ ou incumprimento de objetivos, 75 instituições (78%) respondem positivamente.

Tabela 35. Existência de planos especiais de monitorização e correção de desvios e/ou incumprimento de objetivos.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	33	72%	36	86%	6	75%	75	78%
<b>Não</b>	7	15%	3	7%	2	25%	12	13%
<b>S/I</b>	6	13%	3	7%	0	0%	9	9%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

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

Tabela 36. Revisão crítica regular da relevância e atualidade dos indicadores utilizados.

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	24	52%	35	83%	6	75%	65	68%
<b>Não</b>	15	33%	4	10%	2	25%	21	22%
<b>S/I</b>	7	15%	3	7%	0	0%	10	10%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

Mais de metade das instituições (65 instituições, representando 68% do total) informa que dispõe de procedimentos de controlo para minimizar o risco de erros, insuficiência, inadequação e eventual desvirtuação da informação associada aos indicadores de resultados.

**Tabela 37. Existência de procedimentos de controle para minimizar o risco de erros, insuficiência, inadequação e eventual desvirtuação de informação.**

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	23	50%	36	86%	6	75%	65	68%
<b>Não</b>	18	39%	3	7%	2	25%	23	24%
<b>S/I</b>	5	11%	3	7%	0	0%	8	8%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

A maioria das instituições (82 instituições, representando 85% do total) diz ter fixado Tempos de Resposta Garantidos (TRG) para o ano de 2014. Adicionalmente, metade das instituições (57 instituições, representando 59% do total) diz ter incluído os TRG nos respectivos planos e relatórios de atividades.

**Tabela 38. Fixação, pela instituição, de Tempos de Resposta Garantidos**

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	37	80%	37	88%	8	100%	82	85%
<b>Não</b>	4	9%	1	2%	0	0%	5	5%
<b>S/I</b>	5	11%	4	10%	0	0%	9	9%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

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

**Tabela 39. Integração, pela instituição, dos Tempos de Resposta Garantidos nos Planos e Relatórios de Atividades.**

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	19	41%	32	76%	6	75%	57	59%
<b>Não</b>	20	43%	7	17%	2	25%	29	30%
<b>S/I</b>	7	15%	3	7%		0%	10	10%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

No total das 96 instituições, 67 (70%) referem ter integrado os TRG nos Contratos-Programa/Planos de Desempenho, sendo que 83% e 88% das instituições hospitalares e ULS, respetivamente, assumem já a referida integração.

**Tabela 40. Integração dos Tempos de Resposta Garantidos no Contrato-programa/ Plano de Desempenho da instituição.**

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	25	54%	35	83%	7	88%	67	70%
<b>Não</b>	15	33%	4	10%	1	13%	20	21%
<b>S/I</b>	6	13%	3	7%	0	0%	9	9%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

Quanto à afixação de informação atualizada sobre TRG, em locais de fácil acesso e consulta, mais de metade das instituições (61 instituições, representando 64% do total) refere a afixação atualizada dos referidos TRG. Um número menor (48 instituições, representando 50% do total) refere ter disponibilizado esta informação na internet.

**Tabela 41. Afixação de informação atualizada relativa aos Tempos de Resposta Garantidos em locais de fácil acesso e consulta, para os diversos tipos de prestações e por patologia ou grupos de patologia.**

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	27	59%	27	64%	7	88%	61	64%
<b>Não</b>	13	28%	12	29%	1	13%	26	27%
<b>S/I</b>	6	13%	3	7%	0	0%	9	9%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

**Tabela 42. Disponibilização na internet de informação atualizada sobre as atividades/serviços disponíveis, a capacidade instalada e os respetivos Tempos de Resposta Garantidos, nas diversas modalidades de prestação de cuidados**

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	10	22%	31	74%	7	88%	48	50%
<b>Não</b>	30	65%	8	19%	1	13%	39	41%
<b>S/I</b>	6	13%	3	7%	0	0%	9	9%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

No que respeita à existência de comprovativo, mediante registo ou impresso próprio, de prestação de informação ao utente sobre os TRG, apenas 26 entidades (27%) afirmam dispor do respetivo comprovativo. De igual modo, um número semelhante de entidades (28 instituições, representando 29%) indicam ter procedimentos definidos para informar os utentes sobre TMRG.

**Tabela 43. Existe comprovativo, mediante registo ou impresso próprio, da prestação de informação aos utentes no ato de pedido ou marcação de consulta, tratamento ou exame, sobre os TRG para prestação dos cuidados.**

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	11	24%	12	29%	3	38%	26	27%
<b>Não</b>	28	61%	27	64%	5	63%	60	63%
<b>S/I</b>	7	15%	3	7%	0	0%	10	10%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

**Tabela 44. Estão definidos procedimentos para informar os utentes sobre o TMRG, para lhe serem prestados os respetivos cuidados no estabelecimento para o qual é referenciado, no caso de referência para outra unidade de saúde.**

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	12	26%	13	31%	3	38%	28	29%
<b>Não</b>	27	59%	25	60%	5	63%	57	59%
<b>S/I</b>	7	15%	4	10%	0	0%	11	11%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

Quanto à divulgação e publicação do relatório anual sobre o acesso, em suporte autónomo ou inclusão nos Relatórios de Atividades/Planos de Desempenho, 62 entidades (65%) referem que o fazem.

**Tabela 45. O Relatório anual sobre o acesso foi divulgado e publicado em suporte autónomo ou consta do Relatório de Atividades e/ou Plano de Desempenho.**

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	24	52%	37	88%	1	13%	62	65%
<b>Não</b>	15	33%	2	5%	7	88%	24	25%
<b>S/I</b>	7	15%	3	7%	0	0%	10	10%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

A maioria das instituições (82 instituições, representando 85% do total) diz proceder a um tratamento das reclamações e sugestões. Na grande maioria (85 instituições, representando 89% do total) refere também que as sugestões e reclamações são utilizadas na avaliação e na tomada de medidas de correção.

**Tabela 46. As reclamações e/ou sugestões relativas ao acesso são objeto de tratamento próprio, independentemente da sua génese/proveniência. (Gabinete do Utente, Entidade Reguladora da Saúde)**

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	39	85%	37	88%	6	75%	82	85%
<b>Não</b>	1	2%	2	5%	2	25%	5	5%
<b>S/I</b>	6	13%	3	7%	0	0%	9	9%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

**Tabela 47. As sugestões e reclamações ou outras formas de participação dos utentes/cidadãos na melhoria do acesso são integradas na avaliação e medidas de correção.**

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	39	85%	39	93%	7	88%	85	89%
<b>Não</b>	0	0%	0	0%	1	13%	1	1%
<b>S/I</b>	7	15%	3	7%	0	0%	10	10%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

Pouco menos de metade das instituições (44 instituições, representando 46% do total) indicam que têm ocorrido diligências, intervenções ou outras medidas, por parte da Entidade Reguladora da Saúde, em resultado de reclamações relativas ao acesso a cuidados de saúde.

**Tabela 48. A Entidade Reguladora da Saúde promoveu diligências, intervenções ou outras medidas junto da instituição, em resultado de reclamações relativas ao acesso a cuidados de saúde.**

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	23	50%	17	40%	4	50%	44	46%
<b>Não</b>	17	37%	21	50%	4	50%	42	44%
<b>S/I</b>	6	13%	4	10%	0	0%	10	10%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

Da totalidade das instituições, apenas 24 (25%) referem a abertura de processos sancionatórios em resultado de meros incumprimentos da Lei. De igual modo, 13 (14%) das instituições indicam a que o relatório tenha sido objeto de auditoria por parte da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde.

**Tabela 49. Foram constituídos/abertos processos sancionatórios em resultado e/ou mero incumprimento da Lei.**

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	8	17%	12	29%	4	50%	24	25%
<b>Não</b>	31	67%	26	62%	4	50%	61	64%
<b>S/I</b>	7	15%	4	10%	0	0%	11	11%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

**Tabela 50. O Relatório sobre o Acesso foi objeto de auditoria pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde.**

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	2	4%	9	21%	2	25%	13	14%
<b>Não</b>	38	83%	30	71%	6	75%	74	77%
<b>S/I</b>	6	13%	3	7%	0	0%	9	9%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

Foram comunicados à DGS por 86 entidades (90%) as reclamações, sugestões e comentários recebidos no âmbito do Sim - Cidadão.

**Tabela 51. As reclamações, sugestões e comentários comunicados à DGS, no âmbito do projeto “SIM Cidadão”.**

	ACES		Hospitais		ULS		Total	
<b>Sim</b>	40	87%	39	93%	7	88%	86	90%
<b>Não</b>	0	0%	0	0%	1	13%	1	1%
<b>S/I</b>	6	13%	3	7%	0	0%	9	9%
<b>Total</b>	46	100%	42	100%	8	100%	96	100%

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

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

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

### 19.1. Cuidados de Saúde Primários

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

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

Tabela 52. Evolução da utilização de consultas médicas nos cuidados de saúde primários entre 2011 e 2014

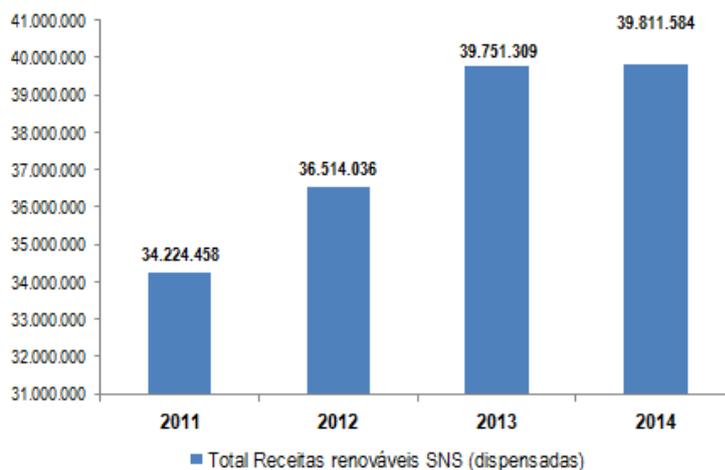
	2011	2012	2013	2014	Var. 14/13	% Var. 14/13
<b>Utilizadores de Consultas Médicas CSP</b>	<b>6.730.587</b>	<b>7.042.564</b>	<b>7.045.801</b>	<b>7.053.513</b>	7.712	0,1%
<b>Consultas Médicas</b>	<b>30.623.795</b>	<b>29.176.913</b>	<b>28.560.964</b>	<b>28.726.232</b>	165.268	0,6%
Consultas Médicas Presenciais	22.758.433	20.999.463	20.436.472	20.503.070	66.598	0,3%
Consultas Médicas Não Presenciais	7.672.215	7.980.729	7.924.105	8.025.652	101.547	1,3%
Consultas Médicas Domiciliárias	193.147	196.721	200.387	197.510	-2.877	-1,4%
<b>Consultas Enfermagem</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>	<b>14.633.115</b>	<b>15.641.099</b>	1.007.984	6,9%

Fonte: ACSS- SIM SNS

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

De entre as diversas medidas que refletem esta adequação do acesso aos cuidados de saúde primários, traduzindo-se numa utilização mais racional dos recursos (essencialmente médicos) presentes neste nível de cuidados e numa maior comodidade para os utentes, destaca-se o aumento substancial da prescrição eletrónica de receitas com validade de seis meses que se tem registado nos últimos anos, evitando-se visitas desnecessárias ao médico de família e permitindo uma melhor gestão das consultas por parte dos prestadores de CSP, conforme se apresenta no gráfico seguinte.

Figura 25. Evolução do número de receitas renováveis entre 2011 e 2014



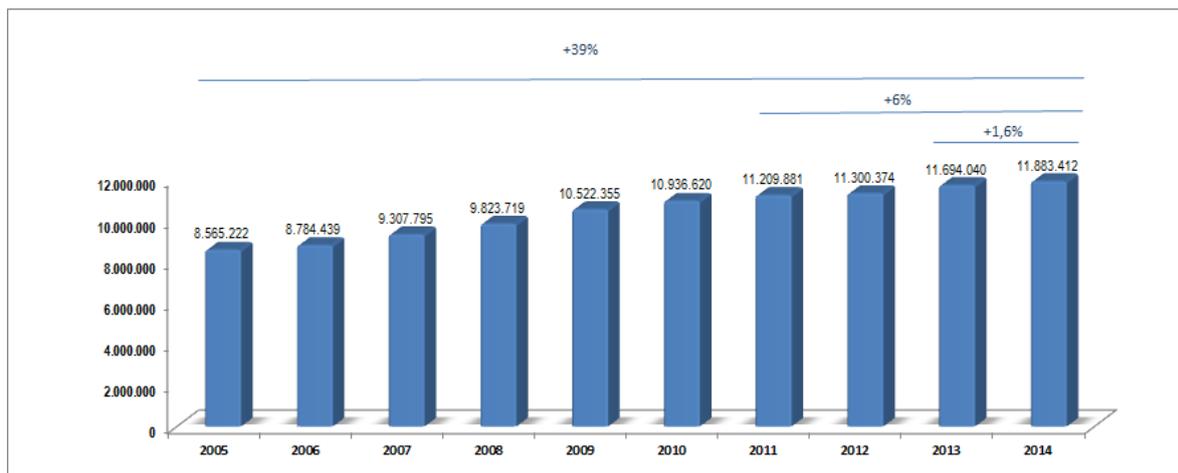
Fonte: ACSS- CCF

## 19.2. Cuidados de Saúde Hospitalares

### Consultas médicas externas

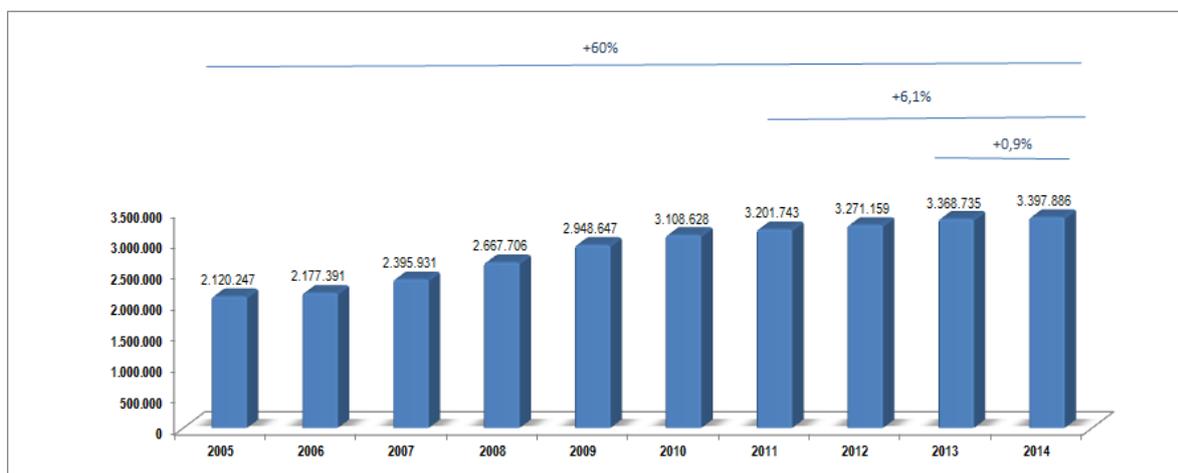
A atividade hospitalar, no que se refere a consultas de especialidade, tem registado uma evolução crescente e sustentada nos últimos nove anos, não só a nível do número total de consultas hospitalares, como também e principalmente, a nível das primeiras consultas hospitalares.

Figura 26. Evolução do número de consultas externas hospitalares (EPE+SPA+PPP) entre 2005 e 2014



Fonte: ACSS-SICA

Figura 27. Evolução do número de primeiras consultas externas hospitalares (EPE+SPA+PPP) entre 2005 e 2014



Fonte: ACSS-SICA

Como se constata da análise das duas figuras anteriores, tem vindo a registar-se um contínuo aumento da produção de consultas nos hospitais do SNS, nos anos considerados, tendo esse aumento sido mais expressivo nas primeiras consultas, o que significa que um maior número de cidadãos obteve acesso a esta tipologia de cuidados hospitalares.

Considerando as consultas hospitalares nas especialidades identificadas no quadro abaixo que, em 2014, representaram 86 % do número das primeiras consultas realizadas nos Hospitais do SNS e 84% do total de consultas, constata-se que a maioria destas especialidades apresentaram acréscimos de produção, não só em relação ao total de consultas, como também no tocante ao número de primeiras consultas.

Tabela 53. Número de consultas hospitalares no SNS, nas especialidades com maior atividade em 2013 e 2014

Especialidades	1ªs Consultas Externas Médicas			Total de Consultas Externas Médicas		
	2013	2014	Var. % 2014 / 2013	2013	2014	Var. % 2014 / 2013
Anestesiologia	252.372	256.759	1,7%	351.911	355.480	1,0%
Cirurgia Geral	278.701	272.980	-2,1%	801.025	778.839	-2,8%
Dermato-Venereologia	157.659	154.465	-2,0%	361.422	364.652	0,9%
Estomatologia	58.073	57.747	-0,6%	224.104	223.818	-0,1%
Ginecologia	156.539	151.388	-3,3%	482.772	467.173	-3,2%
Obstetrícia	126.011	131.215	4,1%	374.562	382.148	2,0%
Hematologia Clínica	19.293	21.631	12,1%	198.307	210.655	6,2%
Imuno-alergologia	25.012	27.062	8,2%	111.106	119.973	8,0%
Medicina Física e Reabilitação	112.519	113.419	0,8%	312.296	317.471	1,7%
Medicina Interna	120.099	119.513	-0,5%	538.090	539.675	0,3%
Neurologia	80.714	80.384	-0,4%	315.196	325.893	3,4%
Oftalmologia	359.427	365.585	1,7%	957.983	991.493	3,5%
Oncologia	45.915	45.950	0,1%	431.359	441.840	2,4%
Ortopedia	291.743	295.235	1,2%	791.433	803.146	1,5%
Otorrinolaringologia	161.690	159.432	-1,4%	494.095	489.179	-1,0%
Pediatria	148.742	153.396	3,1%	578.155	592.703	2,5%
Urologia	89.655	88.953	-0,8%	349.080	348.967	0,0%
Endocrinologia - Nutrição	43.823	45.214	3,2%	225.680	238.594	5,7%
Gastroenterologia	79.532	81.658	2,7%	266.741	271.055	1,6%
Cardiologia	106.961	106.799	-0,2%	448.193	449.088	0,2%
Pneumologia	75.927	80.059	5,4%	343.069	362.639	5,7%
Nefrologia	22.592	23.984	6,2%	171.840	178.191	3,7%
Psiquiatria	97.857	98.995	1,2%	689.105	705.015	2,3%

Fonte: ACSS-SICA

### Primeira consulta de especialidade hospitalar com pedido solicitado via CTH

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

A tabela seguinte apresenta a variação registada nas várias regiões de saúde, verificando-se que o maior crescimento se regista nos hospitais da ARS Centro (+ 12,7%). Analisando o número de pedidos de primeira consulta por 1.000 habitantes, percebem-se as diferenças existentes entre as regiões de saúde, de acordo

com a população que servem (a ARS Norte, com 189,1 pedidos por mil habitantes, tem valores de quase o dobro da ARS com menor procura – ARS Algarve, com 90,9 pedidos). Estes dados demonstram uma melhor utilização do aplicativo e maior articulação entre os CSP e os cuidados de saúde hospitalares.

**Tabela 54. Número de pedidos de consulta inscritos nos anos de 2013 e 2014, por região de saúde e entidades não SNS**

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

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

Analisando agora a dinâmica dos pedidos inscritos para consulta, ou seja, a comparação entre os pedidos inscritos, os pedidos concluídos e as consultas realizadas, constata-se, em 2014, uma diminuição dos pedidos não concluídos, o que representa uma *proxy* da lista de espera para consulta no âmbito do programa CTH, conforme o quadro seguinte demonstra.

**Tabela 55. Dinâmica dos pedidos inscritos em consulta entre 2011 e 2014**

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

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

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

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

Tabela 56. Consultas realizadas em 2014, segundo a prioridade atribuída no pedido e a prioridade na triagem

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

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

\*Independentemente da data de inscrição do pedido

No que respeita ao número total de consultas realizadas no âmbito do Programa CTH, verifica-se um aumento em todas as ARS (à exceção do Algarve), sendo as mais significativas na ARS Centro (+16,2%) e na ARS Alentejo (12,5%), conforme demonstra o quadro seguinte.

Tabela 57. Número de consultas realizadas e tempo médio de resposta ao pedido de consulta, em dias, segundo a prioridade na triagem, segundo o destino dos pedidos.

ARS de destino do pedido	Consultas realizadas					Tempo médio de resposta ao pedido (dias)				
	2012	2013	2014	Variação 14/13	% Variação 14/13	2012	2013	2014	Variação 14/13	% Variação 14/13
ARS Norte	377.884	413.631	456.551	42.920	10,38%	125,9	126,5	111,8	-14,7	-11,62%
ARS Centro	145.131	164.633	191.249	26.616	16,17%	130,2	113,9	113,5	-0,4	-0,35%
ARS LVT	277.232	316.424	328.780	12.356	3,90%	107,2	107,1	112,1	5,0	4,67%
ARS Alentejo	32.780	39.980	44.986	5.006	12,52%	158,3	133,8	105,9	-27,9	-20,85%
ARS Algarve	20.541	27.611	25.542	-2.069	-7,49%	202,2	189,2	161,6	-27,6	-14,59%
Entidades não SNS	84.808	99.367	99.741	374	0,38%	115,3	120,9	138,5	17,6	14,56%
<b>Total</b>	<b>938.376</b>	<b>1.061.646</b>	<b>1.146.849</b>	<b>85.203</b>	<b>8,03%</b>	<b>122,9</b>	<b>120,1</b>	<b>115,3</b>	<b>-4,8</b>	<b>-4,00%</b>

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

\*Independentemente da data de inscrição do pedido

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

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

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

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

Tabela 58. Tempo médio de resposta e mediana desde a realização da 1ª consulta (consultas realizadas\*).

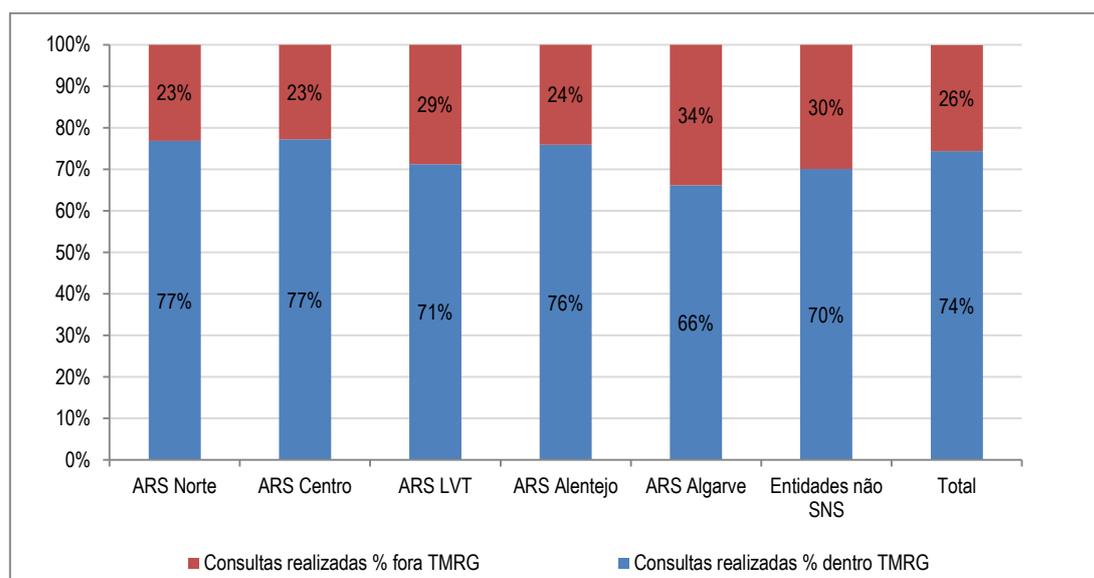
ARS de destino do pedido	Tempo médio de resposta ao pedido (dias)			Mediana do tempo até à realização da primeira consulta (dias)		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
ARS Norte	125,9	126,5	111,8	85,1	86,4	86,5
ARS Centro	130,2	113,9	113,5	79,5	77,1	68,7
ARS LVT	107,2	107,1	112,1	68,7	71,7	75,1
ARS Alentejo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

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

\*Independentemente da data de inscrição do pedido

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

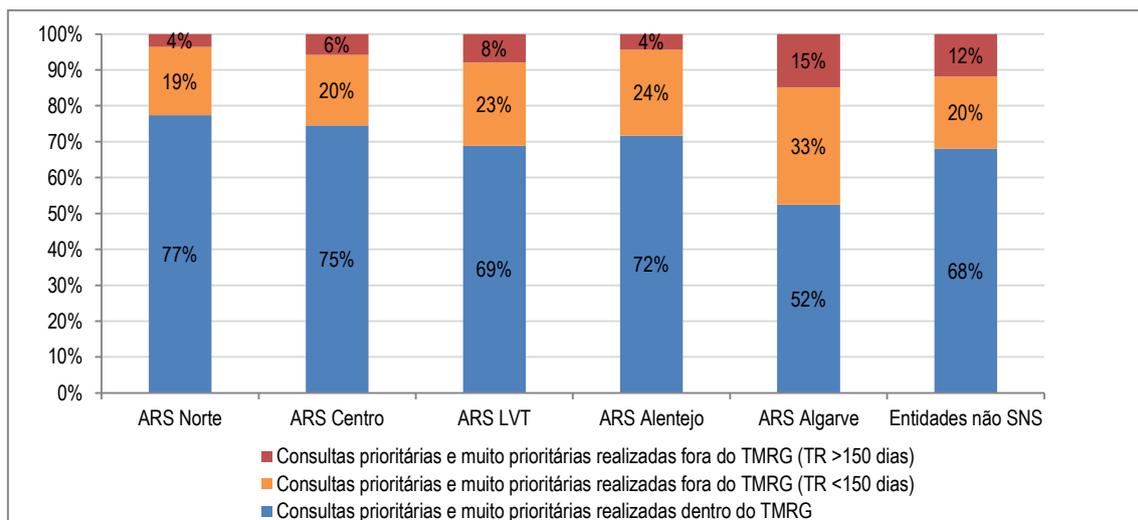
Figura 28. Percentagem de consultas realizadas em 2014, dentro e fora dos TMRG



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

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

**Figura 29. Percentagem de consultas realizadas em 2014 prioritárias e muito prioritárias, dentro e fora dos TMRG e, destas, as realizadas em mais de 150 dias, por região de saúde e entidades não SNS**



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

## Cirurgia programada

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

Conforme se pode constatar no quadro seguinte, em 2014, foram alvo de intervenção cirúrgica 544.377 inscritos para cirurgia, representando um crescimento de 1,9% face ao ano anterior e de 57,6% face a 2006 (oito anos).

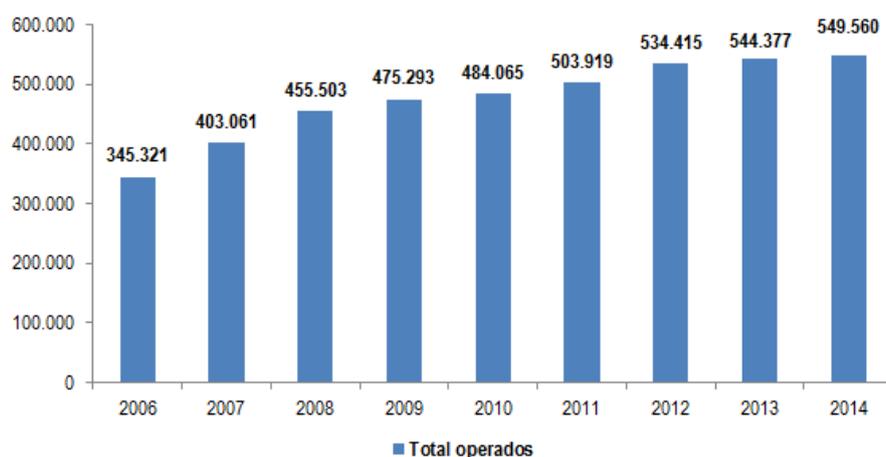
Tabela 59. Evolução global da oferta cirúrgica entre 2006 e 2014

Indicadores	2006	...	2010	2011	2012	2013	2014	Var. 2014/2006	Var. 2014/2013
Operados H. SNS (inclui PPP)	331.479		458.374	460.789	482.302	502.251	505.105	52,4%	0,6%
Operados H. Convencionados	13.842		25.568	24.654	26.852	15.915	18.336	32,5%	15,2%
Operados H. Protocolados	n.a.		n.a.	18.476	25.261	26.211	26.119	n.a.	-0,4%
<b>Total Operados</b>	<b>345.321</b>		<b>484.065</b>	<b>503.919</b>	<b>534.415</b>	<b>544.377</b>	<b>549.560</b>	<b>59,1%</b>	<b>1,0%</b>
Média do TE dos Operados (meses)	4,9		2,6	2,7	2,8	2,7	2,8	-42,9%	3,7%
Operados Padrão	420.386		483.096	497.938	535.218	557.991	557.547	32,6%	-0,1%
Expurgo	98.205		86.351	83.446	88.677	83.480	84.290	-14,2%	1,0%

Fonte: SIGLIC – Relatório SIGIC de 2014

Os hospitais públicos aumentaram a atividade cirúrgica em 0,6%, com 505.105 doentes operados, o maior valor de sempre no SNS, assim como o número total de utentes operados a cargo do SNS foi o maior registado no âmbito do SIGIC, conforme confirma a figura seguinte.

Figura 30. Evolução do número total de operados a cargo do SNS entre 2006 e 2014



Fonte: SIGLIC – Relatório SIGIC de 2014

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 0,7% face ao ano anterior e 43,6% face a 2006 (nove anos) e que o número de inscritos para cirurgia aumentou 4,4%, face ao ano anterior<sup>1</sup>.

Tabela 60. Evolução dos indicadores de procura entre 2006 e 2014

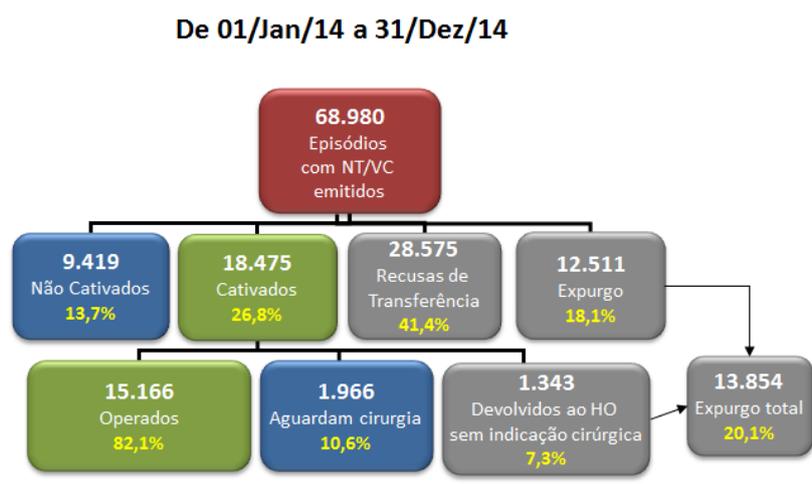
Indicadores	2006	...	2010	2011	2012	2013	2014	Var. 2014/2006	Va. 2014/2013
Entradas em LIC	451.942		573.527	611.535	624.226	644.178	648.868	43,6%	0,7%
Nº de utentes inscritos (LIC)	221.208		162.211	180.356	166.798	176.129	183.882	-16,9%	4,4%
% Inscritos que ultrapassam o TMRG	43,5%		18,4%	15,8%	15,1%	12,8%	12,1%	-72,2%	-5,5%

Fonte: SIGLIC – Relatório SIGIC de 2014

Analisando a componente relativa à percentagem de inscritos que ultrapassam os TMRG, verificamos que se registou uma redução de 5,5% em relação a 2013. A melhoria deste indicador permitiu **reduzir para 12,8% a percentagem dos doentes que não foram operados dentro dos tempos, sendo este o mais baixo resultado de sempre no SNS para este indicador.**

As transferências no âmbito do SIGIC permitem assegurar a prestação dos cuidados cirúrgicos nos TMRG, sempre que o hospital de origem não tem capacidade para tal. Neste âmbito, o esquema seguinte apresenta a estrutura das transferências ocorridas em 2014, ou seja, a percentagem de utentes com vale de cirurgia emitidos (66.980 em 2014, os quais representam 10,6% do total de entradas em LIC).

Figura 31. Diagrama referente às notas de transferência e vales cirurgia emitidos em 2014

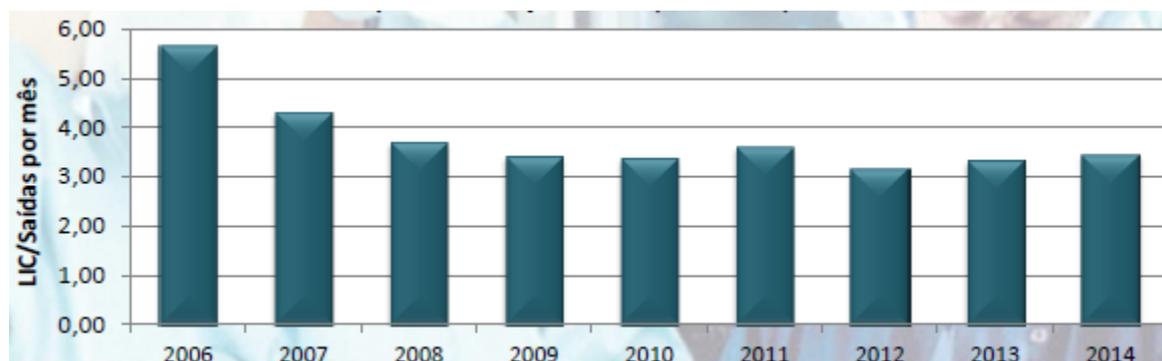


Fonte: SIGLIC – Relatório SIGIC de 2014

<sup>1</sup> As entradas em lista correspondem ao número de doentes que foram inscritos para cirurgia durante o período em análise. A lista de inscritos para cirurgia corresponde ao número de doentes que aguardam cirurgia no final do mesmo período. Se o número de doentes operados for superior ao número de entrados em lista verificamos uma redução do número de inscritos para cirurgia.

Um indicador importante de qualidade é o tempo de resolução da LIC (em meses), o qual representa o eventual tempo considerado necessário para resolver a LIC caso, a partir da data do cálculo, não se registassem mais entradas e o número médio de saídas por mês se mantivesse constante (tempo de resolução = LIC/Saídas/mês). Conforme se constata na figura seguinte, o tempo de resolução da LIC tem vindo a diminuir nos últimos anos, mantendo-se atualmente constante em redor dos 3 meses.

Figura 32. Tempo de resolução da LIC (em meses) entre 2006 e 2014

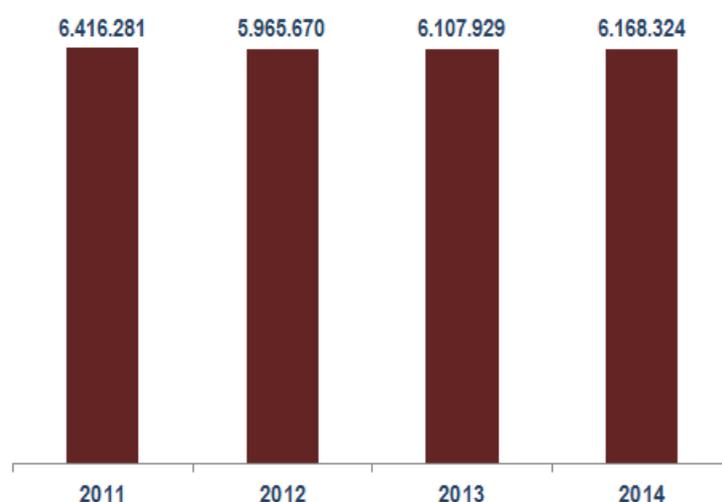


Fonte: SIGLIC – Relatório SIGIC de 2014

### Atendimentos Urgentes

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

Figura 33. Evolução dos atendimentos urgentes entre 2011 e 2014

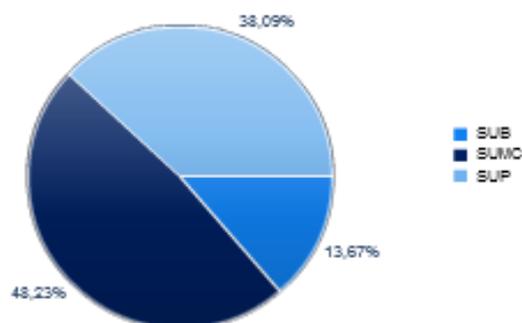


Fonte: ACSS-SICA

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

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

Figura 34. Percentagem de atendimentos por tipologia de serviços de urgência, em 2014

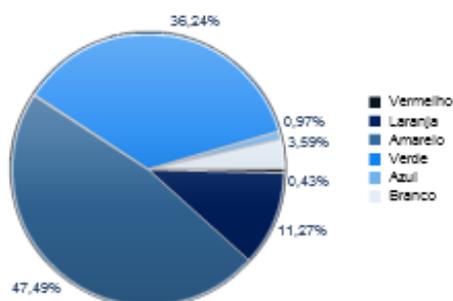


Fonte: ACSS-SICA

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

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

Figura 35. Distribuição de atendimentos de acordo com a triagem de Manchester



Fonte: ACSS-SICA

Em face da persistência destes dados ao longo do tempo, será necessário continuar a implementar medidas concretas que promovam o redireccionamento de doentes para níveis de cuidados mais efetivos.

### 19.3. 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 diretivas se efetuam de forma transversal, com envolvimento de todos os parceiros.

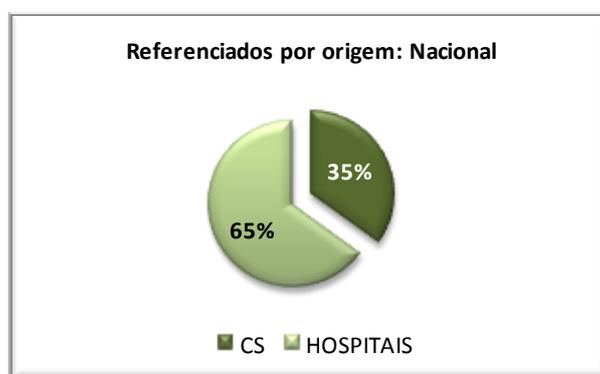
Nesta perspetiva, e desde que começou a ser criada em 2006, têm vindo a ser melhorados os resultados em termos de promoção da continuidade e personalização na prestação de cuidados, de aumento da autonomia dos utentes e de melhoria da qualidade, em termos de acesso, eficácia, eficiência e satisfação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

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

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

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

Figura 36. Origem dos utentes referenciados no âmbito da RNCCI



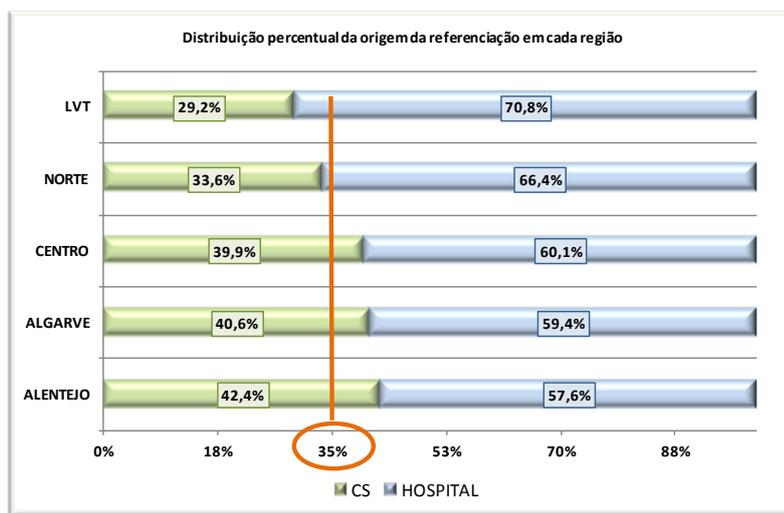
Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2014

Para uma referenciação nacional de 35%, as regiões com maior percentagem de referenciação a partir dos cuidados de saúde primários são o Alentejo e o Algarve, com 40,6% dos seus utentes a serem referenciados

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

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

Figura 37. Distribuição percentual da origem da referência em cada região, no âmbito da RNCCI

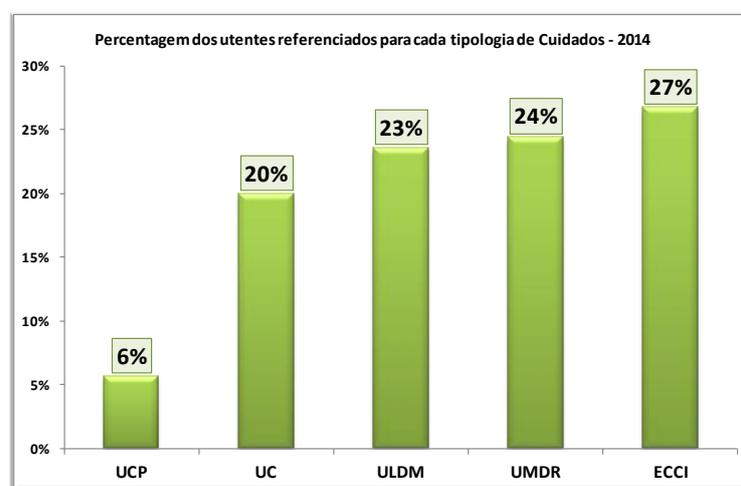


Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2014

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

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

Figura 38: Referência para as diferentes tipologias de cuidados no âmbito da RNCCI.



Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2014

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

**Tabela 61. Uteses referenciados por tipologia e região no âmbito da RNCCI**

UTESES REFERENCIADOS POR REGIÃO E TIPOLOGIA - 2014											
TOTAL com admissões diretas de EIH e ECSCP	Regiões	EIHSCP	ECSCP	ECCI	UC	UCP	ULDM	UMDR	TOTALS sem admissões diretas - EIH e ECSCP		
									CS	HOSPITAIS	TOTAL
									15.070	NORTE	1073
8.348	CENTRO	0	0	705	1.463	595	2.939	2.646	3.330	5.018	8.348
11.558	LVT	758	26	3.132	1.761	966	2.062	2.853	3.146	7.628	10.774
3.585	ALENTEJO	0	147	658	716	241	957	866	1.458	1.980	3.438
3.096	ALGARVE	236	0	1.251	533	32	503	541	1.162	1.698	2.860
41.657	NACIONAL	2067	221	10.500	7.833	2.187	9.249	9.600	13.781	25.588	39.369

Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2014

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

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

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

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

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

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

**Tabela 62: Tempo de referência até identificação de vaga**

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

Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2014

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

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

**Tabela 63: Utentes assistidos**

Tipologia	Utentes Assistidos		Variação
	2013	2014	
UC	8791	8833	0,5%
UMDR	9352	9990	6,8%
ULDM	8675	10541	21,5%
UCP	1903	1827	-4,0%
ECCI	13804	14577	5,6%
EIHECSCP	2356	2531	7,4%
<b>Total</b>	<b>44881</b>	<b>48299</b>	<b>7,6%</b>

Fonte: ACSS. Relatório RNCCI 2014

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

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

### Atividade Assistencial da RNCCI

- A população da RNCCI em 2014 com idade superior a 65 anos representa 83,4% do total. A população com idade superior a 80 anos representa 45,1% do total. Dos utentes com mais de 65 anos, 55% tem mais de 80 anos;
- O sexo feminino representa 55,6% dos utentes e o sexo masculino representa 44,4% dos utentes. Dos utentes com idade superior a 80 anos, 63,5% são do sexo feminino;
- O nível de escolaridade menor que 6 anos representa 90% do total da população da RNCCI;
- Os utentes da RNCCI tinham previamente apoios de vários tipos, dominando os apoios em alimentação, higiene (com cerca de 55% dos utentes a terem este tipo de apoios) e medicamentos (45%), com crescimento em relação a 2013. Cerca de 24% dos utentes viviam sós;
- Os utentes incapazes e dependentes representam 97% da população;
- A população da RNCCI é envelhecida, maioritariamente feminina, com baixo nível de escolaridade, carenciada e com elevada incapacidade e dependência;
- Os utentes tiveram como principal motivo de referenciação para a RNCCI, a *Dependência de AVD* em 91% dos casos. Quando se considera a percentagem de cada motivo de referenciação, em relação ao total do mesmo motivo por tipologia, verifica-se que 64% do motivo “*Feridas / úlceras de pressão*” e 60% de “*úlceras de pressão múltiplas*” se encontram em ECCI;
- A nível nacional, apesar do elevado grupo etário e incapacidade/dependência na admissão, foram atingidos os objetivos da intervenção planeada pelo Plano Individual de Intervenção (PII) em 79% dos casos;
- 10% dos utentes tiveram alta para respostas sociais. A nível nacional, 75,8% das altas foram para o domicílio, 76% dos quais tiveram necessidade de suporte;
- A incidência de úlceras de pressão na RNCCI em 2013 foi de 2,4%. A prevalência de quedas foi de 22%. A percentagem de utentes com avaliação da dor foi de 64%;
- A taxa de mortalidade na Rede, dos episódios de 2014, incluindo os ocorridos em Cuidados Paliativos foi de 13,9%. Excluindo os Cuidados Paliativos a taxa de mortalidade foi de 11,4%. Os óbitos em ECCI representam 34,6% do total. A taxa de mortalidade em ECCI foi de 15,9%. A taxa de mortalidade em Unidades de internamento foi de 9,3%, excluindo Unidades de Cuidados Paliativos (UCP);

- O número de utentes referenciados para a Rede em 2014 foi de 41.657. A tipologia para onde foram referenciados mais utentes a nível nacional foi ECCI com 27%;
- 65% dos utentes foram referenciados pelos Hospitais e 35% pelos CSP, mostrando um crescimento da referenciação extra-hospitalar em relação a 2013, inserindo cada vez mais a RNCCI a nível comunitário;
- A região que mais referencia, em relação à sua população com idade > 65 anos, é o Algarve com 3,7%, seguido do Alentejo com 2,8% e do Norte com 2,4%. A região que menos referencia é LVT com 1,5%. A média nacional é de 2,1%;
- Os utentes com condições de ingresso em relação aos referenciados representam 97,8% do total. Os utentes admitidos em relação aos utentes com condições de ingresso representam 98% do total;
- Em relação ao tempo de referenciação até identificação de vaga, é para as Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) que é mais elevado, oscilando entre 12 e 53 dias para ULDM e entre 21 e 35 para UMDR. Para UCP oscila entre 5,1 e 33,2 dias. Para Unidades de Convalescença (UC) oscila entre 1,2 e 19,7 dias. Para ECCI oscila entre 0,4 e 4,2 dias. A região de LVT apresenta os tempos mais elevados a nível nacional para todas as tipologias, exceto ULDM que é o segundo maior. Globalmente, 72% dos tempos melhoraram em relação a 2013;
- O número total acumulado de utentes referenciados para a Rede, desde o seu início em 2006, é de 216.600;
- O número de utentes assistidos em 2014 foi 48.299. O maior crescimento relaciona-se com os utentes assistidos em ULDM, seguido dos assistidos em EIHS/ECSCP;
- A tipologia que mais utentes assistiu a nível nacional foi ECCI com 30,2%. 35,4% dos utentes foram assistidos em equipas – ECCI e EIHS/ECSCP;
- O Algarve assiste mais de 50% dos seus utentes em equipas, seguido de LVT com 46,6%;
- O Algarve é a região do país que maior percentagem de utentes assistiu em relação à sua população com idade superior a 65 anos, com 5,8%, seguida do Alentejo com 3,6% e do Norte com 2,7%. LVT foi a região com menor percentagem (1,7%);
- 43% dos utentes com necessidade de cuidados ou ações paliativas tiveram admissão direta através das EIHS/ECSCP e 61% foram assistidos em equipas (EIHS/ECSCP e ECCI), mostrando o crescimento dos cuidados de proximidade na área dos utentes com necessidade deste tipo de cuidados;
- O acumulado de utentes assistidos, desde o início da RNCCI em 2006, é de 202.794. O maior crescimento relaciona-se com os utentes assistidos em equipas - EIHS/ECSCP e ECCI. Em percentagem da população, o Algarve já assistiu, na RNCCI, cerca de 26% da sua população com idade superior a 65 anos, o Alentejo 15,6% e LVT 5,6%.

### Outras Indicadores da RNCCI

- Em relação à taxa de ocupação, a nível nacional, as unidades de internamento possuem uma taxa de ocupação elevada, destacando-se a tipologia de ULDM com 96%. A taxa de ocupação de ECCI é de 65%

no Norte, 53% no Centro, 68% em LVT, 79% no Alentejo e 68% no Algarve. O Centro só referencia 8,4% dos seus utentes para ECCI;

- A nível nacional, a demora média em UC é de 34 dias, 79 em UMDR, 164 em ULDM e 142 dias em ECCI. A demora média em UCP é de 37 dias, tendo um acréscimo de 42% em relação a 2013. O aumento da demora média em UCP pode significar uma referenciação mais precoce para esta tipologia, adequando assim o seu papel;
- As transferências para outras tipologias, a nível nacional são sobreponíveis a anos anteriores com 72%. As transferências para ECCI representam 17% do total das transferências efetuadas a nível nacional;
- Em relação a 2013 houve um aumento de 75% no número de horas de formação, fortemente influenciado pelo número de horas de formação no Centro e Alentejo. O maior número de horas de formação relacionou-se com Cuidados Paliativos, Formação Contínua para Auxiliares de Saúde, Prevenção e Controlo da Infeção;
- Os lugares de internamento cresceram 7,8%, existindo um total de 7.160 camas, no final de 2014. Os lugares em Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) representam 77,6% do total de novas camas, representando atualmente esta tipologia 57,2% dos lugares de internamento disponíveis;
- O desenvolvimento das respostas de internamento da RNCCI, com base no estabelecimento de acordos de prestação de serviços, com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), representa 75% do total de acordos celebrados, representando a contratação de 5.194 camas, cerca de 72,5% da oferta;
- O número de ECCI cresceu 3% em relação a 2013, existindo 274 ECCI em final de 2014 tendo a região Centro crescido 13% em número de ECCI;
- O número de lugares totais na RNCCI é de 13.926, 49% dos quais em ECCI;
- A nível nacional existem 26 Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e 11 Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). As ECSCP prestam suporte às ECCI e unidades da RNCCI;
- A nível nacional existem 597 Equipas referenciadoras, a nível hospitalar e dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). As ECL cresceram 8% a nível nacional, com LVT a crescer 21% e o Norte 15%.

## 19.4. Atividade do Setor Convencionado

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

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

Tabela 64. Encargos suportados pelo SNS com convenções e indicadores da procura.

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

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

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

Tabela 65. Encargos e número de exames no setor convencionado, por área de convenção.

Área MCDT	2012		2013		2014			Encargos
	Encargo SNS	N.º Exames	Encargo SNS	N.º Exames	Encargo SNS	Peso	N.º Exames	Δ % 2013/2014
A Análises Clínicas	144.831.576 €	47.028.915	144.839.890 €	46.883.605	150.126.432 €	41,7%	47.794.902	3,6%
B Anatomia Patológica	2.985.644 €	503.045	3.140.020 €	501.677	3.473.046 €	1,0%	541.454	10,6%
C Cardiologia	18.747.663 €	1.269.014	19.233.130 €	1.308.240	20.045.978 €	5,6%	1.346.379	4,2%
D Medicina Nuclear	4.190.659 €	31.288	4.231.845 €	31.783	3.974.143 €	1,1%	28.855	-6,1%
E Eletroencefalografia	309.768 €	14.503	304.462 €	13.656	265.074 €	0,1%	11.734	-12,9%
F Endoscopia Gastroenterológica	10.610.837 €	356.288	10.471.843 €	345.878	22.397.589 €	6,2%	632.379	113,9%
G Medicina Física e de Reabilitação	67.927.285 €	2.876.350	61.361.500 €	2.671.253	66.550.055 €	18,5%	2.841.214	8,5%
H Otorrinolaringologia	110.291 €	24.225	108.825 €	24.785	133.638 €	0,0%	29.956	22,8%
I Pneumologia	1.331.361 €	83.696	1.398.190 €	82.569	1.536.946 €	0,4%	89.398	9,9%
J Urologia	0 €	0	0 €	0	0 €	0,0%	0	0,0%
L Neurofisiologia	159.822 €	11.419	137.356 €	10.266	128.039 €	0,0%	9.450	-6,8%
M Radiologia	86.643.427 €	5.818.738	86.684.241 €	5.677.889	91.388.739 €	25,4%	5.832.645	5,4%
N Especialidades Médico-Cirúrgicas	214.324 €	46.015	186.584 €	41.436	182.745 €	0,1%	39.781	-2,1%
O Outros (Psicologia)	13.076 €	527	12.237 €	311	514 €	0,0%	95	-95,8%
Z Exames Comuns	0 €	0	0 €	0	0 €	0,0%	0	n.d.
<b>Total MCDT</b>	<b>338.075.734 €</b>	<b>58.064.023</b>	<b>332.110.123 €</b>	<b>57.593.348</b>	<b>360.202.938 €</b>	<b>100,0%</b>	<b>59.198.242</b>	<b>8,5%</b>

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

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

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

## Endoscopias Gastroenterológicas

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

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

Tabela 66. Variação do número de Endoscopias Digestivas Baixas realizadas no Setor Convencionado.

	Número Endoscopias Digestivas Baixas		Δ%
	2013	2014	
janeiro	9.031	9.585	6,13%
fevereiro	8.440	11.055	30,98%
março	9.197	11.040	20,04%
abril	10.072	9.173	-8,93%
maio	10.969	11.612	5,86%
junho	11.832	12.024	1,62%
julho	9.935	16.109	62,14%
agosto	9.068	11.888	31,10%
setembro	9.753	15.516	59,09%
outubro	11.305	15.779	39,58%
novembro	9.771	15.363	57,23%
dezembro	8.832	13.824	56,52%
<b>Total</b>	<b>118.205</b>	<b>152.968</b>	<b>29,41%</b>

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

\* Inclui Colonoscopia Total, Colonoscopia Esquerda e Pacote de Colonoscopia

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

Tabela 67. Variação do número de Endoscopias Digestivas Baixas realizadas nos Hospitais do SNS.

	2013	2014	Δ%
<b>Número Endoscopias Digestivas Baixas * **</b>	113.058	116.803	3,31%

Fonte: SICA

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

\*\* Exclui Hospitais PPP

## 19.5. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica em doenças cardiovasculares

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

Tabela 68. Doenças cardiovasculares MCDT: intervenções realizadas em 2012, 2013 e 2014 - Cateterismo cardíaco.

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

Fonte: Relatórios de Acesso das Instituições referentes ao ano 2014

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

Tabela 69. Doenças cardiovasculares MCDT: intervenções realizadas nos anos de 2012, 2013 e 2014 - Implantação de *pacemaker* cardíaco.

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

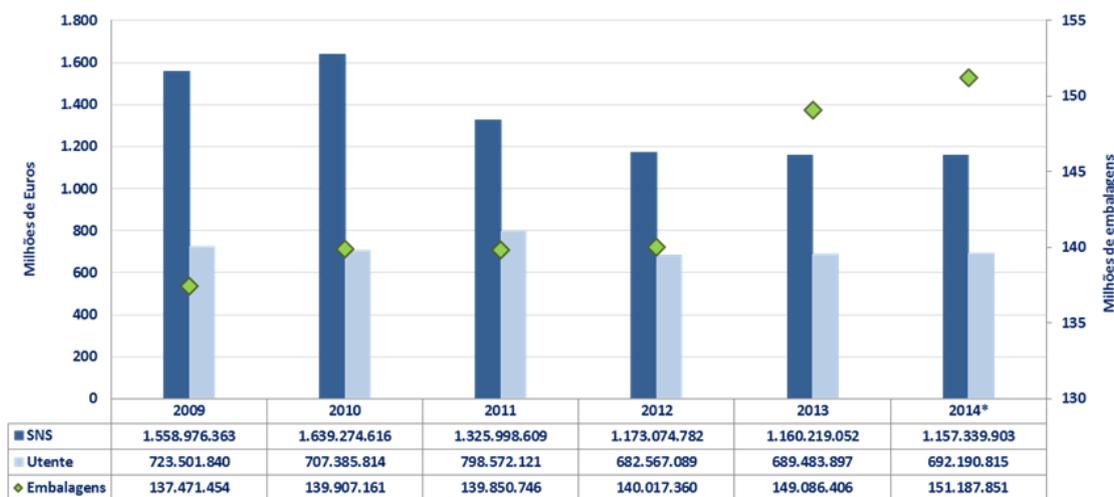
Fonte: Relatórios de Acesso das Instituições referentes ao ano 2014

## 19.6. 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 2,6% no número de embalagens de medicamentos dispensadas e de 3,5% no número de unidades dispensadas aos utentes do SNS em 2014, quando comparado com 2013.

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.

Figura 39. Evolução dos encargos do SNS com medicamentos em 2014



Fonte: INFARMED - Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS, dezembro de 2014

\*Foram retirados os valores dos subsistemas entre janeiro e março de 2014.

Conforme se constata, o crescimento do número de embalagens tem sido constante ao longo dos últimos anos, destacando-se que no período 2011 a 2014 se registou um aumento de 8,1% neste domínio, ou seja, **em 2014 foram dispensadas mais 11.337.105 embalagens de medicamentos do que em 2011.**

Analisando mais em detalhe no quadro seguinte a evolução dos custos com medicamentos e do número de embalagens dispensadas aos utentes, constata-se que **a percentagem de redução dos custos com medicamentos para os utentes entre 2011 e 2014 é de -13,3%**, valor superior à redução que ocorreu para o SNS, que se situou nos -12,7%. A mesma tendência se registou e relação aos custos por embalagem, que reduziram quase 20% entre 2011 e 2014, quer para o SNS, quer para o utente.

Tabela 70. Análise da evolução dos custos em medicamentos por embalagem, para o SNS e Utente

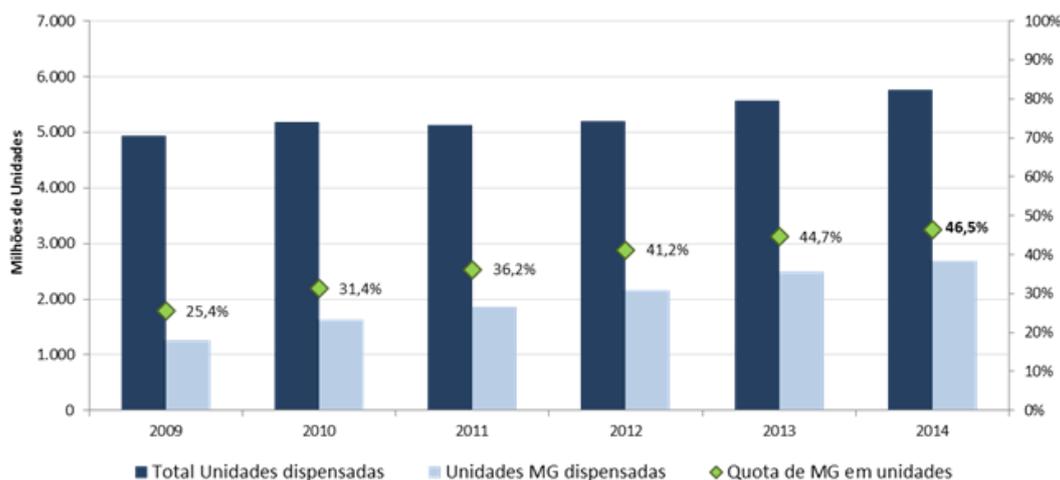
	Custos para o SNS	Custos para o Utente	N.º Embalagens	Custo por embalagem para o SNS	Custo por embalagem para o Utente
2011	1.325.998.609 €	798.572.121 €	139.850.746	9,48 €	5,71 €
2014 *	1.157.339.903 €	692.190.815 €	151.187.851	7,65 €	4,58 €
Varição 2014/2011	-12,7%	-13,3%	8,1%	-19,3%	-19,8%

Fonte: INFARMED - Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS, dezembro de 2014

\*Foram retirados os valores dos subsistemas entre janeiro e março de 2014

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 46,5% em 2014**, o que representa um **aumento de 1,77 pontos percentuais (p.p.) relativamente ao período homólogo**, e de **10,3 p.p. em relação a 2011**, conforme demonstra o quadro seguinte:

**Figura 40. Evolução da Quota de medicamentos genéricos (MG) no SNS**



Fonte: INFARMED - Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS, dezembro de 2014

Ainda em relação à área do medicamento, importa referir que a taxa média de comparticipação do SNS em medicamentos sem tem mantido em valores superiores aos 63% desde 2012, quando essa Taxa de Comparticipação Média SNS representava 62,4% do valor global dos medicamentos em 2011, conforme se demonstra na tabela seguinte.

**Tabela 71. Evolução da Taxa de Comparticipação Média SNS de medicamentos**

	2011	2012	2013	2014
<b>Taxa de Comparticipação Média SNS</b>	<b>62,4%</b>	<b>63,8%</b>	<b>63,3%</b>	<b>63,2%</b>

Fonte: ACSS, CCF

Nos últimos anos tem-se verificado ainda um aumento muito significativo no número de receitas eletrónicas de medicamentos que são dispensadas e conferidas no Centro de Conferência de Faturas (CCF), sendo que a percentagem de receitas eletrónicas no total de receitas ascendeu a 95,5% em 2014, conforme se contata na tabela seguinte.

**Tabela 72. Evolução do número de receitas de medicamentos dispensadas e conferidas**

	2011	2012	2013	2014
<b>Receitas eletrónicas</b>	<b>56.628.871</b>	<b>68.734.145</b>	<b>76.756.628</b>	<b>76.224.276</b>
<b>Receitas manuais</b>	<b>14.707.545</b>	<b>4.806.815</b>	<b>3.675.085</b>	<b>3.619.462</b>
<b>Total receitas</b>	<b>71.336.416</b>	<b>73.540.960</b>	<b>80.431.713</b>	<b>79.843.738</b>
<b>Varição</b>		<b>3,1%</b>	<b>9,4%</b>	<b>-0,7%</b>

Fonte: ACSS, CCF

### 19.7. 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 Terceiros<sup>2</sup>, 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;
- 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.

Durante o ano de 2014, o SNS Português continuou a dar resposta à procura dos imigrantes por cuidados em Portugal.

De facto, e conforme referido pela Entidade Reguladora da Saúde no seu Relatório de julho de 2015 referente ao “Acesso a Cuidados de Saúde por Imigrantes”, *“o direito à saúde consagrado na Constituição da República Portuguesa assume-se como um direito universal, e, por isso, um direito atribuído a todos, aqui também considerados, de entre os cidadãos estrangeiros, os imigrantes, em situação regular e irregular. Para tanto, o sistema de saúde organiza-se, ou tende a organizar-se, para melhor garantir o acesso aos cuidados de saúde de quem decide deslocar-se e/ou permanecer em Portugal, através da estruturação e monitorização das suas entidades de cuidados primários e hospitalares, da informação e formação dos seus recursos humanos e com a disponibilização da sua capacidade de resposta”*.

---

<sup>2</sup> Consideram-se Países Terceiros aqueles que não pertencem ao espaço da União Europeia ou do Espaço Económico Europeu.

### 19.7.1. 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 2014, apresenta-se de seguida, em comparação com os anos anteriores.

**Tabela 73. Evolução do movimento assistencial de doentes evacuados dos PALOP - 2004-2014**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Var. 2014/2013
ANGOLA	2	0	26	28	0	1	0	0	0	0	11	n.a.
CABO VERDE	232	280	292	278	300	341	381	413	492	477	546	14,5%
GUINÉ - BISSAU	157	245	488	507	719	745	403	192	162	186	433	132,8%
MOÇAMBIQUE	23	22	14	10	12	7	6	1	5	12	18	50,0%
S.TOMÉ e PRÍNCIPE	268	196	178	172	210	226	194	197	182	188	209	11,2%
<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>743</b>	<b>998</b>	<b>995</b>	<b>1.241</b>	<b>1.320</b>	<b>984</b>	<b>803</b>	<b>841</b>	<b>863</b>	<b>1.217</b>	<b>41,0%</b>

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;
- Estabilidade política da Guiné-Bissau no decurso do ano 2014 (a partir de agosto de 2014), que proporcionou as condições para o incremento do número de evacuações de doentes daquele país;
- Aumento de evacuações de Moçambique e de Angola que tradicionalmente não evacuavam doentes para Portugal.

Ainda em relação a esta matéria, importa destacar a criação do primeiro Centro de Diálise em Cabo Verde, resultado de uma parceria entre o Estado Português e o Estado Cabo Verdeano, através da qual Portugal garantiu mais de 70% do seu financiamento.

Com esta unidade, instalada no Hospital Central da Praia, a República de Cabo Verde ganha autonomia na prestação de cuidados na área da diálise, evitando os custos individuais, familiares, sociais e económicos de deslocações obrigatórias a território português e permitindo que estejam reunidas as condições para o regresso gradual destes cidadãos às suas casas e famílias.

Sem prejuízo deste aumento da capacidade de tratamento em Cabo Verde, o Estado Português continua a apoiar o financiamento do tratamento de doentes neste Centro de Diálise e a prestar cooperação técnica nas áreas de acessos vasculares, formação contínua de especialistas em diálise, diálise peritoneal e controlo de qualidade nestes cuidados.

## 19.8. Evolução dos indicadores de saúde no SNS

Conforme tem vindo a ser referido em vários relatórios que analisam o Setor da Saúde em Portugal, os principais indicadores de acesso e de qualidade têm vindo a melhorar de forma consistente nos últimos anos.

A tabela seguinte apresenta os principais indicadores de Saúde para Portugal, para o período 2010 a 2014, contatando-se através da sua leitura que se tem registado uma evolução muito positiva nas várias áreas em análise, com destaque para a melhoria ao nível das várias taxas de mortalidade analisadas e para o aumento da esperança de vida da população.

Tabela 74. Evolução indicadores de Saúde em Portugal, para o período 2010 a 2014

Indicadores	2010	2011	2012	2013	2014
Número de nados vivos	101.381	96.856	89.841	82.787	82.367
Número de óbitos (indivíduos residentes em Portugal)	105.954	102.848	107.612	106.545	104.790
Saldo fisiológico	-4.573	-5.992	-17.771	-23.758	-22.423
Índice sintético fecundidade (descendência média / mulher)	1,39	1,35	1,28	1,21	1,23
Taxa bruta de natalidade (/ 1.000 habitantes)	9,6	9,2	8,5	7,9	7,9
Taxa bruta de mortalidade (/ 1.000 habitantes)	10,02	9,74	10,23	10,19	10,07
Taxa mortalidade infantil (/ 1.000 nados vivos)	2,53	3,12	3,37	2,95	2,80
Taxade mortalidade neonatal (/ 1.000 nados vivos)	1,7	2,4	2,2	1,9	2,1
Taxade mortalidade neonatal precoce (/ 1.000 nados vivos)	1,1	1,5	1,5	1,2	1,5
Taxade mortalidade pós neonatal (/ 1.000 nados vivos)	0,9	0,7	1,2	1,0	0,8
Taxade mortalidade perinatal de 28 e mais semanas (/ 1.000 (nados vivos e fetos mortos ≥ 28+sem))	3,5	3,9	4,2	3,4	3,7
Taxade mortalidade fetal de 28 e mais semanas (/ 1.000 (nados vivos e fetos mortos ≥ 28+sem))	2,4	2,3	2,8	2,2	2,3
Mortalidade antes dos 5 anos de idade (/1.000 nados vivos)	3,2	3,8	4,1	3,8	3,5
Mortalidade materna (/100.000 nados vivos)	7,89	5,16	4,45	6,04	-
Taxa de mortalidade por doença do aparelho circulatório (/100.000 habitantes)	316,7	299,0	311,7	300,5	-
Taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares (/100.000 habitantes)	135,1	125,3	128,6	117,2	-
Taxa de mortalidade por tumores malignos (/ 100.000 habitantes)	234,2	241,9	244,4	247,4	-
Taxa de mortalidade por tumores malignos do cólon e reto (/ 100.000 habitantes)	35,1	35,9	35,9	36,8	-
Taxa de mortalidade por doença do aparelho respiratório (/100.000 habitantes)	110,7	112,9	132,2	120,6	-
Taxa de mortalidade por acidentes de transporte (/100.000 habitantes)	9,4	9,1	6,7	7,2	-
Mortalidade prematura (antes dos 70 anos) (n.º óbitos)	25.541	25.174	24.944	24.810	23.991
(percentagem de óbitos) *	23,5%	23,8%	22,5%	22,6%	22,1%
Anos potenciais de vida perdidos por todas as causas de morte, antes dos 70 anos (X 1.000)	366,8	355,1	342,9	328,7	-
	<b>2008-2010</b>	<b>2009-2011</b>	<b>2010-2012</b>	<b>2011-2013</b>	<b>2012-2014</b>
Esperança de vida à nascença (HM)	79,29	79,55	79,78	80,00	80,24
Esperança de vida à nascença (H)	76,17	76,47	76,67	76,91	77,16
Esperança de vida à nascença (M)	82,19	82,43	82,59	82,79	83,03
Esperança de vida à nascença aos 65 anos (HM)	18,59	18,75	18,84	18,97	19,12
Esperança de vida à nascença aos 65 anos (H)	16,74	16,92	16,94	17,07	17,23
Esperança de vida à nascença aos 65 anos (M)	20,03	20,20	20,27	20,40	20,55

\* Óbitos < 70 anos / n.º total de óbitos

Fonte: INE

Este comportamento positivo dos indicadores de saúde em Portugal é também referido Relatório que analisa “A Saúde dos portugueses – Perspetiva 2015”, elaborado pela DGS, e através do qual se explicitam no plano quantitativo e qualitativo os principais determinantes da Saúde, o perfil de morbilidade, as causas de mortalidade geral da população portuguesa e os problemas de Saúde desde a conceção e gravidez até ao final da vida. Detalhando as principais conclusões constantes deste relatório, importa destacar o seguinte:

- Regista-se uma evolução positiva na generalidade dos indicadores de Saúde em Portugal, até 2014;
- Existem tendências progressivas de cada vez maior esperança de viver à nascença, aos 45, aos 65 e aos 75 anos, acompanhadas por um aumento do número de anos de vida saudável. Em 10 anos, a esperança de vida ao nascer registou um acréscimo de dois anos, tendo diminuído a diferença entre os sexos feminino e masculino;
- No mesmo sentido, há uma clara melhoria no que se refere à evitabilidade da morte antes dos 70 anos de idade, com conseqüente redução dos anos de vida potencialmente perdidos.
- No que se refere aos fatores de risco que mais contribuem para o total de anos de vida saudável perdidos pela população portuguesa, são relevantes os hábitos alimentares inadequados (19%), a hipertensão arterial (17%), o índice de massa corporal elevado (13%) e o tabagismo (11%).
- Comprovadamente, a alimentação influencia o estado de Saúde. Em termos de riscos, os alimentos com excesso de calorias e em particular com altos teores de sal, de açúcar e de gorduras trans (processadas a nível industrial) constituem o principal problema. Contribuem para os hábitos alimentares inadequados a insuficiente ingestão de fruta, de hortícolas, de frutos secos e sementes, bem como o excesso de consumo de sal e carne processada. Comer menos do que três peças de fruta por dia constitui o risco alimentar evitável que mais contribui para a perda de anos de vida saudável, estimando-se em 141 mil os anos de vida potencialmente perdidos pela população portuguesa em 2010. Calcula-se ainda que a ingestão diária de sal seja, em Portugal, praticamente o dobro da recomendação da OMS (<5 g/dia).
- A promoção do exercício físico ao longo de todo o ciclo de vida é absolutamente prioritária e insubstituível como fator protetor da Saúde. O sedentarismo e o excesso de ingestão de calorias explicam os índices altos de prevalência do excesso de peso, incluindo a obesidade.
- O consumo de tabaco é causa ou fator de agravamento das doenças não transmissíveis mais prevalentes, em particular do cancro, das doenças respiratórias, das doenças cérebro e cardiovasculares e da diabetes. Apresenta, ainda, muitos outros efeitos nocivos, nomeadamente a nível da saúde sexual e reprodutiva, diminuindo a fertilidade e aumentando a mortalidade fetal e perinatal. As pessoas fumadoras apresentam um risco de morrer duas a três vezes superior ao observado em não fumadores. Em média, vivem menos dez anos.
- Os danos provocados pelo consumo de álcool são também uma preocupação relevante ao nível da Saúde Pública. O uso nocivo do álcool determina o aparecimento e manutenção de várias doenças

como neoplasias, doenças cérebro e cardiovasculares, doenças hepáticas, infecção pelo VIH, tuberculose, pneumonia e depressão.

- Os comportamentos e estilos de vida influenciam, de forma comprovada, a Saúde individual e coletiva, uma vez que constituem denominador comum a praticamente todas as doenças crónicas não transmissíveis;

- No que respeita às coberturas vacinais, as mesmas continuam com níveis elevados e adequados para conferirem imunidade de grupo. Realça-se a consolidação da eliminação de doenças como sarampo, rubéola, poliomielite aguda e difteria, assim como ganhos nas múltiplas dimensões relacionadas com a Saúde da mãe e da criança.

- Em termos de morbilidade, é de salientar que 85% da carga da doença corresponde a doenças crónicas, 9% a lesões e 6% a outras condições, nomeadamente infeções das vias respiratórias superiores e VIH/ SIDA. Esta disparidade traduz um fenómeno comum a muitos países europeus, designado como transição epidemiológica devido à importância relativa assumida pelas doenças crónicas não transmissíveis quando comparada com a expressão reduzida de doenças infecciosas.

- No conjunto das doenças que têm maior impacto sobre a população portuguesa, em termos de morbilidade, incapacidade e morte prematura, destacam-se, entre outras, as doenças do aparelho circulatório (18%), as neoplasias (17%), as perturbações músculo-esqueléticas (15%), as doenças do foro mental e do comportamento (10%), bem como a diabetes e outras doenças endócrinas, doenças do sangue e doenças do aparelho urogenital (7%).

Os resultados muito positivos que têm vindo a ser alcançados no SNS em Portugal nos últimos anos têm vindo a ser referidos em várias análises e relatórios efetuados por varias instancias nacionais e internacionais, associando esse sucesso às medidas de garantia da sustentabilidade e de melhoria do acesso e da qualidade que têm vindo a ser implementadas em Portugal.

De entre estas análises e relatórios, destacam-se os seguintes:

**- Commission Staff Working Documents, Country Report Portugal 2015, de 26 de fevereiro de 2015:**

*“Foram efetuados progressos em termos da reforma hospitalar e de outras reformas relacionadas com a prestação de cuidados de saúde.*

*Foi adotado um relatório que estabelece os centros de referência, estando as autoridades Portuguesas num processo de reclassificação dos hospitais, o que se apresenta como uma importante tarefa.*

*Continua a política de centralização das compras, de forma a poupar dinheiro para o SNS.*

*Os medicamentos genéricos que são comparticipados pelo Estado continuam a aumentar a sua quota de mercado, o que resultou na diminuição dos custos com medicamentos. Em simultâneo, os preços dos medicamentos têm vindo a diminuir, devido às negociações dos preços com a industria.*

*A nova legislação sobre enfermeiros de família pode aumentar as medidas de promoção da saúde e prevenção da doença nos cuidados de saúde primários.*

*As autoridades introduziram também várias iniciativas para aumentar e incentivar a oferta de profissionais de saúde em áreas onde o acesso aos cuidados de saúde são particularmente problemáticas.*

*Devido à reestruturação operacional que tem vindo a ocorrer nas Entidades Públicas Empresariais (EPE), o desempenho operacional destas continuou a melhorar em 2014. Uma quantia adicional de 309 milhões de euros foi alocado aos hospitais EPE para pagamento de dívidas vencidas, o que possibilitou a melhoria do balanço destas entidades e a aquisição adicional de serviços de saúde para a população”.*

**- Relatório OCDE Review of Health Care Quality sobre a qualidade dos cuidados de saúde em Portugal, solicitado pelo Ministério da Saúde de Portugal, maio 2015:**

Múltiplas iniciativas de melhoria global do SNS, considerando que o sistema Português apresenta uma arquitetura de monitorização da qualidade especialmente robusta e que abrange todo o país: importância e diversidade dos sistemas de informação que permitem formar uma rede de interação de cuidados mais eficientes. Um facto que segundo a OCDE ganha especial relevo no quadro de uma população cada vez mais idosa e com maior peso da doença crónica.

*“A abordagem portuguesa à monitorização e melhoria da qualidade é particularmente sofisticada. Durante os últimos ano, Portugal introduziu um amplo conjunto de reformas estruturais e de iniciativas de melhoria da qualidade e de aumento da eficiência para se alcançar um melhor desempenho clínico. Admissões evitáveis por asma, doença pulmonar obstrutiva crónica e diabetes estão entre as mais baixas dos países da OCDE. O país apresentou também uma das mais importantes reduções da taxa de mortalidade por doença isquémica coronária de entre os países da OCDE, desde 1990”, sendo atualmente a 4ª mais baixa.*

Portugal tem feito um progresso sustentado na melhoria da qualidade de cuidados de saúde, conseguindo no entanto manter a contenção de despesa.

**- Fórum de Políticas Públicas 2015, ISCTE, Almedina, maio 2015:**

*Na análise das reformas estruturais previstas no Memorando de Entendimento (...) nos casos do regime de arrendamento e da política do medicamento foram alcançados os resultados inicialmente previstos.*

**- Fórum Mundial da Competividade 2014:**

Ranking de Portugal = 36º em 144 países;

Ranking da área da saúde em Portugal = 26º entre 144 países.

**- Relatório da organização HelpAge Internacional – Global AgeWatch Index:**

Ranking de Portugal = 37º em 96 países;

Ranking do indicador específico de acesso à saúde em Portugal = 23º entre 96 países.

**- State of the world's mothers 2015 – Save de Children:**

*Segundo o relatório da organização não governamental Save de Children referente ao ano de 2015, Portugal continua a ocupar uma posição entre os 20 países que melhores condições oferecem a uma mulher para ter um filho.*

*Lisboa surge em 5º, quando analisada a taxa de mortalidade infantil entre 25 capitais com maior rendimento económico.*

## 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.

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

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

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

Para os anos futuros, continuam a ser desafios estruturantes o reforço dos mecanismos de liberdade de escolha conforme preconizado pela Lei de Bases da Saúde, contribuindo assim para o aumento da satisfação dos cidadãos e dos profissionais de saúde, e a transposição para a ordem jurídica interna da Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, onde se estabelecem as regras de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços pelos utentes do SNS.

O esforço na produção de informação e conhecimento sobre os prestadores é, pois, essencial para o desenvolvimento futuro de um mercado público de cuidados de saúde em que se pretende que os utentes sejam a peça central do sistema enquanto consumidores informados, assim como é necessário continuar a apostar no reforço da atividade realizada nos cuidados de saúde primários, no aumento da percentagem de consultas hospitalares que são efetuadas dentro dos tempos máximos de resposta garantida e no alargamento da oferta ao nível dos cuidados continuados integrados, nomeadamente na sua vertente de apoio domiciliário.

Por outro lado, a criação de centros de referência permitirá o desenvolvimento de mecanismos de liberdade de escolha informada, de acordo com os resultados de cada prestador de cuidados de saúde em áreas de elevada diferenciação técnica.

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.

De facto, a integração de cuidados de saúde é cada vez mais um tema que ganha relevância no contexto da gestão de organizações de saúde, no pressuposto de que uma prestação com melhores níveis de integração de cuidados de saúde permitirá alcançar também melhores níveis de desempenho para os profissionais e instituições que compõem o SNS.

## **ANEXO**

“Relatório Tipo”

