



**Tribunal de Contas**



**Auditoria ao Acesso aos  
Cuidados de Saúde do SNS –  
Sistema Integrado de Gestão de  
Inscritos para Cirurgia SIGIC**

**Relatório n.º 25/07 -2ª. S  
Processo n.º 50 /05– AUDIT**





## ÍNDICE

<b>FICHA TÉCNICA DE AUDITORIA .....</b>	<b>3</b>
<b>RELAÇÃO DE SIGLAS .....</b>	<b>4</b>
<b>GLOSSÁRIO .....</b>	<b>5</b>
<b>1. SUMÁRIO .....</b>	<b>7</b>
1.1. NATUREZA, ÂMBITO E OBJECTIVOS DA AUDITORIA .....	7
1.2. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS.....	7
1.3. CONDICIONANTES .....	8
1.4. EXERCÍCIO DO CONTRADITÓRIO .....	8
1.5. CONCLUSÕES .....	12
1.6. RECOMENDAÇÕES .....	17
<b>2. RELATÓRIO .....</b>	<b>19</b>
2.1. ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA DAS LISTAS DE ESPERA.....	19
2.2. POLÍTICAS DE COMBATE ÀS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS .....	20
2.3. COMPARAÇÕES INTERNACIONAIS.....	21
2.4. CONDICIONANTES AO ACESSO A CUIDADOS CIRÚRGICOS NO ÂMBITO DO SNS.....	22
2.4.1. Condicionantes ao acesso a consulta nos centros de saúde .....	22
2.4.2. Articulação entre os centros de saúde e os hospitais para marcação de 1ª consulta.....	24
2.4.3. Impacto no acesso - rácio de primeiras consultas .....	25
2.5. CARACTERIZAÇÃO DO SIGIC .....	26
2.5.1. Objectivos .....	26
2.5.2. Estrutura funcional.....	27
2.6. ACOMPANHAMENTO E CONTROLO DO SIGIC.....	27
2.7. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE GESTÃO DA LIC.....	29
2.7.1. Processos do sistema de informação.....	29
2.7.2. Tecnologias de informação .....	29
2.7.2.1. Metodologia utilizada para avaliação.....	29
2.7.2.2. Recursos das tecnologias de informação.....	29
2.7.2.3. Processos das tecnologias de informação .....	31
2.7.3. Análise da informação do sistema vs requisitos do sistema .....	32
2.7.3.1. Requisitos de confiança.....	32
2.7.3.2. Requisitos de segurança .....	34
2.7.3.3. Requisitos de qualidade .....	34
2.7.4. Pontos fortes e fracos do sistema de informação - Síntese .....	35



2.7.5. Avaliação do sistema e das tecnologias de informação .....	35
<b>2.8. LISTA DE INSCRITOS PARA CIRURGIA E TEMPOS DE ESPERA .....</b>	<b>38</b>
2.8.1. Execução física .....	38
2.8.2. Evolução dos tempos de espera dos inscritos para cirurgia .....	42
2.8.2.1. <i>Evolução por ARS</i> .....	42
2.8.2.2. <i>Evolução por especialidade</i> .....	43
2.8.2.3. <i>Distribuição dos utentes em LIC por intervalos de tempo de espera</i> .....	44
2.8.2.4. <i>Distribuição dos utentes em LIC por ARS e intervalos de tempo de espera</i> .....	44
2.8.2.5. <i>Análise do tempo médio de espera das cirurgias realizadas por especialidade</i> .....	44
2.8.2.6. <i>Distribuição das cirurgias realizadas por intervalos de tempo de espera</i> .....	45
2.8.2.7. <i>Distribuição das cirurgias realizadas por nível de prioridade</i> .....	45
2.8.3. Impacto do SIGIC na lista de espera cirúrgica .....	47
<b>2.9. RENTABILIZAÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA DOS HOSPITAIS .....</b>	<b>47</b>
2.9.1. Produção cirúrgica .....	47
2.9.2. Produtividade por médico .....	48
2.9.3. Eficiência Produtiva .....	49
<b>2.10. IMPACTO DO SIGIC NA QUALIDADE DA PRODUÇÃO CIRÚRGICA .....</b>	<b>50</b>
<b>2.11. CUSTOS DA ACTIVIDADE CIRÚRGICA E EFICIÊNCIA FINANCEIRA .....</b>	<b>52</b>
2.11.1. Evolução dos custos .....	52
2.11.1.1. <i>Custos totais</i> .....	52
2.11.1.2. <i>Custos unitários</i> .....	53
2.11.2. Eficiência financeira .....	54
<b>2.12. EXECUÇÃO FINANCEIRA .....</b>	<b>57</b>
2.12.1. Hospitais do SNS.....	57
2.12.2. Entidades convencionadas.....	58
<b>2.13. ACTIVIDADE CIRÚRGICA REALIZADA FORA DO ÂMBITO DO SIGIC .....</b>	<b>59</b>
<b>2.14. REFERÊNCIAS FINAIS .....</b>	<b>60</b>
<b>3. DETERMINAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>60</b>

ANEXOS

APENSO



## FICHA TÉCNICA DE AUDITORIA

### DGTC

	NOME	CATEGORIA/ DEPARTAMENTO DE AUDITORIA	QUALIFICAÇÃO ACADÉMICA
<i>Coordenação Geral</i>	Ana Maria Bento	Auditora - Coordenadora – DA – VI	Lic. Direito
	Maria Isabel Viegas	Auditora - Chefe – DA – VI.1	Lic. Organização e Gestão de Empresas
<i>Audidores da DGTC</i>	Elisa Ferro Ponte	Auditora – DA – VI.1	Lic. Economia
	Ana Bravo Campos	Auditora – DA – VI.1	Lic. Direito
	Dinora Galvão	Especialista de Informática – DA – VI.1	Lic. Matemática
	Madalena Baeta	Técnica Verificadora Superior – DA – VI.1	Lic. Economia
	Irene Dâmaso	Técnica Verificadora Superior – DA – VI.1	Lic. Gestão
	Pedro Fonseca	Técnico Superior – DA – VI.1	Lic. Economia

### Consultor Externo

GANEC – Gabinete de Análise Económica da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa	
NOME	QUALIFICAÇÃO ACADÉMICA
Professor Doutor Pedro Pita Barros	Doutoramento em Economia, Universidade Nova de Lisboa
Professor Doutor Paulo Gomes	Doutoramento em Gestão (D.B.A.), Boston University, Boston, EUA
Dr. João Jalles	Licenciatura em Economia, Universidade Nova de Lisboa
Dra. Miriam Luz (*)	Licenciatura em Economia, Universidade Nova de Lisboa

(\*) Por motivos profissionais, cessou a sua colaboração em Julho de 2006.



## RELAÇÃO DE SIGLAS

SIGLAS	DESIGNAÇÃO
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde I.P.
ARS	Administração Regional de Saúde, I. P.
ARSC	Administração Regional de Saúde do Centro, I. P.
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo I. P.
ARSN	Administração Regional de Saúde do Norte, I. P.
COBIT	Control Objectives for Information and Related Technology <sup>1</sup>
EPE	Entidade Pública Empresarial
GDH	Grupo de Diagnóstico Homogéneo
HO	Hospital de Origem
HD	Hospital de Destino
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
ISACA	Information Systems Audit and Control Association <sup>2</sup>
LIC	Lista de Inscritos para Cirurgia
ORL	Otorrinolaringologia
PECLEC	Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas
PPA	Programa de Promoção do Acesso
RCM	Resolução do Conselho de Ministros
SAM	Sistema de Informação de Apoio ao Médico
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SIGLIC	Sistema de Informação de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia
SONHO	Sistema de Gestão de Doentes Hospitalares
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Sector Público Administrativo
TI	Tecnologias de Informação
UCGIC	Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia
URGIC	Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia
UHGIC	Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia
VC	Vales-Cirurgia

<sup>1</sup> Metodologia de avaliação de sistemas de informação, norma internacional e pública desenvolvida com apoio do ISACA (Information Systems Audit and Control Association - Associação de Auditoria e Controlo de Sistemas de Informação dos EUA) e do IT Governance Institute (Instituto de Tecnologias de Informação do Governo dos EUA).

<sup>2</sup> Entidade dos Estados Unidos da América que certifica auditores informáticos a nível internacional.



## GLOSSÁRIO

**Cirurgia Programada ou Electiva**<sup>3</sup> – Intervenção/cirurgia efectuada com data de realização previamente marcada.

**Cirurgia Urgente**<sup>3</sup> – Cirurgia efectuada sem data de realização previamente marcada, por imperativo da situação clínica.

**Complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos**<sup>4</sup> - Percentagem de episódios de internamento em que se regista um código de complicação relacionado com procedimentos cirúrgicos, como seja uma laceração indevida.

**Consulta Médica**<sup>3</sup> – Acto de assistência prestado por um médico a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde.

**Demora Média**<sup>3</sup> – Expressa o número médio de dias de internamento hospitalar por doente saído num período de tempo. É dada pela razão entre o total de dias de internamento dos doentes saídos e o total dos doentes saídos.

**Desvio – Padrão**<sup>5</sup> – Medida de dispersão estatística obtida pela raiz quadrada da Variância (cfr. definição de Variância)

**Dias de Internamento**<sup>3</sup> – Total de dias utilizados por todos os doentes internados, nos diversos serviços de um estabelecimento de saúde com internamento, num determinado período, exceptuando-se os dias em que ocorreram as altas desse estabelecimento de saúde (nesta contagem não são incluídos os dias de estada em berçário ou em serviço de observação de serviço de urgência).

**Doentes Equivalentes**<sup>6</sup> – Um doente equivalente corresponde a um conjunto de dias de internamento igual à demora média do respectivo GDH. Um episódio de curta duração é convertido em equivalente dividindo os dias de internamento pela demora média do respectivo GDH. Para a conversão de um episódio de longa duração em doentes equivalentes considera-se, para além de um doente equivalente, o rácio entre 60% dos dias de internamento decorridos entre o limiar superior e o limiar máximo e a demora média do respectivo GDH.

**Grupo de Diagnóstico Homogéneo**<sup>4</sup> – Sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em classes clinicamente coerentes e homogéneas, do ponto de vista do consumo de recursos. Estas classes são definidas a partir de um conjunto de variáveis que caracteriza, clinicamente, os doentes e que explicam os custos associados à sua estadia no hospital – diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros actos médicos relevantes.

**Hospital de Origem**<sup>7</sup> – É a unidade hospitalar do SNS onde é realizado, pela primeira vez, o registo do utente na lista de inscritos para o tratamento cirúrgico em causa.

**Hospital de Destino**<sup>7</sup> – É a unidade hospitalar do SNS ou unidade convencional (privada ou social), distinta do hospital de origem, onde é realizada a intervenção cirúrgica que foi identificada como necessária para o utente aquando do registo na LIC.

**Intercorrências**<sup>7</sup> – Situações passíveis de causar limitações à normal função de órgãos e sistemas do utente, como acidentes ou eclosão de patologias independentes.

**Índice de Casemix**<sup>5</sup> – Define-se como o rácio entre o número de doentes equivalentes de cada GDH, ponderados pelos respectivos pesos relativos, e ou número total de doentes equivalentes do hospital. O peso relativo de um GDH é o coeficiente de ponderação que reflecte o custo esperado com o tratamento de um doente típico agrupado desse GDH.

<sup>3</sup> Fonte: Glossário de Conceitos para Produção Estatísticas em Saúde da Direcção – Geral de Saúde.

<sup>4</sup> Fonte: Informação de retorno do IGIF.

<sup>5</sup> Fonte: Relatório do consultor externo

<sup>6</sup> Fonte: Contratos – Programa celebrados entre os representantes do MS - (IGIF e ARS) e os Hospitais SA/EPE nos anos de 2003 a 2007.

<sup>7</sup> Fonte: Regulamento do SIGIC – Portaria nº1450/2004, DR I Série B de 25/11.



**Intervenção Cirúrgica/Cirurgia**<sup>3</sup> – Um ou mais actos operatórios com o mesmo objectivo terapêutico e/ou diagnóstico, realizado(s) por cirurgião(ões) em sala operatória, na mesma sessão, sob anestesia geral, ou local, com ou sem presença de anestesista.

**Lotação Praticada**<sup>3</sup> – Número de camas disponíveis e apetrechadas para internamento imediato de doentes, contadas num serviço de saúde. **Nota 1:** Excluem-se as camas do berçário, do serviço de observações, do SAP, do recobro e dos hospitais de dia, nomeadamente da hemodiálise.

**Matching estimators**<sup>5</sup> – Estimadores não paramétricos do efeito de interesse, baseando-se na noção de procurar num grupo de controlo um individuo tão próximo quanto possível de cada individuo no grupo de tratamento. A média das diferenças entre esses pares de observações traduzirá o efeito do “tratamento” na variável de interesse.

**Média aritmética**<sup>8</sup> – Considerando um conjunto de dados observados, a média aritmética obtém-se dividindo a soma dos dados observados pelo número de dados.

**Mediana**<sup>8</sup> – Medida de posição que divide a série estatística em duas partes iguais.

**Médicos em Tempo Completo** – Médicos Equivalentes a tempo completo de 35 horas semanais (ou seja os diversos horários dos médicos são convertidos ao horário de 35 horas).

**Odds Ratio**<sup>5</sup> – Rácio entre a probabilidade de ocorrência de um evento e a probabilidade da sua não-ocorrência. Por exemplo, se a probabilidade de um elemento da população ser do sexo feminino é de 0,66, o odds ratio para sexo feminino é igual a 2, o que significa que é duas vezes mais provável encontrarmos um elemento do sexo feminino do que um elemento do sexo masculino ao seleccionar aleatoriamente a partir daquela população.

**Primeira Consulta**<sup>3</sup> – Consulta médica em que o utente é examinado pela primeira vez e referente a um episódio de doença.

**Readmissões em GDH cirúrgicos**<sup>4</sup> – Percentagem de episódios de internamento subsequentes a outros episódios classificados em GDH cirúrgicos, desde que ocorrido num período de tempo igual ou inferior a 30 dias (excluem-se alguns casos específicos).

**Regressão**<sup>5</sup> – É o termo utilizado em econometria para designar a análise da relação de dependência entre uma variável de interesse e variáveis, ditas independentes, que a determinem.

**Taxa de Mortalidade**<sup>4</sup> – percentagem de óbitos em GDH seleccionados, em doentes com idade  $\leq 65$  anos e  $> 65$  anos, de forma a permitir uma leitura mais relevante deste indicador.

**Taxa de Ocupação**<sup>3</sup> – É dada pela razão entre o número de dias de internamento do período (1 de Janeiro a 31 de Dez.) e a capacidade de internamento (lotação do hospital ou serviço) multiplicada por 365 dias.

**Variância**<sup>5</sup> – É uma medida de dispersão estatística que indica quão longe em geral os seus valores se encontram do valor médio. É calculada como a soma dos quadrados dos desvios face à média, sendo o resultado da soma dividido pelo número de observações.

<sup>8</sup> Sebenta de Matemáticas Gerais – Estatística, Fernando Borja Santos





## 1. SUMÁRIO

### 1.1. NATUREZA, ÂMBITO E OBJECTIVOS DA AUDITORIA

A presente acção consubstancia uma auditoria de avaliação do acesso aos cuidados de saúde no SNS – SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia), no período compreendido entre 2003 e 2006, com os seguintes objectivos gerais:

- ✦ Identificação das políticas de saúde de combate às listas de espera cirúrgicas dos últimos 10 anos e sua comparação com as de países com sistemas idênticos ao do Serviço Nacional de Saúde;
- ✦ Identificação e análise de algumas condicionantes do acesso aos cuidados de saúde;
- ✦ Avaliação do Sistema de Informação de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia – SIGLIC;
- ✦ Avaliação do acompanhamento do SIGIC pelas Unidades Central, Regional e Hospitalar;
- ✦ Avaliação do impacto do SIGIC na produção cirúrgica, na produtividade e na evolução da lista de inscritos para cirurgia;
- ✦ Análise da execução física da actividade cirúrgica desenvolvida no âmbito do SIGIC;
- ✦ Evolução dos custos da actividade cirúrgica em hospitais seleccionados;
- ✦ Análise da execução física e financeira das cirurgias realizadas por entidades dos sectores social e privado;
- ✦ Avaliação do impacto do SIGIC na qualidade da produção cirúrgica.

### 1.2. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

A auditoria foi realizada de acordo com normas e procedimentos internacionais de auditoria, acolhidos no “Manual de Auditoria e de Procedimentos” do Tribunal de Contas e constantes do Plano Global de Auditoria e do Programa de Trabalhos aprovados, sendo desenvolvida com o apoio de um consultor externo<sup>9</sup>. O relatório do consultor externo consta, na íntegra, do Apenso a este relatório, tendo sido integradas no texto as principais observações e conclusões.

Na fase de planeamento da auditoria efectuou-se um estudo preliminar, tendo sido analisada documentação obtida junto das entidades intervenientes na gestão do SIGIC, que permitiu definir a extensão e os procedimentos a adoptar para a concretização dos objectivos.

O universo dos Hospitais seleccionados (24) foi estratificado em dois grupos: o primeiro constituído por todos os hospitais das ARS do Alentejo e do Algarve (6) que primeiro adoptaram o SIGIC<sup>10</sup>, seleccionados como grupo de referência, e um grupo de controlo constituído por uma amostra de 18 hospitais (6 por cada ARS) das 3 ARS que implementaram o SIGIC em data posterior<sup>11</sup>, utilizando-se os seguintes critérios:

- i. Dimensão semelhante.
- ii. Índice de case-mix aproximado, para garantir um nível de complexidade semelhante.

Na fase de execução foi desenvolvido trabalho de campo junto da UCGIC, das 5 URGIC, entidades a quem compete, nomeadamente, acompanhar e controlar a produção cirúrgica realizada pelas unidades hospitalares e avaliar a evolução dos inscritos para cirurgia (a nível de tempos de espera) e junto de nove<sup>12</sup> das UHGIC seleccionadas, onde foram realizados testes para avaliar o tempo de espera para 1ª consulta.

Na UCGIC foi, ainda, efectuado o levantamento e a avaliação do Sistema de Informação SIGLIC, que serve de suporte à gestão das listas de espera.

A análise das condicionantes ao acesso (nos centros de saúde), foi efectuada com base em informação recolhida por questionários preenchidos pelas ARS e em ficheiros de registos de 1ªs consultas de 5 especialidades<sup>13</sup> dos 24 hospitais.

<sup>9</sup> GANEC – Gabinete de Análise Económica da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.

<sup>10</sup> O SIGIC foi implementado nas ARS do Alentejo e do Algarve em 1 de Junho de 2004.

<sup>11</sup> O SIGIC foi implementado nas ARS do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo em 1 de Junho de 2005 e na ARS do Centro em 1 de Outubro de 2005.

<sup>12</sup> Relativas ao Hospital de Faro, Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, Hospital do Espírito Santo - Évora, Hospital de Santa Luzia – Elvas, Hospital José Maria Grande – Portalegre, Centro Hospitalar de Setúbal, Centro Hospitalar de Coimbra e Unidade Local de Saúde de Matosinhos – Hospital Pedro Hispano.

<sup>13</sup> Especialidades comuns aos 24 hospitais e com maior número de consultas nos anos de 2004, 2005 e 1º semestre de 2006.



## 1.3. CONDICIONANTES

No decurso da auditoria ocorreram algumas situações que condicionaram o desenvolvimento normal dos trabalhos, salientando-se:

- ✚ Numa 1ª fase a existência de um grande atraso por parte da UCGIC<sup>14</sup> no envio da informação necessária à avaliação da execução do SIGIC.
- ✚ A não obtenção de informação, por parte das ARS, relativamente às Sub-regiões de Saúde do Porto, de Lisboa, de Setúbal e de Santarém, sobre tempos médios de espera para marcação de consultas nos centros de saúde.

Apesar destas situações, é de realçar a colaboração prestada pelos serviços e a disponibilidade demonstrada pelos responsáveis das entidades contactadas.

## 1.4. EXERCÍCIO DO CONTRADITÓRIO

Nos termos e para os efeitos do disposto nos art.ºs 13º e 87º, nº 3, da Lei nº 98/97, de 26 de Agosto, o relato de auditoria, bem como o estudo dos Consultores Externos, foram enviados para as seguintes entidades:

- ✚ Ministro da Saúde
- ✚ Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
- ✚ Presidentes dos Conselhos Directivos da:

- Administração Regional da Saúde do Alentejo, I.P.
- Administração Regional da Saúde do Algarve, I.P.
- Administração Regional da Saúde do Centro, I.P.
- Administração Regional da Saúde do Norte, I.P.
- Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.

- ✚ Presidentes dos Conselhos de Administração do:

- Centro Hospitalar Alto Minho, E.P.E.
- Centro Hospitalar Caldas da Rainha
- Centro Hospitalar de Cascais
- Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.
- Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
- Centro Hospitalar de Vila Real – Peso da Régua, E.P.E.
- Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E.
- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.
- Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.
- Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.
- Hospital de S. Marcos – Braga
- Hospital de Santo André, E.P.E. – Leiria
- Hospital de São José – Fafe
- Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.
- Hospital Distrital de Faro
- Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
- Hospital Distrital de Torres Vedras
- Hospital do Espírito Santo, E.P.E. – Évora
- Hospital Reynaldo dos Santos – Vila Franca de Xira
- Hospital S. Teotónio – Viseu
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.
- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE<sup>15</sup>

<sup>14</sup> Atrasando os trabalhos em cerca de 4 meses.

<sup>15</sup> Foi criada pelo Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de Fevereiro, e integra o Hospital Dr. José Maria Grande, de Portalegre, o Hospital de Santa Luzia, de Elvas, e os centros de saúde do distrito de Portalegre.



Destas entidades responderam o Ministro da Saúde, através da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, o Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (apresentando ambas alegações elaboradas pelo Coordenador da UCGIC), o Presidente do Conselho Directivo da ARSC, I.P., o Vice-presidente do Conselho Directivo da ARSN, I.P. e a Vogal Executiva do Conselho de Administração do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha.

As respostas apresentadas constam na íntegra do Anexo XV, tendo merecido relativamente a todas as entidades a análise que se junta no Anexo XVI, na qual foram considerados os comentários do consultor constantes desse anexo.

As considerações formuladas pelas entidades ouvidas, constam em síntese dos pontos específicos do relatório, sempre que foram consideradas relevantes, tendo dado origem a algumas alterações no texto dos capítulos específicos, destacando-se neste ponto as principais observações genéricas.

✚ Das alegações elaboradas pelo Coordenador da UCGIC, destaca-se o seguinte:

- ◆ *"O SIGIC é um projecto de mudança que procura desviar uma enorme massa, constituída por pessoas, interesses, equipamentos, processos e formas de organização, representando parte significativa do sistema nacional de saúde (componente cirúrgica das unidades hospitalares), no sentido duma nova forma de gestão da informação centrada no doente e na actividade hospitalar, dum novo princípio de transparência e da responsabilização de todos os elementos intervenientes. Reorientar esta massa significa vencer a inércia o que implica a aplicação determinada de uma força contínua, persistente, no sentido da mudança até que o novo rumo esteja estabelecido. Este processo exige uma vontade política inabalável, não se compadece com cedências às dificuldades que atravessa e obriga a um investimento contínuo. O processo de mudança encontra-se a meio, nesta fase suspender ou mesmo atenuar o esforço investido significa permitir à elasticidade do sistema o retorno à posição inicial sendo que toda a energia colocada no projecto será absorvida pela plasticidade do mesmo e dissipada em calor."*
- ◆ *"O relatório ... decorrente da auditoria reveste-se da dureza decorrente da necessária exigência de quem procura a perfeição. Reflecte a realidade espelhada na documentação produzida e encontra deficiências múltiplas ao nível da organização e planeamento ... reconhece o relatório que dos quatro grandes objectivos citados para o SIGIC se obtiveram, ainda que não na sua plenitude, três – redução do tempo médio de espera, controlo do tempo máximo de espera, clareza e uniformidade de critérios; não se observaram evidências no que se refere à melhoria na utilização da capacidade instalada. No que se refere ao exercício das competências quer da UCGIC quer das URGIC concluíram que genericamente foram cumpridas."*
- ◆ *"Apesar das múltiplas deficiências apontadas ao relatório da auditoria ao acesso aos cuidados de saúde no SNS, muitas delas por ventura decorrentes da ausência passada de fontes fidedignas de informação e da imperfeição das actuais, entendemos que é um documento válido e pertinente, fundamental para um período de reflexão nesta fase intermédia no estágio da implantação do SIGIC que irá certamente permitir a correcção dos erros apontados pela adopção, entre outras, das medidas recomendadas."*
- ◆ *"Tendo em conta o cronograma revisto, que depende da continuidade da disponibilização dos meios necessários, consideramos que só é espectável uma leitura fidedigna do impacto da introdução do SIGIC no final de 2009 ou seja um ano após funcionamento regular do sistema.", informando ainda que "a cronologia para a implantação do SIGIC teve de ser reprogramada".*

No que se refere à metodologia adoptada na auditoria foram tecidas algumas considerações, nomeadamente:

- ◆ *"Pareceu-nos interessante a comparação de 2 grupos de hospitais com tempos de implementação diferentes do SIGIC..." mas "tendo em conta o objectivo de avaliar o impacto do SIGIC parece-nos estranho que não existam referências às diferenças entre o antes e o depois da implementação do SIGIC."*
- ◆ *"Comparam os hospitais da região Alentejo e Algarve com outros que se supuseram equivalentes. Importa no entanto referir que, para lá de enquadramentos regionais muito distintos, a diferença fulcral entre estes dois grupos consiste no facto de os hospitais do Alentejo e Algarve constituírem hospitais da região piloto onde se ensaiarem metodologias de acompanhamento e controlo.... Não correspondem pois estes hospitais a grupos que passaram pelo mesmo processo em tempos distintos mas sim a hospitais que passaram por processos distintos."*
- ◆ *"Os hospitais do grupo considerado padrão ao contrário dos de referência tiveram um período prévio de adaptação à nova legislação de quase um ano. Esta metodologia não avalia o impacto que decorre da preparação que os*



*hospitais tiveram para se adaptarem nem o impacto das mudanças mais abruptas de processos decorrentes da mudança de legislação.”*

Sobre esta matéria refira-se que a metodologia de análise utilizada procurou combinar uma visão temporal com uma visão seccional<sup>16</sup>. Dado que os hospitais não adoptaram ao mesmo tempo o SIGIC, a comparação entre hospitais com e sem SIGIC, tendo em conta as diferenças existentes entre eles previamente à introdução do SIGIC num seu conjunto particular, permite também retirar inferências relevantes. Acresce que num contexto de precária informação sobre a situação pré-SIGIC, esta é também uma forma de alargar o conjunto de informação disponível, de forma a capturar outros elementos da envolvente global que sejam comuns a todos os hospitais.

A comparabilidade entre hospitais dificilmente será completamente “pura” ou ideal. Considera-se, porém, que existe aproximação suficiente para se poderem retirar implicações do exercício. Idealmente, dever-se-ia observar o efeito da adopção do SIGIC num hospital, mantendo constantes todos os restantes elementos caracterizadores da sua actividade e da sua envolvente de gestão. Só assim se identifica correctamente o efeito que possa ser atribuído ao SIGIC.

A comparação, ao longo do tempo, de um mesmo hospital que adopte o SIGIC mantém constantes as características próprias desse hospital, mas não acomoda a variação de efeitos globais do sistema de saúde. A comparação com um grupo de controlo, utilizando a metodologia denominada “diferença das diferenças” permite expurgar esses efeitos globais. Os hospitais do grupo de controlo deverão ser tão semelhantes aos do grupo de referência, caso estes não tivessem adoptado o SIGIC, quando possível. A sua utilização pretende separar na análise dos efeitos do SIGIC o que são movimentos gerais (e como tal também presentes nos hospitais que não tenham adoptado o SIGIC) e movimentos específicos decorrentes da adopção do SIGIC.

A definição de grupos de controlo nunca é isenta de crítica ou de discussão. Para minimizar o impacto de uma selecção inadequada do grupo de controlo, na análise quantitativa, foi usada uma metodologia alternativa (“matching estimators”) que determina endogenamente para cada hospital do grupo de referência qual o hospital do grupo de controlo que deve ser utilizado na comparação. A proximidade entre hospitais para essa definição é determinada com base numa métrica de distância das variáveis (normalizadas) de caracterização de cada um dos hospitais. Os resultados qualitativos não sofrem alterações de interpretação, qualquer que seja a metodologia empregue. Assim, apesar das dúvidas que a criação do grupo de controlo possa suscitar, considera-se que existe significado estatístico na comparação, e que é lícito retirar ilações quanto ao efeito médio da adopção do SIGIC.

Sobre este assunto, considera o Tribunal que a avaliação efectuada nesta auditoria não invalida posteriores avaliações.

✚ Nas alegações apresentadas pela ARSC, I.P. são tecidos alguns comentários às conclusões e recomendações da auditoria. Na generalidade, esta entidade concorda com as conclusões e as afirmações vertidas no relato de auditoria, realçando o rigor metodológico, a precisão conceptual e a solidez do mesmo, reconhecendo as deficiências e desconformidades do SIGIC/SIGLIC, referindo que *“... representam um eixo fundamental de problemas que têm vindo a ser objecto de diálogo entre as ARS, as URGIC e a UCGIC”. A ARSC, I.P. apresenta ainda as preocupações que tem vindo a expressar...em diversas sedes e por diversos modos, dos problemas referidos no Relatório, como sejam:*

- a) *A fiabilidade do sistema de informação e a introdução de novas funcionalidades.*
- b) *A perda de antiguidade na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) que não só gera uma diminuição artificial do tempo de espera como, embora em termos abstractos seja um principio perfeitamente defensável, deveria conter parâmetros de flexibilidade de modo a permitir uma aplicação casuística já que, em muitos casos, se pode revelar profundamente injusto para os doentes;*
- c) *O facto de o SIGIC, só por si, não ter contribuído para uma melhor utilização da capacidade instalada, nem para a eficiência produtiva tendência que, de resto, esta ARSC sempre tentou contrariar em sede de negociações do Contrato Programa com os Hospitais;*
- d) *A incapacidade do SIGIC em gerar ganhos de eficiência financeira;*
- e) *O impacto apreciável sobre as LIC do que se passa a jusante. Preocupada com esta conjuntura a ARSC inclui nos objectivos regionais para os hospitais consagrados no Anexo III-A do Contrato Programa para o ano de*

<sup>16</sup> Agregação dos hospitais em dois grupos: “de referência” e “de controlo”.



2007 o cumprimento dos seguintes itens 1) taxa de crescimento da lista de espera cirúrgica; 2) taxa de crescimento da lista de espera das primeiras consultas; 3) % das primeiras consultas no total de consultas; f) O objectivo da universalidade, da equidade e transparência do sistema foi acautelado na ARSC que renegociou o único Protocolo de Colaboração que tinha com uma entidade privada no sentido de impedir a referência directa dos doentes pelos Centros de Saúde e hospitais para essa entidade.

A ARSC, I.P, informa, nomeadamente, o seguinte:

- ◆ Mensalmente é feito um acompanhamento da produção cirúrgica e evolução da LIC tanto quanto à dimensão absoluta (n.º de doentes em espera) como quanto ao tempo médio de espera e respectiva comparação com a situação de mês anterior. Realiza-se, também, uma avaliação anual e semestral mais detalhada em que se monitoriza a situação por hospital e por patologia e a situação global da região comparando com o período homólogo. A este propósito atrevemo-nos a sublinhar o referido no Relatório.
- ◆ Concorda-se com a recomendação de monitorizar o cumprimento pelos hospitais dos níveis de prioridade clínica atribuídos aos utentes. Em particular, esta ARS entende como seu dever realizar auditorias de natureza clínica e administrativa quer às entidades públicas quer às privadas. Tal medida é uma prioridade a implementar logo que se disponha de meios no que respeita a pessoal técnico qualificado e sendo ultrapassada a dificuldade de recolher informação existente no SIGLIC mas a que não temos acesso directo;
- ◆ Quanto à facturação dos actos cirúrgicos aos subsistemas não poderíamos estar mais de acordo com esta recomendação. Numa primeira fase esta ARSC questionou o IGIF a quem competia facturar e qual a tabela a utilizar. A resposta obtida indicava que cabia à ARS facturar e segundo a Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho. Foi, posteriormente, solicitado ao IGIF a criação de um módulo informático de facturação cuja concretização se aguarda. Não é indiscutível, até pela discrepância dos valores envolvidos, e tendo presente a coerência do sistema, qual o normativo legal a aplicar;

Em consequência desta alegação o Tribunal recomenda ao Ministro da Saúde a clarificação do normativo legal em causa.

- ◆ As desconformidades representam um eixo fundamental de problemas que têm vindo a ser objecto de diálogo entre as ARS/URGIC e a UCGIC, identificando a ARSC algumas das linhas de força envolvidas.

Relativamente à recomendação de providenciar pela definição de procedimentos uniformes de registo de pedido e de marcação de consultas, refere a importância da sua efectivação mas "...salvo o devido respeito e necessário acatamento das orientações desse Tribunal, coloca-se-nos a questão de saber se, sendo o SIGIC um programa uniformizado a nível nacional, não será a definição de procedimentos uniformes de registo de pedido e marcação de consultas uma tarefa a ser definida centralmente e aplicada uniformemente por todos os hospitais do país".

O Tribunal concorda com esta observação, tendo em consequência direccionado a recomendação à ACSS, IP.

✚ Em sede de contraditório o Vice-Presidente do Conselho Directivo da ARSN, IP, apenas refere que não possui "...informações a acrescentar à matéria apresentada" dado tratar-se "...de uma avaliação sobre um tema importante, efectuada de uma forma profunda e que pode, ao identificar os constrangimentos do processo, conduzir a uma melhoria da sua prestação".

✚ A vogal executiva do Conselho de Administração do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha, deu conta da necessidade de rectificação dos valores da taxa de ocupação constantes do quadro do Anexo X "Indicadores de Utilização da capacidade instalada", a que se procedeu.

Relativamente às restantes alegações esclarece-se, ainda, que a informação constante do Anexo X não foi utilizada na análise do relatório, no entanto, foram rectificadas os dados relativos ao "nº de salas do bloco " e ao "nº de cirurgias".



## 1.5. CONCLUSÕES

### Apreciação geral

O acesso aos cuidados de saúde cirúrgicos encontra-se dificultado pela morosidade na marcação quer de consulta no centro de saúde quer da 1ª consulta hospitalar, pressupostos que condicionam a dimensão da LIC e os tempos de espera para cirurgia.

Assim, embora o SIGIC apresente resultados positivos ao nível da diminuição das média e mediana do tempo de espera, não pode deixar de se ter presente que os constrangimentos anteriormente referidos, devem ser tidos em conta para efeito de avaliação do tempo real de espera de resolução do problema cirúrgico.

O SIGIC introduziu melhorias ao nível da centralização da informação dos inscritos para cirurgia e de uma maior transparência na relação com o utente.

De salientar, ainda, que a criação das UHGIC promoveu a centralização dentro de cada hospital do controlo da LIC e da actualização da informação administrativa e clínica dos inscritos, permitindo um melhor acompanhamento e controlo da produção cirúrgica dos vários serviços, nomeadamente em termos dos tempos de espera, existindo, ainda, uma maior transparência na relação do hospital com o utente, para o qual são definidos direitos e deveres.

**Todavia, o SIGIC não conseguiu atingir, em pleno, os objectivos de universalidade e de equidade no tratamento de utentes e de rentabilização da capacidade instalada dos hospitais, não tendo influenciado, no horizonte de tempo analisado, a produção, a produtividade ou a eficiência financeira.**

O Manual do SIGIC refere um tempo máximo de espera de 12 meses (ponto 9 – glossário fls. IX-6). Todavia, este Manual não foi aprovado formalmente pelo Ministro da Saúde, nem foi publicado despacho daquele membro do Governo de fixação de um tempo máximo de espera. **Conclui-se, assim, não existir um tempo máximo de espera formalmente definido.**

Enunciam-se de seguida as principais conclusões da auditoria:

### Políticas de combate às listas de espera cirúrgicas (pontos 2.1. e 2.2.)

✚ Os factores que levam à existência de listas de espera para intervenção cirúrgica podem ser agrupados em três categorias:

- a) aumento da procura de intervenções cirúrgicas (em cuja base estão aspectos como o envelhecimento da população, opções clínicas associadas à introdução de novas tecnologias, expectativas dos utentes, etc.);
- b) definição da capacidade da oferta (de que é exemplo o número de blocos operatórios disponíveis);
- c) eficiência da organização prestadora de cuidados de saúde (onde estão incluídos factores como a organização funcional dos serviços, a incerteza/variabilidade do desempenho clínico, o empenho dos recursos humanos, etc.)

Tipicamente, as actuações de combate às listas de espera para cirurgia têm-se concentrado nas duas últimas categorias, quer a nível nacional quer a nível internacional.

✚ Os primeiros programas de combate às listas de espera, adoptados em Portugal de forma abrangente, o Programa de Promoção do Acesso e o PECLEC, tiveram como característica fundamental incentivar o aumento da capacidade disponível. **Prevaleceu uma perspectiva de aumento da oferta. Esse aumento da oferta não resultou, contudo, numa resolução sustentada do problema das listas de espera. Esse relativo insucesso em alterar, de modo duradouro, as características fundamentais do sistema não destoa da experiência internacional neste campo.**

✚ **A adopção do SIGIC introduz uma diferente perspectiva de intervenção, procurando actuar directamente sobre o modo de funcionamento das organizações.** O SIGIC insere-se, por esse motivo, na terceira categoria de tipos de intervenção. Como todas as transformações organizacionais, algum tempo medeia necessariamente entre a adopção das medidas e os resultados delas decorrentes. No caso do SIGIC, o facto de ter sido introduzido em diferentes momentos nas várias regiões de saúde de Portugal Continental permite uma análise comparativa, em que



hospitais das regiões que adoptaram mais tardiamente o SIGIC funcionam como grupo de controlo face aos hospitais que iniciaram mais cedo a utilização do SIGIC.

## Comparações Internacionais (ponto 2.3.)

- ✚ A análise comparativa de indicadores entre países, usando como modelo de referência Inglaterra e Espanha, pela similitude de sistemas de saúde, constatou que **há um tempo de espera para intervenção cirúrgica bastante mais elevado em Portugal**. A dimensão da lista de espera, por 1000 habitantes, é significativamente mais elevada do que em Espanha.
- ✚ Da experiência internacional resultam como factores relevantes para a resolução do problema das listas de espera, a existência de um adequado processo de **planeamento** da capacidade, alicerçado num **sistema de informação** e na procura constante de **eficiência** na actuação, envolvendo a classe médica no objectivo de redução de tempos de espera.

## Condicionantes ao acesso aos cuidados de saúde cirúrgicos (ponto 2.4.)

- ✚ Existem constrangimentos no acesso à LIC, provocados por dificuldades na marcação de consulta no centro de saúde (com tempos médios de espera entre 15 e 36 dias, após a marcação de consulta) e na atribuição de médico de família (em Junho de 2006 mais de 1 milhão de utentes encontravam-se a aguardar atribuição de médico de família).
- ✚ Existem, também, constrangimentos ao nível da articulação entre os centros de saúde e os hospitais para marcação de 1ª consulta de especialidade. **Apuraram-se tempos de espera que oscilaram em 2006 entre 1 mês e 5 anos após a marcação, variando consoante as especialidades e as regiões**. Apuraram-se tempos de espera especialmente elevados na especialidade de ortopedia do HD Faro (5 anos) e na especialidade de otorrinolaringologia do CH Coimbra (28 meses).
- ✚ Verificou-se uma **tendência para o aumento do tempo médio de espera para obtenção de 1ª consulta hospitalar** entre 2004 e o 1º semestre de 2006 nas especialidades analisadas, especialmente evidente em oftalmologia e otorrinolaringologia.

## Impacto do SIGIC no Acesso à consulta hospitalar (ponto 2.4.3.)

- ✚ A evolução do rácio das primeiras consultas evidencia uma diminuição do peso das 1ªs consultas no total de consultas externas, em 2005, nos hospitais que primeiro implementaram o SIGIC. Torna-se difícil atribuir esta evolução exclusivamente ao SIGIC, uma vez que esta tendência já se verificava em 2004. Todavia, a conclusão importante a retirar é a de que a redução do peso de primeiras consultas se traduz numa diminuição das entradas em LIC, no pressuposto de que existe uma probabilidade não negligenciável de uma consulta de especialidade originar uma necessidade de intervenção cirúrgica.

## Acompanhamento e controlo do SIGIC (ponto 2.6.)

- ✚ A UCGIC exerceu as competências que lhe estavam atribuídas, de que se destaca a elaboração de um Manual detalhado de gestão de inscritos para cirurgia. Contudo, **não garantiu um processo eficiente de actualização do registo de utentes na LIC nem definiu procedimentos para o acompanhamento da produção “cirúrgica programada” a nível nacional**.
- ✚ As URGIC exerceram genericamente as suas competências, mas não executaram procedimentos de acompanhamento e controlo da produção cirúrgica hospitalar, da evolução dos inscritos para cirurgia e dos tempos de espera. Não foi, ainda, cumprida a determinação constante do Manual do SIGIC (cfr. ponto 8.2 a fls. VIII- 4) de notificar os hospitais, a UCGIC e o IGIF, das desconformidades existentes nos processos de gestão dos doentes, para efeitos de aplicação de penalizações.

**Sobre este incumprimento a ARSC apresenta alegações relevantes relativamente à necessidade de revisão do regime de penalizações.**



- Os processos dos utentes intervencionados em entidades convencionadas foram enviados aos hospitais de origem com omissões diversas, não tendo sido aplicadas penalizações a estas desconformidades, conforme previsto nas convenções.

### Aplicação dos princípios de equidade e de universalidade (pontos 2.6. e 2.13.)

- Não existiu equidade na emissão de vales-cirurgia** aos doentes que se encontravam inscritos para cirurgia à data da implementação do SIGIC, os quais foram inseridos em LIC mas a quem não se aplicou a regra de emissão de vale após 9 meses de permanência em LIC. Em 31-12-2006 existiam ainda 48 036 utentes nestas condições, representando 21% do total de inscritos.
- Não foi cumprido o princípio da universalidade**, na medida em que existiram utentes do SNS que não foram inscritos na LIC, nomeadamente:
  - Utentes em espera para cirurgia no Hospital Fernando da Fonseca;
  - Utentes enviados pelos centros de saúde directamente para hospitais das Misericórdias e para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, através de protocolos específicos celebrados pelas ARS com as Misericórdias e outras instituições particulares de solidariedade social.

### Avaliação do Sistema de Informação de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (ponto 2.7.)

- A arquitectura do sistema centraliza a informação numa base de dados nacional e utiliza tecnologia *web* o que permite um acesso universal via *browser*. Inclui funcionalidades integradas, **respondendo, genericamente, aos requisitos exigidos no regulamento do SIGIC, propiciando a uniformização e racionalização dos procedimentos.**
- A nível nacional o sistema de informação **nem sempre é fiável**, por não apresentar de forma verdadeira e apropriada o universo de doentes/utentes que aguardam a prestação de serviços especializados, tanto em termos de inscritos como de cirurgias realizadas. A base de dados central é actualizada diariamente com informação proveniente dos hospitais; contudo, existem diferenças entre os dados constantes da base de dados central e os das bases de dados hospitalares e não existe um procedimento normalizado que permita às entidades hospitalares verificarem as divergências existentes.
- O planeamento da manutenção evolutiva do sistema de informação **não estava articulado** entre as entidades Unidade Regional/IGIF/Unidade Central com vista a acompanhar a execução e implementação de novas funcionalidades do sistema.
- O sistema central **não tinha bons tempos de resposta** em pesquisas agregadas de informação, **nem um plano de contingência** para garantir a continuidade e operacionalidade do sistema em caso de falha, nem um ambiente autónomo para realizar testes. Acresce que o Manual do utilizador da aplicação estava desactualizado, o que dificultava o conhecimento e manuseamento do sistema por parte dos utilizadores e, embora existisse um centro de contacto de apoio aos utilizadores, o suporte tinha deficiências, bem como o processo de acompanhamento e da avaliação dos trabalhos subcontratados.
- No processo de gestão dos utentes transferidos para convencionados, havia ausência de informação detalhada das cirurgias realizadas, o que originava, posteriormente, ineficiência no processo de conferência da facturação desses actos.

### Lista de inscritos para cirurgia e tempos de espera (ponto 2.8.)

#### Execução física (ponto 2.8.1.)

- Verificou-se que desde a implementação do SIGIC até 31-12-2006, foi atingida uma execução física global de 70% (que corresponde ao número de cirurgias realizadas vs. total de inscritos).





- ✚ Existe uma expressão significativa dos cancelamentos na diminuição da lista de espera, os quais representaram, no período analisado, 21% do total das saídas da LIC.
- ✚ A análise dos motivos dos cancelamentos das inscrições revela que, num número apreciável de situações, o SNS não dá resposta atempada. Evidencia, ainda, que o SIGLIC, enquanto sistema de informação, tem de responder a situações de descoordenação dentro do SNS (dado, por exemplo, o número de situações de erro administrativo elevado e situações de operações já realizadas e só mais tarde confrontadas com a lista de espera).
- ✚ Apenas 3,1% dos doentes foram intervencionados numa entidade convencionada e existiram procedimentos cirúrgicos para os quais não houve oferta por parte das entidades privadas (ex. cirurgia de colocação de banda gástrica).
- ✚ Até 31-12-2006 foram emitidos 77 857 vales-cirurgia, dos quais apenas 21% foram utilizados. A emissão de vales cirurgia deveria ter tido em conta os tempos de espera atribuídos pelos níveis de prioridade clínica 2, 3 e 4.
- ✚ O cancelamento de vales-cirurgia deveu-se, em cerca de 1/3 dos casos, à recusa dos utentes em serem transferidos para outra unidade hospitalar. Nos termos do regulamento do SIGIC essa recusa implica a perda de antiguidade na LIC, ocasionando uma diminuição “artificial” da média e da mediana do tempo de espera dos utentes da LIC, por não existir a efectiva resolução da necessidade cirúrgica.
- ✚ **Relativamente aos utentes intervencionados, cuja inscrição na LIC foi posterior à implementação do SIGIC, foi, na generalidade (em 99% dos casos), cumprido o objectivo de realizar a cirurgia em menos de 12 meses; todavia, não foram respeitados os tempos de espera correspondentes aos níveis de prioridade clínica 2, 3 e 4, previstos no Manual do SIGIC (cfr. ponto 5.3.1.1 a fls. V-6).**
- ✚ **No que respeita aos utentes com inscrição anterior à implementação do SIGIC, apesar de a maioria (55%) ter realizado a intervenção cirúrgica até 1 ano após a inscrição na lista do hospital, 34% esperaram entre 1 e 2 anos e 11% mais de 2 anos.**

### **Evolução dos tempos de espera (ponto 2.8.2.)**

- ✚ **Após a aplicação do SIGIC e até 31-12-06 diminuíram a média e a mediana do tempo de espera dos inscritos para cirurgia, face às verificadas à data da sua implementação, em 4 regiões, tendo apenas aumentado na ARS de Lisboa e Vale do Tejo. Em 31-12-2006 a média e a mediana do tempo de espera eram a nível nacional, respectivamente, de 10 e 7 meses.**
- ✚ A média e a mediana do tempo de espera eram mais elevadas se considerarmos apenas os utentes que se encontravam inscritos nas listas dos hospitais à data de implementação do SIGIC (28 e 24 meses respectivamente)
- ✚ **Tanto a média como a mediana do tempo de espera diminuíram entre 31-12-2005 e 31-12-2006 em todas as especialidades analisadas, apresentando nesta última data uma média de espera superior a 12 meses apenas nas especialidades de ORL e Cirurgia Plástica.**
- ✚ **O peso do número de utentes em LIC com mais tempo de espera diminuiu no período analisado.**
- ✚ Em 31-12-2006 os utentes com tempo de espera inferior a 1 ano representavam 73% do total, os que aguardavam entre 1 e 2 anos 16% e os utentes cuja espera ultrapassava os 2 anos eram, ainda, 11% dos inscritos.
- ✚ O tempo relativo ao nível de prioridade clínica previsto no Manual do SIGIC (cfr. ponto 5.3.1.1 a fls. V-6) e definido nas propostas cirúrgicas foi ultrapassado em 17% das 503.855 cirurgias realizadas de 1-6-2004 até 31-12-2006. Das cirurgias realizadas 21% (105.106) referiram-se a utentes com inscrições anteriores à implementação do SIGIC, das quais 49% ultrapassaram o tempo limite referido. Relativamente à LIC em 31-12-2006, verificou-se que em 31% dos inscritos já tinha sido ultrapassado o tempo relativo ao nível de prioridade clínica atribuído.

### **Impacto do SIGIC na Lista de Espera cirúrgica (Ponto 2.8.3.)**

- ✚ A adopção do SIGIC está associada a uma diminuição nos tempos médios de espera para cirurgias realizadas. O efeito é mais pronunciado nos hospitais que funcionam com o SIGIC há mais tempo. Este efeito adiciona-se a uma tendência global de redução do tempo médio de espera, presente mesmo sem SIGIC.



## Rentabilização da capacidade instalada dos hospitais (ponto 2.9.)

### Produção Cirúrgica

- ✚ A implementação do SIGIC **não se traduziu numa melhor utilização da capacidade instalada**, atendendo a que a *“taxa de utilização do bloco”* diminuiu no grupo de referência (passou de 65% em 2003 para 61% em 2005) e no grupo de controlo (passou de 50% em 2003 para 49% em 2005) e a *“taxa de ocupação de camas”* diminuiu no grupo de referência (passou de 80% em 2003 para 77% em 2004 e 2005) e aumentou no grupo de controlo, (passou de 82% em 2003 para 84% em 2004 e 2005).
- ✚ **Em 2005 e 2006 não foram atingidas as metas estabelecidas nos contratos programa** para o internamento cirúrgico e para as cirurgias em ambulatório, pelo que não existiram limitações, por esta via, à actividade cirúrgica que impedissem a rentabilização da capacidade instalada dos hospitais.
- ✚ **Não se verificaram diferenças significativas na evolução da produção (“total de cirurgias realizadas”) entre os dois grupos de hospitais.**

### Produtividade por médico

- ✚ A produtividade cirúrgica por médico melhorou nos hospitais do grupo de referência, face ao grupo de controlo.

### Eficiência produtiva

- ✚ **Não há um efeito de aumento de produtividade física dos blocos operatórios associado à implementação do SIGIC.**

## Impacto do SIGIC na qualidade da produção cirúrgica (ponto 2.10.)

- ✚ Utilizando os indicadores *“complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos”* e *“readmissões em GDH cirúrgicos”* encontra-se evidência de uma evolução favorável da qualidade técnica em 2005 no conjunto de hospitais que implementou o SIGIC mais cedo. No entanto este grupo de hospitais mantém uma probabilidade de ocorrência de complicações e readmissões superior ao grupo de controlo.
- ✚ Utilizando os indicadores de mortalidade não se detectou qualquer efeito decorrente da adopção do SIGIC.

## Custos da actividade cirúrgica e eficiência financeira (ponto 2.11.)

### Custos da actividade cirúrgica (ponto 2.11.1.)

- ✚ Constatou-se que num primeiro momento de adopção do SIGIC existiu um aumento de custos e posteriormente, após este estar em funcionamento, um menor crescimento.

### Eficiência financeira (ponto 2.11.2.)

- ✚ **Não existe evidência de que o SIGIC tenha originado custos mais baixos, para idênticos níveis de actividade, qualidade e complexidade dos casos tratados, pelo que não foram detectados ganhos de eficiência financeira que possam ser associados à implementação do SIGIC.**

## Execução Financeira (ponto 2.12.)

### Em hospitais do SNS (ponto 2.12.1.)

- ✚ Não é possível apurar o montante pago pela actividade cirúrgica desenvolvida pelos hospitais do SNS (SPA e EPE), no âmbito do SIGIC, porque a facturação da actividade cirúrgica nos termos dos contratos programa inclui todas as cirurgias, independentemente dos utentes terem ou não sido incluídos na LIC.
- ✚ Em 2005 a contratação da actividade cirúrgica (internamento cirúrgico e ambulatório) nas 5 ARS atingiu o montante de 916.473 milhares de euros tendo sido facturada uma execução correspondente a 80%. Em 2006 a contratação foi de 1 006.322 milhares de euros com uma execução de 82%.



## Em entidades convencionadas (ponto 2.12.2.)

- ✚ Até 31-12- 2006 foram emitidos vales-cirurgia no valor estimado de 56 482 milhares de euros, tendo a despesa atingido o montante de 13 502 milhares de euros, da qual 49% foi da responsabilidade das ARS do Alentejo e do Algarve.
- ✚ Existe receita não cobrada pelas ARS a subsistemas de saúde relativa a serviços prestados aos seus beneficiários, por entidades convencionadas, cujo encargo foi suportado pelo SNS.

## Actividade cirúrgica realizada fora do âmbito do SIGIC (ponto 2.13)

Considerando o princípio que esteve patente na criação do SIGIC, como um sistema universal que tem por objectivos, entre outros, introduzir maior controlo e transparência no processo de inscrição de todos os doentes com indicação para cirurgia, conclui-se que os utentes referenciados e intervencionados no âmbito dos acordos ou protocolos com IPSS, Misericórdias ou Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa deveriam estar inscritos na LIC.

## 1.6. RECOMENDAÇÕES

Face às conclusões da auditoria recomenda-se:

### Ao Ministro da Saúde

Na sequência dos objectivos definidos para o SIGIC, aprovado pela RCM nº 79/2004,

- ✚ Providenciar **melhorias no acesso aos cuidados de saúde ao nível, designadamente, de marcação de consultas** nos centros de saúde, de 1ª consulta hospitalar e de articulação entre estas entidades.
- ✚ Providenciar pela **aplicação dos princípios da equidade e da universalidade**, quer na inclusão em LIC quer na emissão de vales-cirurgia, a todos os utentes do SNS e com respeito pelos tempos correspondentes aos níveis de prioridade clínica.
- ✚ Adoptar medidas que promovam uma **melhor rentabilização da capacidade instalada** dos hospitais.
- ✚ Garantir que formalmente sejam definidos o “tempo médio” e o “tempo máximo” de espera para a realização de cirurgias no SNS.
- ✚ Providenciar pela aprovação do Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia.
- ✚ Clarificar o normativo legal aplicável na facturação aos subsistemas de actos cirúrgicos praticados por entidades convencionadas.

### Ao Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

- ✚ Diligenciar para que exista um **planeamento** do projecto de manutenção evolutiva do SIGLIC, acordado com as URGIC, um plano de contingência do sistema e um ambiente autónomo para realizar os testes de integração de sistemas.
- ✚ Providenciar pela melhoria do processo de integração dos dados hospitalares na base de dados central, da documentação e do suporte aos utilizadores, dos tempos de resposta da aplicação e do processo de acompanhamento e avaliação dos trabalhos subcontratados.
- ✚ Providenciar pela definição de procedimentos uniformes de registo de pedido e de marcação de consultas.
- ✚ Providenciar para que o SIGLIC **inclua indicadores sobre a rentabilidade da capacidade instalada** dos hospitais, as **situações de incumprimento do regulamento** e do Manual do SIGIC e, ainda, informação detalhada dos actos cirúrgicos realizados em entidades convencionadas.
- ✚ Providenciar pela **revisão do regime de penalizações** previstas no Manual do SIGIC, tendo em conta a relevância das alegações apresentadas pela ARSC.



## Aos Conselhos Directivos das Administrações Regionais de Saúde, I.P.

- ✚ Providenciar no sentido de ser acompanhada e controlada a produção cirúrgica e a evolução da LIC.
- ✚ Monitorizar o cumprimento pelos hospitais dos **níveis de prioridade clínica** atribuídos aos utentes.
- ✚ Diligenciar no sentido de serem facturados aos subsistemas de saúde os actos cirúrgicos praticados por entidades convencionadas a utentes desses subsistemas.
- ✚ Diligenciar no sentido de comunicar aos hospitais, à UCGIC e à Administração Central do Sistema de Saúde I.P. (ACSS), as desconformidades detectadas no processo de gestão dos utentes, que possam originar penalizações, sem prejuízo de o Tribunal de Contas reconhecer a relevância das alegações da ARSC sobre esta matéria.

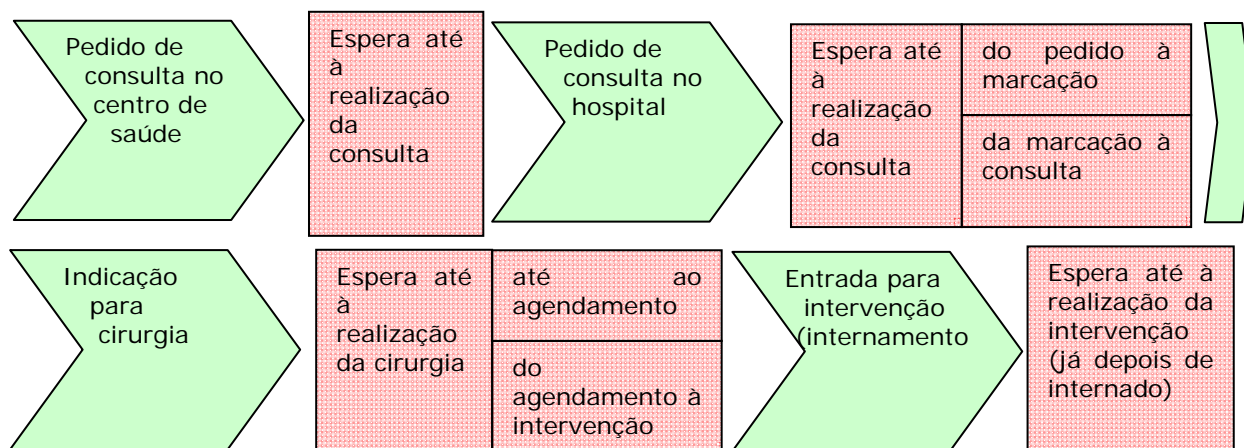


## 2. RELATÓRIO

### 2.1. ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA DAS LISTAS DE ESPERA<sup>17</sup>

A análise da capacidade de um sistema de saúde em satisfazer as necessidades de saúde dos seus cidadãos, nomeadamente os problemas clínicos que requerem intervenção cirúrgica hospitalar, com internamento, envolve diversos passos. Em vários pontos desse percurso podem surgir momentos em que o doente se encontra então em lista de espera. Embora o SIGIC remeta a sua actuação, como o próprio nome indica, para a gestão da lista de espera para intervenção cirúrgica, é ainda assim útil relembrar o percurso realizado pelo doente. Tal permite identificar potenciais estrangulamentos e efeitos determinantes da lista de espera para intervenção cirúrgica. A figura seguinte ilustra o percurso do doente e os tempos de espera.

Figura I – Percurso do doente e tempos de espera



Fonte: Relatório do consultor externo

Há assim vários pontos de análise de tempos de espera dos doentes que necessitam de intervenção cirúrgica. Apesar de não se encontrarem assinaladas, ocorrem também decisões médicas que determinam a manutenção ou a “saída” do doente deste circuito: na consulta de cuidados de saúde primários é tomada a decisão de prosseguir para consulta de especialidade no hospital (ou tratamento no âmbito dos cuidados de saúde primários); e na consulta de especialidade é tomada a decisão de seguir para cirurgia (ou para outra forma de tratamento).

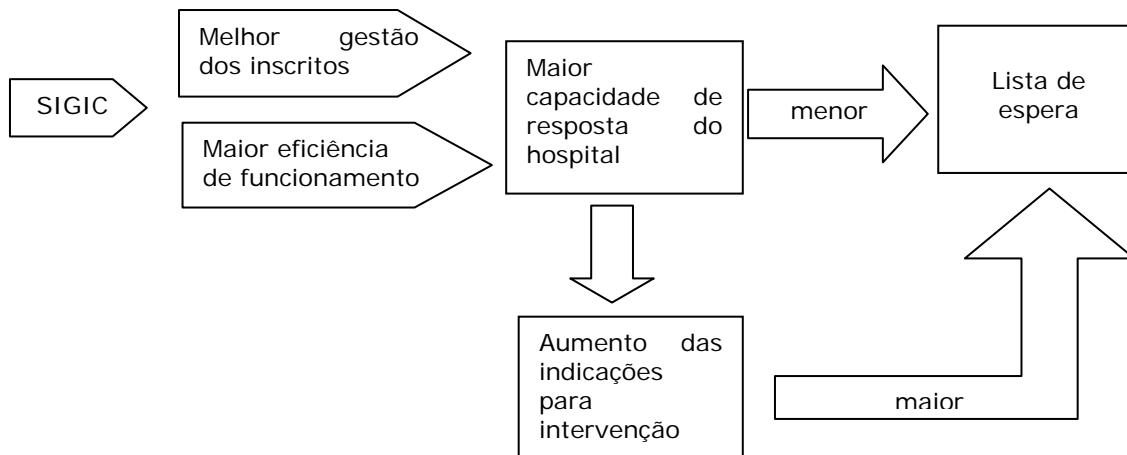
Centrando-se o SIGIC no tempo de espera até à realização da cirurgia, é natural que a sua avaliação incida sobretudo neste ponto do sistema. Apesar disso, a referência ao que se passa a jusante é útil, dado que tempos de espera crescentes para realização de consultas, seja em centro de saúde seja em consulta externa do hospital, significam menor pressão sobre a lista de espera para realização de cirurgia, por um lado. Por outro lado, se os critérios clínicos nesses outros pontos prévios de contacto do doente com o sistema de saúde levarem à procura de alternativas de tratamento, então também menor pressão será sentida sobre as listas de espera cirúrgicas.

Para além dos aspectos de chegada de doentes à lista de espera, são relevantes os aspectos de eficiência na realização das cirurgias: quanto maior a eficiência, maior número de pessoas serão tratadas num mesmo espaço de tempo. Podemos detalhar assim os potenciais efeitos em presença com a adopção do SIGIC (Figura II).

<sup>17</sup> Este texto corresponde, com ligeiras adaptações, ao relatório apresentado pelo consultor externo. Para maiores desenvolvimentos, ver relatório constante do Apenso.



Figura II Efeitos do SIGIC sobre as listas de espera



Fonte: Relatório do consultor externo

Dentro da maior capacidade de resposta do hospital, podemos contemplar pelo menos três dimensões importantes: eficiência produtiva, eficiência financeira (ou de custos) e qualidade.

Figura III - Capacidade de resposta, eficiência e qualidade

Maior capacidade de resposta do hospital	Eficiência produtiva
	Eficiência de custos
	Qualidade

Fonte: Relatório do consultor externo

Resulta assim que uma análise completa dos efeitos do SIGIC em termos de impacto sobre os hospitais obriga a que se investiguem as três áreas: qualidade, eficiência financeira (ou de custos) e eficiência produtiva.

## 2.2. POLÍTICAS DE COMBATE ÀS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS<sup>18</sup>

A existência de listas de espera para o acesso a determinados cuidados de saúde é um problema comum aos sistemas de saúde onde vigora um modelo de SNS e onde a remuneração do médico provém de um salário – como Portugal, Inglaterra, Itália, Espanha. As listas de espera tendem a aparecer em países que combinam SNS (com partilha de custos baixa ou nula por parte do utente) e restrições de capacidade de cirurgia. Com efeito, o SNS remove barreiras financeiras ao acesso a cuidados de saúde, potenciando a procura. As restrições de capacidade impedem que a procura corresponda à oferta, criando, então, listas de espera.

Surge, por isso, a noção de tempo clinicamente aceitável, normalmente identificado com o tempo que o doente pode esperar sem ocorrer uma deterioração irreversível ou demasiado penalizadora no seu estado de saúde.

Exemplos de políticas de redução das listas de espera do lado da oferta passam pelo aumento da capacidade instalada pública ou usando a capacidade disponível no sector privado. Incluem também aumentos de produtividade, gerindo melhor os recursos disponíveis e atribuindo incentivos ao desempenho.

Por outro lado, as políticas do lado da procura incluem a atribuição de prioridades de acordo com as necessidades clínicas dos utentes, gerindo as listas de espera nessa mesma base. Podem igualmente incentivar o recurso a seguro de saúde privado, com o objectivo de desviar procura do sector público para o sector privado.

<sup>18</sup> Este texto corresponde, com ligeiras adaptações, ao relatório apresentado pelo consultor externo. Para maiores desenvolvimentos, ver relatório constante do Apenso.



Os resultados dos programas de redução de listas de espera são, porém, menos divulgados do que o respectivo lançamento, existindo muito menos informação que permita avaliar a sua real eficácia.

O SIGIC enquanto instrumento de gestão surge em termos temporais na sequência de programas especiais de recuperação de listas de espera. Estes tinham como objectivo resolver situações "acumuladas" através da realização de produção adicional, no pressuposto implícito de que uma vez resolvida a excepcionalidade das listas de espera, a actividade normal seria suficiente para dar satisfação às necessidades da população portuguesa.

Quer o Programa de Promoção do Acesso quer o PECLEC tiveram aspectos positivos, sobretudo através da imposição e cumprimento de regras, nomeadamente a exigência de os programas se efectuarem fora do horário normal de trabalho e de não serem exequíveis caso a produção normal diminuísse.

Por outro lado, o Programa do Acesso permitiu a nível nacional a informatização das listas de espera e um importante trabalho de organização e metodologia, no sentido de uma avaliação nacional do problema.

O SIGIC surge então numa altura em que os resultados do Programa de Promoção do Acesso e o PECLEC deixam listas de espera cirúrgica qualitativamente melhoradas, mas quantitativamente semelhantes.

O SIGIC pressupõe a centralização dos doentes em espera a nível central e uma abordagem que procura uma intervenção de longo prazo, que facilite a gestão das listas de espera e aumente a capacidade de resolução das mesmas. É uma intervenção que se encontra mais próxima daquilo que a experiência internacional tem demonstrado ser necessário. As intervenções pontuais sobre as listas de espera produzem resultados de curto prazo, sem alterarem de forma sensível a dinâmica da lista de espera.

### 2.3. COMPARAÇÕES INTERNACIONAIS<sup>19</sup>

As comparações internacionais de indicadores referentes a listas de espera são extremamente difíceis de realizar. Essas dificuldades decorrem de dois aspectos primordiais: parca informação disponível, em geral, e falta de homogeneidade nos conceitos usados.

A presença de listas de espera, e a inerente preocupação em termos de política com as mesmas, ocorre principalmente em países caracterizados pela existência de serviços nacionais de saúde. Por este motivo, elegeram-se como países relevantes para a elaboração de comparações internacionais Espanha e Inglaterra<sup>20</sup>.

**Quadro I - Caracterização geral da lista de espera**

Indicadores	Espanha (2006)	Inglaterra (2005)	Portugal (2006)
Utentes em lista de espera por 1000 habitantes	2,25*	15,47	20,65
Tempo médio de espera em dias para intervenção	6,15 <sup>a</sup>		310,40
% utentes com espera entre 0 e 30 dias	78,45%	33,00%	28,33%
% utentes com espera entre 31 e 90 dias	21,07%	42,16%	
% utentes com espera entre 91 dias e menos de 6 meses	0,08%	24,73%	17,28%
% utentes com espera superior a 6 meses	0,40%	0,11%	54,40%

\* Informação da Comunidade de Madrid; valor em 09/2006;  
a-não inclui os que recusam ir a outro hospital, para os quais o tempo médio é 53 dias.  
Valor para Portugal referente a 31/12/2006.  
Fonte: Relatório do Consultor Externo

<sup>19</sup> Este texto corresponde, com adaptações, ao relatório apresentado pelo consultor externo. Para maiores desenvolvimentos, ver relatório constante do Apenso.

<sup>20</sup> No relatório em Apenso são ainda referidas as experiências de outros países, como a Itália, a Dinamarca, a Noruega, o Canadá e a Holanda.



### Quadro II - Lista de espera por 1000 habitantes, para especialidades seleccionadas

Indicadores	Espanha (2006)	Inglaterra (2005)	Portugal (2006)
Urologia	0,45	1,18	1,09
Cirurgia geral	1,18	2,62	5,31
Oftalmologia	1,18	1,37	2,93
Neurocirurgia	0,10	0,12	0,60
Cirurgia plástica	0,22	0,64	1,02
Dermatologia	0,19	0,07	0,11
Ortopedia	1,29	3,94	4,16
Cardiologia	0,04	0,55	0,08
Ginecologia	0,29	1,34	1,18

Fonte: Relatório do Consultor Externo

A comparação internacional realizada mostra que embora Portugal não seja muito distinto da Inglaterra em termos da taxa por mil habitantes em lista de espera, tem um valor francamente superior ao de Espanha (Comunidade de Madrid).

A outra grande diferença está no tempo médio de espera até intervenção, substancialmente mais elevado no caso nacional. Comparativamente com o caso inglês, a diferença substancial encontra-se na proporção de pessoas que tem um tempo de espera superior a 6 meses, substancialmente mais elevada em Portugal do que em Inglaterra e Espanha.

A principal conclusão a retirar é que há um tempo de espera para intervenção cirúrgica bastante mais elevado em Portugal.

No Canadá, verifica-se que, apesar da crescente preocupação com a dimensão das listas de espera cirúrgica, não existe uma definição precisa do conceito de "tempo de espera aceitável", nem existem tempos máximos de espera que possam ser usados como metas ou limites na avaliação da acessibilidade.

Da experiência internacional resultam como factores relevantes a existência de um adequado processo de planeamento e previsão da capacidade, alicerçado num sistema de informação e sua correcta interpretação, e a procura constante de eficiência e persistência na actuação, envolvendo a classe médica no objectivo de redução de tempos de espera.

## 2.4. CONDICIONANTES AO ACESSO A CUIDADOS CIRÚRGICOS NO ÂMBITO DO SNS

O acesso aos cuidados cirúrgicos não está apenas dependente do tempo na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC). Existem dificuldades no acesso aos cuidados de saúde que poderão impedir que as necessidades cirúrgicas da população sejam conhecidas e portanto entrem em lista de espera para cirurgia, nomeadamente condicionantes ao acesso a cuidados de saúde primários e à consulta externa hospitalar.

### 2.4.1. Condicionantes ao acesso a consulta nos centros de saúde

Com o objectivo de averiguar o número e a percentagem de utentes sem médico de família e qual o tempo médio de espera até à realização de consultas nos Centros de Saúde, procedeu-se à análise da informação relativa à sua actividade assistencial, que se sintetiza nos quadros seguintes.





### Quadro III

#### Movimento Assistencial dos centros de saúde em 2005

ARS	Nº médicos	Nº inscritos	nº utentes insc p/médico	nº de utilizadores	taxa de utilização	nº utentes s/médico família	% utentes s/médico família
ARSN	2.132	3.327.827	1.561	2.005.515	60,3	356.077	10,7
ARSC	1.731	2.606.486	1.506	1.677.446	64,4	99.046	3,8
ARSLVT	2.604	3.796.338	1.458	2.171.848	57,2	603.618	15,9
ARS Alentejo	359	475.678	1.325	287.394	60,4	14.270	3
ARS Algarve	301	459.925	1.528	234.270	50,9	58.410	12,7
<b>Total</b>	<b>7.127</b>	<b>10.666.254</b>	<b>7.378</b>	<b>6.376.473</b>	<b>59,8</b>	<b>1.130.623</b>	<b>10,6</b>

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo IGIF

Verificamos que em 2005 mais de 1 milhão de utentes não tinha médico de família, (10,6% do total de inscritos), sendo a Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo aquela que registou a maior percentagem de utentes sem médico de família.

De referir que a população inscrita na lista de cada médico de família deve ser de cerca de 1500 utentes (cfr. nº2 do art.º 12º do Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril).<sup>21</sup>

Pretendendo obter dados mais actualizados, foi enviado questionário a todas as ARS.

### Quadro IV

#### Indicadores de Acesso a Cuidados de Saúde Primários

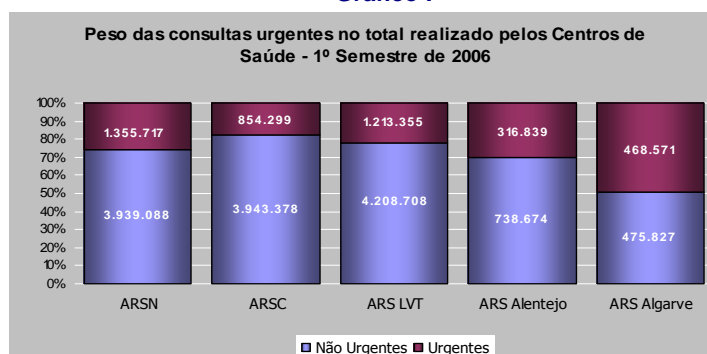
ARS	Nº inscritos	nº utilizadores	taxa de utilização	nº utentes s/médico família	% utentes s/médico família
ARSN	3.497.874	1.785.605	51%	384.237	11
ARSC	2.612.194	1.428.221	54,70%	106.277	4,1
ARSLVT	3.741.494	1.551.972	41,50%	587.182	15,7
ARS Alentejo	479.653	245.675	51,20%	20.456	4,3
ARS Algarve	467.384	196.865	42,10%	66.483	14,2
<b>Total</b>	<b>10.798.599</b>	<b>5.208.338</b>	<b>48,20%</b>	<b>1.164.635</b>	<b>10,8</b>

Fonte: Elaboração própria com base no questionário enviado às ARS

Comparando a informação a 31-12-2005 com a obtida a 30-6-2006, verificam-se ligeiros acréscimos no nº de utentes inscritos (1,2%) e no nº de utentes sem médico de família (3%).

Além das dificuldades no acesso a médico de família, a percentagem de consultas urgentes no total das consultas dos centros de saúde, nomeadamente nas Regiões do Alentejo e Algarve (30% e 50%, respectivamente), pode significar dificuldade no acesso à marcação de consulta (cfr. Gráfico I).

### Gráfico I



Fonte: Elaboração própria com base no questionário enviado às ARS

Procedeu-se, ainda, à análise dos dados enviados pelos centros de saúde para calcular o tempo médio de espera entre a marcação e a realização da consulta em 2005 e 2006 (cfr. Quadro seguinte).

<sup>21</sup> Cabe ao coordenador da unidade de saúde, ajustar, anualmente, ou sempre que necessário, o número e a composição da respectiva lista.



### Quadro V

SUB-REGIÃO DE SAÚDE	Tempo Médio de Espera entre a Marcação e a Realização da Consulta Centro de Saúde	
	2005	2006 (1º Semestre)
<b>ARS Norte</b>		
Sub-Região de Saúde do Porto	n.d.	n.d.
Sub-Região de Saúde de Braga	27 dias	28 dias
Unidade Local Saúde de Matosinhos	35 dias	36 dias
Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo	13 dias	15 dias
Sub-Região de Saúde Vila Real	22 dias	21 dias
Sub-Região de Saúde de Bragança*	15 dias	16 dias
<b>ARS Centro</b>		
Sub-Região de Saúde de Aveiro	19 dias	19 dias
Sub-Região de Saúde de Castelo Branco	11 dias	10 dias
Sub-Região de Saúde de Coimbra	17 dias	18 dias
Sub-Região de Saúde de Guarda	13 dias	12 dias
Sub-Região de Saúde de Leiria	16 dias	17 dias
Sub-Região de Saúde de Viseu	7 dias	7 dias
<b>ARS Lisboa e Vale do Tejo</b>		
Sub-Região de Saúde de Lisboa	n.d.	n.d.
Sub-Região de Saúde de Setúbal	n.d.	n.d.
Sub-Região de Saúde de Santarém	n.d.	n.d.
<b>ARS Alentejo</b>		
Sub-Região de Saúde de Beja	4 dias	5 dias
Sub-Região de Saúde de Évora*	24 dias	22 dias
Sub-Região de Saúde de Portalegre**	11 dias	12 dias
<b>ARS Algarve</b>		
Sub-Região de Saúde de Faro***	18 dias	18 dias

\* Apenas responderam 8 dos 14 centros de saúde existentes na SRS Évora.

\*\* Remeteram dados de 2005 só responderam 10 centros de saúde e de 2006 14 destes centros

\*\*\* Só responderam 8 dos 16 centros de saúde existentes na SRS Faro.

Nd - Informação não disponibilizada pela ARS.

Elaboração própria com base no questionário enviado às ARS

Observa-se uma variação pouco significativa entre 2005 e 2006, verificando-se que o tempo de espera mais elevado foi de 35 dias em 2005 e de 36 dias em 2006 e que o tempo de espera mais baixo foi de 4 dias em 2005 e de 5 dias em 2006.

Saliente-se que estes tempos médios de espera não representam a totalidade da espera por não incluírem os períodos em que não é feita a marcação de consultas (existem centros de saúde nos quais a marcação é efectuada semanalmente ou em períodos definidos do mês até ao limite das vagas existentes).

### 2.4.2. Articulação entre os centros de saúde e os hospitais para marcação de 1ª consulta

Ainda no âmbito das condicionantes ao acesso aos cuidados de saúde cirúrgicos, foi analisada a articulação entre os centros de saúde e os hospitais<sup>22</sup>, para a marcação de consulta, constatando-se que apesar de existir no sistema informático a possibilidade de registo do pedido de consulta não existem procedimentos uniformes nos diversos hospitais, nem nas diferentes especialidades dentro do mesmo hospital.

Pela informação obtida dos sistemas informáticos de 24 hospitais sobre as 1ªs consultas (realizadas em 2004, 2005 e 1º semestre de 2006) no sentido de apurar a evolução do tempo médio de espera para obtenção de 1ª consulta nos hospitais<sup>23</sup>, verificou-se existir uma tendência de aumento do tempo médio de espera para obtenção de 1ª consulta nas 5 especialidades analisadas, particularmente evidente em Oftalmologia e em Otorrinolaringologia, destacando-se os tempos de espera de 17,4 meses em Oftalmologia no HES - Évora e de 15,7 meses em Otorrinolaringologia no HS Teotónio - Viseu<sup>24</sup>.

No 1º semestre de 2006 apuraram-se tempos de espera que oscilavam entre 1 e 6 meses em Cirurgia Geral, 1 e 5 meses em Ginecologia, 1 e 17 meses em Oftalmologia, 1 e 16 meses em Otorrinolaringologia e 1 e 12 meses em Ortopedia (cfr. quadro I do Anexo I).

<sup>22</sup> Em 9 hospitais onde se realizou o trabalho de campo.

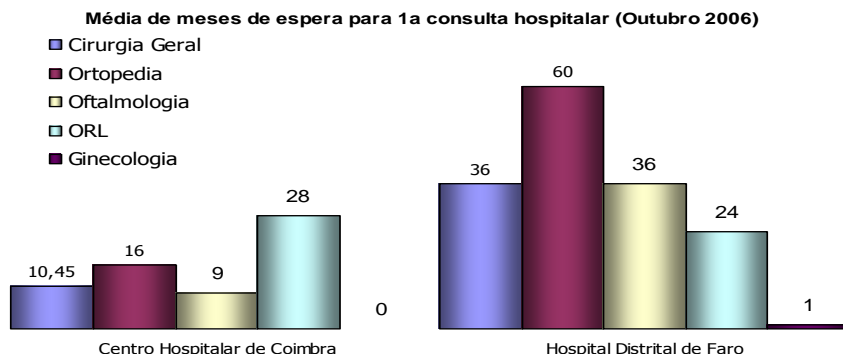
<sup>23</sup> Foram excluídos desta análise os hospitais S Marcos - Braga, S José - Fafe e Distrital de Faro, por não existir informação relativamente às cinco especialidades seleccionadas.

<sup>24</sup> Na especialidade de Ortopedia não existe uma tendência definida. Em 50% dos hospitais com dados disponíveis há um agravamento do tempo de espera e nos restantes existe melhoria.



### Gráfico II

Constatou-se em trabalho de campo (cfr. quadro II do Anexo I), a existência de tempos de espera mais elevados no CH Coimbra com 2 anos de espera em ORL e no Hospital Distrital de Faro<sup>25</sup> com tempos de espera que oscilam entre 2 e 5 anos em quatro das cinco especialidades seleccionadas (cfr. Gráfico II).

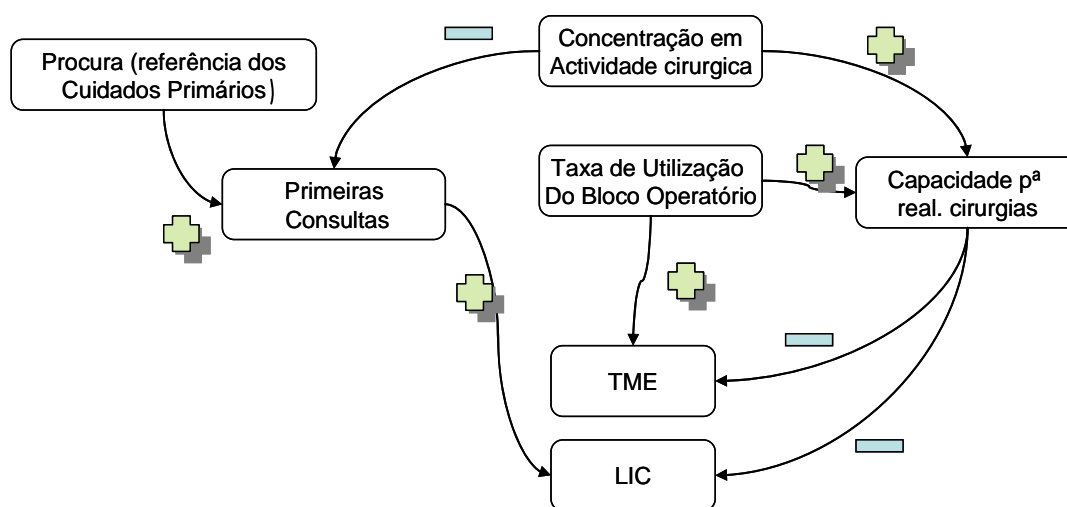


Fonte: Elaboração própria com base na informação recolhida em trabalho de campo

### 2.4.3. Impacto no acesso - rácio de primeiras consultas<sup>26</sup>

A evolução do rácio de primeiras consultas no total de consultas externas pode indiciar variações na equidade do acesso a serviços de saúde. Na figura procura-se sumarizar as relações que se estabelecem entre os principais determinantes da evolução da LIC.

### Figura IV



Relação entre elementos do sistema:

- Um aumento da procura de consultas de especialidade oriundas dos cuidados primários deverá ter por correspondência um aumento do número de primeiras consultas nos hospitais. Se tal não se verificar a lista de espera para consultas de especialidade (e o tempo de espera) estará a aumentar;
- Será de esperar que um aumento (redução) do número de primeiras consultas no hospital se traduza num aumento (redução) das entradas em LIC, no pressuposto que existe uma probabilidade não negligenciável de uma consulta de especialidade originar uma necessidade de intervenção cirúrgica;

Torna-se, assim, importante analisar o efeito que a implementação do SIGIC está a ter na afectação de capacidade. Nesta secção, utilizam-se dados retirados dos mapas de contabilidade analítica dos hospitais para analisar o impacto do SIGIC na actividade consultas. Os valores de produção referem-se aos anos 2003 a 2005. Construiu-se um modelo em que a

<sup>25</sup> O hospital Distrital de Faro não efectuava os registos dos pedidos de marcação de consulta no SONHO pelo que não constou dos ficheiros analisados.

<sup>26</sup> Este texto corresponde, com ligeiras adaptações, ao relatório apresentado pelo consultor externo. Para maiores desenvolvimentos, ver relatório constante do Apenso.



variável endógena é o logaritmo do “odds ratio” para o rácio de primeiras consultas em relação ao total de consultas externas. O modelo global pretende avaliar não uma probabilidade de ocorrência, mas uma maior ou menor incidência das primeiras consultas no mix de produção da consulta externa.

Os resultados confirmam uma tendência para decréscimo da incidência de primeiras consultas no total de consultas em 2005 nos hospitais que implementaram SIGIC. Torna-se difícil atribuir esta evolução exclusivamente ao SIGIC, uma vez que esta tendência já se verificava em 2004. Este resultado mantém-se quando se controlam os efeitos fixos associados a cada hospital<sup>27</sup>.

## 2.5. CARACTERIZAÇÃO DO SIGIC

O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias (SIGIC) foi criado através da Resolução de Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de Junho, para substituir o Programa Especial de Combate às Listas de Esperas Cirúrgicas (PECLEC), aprovado pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 100/2002, de 26 de Abril.

Contrariamente ao PPA e ao PECLEC, que surgiram como Programas de excepção destinados a resolver as listas de espera, o SIGIC pretende regular toda a actividade cirúrgica programada, com carácter universal e permanente, visando uma maior transparência na relação com o utente e garantir, de forma progressiva, que o tratamento cirúrgico seja proporcionado dentro de tempo clinicamente admissível.<sup>28</sup>

Com este sistema pretende-se obter um conhecimento integrado das necessidades terapêuticas cirúrgicas da população, dos procedimentos requeridos para as patologias subjacentes e da actividade assistencial dos hospitais e relacioná-la com a sua capacidade instalada.

### 2.5.1. Objectivos

Na sequência da Resolução de Conselho de Ministros n.º 79/2004 e no âmbito do Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia, foram estabelecidos os princípios, objectivos e estratégias bem como a estrutura orgânica de funcionamento e execução do SIGIC.

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS
♦ Redução do tempo médio de espera cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumentar a capacidade produtiva dos hospitais através do recurso a formas de remuneração atractivas para os profissionais envolvidos, que permitam a utilização extensiva dos recursos instalados;</li><li>• Criar alternativas quando não exista capacidade de resposta.</li></ul>
♦ Controlo do tempo máximo de espera para a realização da cirurgia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Transferir os utentes que ainda aguardam pela cirurgia aos 75% do tempo máximo de espera ou emitindo vales-cirurgia, que lhe possibilita o tratamento necessário em instituições privadas ou de carácter social.</li></ul>
♦ Rentabilização da capacidade instalada dos hospitais públicos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Criar mecanismos que permitam aumentar o tempo de utilização dos recursos instalados, criando regras que promovam uma utilização mais rentável dos mesmos;</li><li>• Transferir a procura para hospitais com a capacidade assistencial não esgotada.</li></ul>
♦ Clareza e uniformidade nos critérios de realização de intervenções cirúrgicas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Publicar as normas processuais para a inscrição e progressão na LIC;</li><li>• Publicar o conjunto de direitos e deveres dos utentes inscritos;</li><li>• Publicar um conjunto de indicadores sobre a actividade cirúrgica e sobre a LIC de cada hospital.</li></ul>

A prossecução dos objectivos acima definidos assenta em cinco princípios – chave:

- ✚ Garantia de tratamento em tempo admissível;
- ✚ Maior compromisso do hospital expresso pela emissão de um certificado de inscrição na LIC;
- ✚ Maior envolvimento do utente no reconhecimento dos seus direitos e deveres, formalizado com a assinatura do consentimento para a inscrição na LIC;
- ✚ Maior uniformidade do processo, garantindo, através da publicação de um regulamento processual, a uniformização do tratamento dos utentes com necessidade de terapêutica cirúrgica;

27 Ver capítulo 2.3.3 do Apenso.

28 RCM n.º 79/2004.



- ✚ Maior controlo e transparência através da constituição de estruturas reguladoras a três níveis: hospitalar, regional e nacional.

## 2.5.2. Estrutura funcional

O SIGIC apoia-se em estruturas a nível central e regional, constituídas por uma unidade central (UCGIC), criada na dependência do Ministro da Saúde<sup>29</sup>, 5 unidades regionais (URGIC) nas Administrações Regionais de Saúde e unidades hospitalares (UHGIC) responsáveis pela gestão da lista de inscritos, em cada hospital. O regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) publicado em anexo à Portaria n.º 1450/2004, de 25 de Novembro, define as responsabilidades das diversas unidades.

As principais competências da UCGIC são:

- ✚ Garantir a actualização permanente do registo dos utentes na LIC e o seu acompanhamento e controlo, assegurando a correcta integração e coerência de dados.
- ✚ Seleccionar os utentes a transferir para hospitais do SNS ou para entidades convencionadas e emitir os vales - cirurgia
- ✚ Definir a arquitectura do sistema de informação.

As competências fundamentais das URGIC são o acompanhamento e controlo dos processos de transferência de utentes, da produção cirúrgica hospitalar e da evolução da LIC da região.

As UHGIC têm como principais competências a centralização da gestão de inscritos do hospital, nomeadamente através da actualização permanente da informação administrativa e clínica dos utentes da LIC, do acompanhamento das transferências dos utentes e a produção de informação para a gestão.

## 2.6. ACOMPANHAMENTO E CONTROLO DO SIGIC

A implementação do SIGIC não ocorreu em simultâneo nas cinco Administrações Regionais de Saúde. O SIGIC iniciou a sua vigência, em 1 de Junho de 2004, nas ARS do Alentejo e Algarve, em 1 de Junho de 2005 nas ARS LV Tejo e Norte, e em 1 de Outubro de 2005 na ARS do Centro.

### Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia – UCGIC

A UCGIC exerceu as competências que lhe estão atribuídas de que se destaca a elaboração de um Manual detalhado de gestão de inscritos para cirurgia. De referir, todavia, que não garantiu um processo eficiente de actualização do registo de utentes na LIC nem definiu procedimentos para o acompanhamento da produção “cirúrgica programada” a nível nacional.

Verificou-se que a base de dados central apresentava informação não fiável (divergências com as bases de dados hospitalares, nomeadamente de situações de utentes pendentes, manutenção de doentes intervencionados na LIC e sem identificação do hospital de destino), embora seja actualizada diariamente (cfr. ponto 2. 7.3).

Estes problemas estavam diagnosticados pela UCGIC e reportados à tutela e ao IGIF<sup>30</sup>.

De referir que a UCGIC não aplicou as regras de emissão de vales - cirurgia passados 9 meses de espera<sup>31</sup> a utentes que já se encontravam inscritos à data de implementação do SIGIC.

Sobre esta matéria o Ministro da Saúde através do Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde e a Administração Central do Sistema de Saúde, vem, em sede do contraditório, referir que *“Embora se trate de uma situação factual, decidida por razões estratégicas e operacionais, sempre foi dada uma atenção especial no sentido de aproximar a gestão de um processo ao do outro, razão pela qual foi possível a partir de Junho de 2007 tratar indistintamente todos os utentes independentemente da data da sua Inscrição.”*

<sup>29</sup> Nos termos do alínea s) do artº 3º do DL 219/2007, de 29 de Maio, é atribuição da Administração Central dos Sistemas de Saúde, IP, a gestão do SIGIC.

<sup>30</sup> Em conformidade com o art.º 16 do DL 219/2007, de 29 de Maio, as atribuições do IGIF foram integradas nas atribuições da Administração Central dos Sistemas de Saúde, IP.

<sup>31</sup> Os 9 meses correspondem a 75% do tempo máximo de espera referido no Manual do SIGIC (ponto IX - glossário a fl. IX -6).



O Manual do SIGIC define um “tempo máximo de espera” de 12 meses (cfr. ponto 9 – glossário a fls. IX-6); contudo, este Manual não foi formalmente aprovado pelo Ministro da Saúde, nem foi publicado despacho de fixação de um tempo máximo de espera.<sup>32</sup>

Apesar do princípio da universalidade do SIGIC, verificou-se que nem todos os doentes com indicação para cirurgia, foram registados na LIC, designadamente:

- ✚ Utentes enviados pelos Centros de Saúde directamente para hospitais das Misericórdias e para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa<sup>33</sup>, através de protocolos específicos celebrados pelas ARS com as Misericórdias e outras instituições particulares de solidariedade social (num total de 51), ao abrigo de Portaria publicada em 27 de Julho de 1988 e do Acordo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas.
- ✚ Utentes em espera para cirurgia no Hospital Fernando da Fonseca, que até Dezembro de 2006 não tinham ainda sido incluídos na LIC.

### Unidades Regionais – URGIC

Verificou-se que, no âmbito das suas competências, as URGIC conduzem todo o processo de negociação e celebração de Convenções com entidades do sector social e privado, monitorizam, acompanham e controlam os processos de transferência dos doentes, prestando esclarecimentos, designadamente no que respeita aos circuitos do transporte, transferência do processo clínico e prazos, sendo o acompanhamento feito caso a caso.

As competências das URGIC estão a ser cumpridas, com excepção de acompanhar e controlar:

- ✚ A produção cirúrgica realizada nas unidades hospitalares;
- ✚ A evolução dos inscritos para cirurgia nas unidades hospitalares, nomeadamente a nível de tempos de espera.

Verificou-se, ainda, que as URGIC, até 31-12-2006, não tinham cumprido o definido no Manual do SIGIC de notificarem trimestralmente os hospitais, a UCGIC e o IGIF das desconformidades existentes nos processos dos doentes, para efeitos de aplicação de penalizações, previstas nas convenções.

Sobre esta matéria ver alegações da ARSC, integradas no ponto 2.7.3.1.

### Unidades hospitalares – UHGIC

Às UHGIC sedeadas nos hospitais estão atribuídas várias competências, que genericamente são exercidas.

Com o objectivo de validar a informação obtida na UCGIC e nas URGIC e recolher evidência da realização dos procedimentos exigidos no regulamento do SIGIC para os processos de doentes já intervencionados, desenvolveu-se trabalho de campo junto de 9 UHGIC.

O controlo da evolução da LIC é feito pela UHGIC<sup>34</sup> através de listagens retiradas do sistema SONHO (com indicação dos doentes sem agendamento de cirurgia e do tempo de espera, com particular atenção para os doentes que estão próximos de atingir os 9 meses de espera) com uma periodicidade variável (nuns hospitais semanal noutros mensal) e que são entregues aos Directores de Serviços das respectivas especialidades.

Pela análise dos processos, conclui-se existirem alguma falhas ao nível dos controlos instituídos:

- ✚ Na maioria dos processos referentes a doentes intervencionados nos convencionados não constava a documentação comprovativa da realização da cirurgia, nem a identificação do cirurgião responsável, não tendo estas desconformidades originado penalizações<sup>35</sup>.
- ✚ Verificou-se, ainda, a ausência de relatório com indicação do material utilizado (em caso de próteses), do registo de intercorrências, do registo de complicações, da terapêutica utilizada e das indicações do pós-alta;
- ✚ Foram detectadas divergências entre o SONHO e o SIGLIC e desfasamento temporal entre a comunicação da transferência do doente para a UCGIC e a emissão do vale - cirurgia.

<sup>32</sup> Cfr. Ofício nº 5831, de 31/07/2007, do Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde.

<sup>33</sup> Estas situações encontram-se analisadas no ponto 2.13.

<sup>34</sup> E pelo Director Clínico do hospital.

<sup>35</sup> Cfr. Ponto 8.2 a fl. VIII -4 do Manual do SIGIC.



## 2.7. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE GESTÃO DA LIC

Para a implementação do SIGIC a UCGIC em cooperação com o IGIF definiu a arquitectura de uma aplicação informática que visa, por um lado, consolidar a informação existente nos hospitais e, por outro, suportar as etapas do processo de gestão dos utentes transferidos, acompanhar e controlar a LIC e assinalar as desconformidades que ocorram no processo de gestão do utente. A aplicação, designada por SIGLIC, foi desenhada no sentido de suportar todo o processo de gestão do utente inscrito para cirurgia, desde a fase de inscrição até à fase de realização da cirurgia, passando pela fase de agendamento e do processo de transferência do utente para outra unidade hospitalar da rede SNS ou unidade convencionada, externa ao SNS, no caso em que o hospital de origem não dê garantias de tratamento até 100% do tempo máximo de espera estabelecido pelo SIGIC.

O sistema informático visa automatizar várias etapas do regulamento do SIGIC e garantir, simultaneamente, a análise da conformidade das mesmas, desempenhando, assim, um papel importante no âmbito do SIGIC.

### 2.7.1. Processos do sistema de informação

O regulamento do SIGIC, constante do anexo à Portaria n.º 1450/2004, de 25 de Novembro, consagra os direitos e deveres dos utentes e estabelece os procedimentos de gestão de inscritos para cirurgia. Na sequência dos trabalhos desenvolvidos para implementação do SIGIC, a UCGIC elaborou um Manual onde constam os critérios subjacentes à gestão dos processos dos utentes inscritos para cirurgia (LIC).

No Anexo II descrevem-se os principais processos do sistema:

- ✚ O processo de gestão do utente no hospital de origem;
- ✚ O processo de gestão do utente em caso de transferência;
- ✚ Acompanhamento e controlo da LIC<sup>36</sup>;
- ✚ Desconformidades e penalizações no processo de gestão do utente<sup>37</sup>.

### 2.7.2. Tecnologias de informação

#### 2.7.2.1. Metodologia utilizada para avaliação

A metodologia utilizada para avaliação das Tecnologias de Informação (TI), quer do ponto de vista técnico quer do ponto de vista da gestão, baseou-se na metodologia COBIT (Control Objectives for Information and related Technology), norma internacional e pública desenvolvida com apoio do ISACA (Information Systems Audit and Control Association) e do IT Governance Institute.

Durante o trabalho de campo foram analisados os principais processos do sistema (cfr. ponto 2.7.1), os recursos e processos das TI (cfr. 2.7.2.2 e 2.7.2.3) que satisfazem os requisitos do sistema e avaliada a informação do sistema (cfr. 2.7.5), segundo critérios de confiança, segurança e qualidade.

#### 2.7.2.2. Recursos das tecnologias de informação

##### Arquitectura do sistema

No âmbito das suas competências, incumbia à UCGIC e ao IGIF manter e operacionalizar o sistema de informação, que inclui a arquitectura dos dados, os equipamentos, as aplicações e as redes, com o objectivo de ultrapassar as dificuldades do anterior sistema descentralizado. A UCGIC definiu a arquitectura do sistema, assegurando o IGIF toda a infra-estrutura e tecnologias necessárias à operacionalização do sistema, bem como o sistema de redes de comunicações.

O sistema abrangendo as listas de espera cirúrgica a nível nacional, é operado pelas unidades hospitalares do SNS, ARS, UCGIC e entidades convencionadas, requerendo desempenho adequado à sua relevância e complexidade no cumprimento dos objectivos definidos.

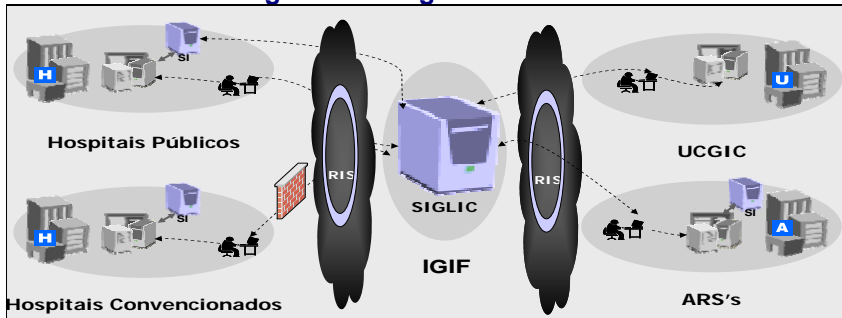
Na figura seguinte apresenta-se um diagrama de contexto, onde se visualiza a interacção do SIGLIC com as diversas entidades envolvidas:

<sup>36</sup> A UCGIC definiu os indicadores de avaliação e controlo da LIC (prioridade da cirurgia, antiguidade do utente na LIC, tempo médio de espera, mediana do tempo de espera, tempo máximo de espera).

<sup>37</sup> A UCGIC estabeleceu as condições em que ocorrem desconformidades e as respectivas penalizações, detalhadas no Anexo II



**Figura V – Diagrama de contexto**



Fonte: UCGIC

O sistema central, de âmbito nacional, exige a manutenção de um processo contínuo de sincronismo de dados entre as bases de dados hospitalares e a base de dados central. O procedimento adoptado é diário, fazendo-se a importação dos dados registados naquelas para esta durante a noite.

Realce-se que, apesar de se tratar aparentemente de uma acção não muito complexa, a sincronia é necessária em termos de integridade dos dados, acarretando problemas se, nomeadamente, não houver consistência nos dados importados, ou se o processamento de informação entre os sistemas não estiver associado a uma sequência lógica que garanta a eficiência e a eficácia desejada do registo de dados no sistema central.

### Arquitectura aplicacional do SIGLIC

O SIGLIC é a ferramenta que permite centralizar a informação da lista de inscritos para cirurgia (LIC) dos hospitais do SNS e a interacção entre todas as entidades envolvidas no processo de gestão do utente, sendo um instrumento fundamental para a gestão do SIGIC.

As unidades hospitalares do SNS controlam a LIC dos seus utentes através do sistema de informação hospitalar SONHO, ou outro equivalente. Se o utente for transferido para outra entidade, pública ou privada, o acompanhamento do processo desse doente é efectuado através do SIGLIC. O sistema central permite, ainda, aos hospitais de origem receberem pedidos de informação dos hospitais de destino, das URGIC e UCGIC. Por sua vez, as entidades convencionadas, após cativarem os vale-cirurgia dos utentes transferidos, registam no SIGLIC a informação subsequente do processo destes utentes. O esquema da arquitectura aplicacional apresenta-se no Anexo III.

### Arquitectura física

A arquitectura contempla um sistema de desenvolvimento e outro de produção, podendo este ser acedido por *Internet e por Intranet*. Contudo, não existe um ambiente autónomo para efectuar os testes de integração de sistemas<sup>38</sup>.

### Recursos humanos

À data de realização do trabalho de campo, a UCGIC era composta por cinco elementos, número subdimensionado para as actuais competências.

### Aquisição de serviços

Em matéria de aquisição de serviços, o IGIF recorreu a contratação de terceiros para o desenvolvimento do SIGLIC. A empresa assegurava, ainda, a fase de testes (prova de conceito) da aplicação no caso da manutenção correctiva e evolutiva, a assistência técnica de suporte aos utilizadores e a exploração do sistema. Verificou-se que a equipa técnica de onze elementos da empresa, chefiados por um dos elementos, desenvolvia a aplicação, executava os testes e a exploração/operação do sistema, o que traduz uma prática manifestamente contrária à aplicação do princípio de segregação de funções ao permitir que, concomitantemente, quem controle<sup>39</sup> seja quem execute. A entidade adjudicatária deveria assumir o acompanhamento, a avaliação e o controlo da execução dos trabalhos.

<sup>38</sup>A base de dados de produção do SIGIC tem dados de testes que deveriam ser efectuados, separadamente, numa base de dados de testes. Constatou-se que, na informação remetida pela UCGIC, existiam dados do Hospital Fernando da Fonseca, entidade que apenas tinha efectuado testes de integração no sistema central. Estes dados tiveram de ser expurgados pela equipa de auditoria

<sup>39</sup>Deve existir segregação de funções entre a função desenvolvimento de software e a função de realização dos testes globais. A entidade que celebra um contrato de prestação de serviços de desenvolvimento de software, deve realizar os testes de aceitação do software (verificar se o software entregue está em conformidade com os requisitos definidos previamente pela entidade) e formalmente aprovar o software. Por sua vez, a segregação de funções entre o desenvolvimento de software e a exploração/operação do sistema é uma recomendação que visa acautelar aspectos de segurança da informação do sistema.





## 2.7.2.3. Processos das tecnologias de informação

### Planeamento e organização

Não existia um planeamento formalizado e partilhado com os organismos do sector, embora os serviços a nível central, regional e hospitalar reconhecessem a sua necessidade para garantir o alinhamento dos sistemas e tecnologias de informação aos objectivos, actividades e prioridades do sector.

A nível organizacional não se apurou evidência da UCGIC e o IGIF terem implementado um sistema de gestão de controlo da qualidade<sup>40</sup> do sistema de informação, nomeadamente, para controlo dos trabalhos executados por terceiros<sup>41</sup>.

Verificou-se, ainda, não existir evidência destas entidades terem implementado um sistema de gestão do risco<sup>42</sup> do sistema de informação e das tecnologias de suporte.

Em sede de contraditório o Coordenador do UCGIC informa que a *“ausência de um sistema de gestão de qualidade e de gestão do risco ocorreu por incapacidade face aos recursos disponíveis”*.

### Implementação de novas funcionalidades

A implementação e divulgação de novas funcionalidades era deficiente, verificando-se que nem sempre os utilizadores eram previamente avisados<sup>43</sup>, havia falhas no planeamento, na organização e na divulgação da informação aos utilizadores.

Antes do alargamento do SIGIC às restantes regiões, deveria ter sido efectuada uma avaliação formal da experiência piloto<sup>44</sup> nas ARS do Alentejo e Algarve. Desconhece-se a existência de reportes dessa avaliação, tendo-se constatado que os resultados não ofereciam garantias suficientes de integridade e consistência dos dados de forma a proceder ao alargamento imediato do SIGIC a todas as regiões de saúde. Verificou-se, ainda, que não existia um sistema de gestão da mudança<sup>45</sup>.

Em sede de contraditório o Coordenador do UCGIC informa que:

- ◆ *“A experiência piloto foi avaliada, em alguma medida foram funcionalizados elementos referentes à gestão da qualidade, risco e mudança.*
- ◆ *É verdade que nenhum dos elementos anteriores foi, como deveria, configurado com todos preceitos estruturais e formais instituídos. Isto ocorreu por incapacidade face aos recursos disponíveis.*
- ◆ *Na documentação disponibilizada não conseguimos observar qualquer elemento descrito na vertente quantitativa que avaliasse o impacto desta deficiência nos resultados esperados.”*

<sup>40</sup>Um sistema de gestão de qualidade contempla a identificação de standards de qualidade para o sistema de informação e a elaboração de um Manual de procedimentos para a gestão da qualidade. Deverá, ainda, existir um conjunto de indicadores de qualidade que permitam fazer um acompanhamento e controlo dos processos do sistema de informação.

<sup>41</sup>Não existe evidência de que os testes de aceitação do software, executados em regime de “outsourcing”, terem sido formalmente aprovados pela entidade contratante, nem de que existam procedimentos de controlo de qualidade do software desenvolvido.

<sup>42</sup>Um sistema de gestão do risco contempla a identificação dos acontecimentos vulneráveis e o seu potencial impacto nos objectivos da organização (abrangendo o sistema, os regulamentos, a tecnologia, terceiras partes se existirem, os recursos humanos e também aspectos operacionais). Deve existir um plano de gestão do risco, estabelecendo as prioridades de controlo, a identificação dos custos e benefícios e a responsabilidade da execução. Deverá, ainda, existir um acompanhamento, avaliação e controlo do plano de gestão do risco. Cite-se, como exemplo de risco, a ausência de um plano de contingência.

<sup>43</sup> Cite-se, como exemplo, um caso verificado em trabalho de campo, na ARS do Algarve, em que o menu da aplicação foi alterado durante a noite, bem como algumas funcionalidades, tendo os utilizadores sido surpreendidos pela manhã, com a consequente perturbação no atendimento público.

<sup>44</sup> A avaliação da experiência piloto é uma prática recomendada a nível nacional e internacional, relevante, no caso de implementação de um sistema a nível nacional. O objectivo não é apenas a avaliação da situação do sistema nessa data (cite-se como ex. componentes principais do software aplicacional, procedimentos de controlo da informação) mas, também, acautelar a fase seguinte (cite-se, como ex. estimar/afectar os recursos humanos necessários, estimar/afectar a infra-estrutura necessária), ou seja, criar as condições mínimas e necessárias para o êxito da expansão do sistema a novas entidades.

<sup>45</sup> Todas as alterações, incluindo as respeitantes à manutenção correctiva e evolutiva do sistema, relativas à infra-estrutura tecnológica e aplicações em produção devem ser formalmente geridas e controladas. Todas as alterações de procedimentos, processos, regras do sistema e serviço devem ser registadas e autorizadas antes de implementadas em produção/operação, assim como estarem em conformidade com o planeamento do projecto.



- ◆ *O défice de sistemas de gestão, de avaliação da experiência piloto, de metodologias de gestão do processo, de insuficiência de recursos humanos e tecnológicos a par da constatação de dificuldades nas aplicações em termos de tempo de resposta e de funcionalidades e das dificuldades de sincronismo das bases, deveriam impedir o alargamento às restantes regiões?*

*Qual o risco que corríamos?*

- ◆ *Ao optar pela mudança devemos aspirar o melhor mas no processo de decisão a comparação com os ideais, pode conduzir ao imobilismo com resultados desastrosos. A decisão tem de ser feita face à alternativa e não existe neste relatório nenhum elemento que indique ou sequer sugira que não mudar seria melhor.*
- ◆ *Estando convictos que era necessário mudar fica por provar se num ambiente de escassez seria possível fazer-lo melhor. Estaríamos certos que sim se na escassez não incluísse-mos a incapacidade pessoal de gerirmos melhor o processo."*

Quanto à matéria versada, convém referir que a avaliação da experiência piloto tem como objectivo criar melhores condições na expansão do sistema a novas entidades e não suspender o projecto (a centralização/integração da informação de listas de espera foi objecto de recomendação do Tribunal de Contas na auditoria realizada ao Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas – PECLEC). Para além disso, a avaliação da experiência - piloto é uma prática recomendada a nível nacional e internacional, relevante em caso de implementação de um sistema a nível nacional pelo que repensar a expansão da implementação do sistema a fim de aperfeiçoar o software e reforçar a infra-estrutura pode ter ganhos de eficiência global, evitando a afectação de recursos a tarefas de correcção de erros.

### **Entrega e suporte aos utilizadores**

Não foi apurada evidência de terem sido definidos níveis de serviço<sup>46</sup> entre as entidades UCGIC/IGIF e os restantes serviços que utilizam o sistema de informação central (SIGLIC) nem da implementação de um plano de contingência. Verificou-se, ainda, que a documentação tinha deficiências, nomeadamente o Manual de utilizador do SIGLIC não estava actualizado, dificultando o manuseamento e conhecimento do sistema. O sistema foi implementado inicialmente em 1 Junho de 2004, na região do Alentejo e Algarve, não tendo sido reflectidos no documento as sucessivas alterações implementadas no sistema.

A UCGIC implementou um centro de contacto de apoio aos utilizadores. Contudo, verificou-se que ocorreram situações em que o utilizador aguardou demasiado tempo até que o problema que reportou fosse resolvido ou esclarecido<sup>47</sup>.

### **Acompanhamento, controlo e avaliação dos processos**

Não eram monitorizadas e avaliadas as necessidades não satisfeitas dos serviços em termos das tecnologias de informação a fim de possibilitar medidas correctivas, nem realizadas avaliações aos processos implementados. Verificou-se, ainda, que não existia uma prática corrente de recolha e análise de níveis de satisfação dos utilizadores das tecnologias de informação.

## **2.7.3. Análise da informação do sistema vs requisitos do sistema**

### **2.7.3.1. Requisitos de confiança**

#### **Conformidade legal e regulamentar**

Genericamente, as aplicações a nível hospitalar, SONHO e SAM, e a nível central, SIGLIC, respeitam os requisitos exigidos pelo regulamento do SIGIC. Verificou-se, no entanto, não existir evidência da implementação no SIGLIC de indicadores de desconformidades (situações de incumprimento do regulamento ou do Manual do SIGIC), nem de acompanhamento, avaliação e controlo dessas desconformidades, conforme previsto no Manual de requisitos do sistema.

<sup>46</sup> Deve haver um acordo escrito entre as entidades que disponibilizam um serviço e as organizações que o utilizam, com identificação dos níveis de serviço (tempo máximo para resolução de incidentes que ocorram no sistema, para esclarecimentos aos utilizadores, para visualizar informação no ecrã, etc, ...).

<sup>47</sup> Cite-se, como exemplo, ter-se constatado que dois meses após a ARSN ter reportado um problema de acesso ao sistema informático do centro de contacto, este ainda não estava resolvido.



A este propósito salientam-se as considerações apresentadas, em sede de contraditório, pelo Presidente do Conselho Directivo da ARSC, I.P relativamente a esta matéria:

*"As desconformidades representam um eixo fundamental de problemas que têm vindo a ser objecto de diálogo entre as ARS/URGIC e a UCGIC. Referem-se algumas das linhas de força aqui envolvidas:*

- 1) Foi já assinalado à UCGIC que é importante ter regras simples e claras, que a aplicação das penalizações relativas a desconformidades deve seguir um critério uniforme e que para credibilização dos processos as penalizações se devem aplicar aos casos em que resulta um efectivo prejuízo para os doentes e não meros erros ou lapsos administrativos. Ora se atentarmos na tabela de desconformidades existente não é o que se verifica.*
- 2) Importa, do nosso ponto de vista, reflectir o seguinte: a produção cirúrgica a que os hospitais públicos (EPE e SPA) se obrigam é aquela que é negociada e definida anualmente no Contrato Programa, sendo os hospitais penalizados financeiramente pelo incumprimento dos objectivos acordados que, por definição, supõem o esgotamento (ou pelo menos a optimização) da capacidade instalada.*
- 3) Cabe aqui dar um exemplo da natureza dos equívocos com que nos debatemos. Vejam-se as penalizações: "Episódios com TE=100% do TME no HO". Neste caso não parece exigível porque não é exequível, que as URGIC avaliem num período de tempo limitado e escasso se determinado hospital foi ou não eficiente na utilização dos seus recursos cirúrgicos, se as intervenções foram orientadas para os casos prioritários e se houve ou não um esforço real de procura de parceiros para redistribuição da procura. Este processo, para ter seriedade e credibilidade exige a realização periódica de auditorias clínicas e de gestão, estas últimas à partida não cabem no âmbito das atribuições das URGIC. Este exemplo mostra como facilmente as penalizações podem redundar numa "floresta de enganos" que não beneficia nem prestígia nenhum dos protagonistas do sistema.*
- 4) Todo este processo tem, para além do mais, sido bastante conturbado: a) as URGIC não dispõem, ainda, de um glossário relativo às desconformidades; b) tal como a UCGIC já reconheceu, não tem havido condições técnicas para apurar com fidedignidade mínima as desconformidades relativas a 2006, e, diríamos que a situação não sofreu melhorias significativas em 2007; c) existem dificuldades relativas à base de dados do SIGIC (o SIGLIC) e ao interface com o SONHO/SAM. Reconhecendo estes obstáculos a própria UCGIC tem determinado sucessivos adiamentos no prazo para contestação das desconformidades.*
- 5) Por todas estas razões e por manifesta falta de pessoal face ao número de desconformidades (em 23 de Julho de 2007 a UCGIC da ARSC tinha para apreciar um total de 40.628 desconformidades apenas as relativas ao ano de 2007) a URGIC da ARSC não tem capacidade para avaliar todas as desconformidades em tempo útil e luta com uma extrema dificuldade para as seleccionar e priorizar. Quer isto dizer, que na prática e se não se alterarem os pressupostos não é possível automatizar e tipificar este trabalho, separar o que é importante do que é acessório e penalizar aquilo que, de facto, merece e deve ser penalizado. Espera-se que da negociação que, ao que se sabe, está a decorrer entre a UCGIC e a Secretaria de estado da Administração da Saúde surja a necessária simplificação e padronização indispensáveis à realização de uma tarefa tão complexa e simultaneamente tão relevante."*

Sobre esta questão é proferida recomendação à ACSS, IP no sentido de providenciar pela revisão do regime de penalizações previsto no Manual do SIGIC.

## **Fiabilidade da informação, eficiência e eficácia das operações**

No que diz respeito à fiabilidade da informação, verificou-se que na base de dados central nem toda a informação era fiável<sup>48</sup>, não tendo a UCGIC definido procedimentos que permitissem às entidades verificar a coerência dos dados entre as bases de dados locais (hospitalares) e a base de dados central.

Por sua vez, o processo utilizado pelas ARS para acompanhamento, avaliação e controlo da produção cirúrgica e da evolução de inscritos para cirurgia dos hospitais da região era ineficiente, conforme se detalha no ponto 2.7.3.3 (facilidade de acesso à informação).

<sup>48</sup>Além da existência de dados de testes na base de dados central, conforme referido anteriormente, verificaram-se, ainda, divergências entre as bases de dados (central e hospitalar), citem-se como exemplo situações de utentes em situação de "pendente" no sistema central e "não pendente" no sistema hospitalar, ou situações de utente considerado operado em hospitais diferentes nos dois sistemas em análise.



Sobre esta matéria a ACSS/UCGIC reconhece nas suas alegações “...ser necessário diminuir significativamente o erro” mas que “...apesar do erro, a fiabilidade da informação hoje disponível é incomparavelmente superior à existente no passado.”

No que se refere à inexistência de um procedimento normalizado que permita às unidades hospitalares verificarem as divergências existentes no sistema de informação central, a UCGIC vem informar nas suas alegações que “*presentemente já estão disponíveis para o utilizador (UHGIC) mapas mensais de dados que permitem o hospital confrontar a informação do SIGLIC com a do seu sistema de informação e proceder em conformidade*”, reconhecendo, desta forma, as conclusões apresentadas no relatório.

### 2.7.3.2. Requisitos de segurança

#### Confidencialidade, integridade e disponibilidade

A UCGIC definiu e acautelou o cumprimento das regras de confidencialidade dos dados pessoais dos utentes em LIC, tendo definido perfis de acesso consoante a entidade que acede aos dados da base de dados central.

Contudo, verificou-se que, embora a base de dados central seja actualizada diariamente com informação proveniente das bases de dados hospitalares, a integração dos dados tinha deficiências<sup>49</sup>, existindo incoerências na informação do sistema central<sup>50</sup>.

No que diz respeito à disponibilidade do sistema, verificou-se que existiam consultas em que o sistema bloqueou, o que indicava problemas de arquitectura ou de infra-estrutura. Verificou-se, ainda, que não tinham sido implementados indicadores de desempenho das tecnologias de informação e não existia um plano de contingência do sistema.

### 2.7.3.3. Requisitos de qualidade

#### Registo exhaustivo da informação

O sistema não tinha informação sobre a capacidade hospitalar instalada e tinha omissões de informação, relevantes no caso das cirurgias realizadas em entidades convencionadas:<sup>51</sup>

- ✚ Não evidenciava a alteração, por parte do hospital de destino, dos procedimentos cirúrgicos inicialmente propostos pelo hospital de origem, nem registava a autorização deste hospital, no caso da alteração ter sido aceite por este, conforme exige o regulamento do SIGIC;
- ✚ Não registava o valor pago da taxa moderadora e não indicava se o utente está isento;
- ✚ No caso das cirurgias simultâneas, em que o valor total é a soma do valor do procedimento principal, mais 45% do somatório dos valores dos procedimentos secundários, deduzido do valor da taxa moderadora (GDH1 + 45% \* (GDH2 + ... + GDHn) – TM), a informação não era facilmente consultada no sistema, para facilitar o processo de conferência do valor a pagar pela cirurgia.

#### Facilidade de acesso à informação e capacidade de moldar a informação à dinâmica funcional das entidades:

Apuraram-se dificuldades no acompanhamento, pelas URGIC, da produção cirúrgica realizada nos hospitais e da evolução dos inscritos para cirurgia, sendo as principais causas as seguintes:

- ✚ No SIGLIC as consultas de informação, agregadas por região, são lentas;
- ✚ O sistema não tem relatórios que respondam às necessidades das URGIC, ou seja, não existe informação específica (agrupada por região) para análise de dados da produção hospitalar e da evolução da lista de espera hospitalar, nomeadamente a nível dos tempos de espera<sup>52</sup>.

<sup>49</sup> Na UCGIC verificou-se que diariamente há rejeição de informação hospitalar, consequência dessas deficiências. Verificou-se, ainda, que o IGIF e a UCGIC estavam a testar uma nova versão do interface (entre os sistemas SONHO e SIGLIC) a fim de suprir algumas dessas deficiências.

<sup>50</sup> Cite-se, como exemplo, as diferenças entre números de utentes em espera em cada data e os movimentos ocorridos desde a data anterior, referidos no Anexo IV, e constatadas pela equipa de auditoria nos ficheiros fornecidos pela UCGIC.

<sup>51</sup> Para ultrapassar a falta de informação do sistema é exigido às entidades convencionadas um exhaustivo processo documental anexo à factura que tem de ser analisado em pormenor pelas ARS. O processo deveria ser redesenhado para facilitar às ARS a conferência da facturação.



## 2.7.4. Pontos fortes e fracos do sistema de informação - Síntese

No decorrer desta acção foram observados e identificados os seguintes pontos fortes e fracos do sistema de informação central.

### Pontos fortes

O sistema apresenta os seguintes pontos fortes:

- ✚ É um sistema centralizado;
- ✚ Foi desenvolvido com tecnologia *web* e utiliza a *internet* como meio de comunicação, o que permite um acesso universal via *browser*;
- ✚ Genericamente responde aos requisitos exigidos pelo regulamento do SIGIC;
- ✚ Inclui um sistema de gestão de base de dados e funcionalidades integradas;
- ✚ Propicia a uniformização e a racionalização de processos;
- ✚ Foi concebido de modo a ser usado por várias entidades, nomeadamente, hospitais do SNS, entidades convencionadas, ARS e UCGIC.

### Pontos fracos

Em todo o caso o sistema apresenta algumas fragilidades a assinalar:

- ✚ A integração de dados hospitalares no sistema central tem deficiências<sup>53</sup>, o que provoca divergências entre os dados dos sistemas hospitalares e do sistema central;
- ✚ Há omissões de informação sobre as cirurgias realizadas em convencionados<sup>54</sup>;
- ✚ Pesquisas agregadas de utentes têm maus tempos de resposta e não são de acesso fácil<sup>55</sup>;
- ✚ O planeamento (a médio e longo prazo) das tecnologias de informação e a divulgação de novas funcionalidades do sistema são deficientes<sup>56</sup>;
- ✚ A documentação técnica<sup>57</sup> não está actualizada e havia deficiências no suporte aos utilizadores dificultando o manuseamento e conhecimento do sistema;
- ✚ Não existe um plano de contingência, instrumento fundamental para garantir a continuidade e operacionalidade dos sistemas de informação, em caso de catástrofe.

Em face do que antecede constata-se que os constrangimentos se situam essencialmente no âmbito da integração de informação, abrangência funcional, tempos de resposta e suporte da aplicação aos utilizadores.

## 2.7.5. Avaliação do sistema e das tecnologias de informação

### Conceito de maturidade de processos

Um modelo de maturidade oferece um mecanismo que permite avaliar e definir o nível de desenvolvimento de um processo e a gestão de riscos inerentes ao mesmo, permitindo à gestão avaliar os processos actuais e identificar os aspectos para os desenvolver até ao ponto de evolução desejado, sendo que um aumento de maturidade e capacidade de um processo é sinónimo de uma melhor gestão dos riscos que lhe estão associados e de uma melhor eficiência do mesmo.

<sup>52</sup> Embora os dados possam ser extraídos da base de dados central e posteriormente processados, o processo é moroso devido à lentidão do sistema, ao volume de informação a extrair, e sujeito a possíveis erros, atendendo a que a informação extraída tem de ser seleccionada e tratada em função da análise pretendida.

<sup>53</sup> Não obstante o esforço que as entidades intervenientes, UCGIC e IGIF, têm tido no sentido da correcção de erros, o processo de sincronismo dos dados é fundamental, com vista a melhorar o nível de qualidade e de eficiência do processo. Verificou-se que durante o trabalho de campo estava a ser testado pelo IGIF e pela UCGIC um novo interface entre o SONHO e o SIGLIC, não se sabendo quando seria implementado em produção.

<sup>54</sup> Para ultrapassar a falta de informação do sistema é exigido às entidades convencionadas um exaustivo processo documental anexo à factura que tem de ser analisado em pormenor pelas ARS. O processo poderia ser redesenhado para facilitar às ARS a conferência da facturação.

<sup>55</sup> Na aplicação SIGLIC é visualizada, sem problemas, a informação referente a cada utente; contudo pesquisas agregadas de utentes têm maus tempos de resposta e não são de fácil acesso, atendendo a que a informação extraída tem de ser seleccionada e tratada em função da análise pretendida. Os maus tempos de resposta do sistema indiciam problemas de arquitectura ou de infra-estrutura.

<sup>56</sup> Verificou-se que ocorreram situações em que o utilizador não foi previamente avisado das alterações implementadas no SIGLIC.

<sup>57</sup> Cite-se, como exemplo, o Manual de utilizador.



O modelo de maturidade escolhido para esta auditoria foi baseado no Capability Maturity Model definido pelo Institute of Software Engineering e adoptado pelo modelo COBIT. Este modelo define os vários níveis de evolução de um processo com a pontuação respectiva numa escala de 0 a 5<sup>58</sup>.

Durante o trabalho de campo, através da combinação de entrevistas, observações, testes e questionário aos utilizadores do sistema, foram analisados os processos do sistema relevantes (cfr. no ponto 2.7.1), os processos das TI que satisfazem os requisitos do sistema (cfr. no ponto 2.7.2), e a informação do sistema (cfr. ponto 2.7.3) identificando-se o nível de maturidade dos processos e recursos, conforme se indica a seguir.

Na análise dos processos do sistema de informação (gráfico III) verificou-se:

- ✚ ausência de indicadores de utilização da capacidade instalada nos hospitais;
- ✚ ineficiência no controlo da facturação das entidades convencionadas;
- ✚ ausência de relatórios parametrizados para análise da informação;
- ✚ não atribuição de penalizações às desconformidades no processo de gestão do utente.

**Gráfico III – Processos do Sistema de Informação**



<sup>58</sup> 0 – Não existente;

1 – Principiante / Insuficiente (existe evidência de que a organização reconhece a necessidade da actividade mas não existe qualquer padronização do processo. Existem abordagens pontuais e individuais que são aplicadas caso a caso);

2 – Repetitivo / Razoável (a actividade evoluiu até ao ponto em que pessoas diferentes seguem procedimentos similares para a mesma tarefa. Não existem procedimentos ou normas estabelecidas. Existe uma dependência sobre os conhecimentos de cada pessoa envolvida no processo e, por isso, a existência de erros é provável);

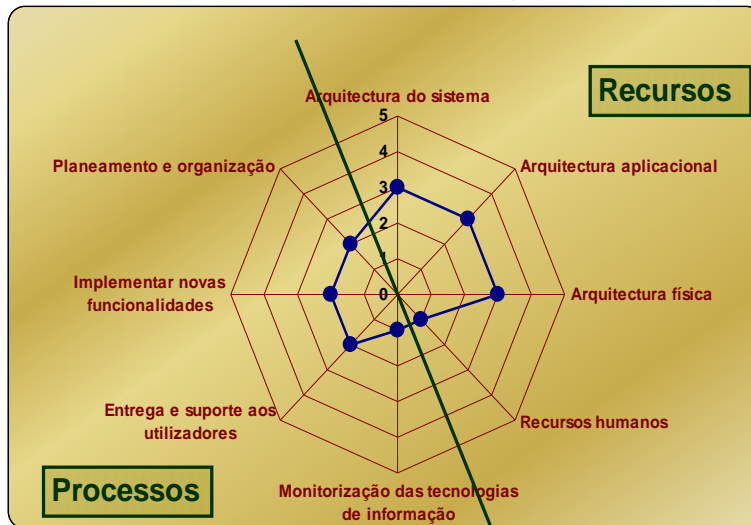
3 – Definido / Bom (a actividade está padronizada, documentada e comunicada através de formação. Não existem mecanismos de avaliar os desvios em relação aos procedimentos estabelecidos);

4 – Gerido / Excelente (é possível monitorizar e medir o cumprimento dos procedimentos estabelecidos para possibilitar medidas correctivas onde o processo não é efectivo. Neste caso os processos sofrem melhorias constantes e constituem boas práticas);

5 – Optimizado / Boa prática (a actividade está optimizada ao ponto de ser considerada a melhor prática, resultado de melhorias constantes efectuadas e na comparação com outras organizações).

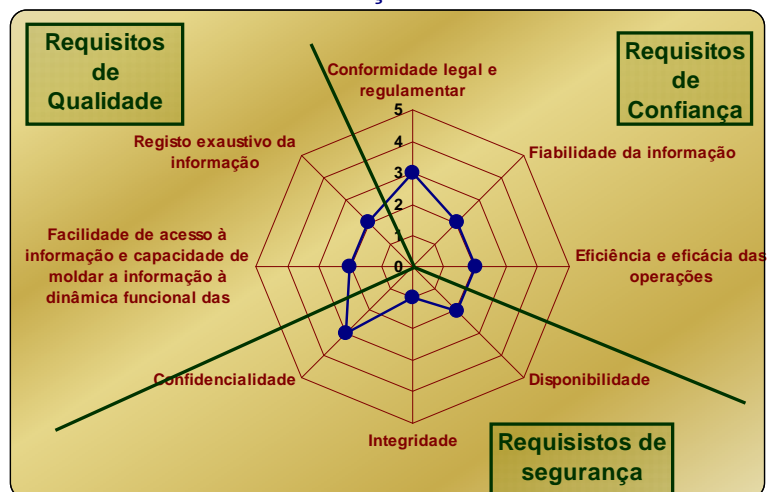


### Gráfico IV – Tecnologias de Informação e Comunicação



Na análise dos recursos e processos utilizados nas tecnologias de informação (gráfico IV) verificou-se ineficiência no processo de planeamento, na implementação de novas funcionalidades, na gestão de incidentes e, ainda, ausência de acompanhamento, controlo e avaliação das tecnologias de informação.

### Gráfico V Informação do Sistema Central



Na análise da informação da base de dados nacional (gráfico V) verificou-se existir ineficiência na integração dos dados proveniente das unidades hospitalares, com consequência a nível da fiabilidade e credibilidade da informação.

Sobre esta matéria o Coordenador da UCGIC, em sede de contraditório, tece as seguintes considerações:

- ♦ *“Pareceu-nos muito interessante o modelo de maturidade, já que permite ter uma perspectiva global das várias vertentes do problema e orientar a acção para a sua resolução”.*
- ♦ *“O sistema e as tecnologias têm como objectivo final acrescentar valor aos serviços prestados à sociedade e aos utentes”.*
- ♦ *“Neste processo aos utilizadores, administradores e gestores do sistema são-lhes solicitados níveis substancialmente superiores de funcionalidades e responsabilidade”.*
- ♦ *“Não tendo existido um proporcional acréscimo da capacidade instalada para a gestão e controlo está-se a imprimir ao sistema um aumento de eficiência neste sector que contraria a tendência natural para a entropia gerando por esta razão resistência.”*

Reconhece-se a relevância das observações prestadas, nomeadamente as que reconhecem que o sistema e as tecnologias têm como objectivo final acrescentar valor aos serviços prestados à sociedade e aos utentes e que servem de alavanca para um aumento de eficiência no sector hospitalar.



## 2.8. LISTA DE INSCRITOS PARA CIRURGIA E TEMPOS DE ESPERA

Os objectivos do SIGIC não definem metas quantificadas para a redução do número de inscritos, mas no Manual do SIGIC foram definidos níveis de prioridade clínica (cfr. ponto 5.3.1.1 a fls. V-10) e um tempo máximo de espera (cfr. ponto 9 – glossário a fls. IX-6) para a realização da cirurgia<sup>59</sup>. Desta forma apresenta-se a execução física mas centrou-se a avaliação na evolução dos tempos de espera.

### 2.8.1. Execução física

Desde a implementação do SIGIC em cada região até 31-12-2006 foi atingida uma execução física global de 70%, -cfr. Quadro VI.

Quadro VI

Região	Inscritos no início do SIGIC*	Entradas	Cancelamentos	EXECUÇÃO FÍSICA DO SIGIC até 31-12-2006				
				Total Insc	Cirurgias	Diferença**	Inscritos 31-12-2006	Execução
	(1)	(2)	(3)	(4)=(1+2-3)	(5)	(6)=(7)+(5)-(4)	(7)	(8)=(5)/(4)
Norte	77.449	222.774	47.377	252.846	184.396	2.497	70.947	73%
Centro	76.520	132.831	38.116	171.235	105.954	1.071	66.352	62%
LVT	66.370	217.522	35.710	248.182	170.633	-1.677	75.872	69%
Alentejo	5.992	31.955	7.251	30.696	25.742	142	5.096	84%
Algarve	9.233	32.787	9.295	32.725	24.923	44	7.846	76%
<b>Total</b>	<b>235.564</b>	<b>637.869</b>	<b>137.749</b>	<b>735.684</b>	<b>511.648</b>	<b>2.077</b>	<b>226.113</b>	<b>70%</b>

\* Ao número de inscritos reportado pela UCGIC foram somados os totais de cirurgias e de cancelamentos ocorridos no dia de implementação do SIGIC em cada região, uma vez que tinham sido deduzidos da lista desse dia.

\*\* A coluna apresenta as diferenças entre os números de utentes em espera em cada data e os movimentos ocorridos desde a data anterior

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

Sallenta-se que nos ficheiros fornecidos pela UCGIC subsistem diferenças entre o número de utentes em espera em cada data e os movimentos ocorridos desde a data anterior, por falta de fiabilidade da informação, que designamos por diferenças/incoerências (detalhadas no Anexo IV).

Verifica-se, ainda, que existiu uma redução do número de inscritos em todas as ARS (15% nas ARS do Alentejo e Algarve), 13% na ARSC e 8% na ARSN) com excepção da ARSLVT (crescimento de 14% no número de inscritos), apresentando-se informação mais detalhada no Anexo IV.

A figura seguinte apresenta o rácio das cirurgias realizadas face às novas entradas, na base de dados do SIGIC, por mês. Um valor do rácio superior à unidade significa que a realização de cirurgias supera o número de novas entradas, para o conjunto de 24 hospitais sob análise, e o tempo de espera deverá estar a diminuir. O inverso ocorre quando o rácio é inferior a 1, havendo nesse caso um agravamento da lista de espera, com aumento da dimensão da lista e do tempo de espera.

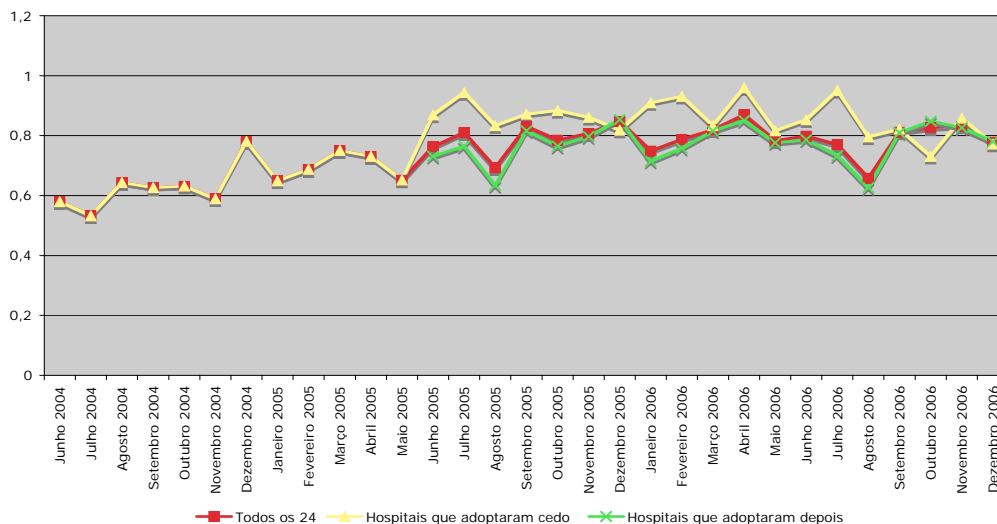
<sup>59</sup> Apesar de não ter sido recolhida evidência da aprovação formal do Manual do SIGIC nem publicitado despacho que estabeleça o tempo máximo de espera para realização de cirurgia.





Figura VI

Cirurgias/Entradas



Fonte: Relatório do Consultor Externo em Apenso.

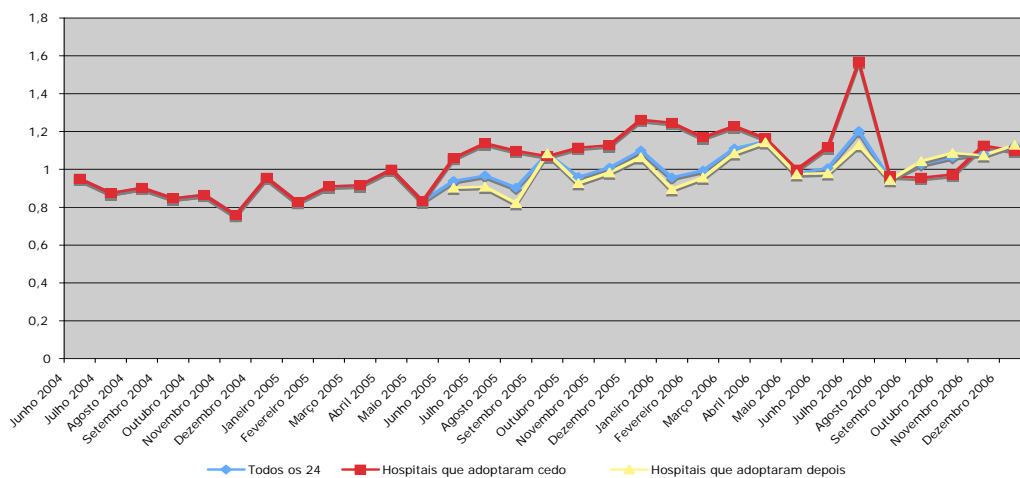
Observa-se que houve em geral um maior afluxo à lista de espera do que capacidade em resolver essas situações através da realização das cirurgias. A capacidade cirúrgica de resolução não registou alteração substancial nos últimos tempos, embora seja superior no período pós-adoção do SIGIC do que antes. Os hospitais que adoptaram mais cedo o SIGIC apresentam um melhor comportamento nesta matéria, embora as diferenças tenham praticamente desaparecido no último semestre de 2006.

A realização de cirurgias é, naturalmente, o resultado mais esperado da colocação de pessoas em lista de espera. Contudo, em termos de compreensão da dinâmica das listas de espera é igualmente relevante a outra possibilidade de um doente sair da lista de espera, o cancelamento da cirurgia.

A figura seguinte retrata a evolução do rácio de saídas da lista de espera (cirurgias e cancelamentos) face às novas entradas.

Figura VII

Cirurgias e cancelamentos/Entradas



Fonte: Relatório do Consultor Externo em Apenso.

Desta figura retira-se que existe um papel bastante significativo dos cancelamentos na diminuição da pressão sobre as listas de espera, que tem vindo a ocorrer desde Junho de 2005. A maior parte das vezes o rácio tem-se encontrado acima do valor de 1, indicando que nesses meses as saídas de lista de espera têm excedido as entradas. O grupo de hospitais



que adoptou mais cedo o SIGIC (grupo de referência) tem neste aspecto um comportamento mais favorável durante o ano de 2005, embora em 2006 as diferenças entre os dois grupos se encontrem já muito esbatidas.

A percentagem de cancelamentos no total de saídas da lista é de 21% (cfr. Quadro VI), o que sugere a utilidade de um maior conhecimento sobre os motivos desses cancelamentos, nomeadamente se são imputáveis ao SIGIC, ao Serviço Nacional de Saúde ou ao doente.

O quadro seguinte apresenta essa informação, para a totalidade dos cancelamentos que constam dos registos do SIGIC (contendo todos os hospitais, e não apenas os 24 que constituem o principal ponto de interesse no presente relatório). Os números revelam um conjunto de situações com elevado contributo para o número de cancelamentos. Num número substancial dos casos, sabe-se apenas que a intervenção foi cancelada. São também frequentes as situações em que o doente já foi efectivamente operado, quer na própria instituição quer em noutra instituição, não sendo ainda de excluir que situações de desistência e falta do doente se devam a que o doente tenha encontrado uma solução alternativa.

Os motivos para cancelamento sugerem assim que num número apreciável de situações, o SNS não dá resposta atempada. Sugerem igualmente que o SIGIC enquanto sistema de informação tem ainda que lidar com situações de descoordenação dentro do serviço nacional de saúde (dado, por exemplo, o número de situações de erro administrativo elevado, e situações de operações já realizadas e só mais tarde confrontadas com a lista de espera).

**Quadro VII - Motivos de cancelamento (todos os hospitais)**

Motivo de Cancelamento	Número	Fracção do Total
Intervenção Cancelada	17539	12,73%
Desistência	17362	12,60%
Reinscrição	13795	10,01%
Já operado noutra instituição	11924	8,66%
Erro administrativo	11849	8,60%
Faltou sem apresentar motivo plausível	11720	8,51%
Alteração do estado do doente	7021	5,10%
Recusou	5422	3,94%
Não activação do vale-cirurgia em 3 meses	5213	3,78%
Sem indicação cirúrgica	5152	3,74%
Já operado no hospital de origem	4868	3,53%
Não contactável	4410	3,20%
Operado	3800	2,76%
Óbito	3549	2,58%
A pedido do doente	2142	1,55%
Sem condições clínicas	1370	0,99%
Operado de urgência	538	0,39%
Outros	10075	7,32%
<b>Total</b>	<b>137749</b>	<b>100,00%</b>

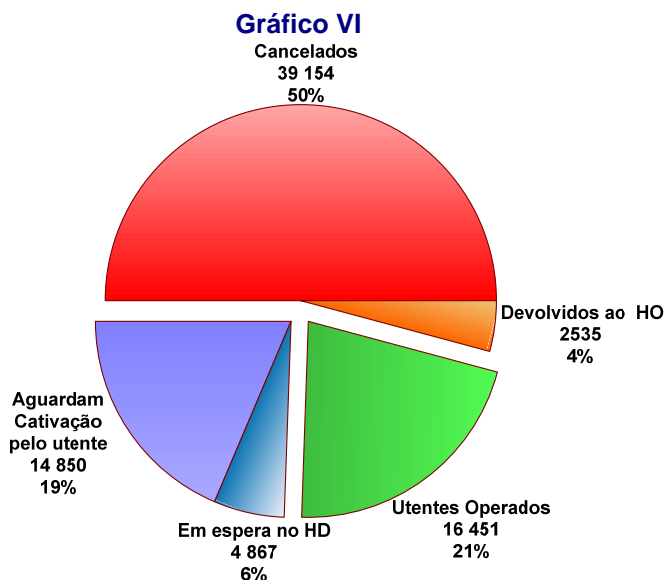
Fonte: Relatório do Consultor Externo em Apenso.

### **Análise dos vales – cirurgia emitidos**

Cerca de 3,1% das cirurgias realizadas foram efectuadas por convencionados (esta percentagem aumentou de 1,7% em 2005 para 3,8% em 2006), tendo a emissão de vales – cirurgia (VC) tido início em Dezembro de 2004 nas ARS do Alentejo e Algarve, no final de Setembro de 2005 na ARSLVT e em Janeiro de 2006 nas ARS do Norte e Centro.

A utilização dos vales até 31-12-2006 é representada no gráfico seguinte:<sup>60</sup>

<sup>60</sup> A execução apresentada baseia-se na informação fornecida pela Unidade Central. Esta informação apresenta algumas inconsistências como a existência de VC com data de realização da cirurgia e motivo de cancelamento do VC, situações que não deveriam poder ser registadas simultaneamente. Assim, existem algumas divergências relativamente aos números de vales apurados pela UCGIC relativamente aos compromissos assumidos em 31-12-2006.



Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

Foram emitidos 77 857 VC<sup>61</sup> dos quais apenas 16 451 (21%) resultaram em intervenções cirúrgicas. Estavam activos<sup>62</sup> em 31-12-2006, 19 717 VC (25%) dos quais 14 850 não haviam ainda sido cativados<sup>63</sup> em entidades convencionadas e 4 867 aguardavam a realização da intervenção cirúrgica no hospital de destino (HD).

É de salientar o elevado número de VC cancelados no total das emissões (50% do total) e a percentagem de 4% de devoluções ao hospital de origem (HO).

**Quadro VIII**

**Motivos de cancelamento dos VC (Total 39 055)**

Prazo do VC expirado	38,67%
Recusa transferência	28,91%
Erro Administrativo	10,41%
Já operado	7,43%
Não contactável	7,71%
Desistência	3,85%
Outros	3,02%

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

É de salientar a percentagem elevada de recusa de transferência para outra unidade hospitalar pelo utente (29% dos cancelamentos e 15% do total de VC emitidos), sendo de referir que o regulamento do SIGIC<sup>64</sup> não possibilita essa recusa sem a perda de antiguidade na LIC. Esta situação origina a diminuição da média e da mediana do tempo de espera dos utentes em lista sem que tenha necessariamente ocorrido a efectiva resolução da necessidade cirúrgica dos utentes.

O Coordenador da UCGIC, vem em sede de contraditório desvalorizar a diminuição artificial da média e da mediana do TE dos reinscritos na LIC, por esta representar apenas 2,6% dos episódios saídos (operados + cancelados), representando o impacto diminuto nas métricas referidas. Refere, ainda, que deveria ter sido incluído nesta análise o total de cancelamentos da LIC (por motivos que não os da reinscrição) que representam 21% do total das saídas. Apesar da relevância do argumento, não pode ser considerada correcta a percentagem indicada porque parte da premissa de que todos os cancelamentos seriam inscrições indevidas, o que não corresponde à informação recolhida dos ficheiros da LIC, cfr quadro VIII.

<sup>61</sup> Este valor foi actualizado pela UCGIC em sede de contraditório para 128 868 com data reportada a 30/6/2007.

<sup>62</sup> Consideram-se VC activos os que não ultrapassaram o prazo de validade (ou seja 25% do tempo máximo de espera referido no Regulamento do SIGIC).

<sup>63</sup> A cativação ocorre quando o utente faz a entrega do VC numa entidade convencionada para efeitos de cirurgia (cfr. Manual do SIGIC ponto VI a fls. 6 -15).

<sup>64</sup> Parte V, 102. Aprovado pela Portaria n.º 1450/2004, de 25 de Novembro.



Relativamente à devolução dos VC (2 535 devolvidos), constata-se que os principais motivos foram a desistência (23%), a inexistência de necessidade cirúrgica (20%), o desacordo do HD com a cirurgia proposta pelo HO (13%), a falta de condições no HD para a realização da cirurgia (13%), a existência de motivos clínicos que não permitem ao utente a sua realização (10%) e intervenções cirúrgicas entretanto realizadas (6%) – cfr. Anexo V.

Analisando apenas os VC que foram emitidos aos utentes que já se encontravam em lista de espera antes da implementação do SIGIC verifica-se que a taxa de cancelamentos é ainda mais elevada (60%)<sup>65</sup> e que, até 31-12-2006, apenas 27% dos VC emitidos resultaram na transferência de utentes para entidades convencionadas (cfr. Anexo V).

Procedendo-se à análise da evolução, até 31-12-2006, do número de utentes em espera com data de inscrição anterior à implementação do SIGIC em cada região (cfr. quadro seguinte), verifica-se que estes utentes representavam 21% do total de utentes inscritos, percentagem ainda elevada, mesmo considerando a possibilidade de muitas das inscrições terem já deixado de corresponder a efectivas necessidades cirúrgicas.

**Quadro IX**

ARS	Nº de Utentes com inscrição anterior à data de implementação do SIGIC					Mediana do TE (meses)	Média do TE (meses)	% Total de Utentes em 31 Dez 2006	To tal de Utentes em espera em 31 Dez 2006
	1 Jun 2004	1 Jun 2005	1 Out 2005	31 Dez 2006	Var %				
Alentejo	5.961			139	-98%	33,93	38,90	3%	5.096
Algarve	9.166			309	-97%	33,57	35,45	4%	7.846
LVT		65.858		18.129	-72%	25,07	27,80	24%	75.872
Norte		76.489		10.685	-86%	25,07	31,43	15%	70.947
Centro			76.848	18.774	-76%	22,67	25,54	28%	66.352
<b>Total</b>				<b>48.036</b>		<b>24,37</b>	<b>27,81</b>	<b>21%</b>	<b>226.113</b>

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

De referir, ainda, que a estes utentes os VC foram emitidos não após 9 meses de permanência na LIC mas em tranches (cfr. ponto 2.6).

## 2.8.2. Evolução dos tempos de espera dos inscritos para cirurgia

### 2.8.2.1. Evolução por ARS

Foi efectuada uma avaliação à evolução dos tempos de espera por região de saúde. No regulamento do SIGIC é prevista a utilização da mediana do tempo de espera como medida de acompanhamento dos tempos de espera dos utentes em lista, mas optou-se também pela análise da média do tempo de espera.

**Quadro X**

ARS	Data implementação	Média do tempo de espera dos utentes da lista (meses)			Mediana do tempo de espera dos utentes da lista (meses)		
		Implementação	31 Dez 2006	Evolução	Implementação	31 Dez 2006	Evolução
Alentejo	01-06-2004	12,32	6,58	-46,60%	7,63	4,4	-42,40%
Algarve	01-06-2004	11,43	8,04	-29,70%	7,27	6,37	-12,40%
LVT	01-06-2005	10,66	11,35	6,50%	7,17	7,9	10,20%
Norte	01-06-2005	11,71	9,08	-22,40%	7,23	5,47	-24,40%
Centro	01-10-2005	15,27	11,10	-27,30%	8,9	7,43	-16,50%
<b>TOTAL</b>			<b>10,34</b>			<b>6,83</b>	

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

Refira-se que tanto a média como a mediana do tempo de espera são bem mais elevadas se considerarmos apenas os utentes que se encontravam na LIC à data de implementação do SIGIC, atingindo a média e a mediana 28 e 24 meses, respectivamente (cfr. Quadro IX).

A maior redução ocorreu na ARS do Alentejo (respectivamente 46,6% e 42,4% se considerarmos a média ou a mediana). A redução do tempo de espera é inferior nas restantes regiões, salientando-se no entanto as diferentes datas de

<sup>65</sup> Há uma maior percentagem de VC cancelados por ter expirado o prazo e utentes não contactáveis.



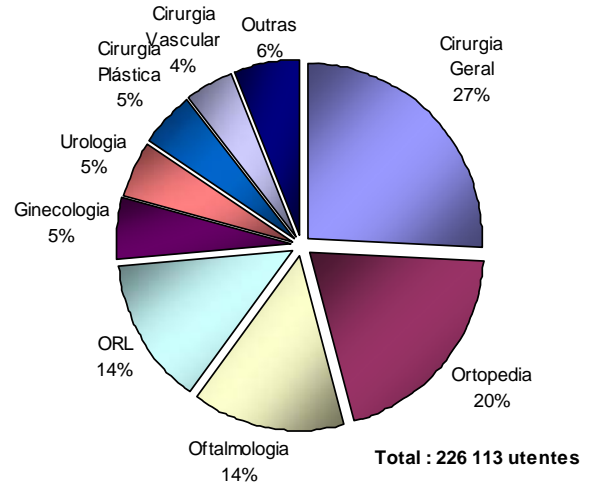
implementação. De notar a diferença do tempo de espera entre as regiões de LVT e do Norte, nas quais o SIGIC foi implementado na mesma data.

2.8.2.2. Evolução por especialidade

A distribuição dos utentes em espera por especialidade em 31-12-2006 revela que 8 especialidades (de um total 24) abrangem 94% do total de utentes (cfr. gráfico VII).

Analisando a evolução da média e da mediana do tempo de espera da LIC por especialidade a nível nacional, conclui-se que a mesma não é uniforme (cfr. Anexo VI), pelo que se procedeu a uma análise das 8 especialidades com maior número de inscritos (cfr. gráfico VIII).

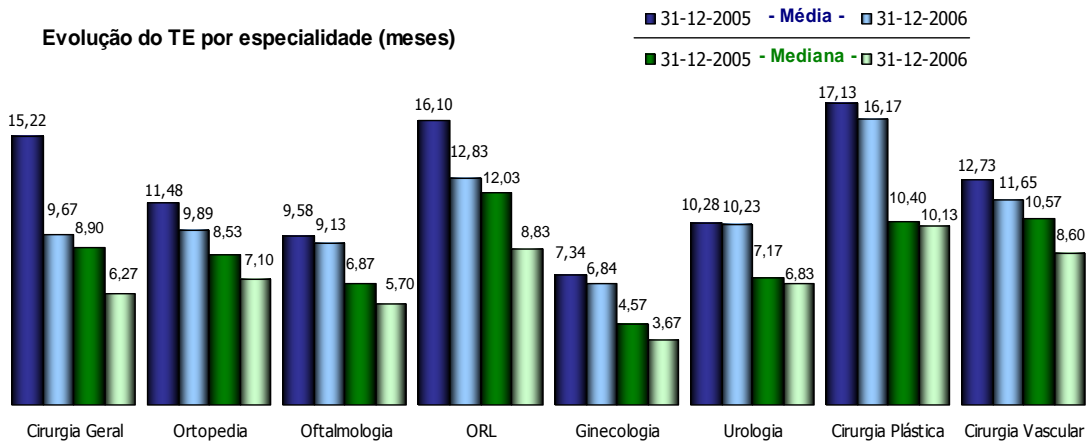
Gráfico VII
% Utentes por especialidade em 31-12-06



Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

Gráfico VIII

Evolução do TE por especialidade (meses)



Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

Tanto a média como a mediana do tempo de espera diminuíram em todas as especialidades analisadas, apresentando em 31-12-2006 uma média de espera superior a 12 meses apenas em 2 das 8 especialidades analisadas<sup>66</sup>.

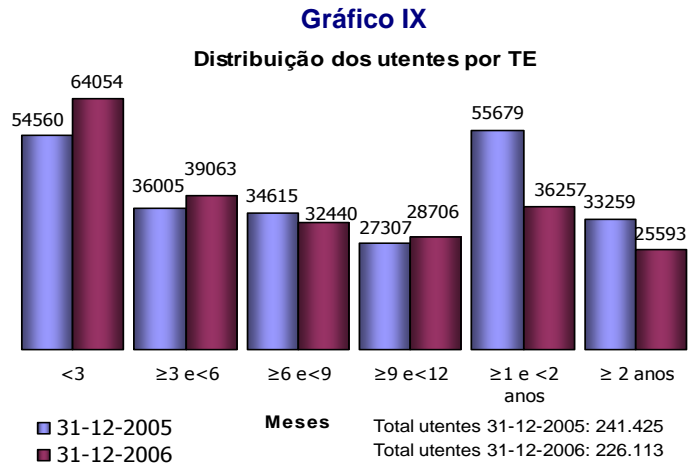
66 Em ORL com 12,83 meses de espera e em Cirurgia Plástica com 16,17 meses de espera.



### 2.8.2.3. Distribuição dos utentes em LIC por intervalos de tempo de espera

Para além da análise da média e da mediana do tempo de espera analisou-se a distribuição do número de utentes por diferentes intervalos de tempo de espera (cfr. gráfico IX e Anexo VII), verificando-se que existiu uma diminuição do número de inscritos na ordem dos 6% (entre 31-12-2005 e 31-12-2006).

O número de inscritos com tempos de espera abaixo dos 6 meses aumentou em cerca de 14%, e simultaneamente existiu uma redução de 19% no número de inscritos com tempos de espera mais longos (iguais ou superiores a 6 meses).



Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

Verifica-se, ainda, que em 31-12-2006 os utentes com tempo de espera inferior a 1 ano representavam 73% do total, os que aguardavam mais de 1 mas menos de 2 anos, 16%, e os cuja espera era igual ou ultrapassava os 2 anos eram ainda 11% dos inscritos.

### 2.8.2.4. Distribuição dos utentes em LIC por ARS e intervalos de tempo de espera

O número de utentes inscritos diminuiu, embora não significativamente, em todas as ARS, com excepção da ARSLVT (cfr. Anexo VII). Na ARS do Alentejo aumentou o número de utentes em espera abaixo dos 3 meses e diminuiu o número de utentes com inscrições mais antigas, especialmente no período de 1 a 2 anos. Na ARS do Algarve também se verificou uma grande redução no número de utentes que esperam cirurgia há 2 ou mais anos, tendo apenas aumentado o grupo de utentes que espera 9 ou mais meses mas menos de 1 ano.

As ARS do Norte e Centro apresentam um comportamento semelhante, com o aumento dos utentes inscritos há menos de 3 meses e há 9 ou mais meses mas menos de 1 ano, e a diminuição dos utentes em espera nos restantes intervalos de tempo, especialmente nos iguais ou superiores a 1 ano.

Na ARS de LVT apenas não aumentou o número de utentes em espera entre 3 e 5 meses e entre 1 a 2 anos. Nos restantes intervalos considerados aumentou o número de utentes em espera, sendo a única ARS na qual a média e a mediana do TE aumentaram entre a implementação do SIGIC e 31-12-2006.

### 2.8.2.5. Análise do tempo médio de espera das cirurgias realizadas por especialidade

Além da evolução dos tempos de espera dos utentes inscritos, foram, ainda, analisados os tempos médios de espera dos utentes com cirurgias já realizadas nas principais especialidades. Para os cálculos que se seguem não foram consideradas 636 das 511 648 cirurgias realizadas (0,001%) dado que na informação fornecida pela UCGIC não lhes está associado um tempo de espera.

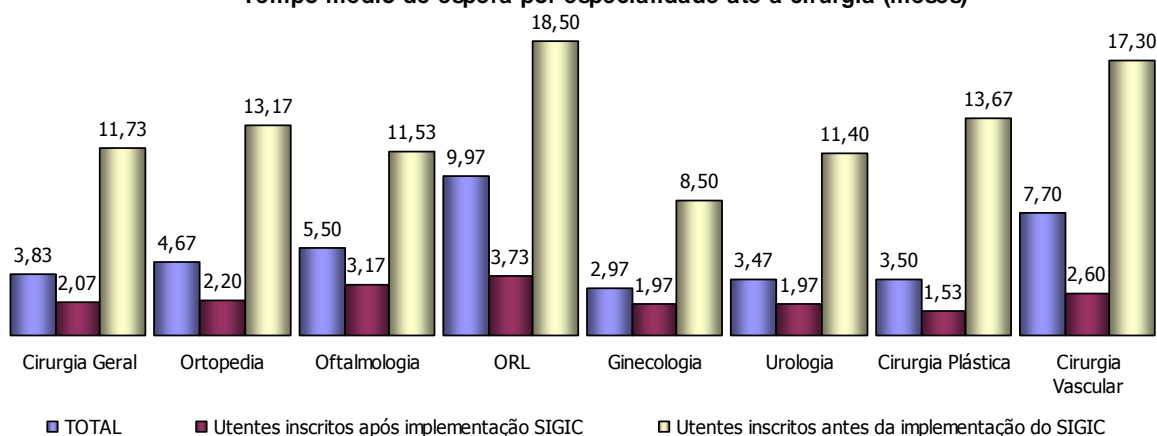
Como se pode verificar no Gráfico X, o tempo médio de espera por especialidade foi inferior a 9 meses em todas as especialidades com excepção de ORL. No entanto o tempo de espera é bem mais elevado para os utentes que já se encontravam em lista de espera à data de implementação do SIGIC em cada ARS, salientando-se as especialidades de ORL e Cirurgia Vasculard com uma média de 19 e 17 meses de espera, respectivamente.

O tempo médio de espera dos utentes inscritos após a implementação do SIGIC, é muito inferior ao dos restantes utentes. De facto nas especialidades em análise apenas os utentes das especialidades de Oftalmologia e ORL tiveram que esperar em média mais de 3 meses (3,17 e 3,73 meses respectivamente) para a realização da cirurgia.



Gráfico X

Tempo médio de espera por especialidade até à cirurgia (meses)



Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

2.8.2.6. Distribuição das cirurgias realizadas por intervalos de tempo de espera

Analisando a distribuição das cirurgias realizadas por intervalos de tempo de espera (Quadro seguinte), mantém-se a conclusão de que, relativamente aos utentes com inscrição na LIC posterior à implementação do SIGIC, foi na generalidade cumprido o objectivo de realizar a cirurgia até 12 meses após a inscrição na LIC. De facto, apenas 3 864 casos (1%) aguardaram mais de 1 ano pela intervenção cirúrgica. Todavia o tempo máximo de espera não teve em conta os tempos de espera correspondentes aos níveis de prioridade clínica 2, 3 e 4 (cfr ponto 2.8.2.7).

Quadro XI

Tempo de espera	Inscrição posterior à implementação do SIGIC		Inscrição anterior à implementação do SIGIC		TOTAL	
	Nº	%total	Nº	%total	Nº	%total
até 9 meses	386.454	95,44%	42.166	39,50%	428.620	83,77%
>9 m e ≤ 1 ano	14.093	3,48%	16.233	15,21%	30.326	5,93%
> 1 e ≤ 2 anos	3.841	0,95%	36.287	33,99%	40.128	7,84%
mais de 2 anos	23	0,01%	11.915	11,16%	11.938	2,33%
sem TE indicado	493	0,12%	143	0,13%	636	0,12%
<b>TOTAL</b>	<b>404.904</b>	<b>100%</b>	<b>106.744</b>	<b>100%</b>	<b>511.648</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

No que respeita aos utentes com inscrição anterior à implementação do SIGIC, apesar de a maioria (55%) ter sido intervencionada até 1 ano após a inscrição, 34% esperaram entre 1 e 2 anos e 11% mais de 2 anos.

2.8.2.7. Distribuição das cirurgias realizadas por nível de prioridade

A distribuição das cirurgias realizadas desde a implementação do SIGIC em cada região até 31-12-2006, por nível de prioridade clínica<sup>67</sup> e tempo de espera efectivo foi a que se apresenta no quadro seguinte. Para os cálculos que se seguem foram seleccionadas apenas as cirurgias com tempo de espera indicado (511 012 de 511 648) e sem alteração do nível de prioridade inicial (503 855 de 511 012).

<sup>67</sup> Em conformidade com o Manual do SIGIC (cfr. 5.3.1.1 a fl. V-10) encontram-se definidos os seguintes níveis de prioridade clínica:

Nível 1 – Todas as situações clínicas que de acordo com a *legis artis* devem ser objecto de intervenção cirúrgica no período correspondente ao tempo de espera admissível;

Nível 2 - Todas as situações clínicas que de acordo com a *legis artis* devem ser objecto de intervenção cirúrgica no período máximo de 2 meses;

Nível 3 – Todas as situações clínicas que de acordo com a *legis artis* devem ser objecto de intervenção cirúrgica no período máximo de 15 dias;

Nível 4: Urgência Diferida – Corresponde a todas as situações que, tendo resultado de situações de crise aguda, podem ser agendadas recorrendo aos recursos alocados à cirurgia programada, no prazo aproximado de 72 horas.



### Quadro XII

Cirurgias realizadas por nível de prioridade e tempo de espera							
Prioridade	TE	até 3 dias	4 a 15 dias	16 dias a 2 meses	2 meses a 1 ano	mais de 1 ano	Total
	Nível 1		56.245	36.509	74.743	155.314	49.632
Nível 2		8.587	13.024	25.983	17.195	1.633	66.422
Nível 3		14.040	14.556	8.872	3.071	220	40.759
Nível 4		18.972	4.566	507	161	25	24.231
<b>Subtotal</b>		<b>97.844</b>	<b>68.655</b>	<b>110.105</b>	<b>175.741</b>	<b>51.510</b>	<b>503.855</b>
Registos com alteração do nível de prioridade ou sem tempo de espera							7.793
<b>Total</b>							<b>511.648</b>

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

Da sua análise verifica-se que nas seguintes situações os utentes não foram intervencionados no prazo máximo estabelecido na prioridade clínica que lhe foi atribuída:

- ✚ 13% das 372.443 cirurgias pertencentes ao 1º nível de prioridade tiveram um tempo de espera superior a 1 ano;
- ✚ 28% das 66.422 cirurgias a que foi atribuído ao nível 2 tiveram um tempo de espera superior a 2 meses;
- ✚ 30% das 40.759 cirurgias realizadas do nível 3 tiveram um tempo superior a 15 dias;
- ✚ 22% das 24.231 cirurgias de nível 4 tiveram um tempo superior a 3 dias.

Conclui-se, assim, que em 17% das 503.855 cirurgias analisadas, foi ultrapassado o tempo relativo ao nível de prioridade previsto no Manual do SIGIC (cfr. ponto 5.3.1.1 a fls. V-10) e definido nas propostas cirúrgicas pelos médicos. A distribuição dos utentes intervencionados por nível de prioridade e ARS consta do Anexo VII.

De referir, ainda, que 21% das cirurgias analisadas (105.106) se referiram a utentes com inscrições anteriores à implementação do SIGIC, das quais 49% ultrapassaram o tempo limite estipulado.

A distribuição dos utentes em LIC a 31-12-2006, por nível de prioridade, é a que se apresenta no quadro seguinte:

### Quadro XIII

TOTAL Nacional								% de cada nível	N utentes com TE que ultrapassou o nível	% utentes com TE que ultrapassou o nível
Utentes inscritos em 31-12-2006 por nível de prioridade e tempo de espera										
Prioridade		até 3 dias	4 a 15 dias	16 dias a 2 meses	2 meses a 1 ano	mais de 1 ano	Total			
	Nível 1		1.794	5.800	32.726	109.903	58.317	208.540	92%	58.317
Nível 2		281	991	4.211	6.613	2.203	14.299	6%	8.816	62%
Nível 3		135	252	695	1.195	500	2.777	1%	2390	86%
Nível 4		45	70	87	226	69	497	0%	452	91%
<b>Total</b>		<b>2.255</b>	<b>7.113</b>	<b>37.719</b>	<b>117.937</b>	<b>61.089</b>	<b>226.113</b>	<b>100%</b>	<b>69.975</b>	<b>31%</b>

Da sua análise conclui-se que 31% dos inscritos em LIC já havia ultrapassado o tempo relativo ao nível de prioridade clínica, definido na proposta cirúrgica, sendo os níveis de prioridade 3 e 4 os que apresentam um maior número de situações de incumprimento. Destacam-se as ARSLVT e ARSC por apresentarem maior percentagem de incumprimento (cfr. Anexo VII – ponto 2).

A Secretária de Estado Adjunta e da Saúde aprovou por Despacho de 6/11/2006, proposta de encurtamento dos tempos máximos para transferência para outras instituições, dos episódios de prioridade 2 e 3 (4 meses). Todavia, este prazo continua a não respeitar os previstos nos níveis de prioridade clínica definidos para as intervenções cirúrgicas.

A conclusão de que o tempo máximo para emissão dos vales cirurgia deve ser aferido em função do nível de prioridade resulta da interpretação conjugada das normas constantes dos n.ºs 55 e 72 do Regulamento do SIGIC, aprovado pela Portaria n.º 1450/ 2004, de 25 de Novembro. Segundo a informação prestada em sede de contraditório, pelo Coordenador da UCGIC, "... a partir de Fevereiro 2007 iniciou-se a transferência antecipada dos utentes classificados como prioritários (aos 4 meses o que representa a solução possível com os actuais recursos)".

O Tribunal de Contas regista, com apreço, a medida adoptada, mas salienta que continuam a não ser respeitados os prazos correspondentes aos níveis de prioridade clínica estabelecidos para as intervenções cirúrgicas.





## 2.8.3. Impacto do SIGIC na lista de espera cirúrgica <sup>68</sup>

O SIGIC enquanto processo de gestão da lista de espera pode gerar, apenas por melhoria dessa capacidade de gestão, ganhos em termos da redução da dimensão da lista de espera. A melhor organização de processos é potenciadora de um melhor aproveitamento da capacidade instalada, que sendo utilizada permite tratar mais casos e como tal reduzir a extensão da lista de espera (bem como reduzir o tempo de espera).

A avaliação do impacto da implementação do SIGIC sobre a dimensão das listas de espera foi realizada usando um modelo de regressão com efeitos fixos e termos de interacção explicitado no apenso ao presente relatório.

Encontra-se evidência sobre o efeito do SIGIC na dimensão da lista de espera, sobretudo presente no total de doentes em lista de espera, como se pode ver das regressões apresentadas (ver secção 2.1.1 do Apenso), em que o coeficiente de tendência associado com o SIGIC é negativo, indicando que a diminuição foi mais acentuada nestes hospitais.

Ou seja, a introdução do SIGIC esteve associada a uma redução do tempo de espera e do número de inscritos em lista de espera, quer total, quer considerando unicamente os doentes em lista de espera há mais de 6 meses. Apesar desta caracterização geral, existe uma grande variabilidade de situações dentro de cada grupo de hospitais.

Tendo-se estabelecido evidência em termos do número de doentes em lista de espera é agora conveniente analisar a situação quanto aos tempos médios de espera para intervenção cirúrgica, depois de iniciado o episódio. Uma vez mais torna-se essencial distinguir o que possa ser uma tendência de evolução geral, comum a todos os hospitais, do efeito específico que esteja associado com a introdução do SIGIC.

Para análise dos tempos médios de espera para cirurgia, a detecção de efeitos globais, em termos de tendência, foi realizada com recurso a análise de regressão. A unidade de observação foi, neste caso, o tempo para intervenção cirúrgica de cada doente. Procurou-se ajustar a interpretação do tempo médio para intervenção cirúrgica para a existência de diferentes características distribuídas de forma não homogénea entre os diferentes hospitais. Por esse motivo, consideraram-se os principais GDH (definidos como aqueles que possuem mais de mil intervenções no conjunto dos 24 hospitais seleccionados).

As principais conclusões apontam para que a adopção do SIGIC tenha uma associação com a diminuição nos tempos médios de espera para intervenção nos casos intervencionados. O efeito foi mais pronunciado nos hospitais que funcionaram com o SIGIC há mais tempo. Este efeito adiciona-se a uma tendência global de redução do tempo médio de espera, presente mesmo sem SIGIC.

Esta conclusão, conjugada com a anterior evidência (ver ponto 2.3.1.a) do Apenso) de que houve tempos médios de espera de indivíduos que permaneceram na lista de espera que aumentaram, sugere que ocorreu um movimento no sentido de tratar mais rapidamente as pessoas, diminuindo a lista de espera, embora não de forma uniforme sobre intervalos de tempos de espera.

## 2.9. RENTABILIZAÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA DOS HOSPITAIS

### 2.9.1. Produção cirúrgica

Considerando que um dos objectivos do SIGIC foi o de rentabilizar a capacidade instalada dos hospitais públicos, analisaram-se alguns indicadores nomeadamente a "*taxa de ocupação de camas*" e a "*taxa de utilização do bloco*" (nº de horas de utilização do bloco operativo face às horas disponíveis), para verificar se existiu um maior aproveitamento das camas disponíveis e das salas do bloco (cfr. Anexo X), verificando-se que:

<sup>68</sup> Este texto corresponde, com ligeiras adaptações, ao relatório apresentado pelo consultor externo. Para maiores desenvolvimentos, ver relatório constante do Apenso.



- ✚ No triénio 2003/2005 a "taxa de utilização do bloco" diminuiu no grupo de referência (passou de 65% em 2003 para 61% em 2005) e no grupo de controlo (passou de 50% em 2003 para 49% em 2005) sendo inferior a 50%<sup>69</sup> em 12 dos 24 hospitais analisados, ou seja existiu uma baixa *utilização do bloco operativo*.
- ✚ No internamento e no mesmo período o grupo de referência apresentou uma "taxa de ocupação de camas" que oscilou entre 80% em 2003 e 77% em 2004 e 2005, enquanto que no grupo de controlo para os mesmos anos foi de respectivamente 82% e 84%. De referir, ainda, que num terço dos hospitais analisados a taxa de ocupação foi inferior a 75%.

Face ao referido pode concluir-se que a implementação do SIGIC não se traduziu numa melhor utilização da capacidade instalada.

Em termos globais pode concluir-se que não existe evidência de que a adopção do SIGIC tenha influenciado a produção, dado que não existiu uma diferença expressiva entre os dois grupos, impondo-se por isso uma análise de eficiência produtiva que se consubstancia no ponto 2.9.2.

Apurou-se, ainda, que o nível de produção cirúrgica contratada por região em 2005 e 2006 não foi limitador da actividade cirúrgica hospitalar e consequentemente de uma melhor utilização da sua capacidade instalada (em 2006 a execução por ARS do internamento cirúrgico (programado e urgente) e a cirurgia em ambulatório situou-se ligeiramente acima dos 80% nas regiões do Alentejo e Centro e próxima dos 70% nas regiões do Algarve, Norte e LVT) -cfr. Anexo IX.

A análise comparativa da evolução da produção dos hospitais do grupo de referência (que implementaram o SIGIC em Junho de 2004) face ao grupo de controlo, revela que nesse ano não existiu uma diferença expressiva na evolução da produção dos dois grupos de hospitais (com crescimentos de 8% e de 7%). Em 2005 (ano da implementação do SIGIC nos hospitais do grupo de controlo) a situação é semelhante (com crescimentos de 5% e 3% respectivamente) – cfr. Anexo VIII).

Em sede de contraditório vem o Coordenador da UCGIC referir que "as variações nos hospitais públicos da produção se correlacionam directamente com as da produtividade " e que "a capacidade instalada aumentou pela inclusão de entidades convencionadas ao serviço público.

Sobre esta questão refira-se que a análise foi efectuada ao nível de cada unidade de saúde (hospital) procurando avaliar em que medida o SIGIC afectou a sua produção/produtividade. O remeter para uma avaliação global da produção realizada no sistema de saúde não permitiria inferir o que se passa em termos da eficiência das unidades de saúde hospitalares, uma vez que a produção global pode aumentar apenas por utilização de capacidade privada.

Reconhece-se igualmente que devido à existência de ineficiências no sistema de saúde (e nos hospitais em particular), a melhoria da capacidade de gestão poderia ser suficiente para se observar aumentos de produção não associados com o SIGIC, tal como a mera evolução tecnológica pode contribuir para tal aumento da produção.

### 2.9.2. Produtividade por médico

Em termos de produtividade cirúrgica, o grupo de referência apresenta um crescimento de 11% e 15% e o grupo de controlo de 6% e 3% respectivamente nos biénios 2003/2004 e 2004/2005. No entanto considerando os valores absolutos constata-se que os dois grupos apresentam diferenças significativas em 2004 (93 e 106 cirurgias por médico) que se reduziram em 2005 (107 e 109 cirurgias por médico).

<sup>69</sup> Em 2005.



## 2.9.3. Eficiência Produtiva<sup>70</sup>

A avaliação da eficiência produtiva foi feita em dois passos. Inicialmente procedeu-se a uma análise de estatística incidindo directamente sobre as diferenças entre os dois grupos. De seguida, foi realizada uma análise econométrica baseada em estimação de fronteira de produção estocástica.

Com base no número de cirurgias programadas por sala do bloco foi possível fazer um teste simples para averiguar se a evolução de um ano para o outro foi distinta entre os dois grupos, ou seja, testar estatisticamente se a média da diferença no número de cirurgias programadas por sala do bloco foi distinta entre os dois grupos de hospitais. Não houve diferenças na evolução média entre os dois grupos, em qualquer dos anos. Logo, não há evidência de uma maior eficiência média de um dos grupos face ao outro. As principais diferenças são dentro de cada grupo e não entre a média de cada um dos grupos.

Na análise de regressão de fronteira estocástica, usou-se como variável dependente o número total de cirurgias realizadas no bloco operatório. Como variáveis explicativas consideraram-se as horas de trabalho médico no bloco, a percentagem de cirurgias programadas no total de cirurgias realizadas, o índice de case-mix, o número de readmissões, variáveis identificadores do ano (2004 e 2005, tomando-se como ano base 2003), e as variáveis SIGIC para hospitais que adoptaram em 2004 o SIGIC (os hospitais das Regiões de Saúde do Alentejo e Algarve), "ter\_sigic" que toma valor unitário se o hospital naquele ano tem SIGIC ou não (abrange portanto hospitais de todas as regiões de saúde, mas de forma diferente), e variável "ano\_sigic" que traduz a interacção entre o ano e a variável "ter\_sigic". É o coeficiente desta última variável que permite avaliar se os hospitais depois de aderirem ao SIGIC apresentam uma tendência de evolução diferente, em termos da sua eficiência produtiva.

A estimação de fronteira para a "produção" de cirurgias não encontrou qualquer diferença associada com o SIGIC em termos de eficiência na produção. Os coeficientes de interesse revelaram que os hospitais que adoptaram mais cedo o SIGIC eram substancialmente distintos dos outros, em média, no sentido de terem uma menor produtividade. Contudo, esta diferença não pode ser imputada à adopção do SIGIC, uma vez que aproveitando a informação disponível se constata que não apresentam uma evolução distinta dos restantes hospitais. Este resultado encontra-se presente nas diferentes variantes estimadas.

O indicador "horas de trabalho médico no bloco" foi utilizado com sérias reservas, uma vez que subsistem dúvidas sobre a fiabilidade da informação. Os erros de medição, desde que não sistemáticos num determinado sentido, não retiram totalmente valor à análise estatística realizada, embora invalidando comparações unidade de saúde a unidade de saúde. Sugerem no entanto que a análise econométrica desenvolvida seja complementada incluindo um outro indicador em alternativa. Para o efeito considerou-se a utilização da capacidade como variável explicativa, em substituição das "horas de trabalho médico no bloco". Contudo, esta nova variável não apresentou coeficientes estatisticamente significativos, pelo que as principais conclusões retiradas anteriormente permanecem válidas.

A conclusão a retirar é que a eficiência produtiva nas cirurgias não foi afectada, de acordo com a análise de regressão de fronteira estocástica, pela adesão do hospital ao SIGIC.

Como a experiência com o SIGIC é relativamente recente, poder-se-á argumentar que ainda não houve tempo suficiente para que os impactos se tenham tornado perceptíveis em análises agregadas de eficiência na produção.

A análise de fronteira estocástica analisa o que sucede à melhor prática hospitalar. No entanto, é também de interesse ganhar algum conhecimento sobre efeitos ocorridos em média, mesmo aceitando que existe alguma ineficiência presente nessa média. Apresentam-se, por isso, e para as mesmas variáveis das regressões de fronteira estocástica, as estimativas de regressões lineares simples.

Nas estimações olhando para os valores médios, conclui-se que os hospitais das Regiões de Saúde do Algarve e Alentejo têm menor produtividade física nas cirurgias, aspecto que já tinha sido detectado na análise de fronteira estocástica. No entanto, não há qualquer efeito estatisticamente significativo associado ao SIGIC e à sua utilização mais precoce nessas regiões de saúde.

<sup>70</sup> Este texto corresponde, com ligeiras adaptações, ao relatório apresentado pelo consultor externo. Para maiores desenvolvimentos, ver relatório constante do Apenso.



As conclusões não se alteram com a utilização de outra variável dependente, em que se retiram da análise as cirurgias de ambulatório, dada a sua utilização desigual pelos diferentes hospitais. A manutenção dos efeitos anteriormente descritos ocorre quer se realize uma estimação linear ou uma estimação de fronteira estocástica. Nos restantes efeitos, é apenas de assinalar a perda de significância estatística da variável “percentagem de cirurgias programadas”.

Sendo possível argumentar-se que a qualidade estatística e a diversidade de situações dos hospitais presentes na amostra é suficientemente elevada para tornar as estimações paramétricas relativamente pouco precisas, a robustez das conclusões anteriores foi avaliada recorrendo a uma metodologia não paramétrica, denominada “matching estimators” em que para cada hospital no grupo de referência, se procura o hospital mais próximo no grupo de controlo, fazendo-se depois a diferença na variável de interesse entre os dois hospitais. A noção de mais próximo é estabelecida no método, através da utilização de uma medida de proximidade de acordo com as características dos hospitais.

O coeficiente estimado constitui a diferença na variável de interesse (cirurgias) atribuível à presença da característica relevante (ter adoptado o SIGIC).

Usando como variável dependente horas por cirurgia, como medida de produtividade média de cada instituição hospitalar, continua a não ser detectável qualquer efeito que possa ser associado ao SIGIC.

A conclusão de uma menor produtividade física nos hospitais que mais cedo adoptaram o SIGIC sobrevive ao escrutínio segundo outros métodos de análise, bem como a conclusão de não haver qualquer efeito estatisticamente significativo associado à produtividade física dos blocos operatórios.

Em concreto, o mesmo efeito é observado analisando o indicador horas por cirurgia, em que os hospitais do grupo de referência têm em média um valor diferente dos hospitais do grupo de “controlo”, mas essa diferença não se alterou de forma estatisticamente significativa após a entrada em utilização do SIGIC.

Conclui-se que não há um efeito de aumento de produtividade física dos blocos operatórios associado à implementação do SIGIC.

## 2.10. IMPACTO DO SIGIC NA QUALIDADE DA PRODUÇÃO CIRÚRGICA<sup>71</sup>

Uma preocupação geralmente expressa é o potencial efeito sobre a qualidade da prestação de cuidados de saúde e o modo como é afectada por medidas destinadas a combater a dimensão das listas de espera (e o tempo de espera). Receia-se, por vezes, que o aumento da capacidade de tratamento seja realizado à custa de uma menor qualidade clínica do tratamento prestado.

Contudo, num contexto de ineficiência no desempenho hospitalar, existe margem para que o nível de actividade aumente sem prejuízo, ou mesmo com aumento, da qualidade dos cuidados prestados. Basta para tal que a redução de ineficiências permita simultaneamente aumentos de produtividade e de qualidade clínica.

Em termos do quadro conceptual adoptado, procurou-se neste ponto avaliar em que medida o SIGIC potenciou ganhos de qualidade, ou pelo contrário, se encontra associado a mudanças dentro da organização que levam a uma menor qualidade dos cuidados prestados.

A fonte básica de informação para o conjunto inicial de indicadores de qualidade e acesso foi a base de dados dos GDH (Grupos de Diagnóstico Homogéneos), tendo o IGIF disponibilizado dados constantes dos mapas da informação de retorno sobre as várias medidas apresentadas para o período 2004-2005.

Para analisar a evolução dos indicadores nos hospitais que implementaram o SIGIC relativamente ao grupo de hospitais de controlo, recorreu-se a um modelo econométrico com a seguinte formulação:

<sup>71</sup> Este texto corresponde, com ligeiras adaptações, às conclusões da análise realizada pelo consultor externo no seu relatório que se inclui em Apêndice



$$\ln\left(\frac{\text{prob}_{-ocorrência_{it}}}{1 - \text{prob}_{-ocorrência_{it}}}\right) = \alpha_0 + \alpha_i \text{Hospital}_i + \beta \times \text{SIGIC} + \phi_i \text{Ano}_t + \theta_i \times \text{SIGICxAno}_t + \varepsilon_{it}$$

Foi incluído um indicador SIGIC, que assume o valor 1 para os hospitais que implementaram o SIGIC em 2004 (ARS do Alentejo e ARS do Algarve). O coeficiente desta variável permite estimar o efeito atribuível a este conjunto de hospitais face ao grupo de controlo. A variável ano permite avaliar a evolução ao longo do tempo comum aos dois grupos, e o multiplicador SIGICxAno permite avaliar a evolução diferencial do grupo SIGIC face ao grupo de 18 hospitais utilizados como grupo de controlo (ver anexo 3 do Apenso). Em particular, a variável SIGIC05 irá permitir avaliar o desempenho no período pós-implementação: se o coeficiente for negativo, teremos uma melhor evolução dos hospitais com SIGIC. Foi, ainda, incluído como variável de controlo o case-mix do hospital.

Os modelos matemáticos e econométricos, bem como os testes estatísticos utilizados para avaliar a evolução de desempenho, são apresentados em detalhe em cada uma das secções do Apenso. A metodologia utilizada parte do pressuposto de que é necessário controlar a situação à partida para se poder inferir sobre o impacto atribuível à implementação do SIGIC.

Para avaliar se a introdução do sistema SIGIC provocou alteração na qualidade técnica da actividade cirúrgica dos hospitais foi analisada a evolução dos indicadores<sup>72</sup>:

- 1) Readmissões em GDH cirúrgicos.
- 2) Complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos.
- 3) Taxa de Mortalidade – taxas de mortalidade em GDH cirúrgicos para maiores de 65 anos e para menores de 65 anos.

Utilizando os indicadores de complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos e readmissões em GDH cirúrgicos encontra-se evidência de uma evolução favorável da qualidade técnica em 2005 no conjunto de hospitais que implementou o SIGIC. No entanto este grupo de hospitais mantém uma probabilidade de ocorrência de complicações e readmissões superior ao grupo de controlo.

Utilizando os indicadores de mortalidade não se detectou qualquer efeito decorrente da adopção do SIGIC.

Em sede de contraditório o Coordenador da UCGIC, vem observar que *"Nesta fase o SIGIC não tem como objectivo interferir nesta área, pelo que alterações observadas nesta vertente teriam de ser consideradas colaterais, constatamos com agrado que os receios de perda de qualidade eram infundados. É no entanto espectável que o SIGIC tenha impacto na qualidade dos serviços prestados à população, garantindo um acesso mais célere aos cuidados. Seria pois interessante observar se tal ocorreu e se se reflectiu por exemplo em aumento da esperança de vida da população, diminuição do absentismo por doença, diminuição da taxa de reformas por invalidez. Outra vertente importante, na qualidade global na perspectiva do doente, é a dos custos privados (pagos pelo doente). Sendo certo que o acesso melhorou, importava saber se os custos privados diminuíram."*

A sugestão apresentada exigiria um estudo muito mais aprofundado que não cabia nos objectivos desta auditoria nem seria oportuno tendo em conta o período de implementação do SIGIC. No entanto, foi efectuada a identificação e análise dos constrangimentos ao acesso a cuidados de saúde primários e à consulta externa hospitalar, que condicionam o acesso à LIC e os tempos de espera para cirurgia e que influenciam a qualidade global na perspectiva do doente.

<sup>72</sup> Os indicadores fazem parte da informação de retorno do IGIF.



## 2.11. CUSTOS DA ACTIVIDADE CIRÚRGICA E EFICIÊNCIA FINANCEIRA

### 2.11.1. Evolução dos custos

#### 2.11.1.1. Custos totais

Os custos totais da actividade cirúrgica (Bloco Operatório e Ambulatório Cirúrgico), a preços constantes de 2005<sup>73</sup> apurados no triénio 2003/2005 nos hospitais do grupo de referência (ARS Alentejo e Algarve), foram os que se apresentam no gráfico seguinte:



Efectuada a análise à sua evolução, apuram-se em cada um dos biénios decréscimos de custos em 2 hospitais (HES Évora e CHB Alentejo no biénio 2003/2004 e HJM Portalegre e CHBA no biénio 2004/2005) e crescimentos inferiores a 10% nos restantes com excepção do H. S. Luzia de Elvas que apresenta um crescimento de 34% em 2004 (face a 2003) por efeito do acréscimo de produção de 26%<sup>74</sup>.

A análise comparativa da evolução dos custos totais (a preços de 2005) dos hospitais do grupo de referência (ARS do Alentejo e do Algarve), face ao grupo de controlo (ARSN, ARSC e ARSLVT) revela que o 1º grupo (que implementou o SIGIC em Junho de 2004) apresenta um maior crescimento de custos (6%) em 2003/2004, enquanto que o grupo de controlo (que implementou o SIGIC no 2º semestre de 2005) apresenta um crescimento mais acentuado (20%) em 2004/2005 (cfr. Anexo XI).

Conclui-se, assim, que num primeiro momento de adopção do SIGIC gerou-se um aumento de custos totais e que posteriormente, após este estar em funcionamento, verificou-se um menor crescimento (no grupo de referência o crescimento passou de 6% para 2%. No grupo de controlo existiu um crescimento de 20% (em 2005) face a período homólogo sem SIGIC (ano ou semestre de 2004) -cfr. Anexo XII).

<sup>73</sup> Tomando em consideração o aspecto relevante do efeito inflação poder potenciar o crescimento dos custos, converteram-se os custos de 2003 e 2004, a preços de 2005 (utilizando o deflador do PIB). Deflador do PIB= 2,6 em 2004; e =2,4 em 2005 (Fonte: B Portugal).

<sup>74</sup>

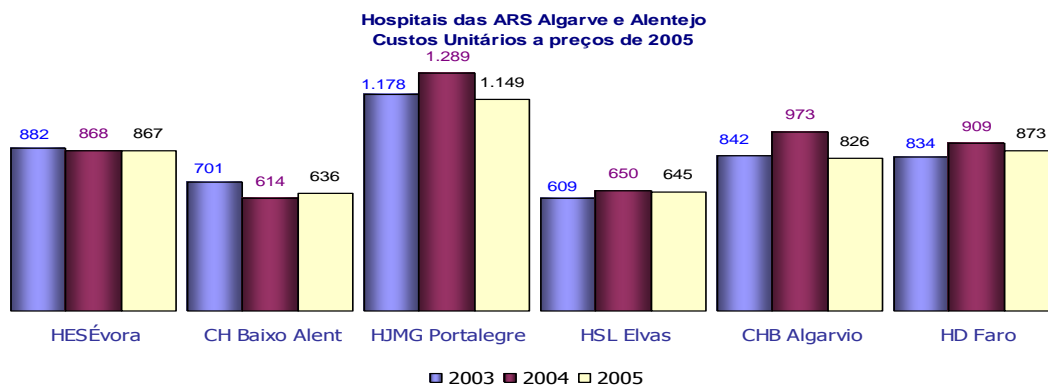
H Santa Luzia de Elvas		
ano	Unid regist. c analítica	Var %
2003	1880	
2004	2369	26
2005	2471	4



## 2.11.1.2. Custos unitários

Efectuada uma análise à evolução do custo unitário por cirurgia (a preços de 2005), verifica-se que os hospitais do grupo de referência apresentam ligeiros acréscimos em 2004<sup>75</sup> e 2005, tendo diminuído neste último ano apenas nos hospitais HJMG Portalegre, no HD Faro – HDF e no HB Algarvio (cfr. gráfico XII) o que pode resultar de economias de escala (dado que o número de cirurgias produzidas por estes hospitais cresceu<sup>76</sup>).

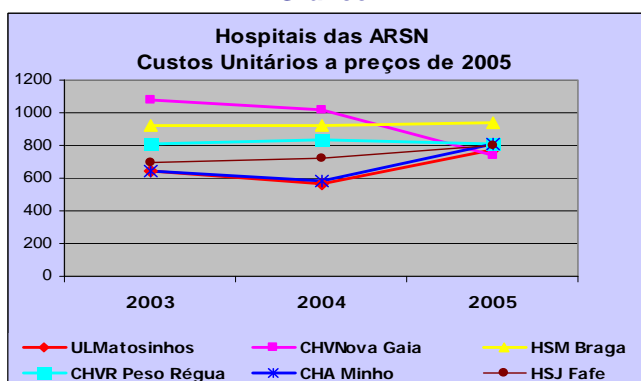
### Gráfico XII



Fonte: Elaboração própria com base em Informação fornecida pelos Hospitais.

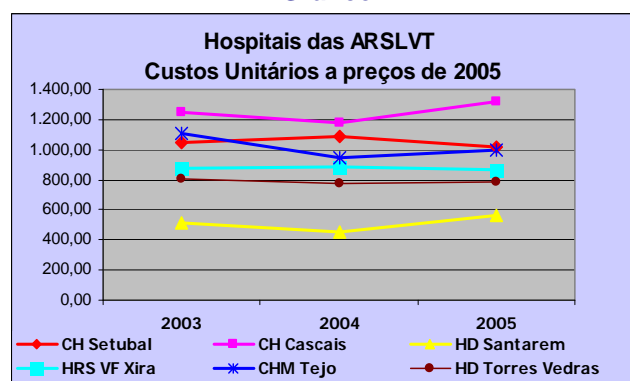
Por sua vez os custos unitários nos hospitais que implementaram o SIGIC no 2º semestre de 2005 (ARSN e ARSLVT) apresentaram em geral ligeiros acréscimos (com excepção do CHAM e ULSM que apresentam acréscimos de 37% <sup>77</sup> e o HD Santarém (HDS) e do CH Cascais<sup>78</sup> com 25% e 13% respectivamente) -cfr. gráficos XIII e XIV e Anexo XIII.

### Gráfico XIII



Fonte: Elaboração própria com base em Informação fornecida pelos Hospitais

### Gráfico XIV



Fonte: Elaboração própria com base em Informação fornecida pelos Hospitais

<sup>75</sup> Com excepção do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo que decresceu 10%.

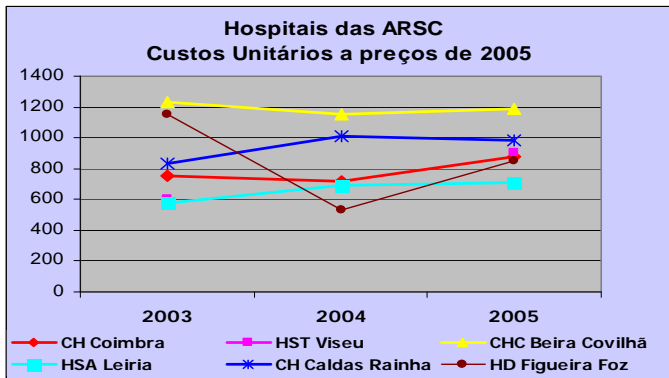
<sup>76</sup> No biénio 2004/2005 o HJMG Portalegre passou de 2193 para 2433 unidades cirúrgicas produzidas, o HD Faro de 7724 para 8524 e o HBA de 7140 para 7996.

<sup>77</sup> Em 2005 existiram lapsos na imputação de custos no CHAM e na ULSM houve uma alteração no critério de imputação de custos com pessoal.

<sup>78</sup> Este acréscimo resulta, no HD Santarém, do elevado valor unitário das intervenções de 2005, que provém da aplicação de próteses do joelho e da anca (artoplastias); no CH Cascais resultou da alteração em 2005 no critério de imputação de custos com pessoal.



Gráfico XV



Nota: O HST Viseu não elaborou C Analítica em 2004.

Fonte: Elaboração própria com base em Informação fornecida pelos Hospitais

Os hospitais da ARSC (à data com SIGIC há 3 meses) apresentam evoluções mais acentuadas em 2005 no custo unitário do HDFF e do CH Coimbra (com crescimentos de respectivamente 61% e 22%, face ao ano anterior)<sup>79</sup>.

De referir; ainda, que a análise comparativa entre o grupo de referência e o grupo de controlo, revela não existir uma diferença significativa entre os custos unitários dos dois grupos (respectivamente de 833€ e 885€ em 2005) – cfr Anexo XIII.

Efectuada a análise da evolução dos custos impunha-se avaliar a eficiência financeira do SIGIC que se consubstancia no ponto seguinte.

### 2.11.2. Eficiência financeira<sup>80</sup>

A avaliação da eficiência financeira foi concretizada recorrendo a uma ideia simples: se o SIGIC, enquanto instrumento para uma melhor gestão do hospital, tiver ganhos de eficiência, então os custos de um hospital com SIGIC devem ser menores que os custos de um hospital sem SIGIC para a mesma qualidade, complexidade de casos e nível de actividade cirúrgica. Note-se a importância de garantir uma comparação correcta realizando o ajustamento para as diferenças entre hospitais noutros aspectos que também condicionam os respectivos níveis de custos.

A avaliação da eficiência relativa dos hospitais em que o SIGIC já se encontra implementado foi realizada com a estimação de uma função custos directa, em que se admitiu a existência de características diferenciadoras de hospital para hospital de acordo com a qualidade das prestações, medida pela taxa de readmissões, e com a complexidade dos casos tratados, medida pelo índice de case-mix<sup>81</sup>. Foi usada uma variável de identificação dos hospitais com SIGIC, cujo coeficiente deverá ser menor que zero, significando uma vantagem de custos para esses hospitais associada com a presença do SIGIC.

Retoma-se aqui o tema da contribuição do SIGIC para um melhor funcionamento dos hospitais, que em última análise poderá culminar numa maior capacidade de satisfazer a procura de cuidados de saúde que lhe é dirigida. Analisa-se uma componente sobretudo financeira dos efeitos do SIGIC.

Utilizou-se uma forma funcional quadrática, como forma de acomodar a possibilidade de existirem economias de escala, para o custo médio por intervenção realizada<sup>82</sup>.

Foram ensaiadas diversas formas funcionais e métodos de estimação, sendo que em nenhum caso se encontraram efeitos estatisticamente significativos.

Antes de passar ao detalhe da análise de regressão, é interessante ver informação base sobre os custos unitários, apresentando-se de seguida a média, não ponderada, dos custos unitários para cada grupo de hospitais.

<sup>79</sup> Em 2005 verificou-se uma alteração significativa da estrutura de centros de custos do HDFF e no CH Coimbra houve uma imputação de custos resultante de um encontro de contas relativa à facturação inter-instituições do SNS;

<sup>80</sup> Este texto corresponde, com ligeiras adaptações, à análise realizada pelo consultor externo no seu relatório que se inclui em Apenso.

<sup>81</sup> O índice de case-mix do Centro Hospitalar de Setúbal foi calculado como a média ponderada pelo número de cirurgias dos índices de case-mix de cada um dos dois hospitais que o constitui.

<sup>82</sup> Ver metodologia constante do Apenso.





## Quadro XIV

Média dos custos unitários por grupo de hospitais

Valor médio	Grupo de referência	Grupo de controlo
2003	800,6717	821,29
2004	863,0383	808,5676
2005	832,7983	885,1139

Fonte: Relatório do Consultor em Apenso

Os custos unitários dos dois grupos de hospitais não eram, em média, substancialmente distintos em 2003. Em 2004, tem-se a adopção do SIGIC a meio do ano pelos hospitais do grupo de referência, em Junho. A média dos custos unitários entre grupos de hospitais passou agora a ser consideravelmente distinta, sendo mais elevada nos hospitais do grupo de referência do que nos hospitais do grupo de controlo. Sem mais informação, poder-se-ia ser tentado a inferir que a adopção do SIGIC gera um aumento dos custos unitários, dado o aumento ocorrido nos hospitais das Regiões de Saúde do Alentejo e Algarve de 2003 para 2004. Esse aspecto foi de alguma forma reforçado por se verificar que ao mesmo tempo os hospitais do grupo de controlo registaram uma diminuição no seu valor médio para custo unitário.

Contudo, esta conclusão é de alguma forma incompleta, já que no ano de 2005 os hospitais que adoptaram mais cedo o SIGIC registam uma diminuição considerável na média dos custos unitários do grupo, enquanto os hospitais do grupo de controlo, que adoptam o SIGIC em Junho de 2005 (hospitais da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e da Região Norte) e em Outubro de 2005 (Região Centro) têm um aumento de custos unitários bastante substancial. Neste caso, é-se tentado a afirmar que a adopção do SIGIC gera num primeiro momento um aumento de custos e posteriormente, após estar estabilizado e em funcionamento, uma redução, que poderá ou não compensar esse aumento inicial. Há, assim, desde logo a possibilidade de um efeito não linear, e distribuído ao longo do tempo.

Adicionalmente, estas considerações não têm em conta aspectos potencialmente relevantes: i) efeitos de inflação de custos ao longo do tempo, o que faz com que uma mesma eficiência produtiva e financeira seja compatível com custos crescentes; ii) complexidade dos casos tratados – é natural que hospitais com maior complexidade clínica nos casos que analisam tenham custos unitários superiores; iii) “qualidade” das prestações do hospital – embora seja um tema amplamente debatido, a noção de qualidade tanto pode ser indutora de custos maiores como de menores custos (por exemplo, frequentemente “maior qualidade” da actuação clínica tem sido associada com menor tempo de internamento no hospital, caso em que resultam menores custos globais); iv) o próprio nível de actividade desenvolvida pelo hospital, dado que existem custos de estrutura (custos fixos, em geral) que se diluem com maior nível de actividade e custos marginais que podem ser distintos dos custos médios. Nenhum destes factores está presente na comparação realizada pelo quadro acima, tornando-se necessário explicitá-los. Acresce que apesar dos valores médios relativamente próximos entre grupos e de ano para ano, a variância dentro de cada grupo é bastante grande, o que retira confiança à comparação de valores médios. Torna-se, por estes motivos, necessário recorrer a análise de regressão, que contempla as (potenciais) influências destes aspectos.

A primeira regressão avalia como os diferentes aspectos influenciam as diferenças de custo unitário entre hospitais. Constata-se desde logo um fraco poder explicativo global, significando que existe considerável diversidade no custo unitário entre hospitais que não consegue ser explicada pelos factores enunciados. Contudo, mais relevante do ponto de vista de análise do impacto do SIGIC é a não significância estatística dos coeficientes relevantes. Em particular, os hospitais das Regiões de Saúde do Alentejo e do Algarve não são estatisticamente distintos dos outros, nem a introdução do SIGIC introduz uma redução que seja estatisticamente relevante no nível de custo unitário (apesar de ter um sinal negativo, indicando uma direcção provável de poupança de custos). Em termos de factores explicativos do diferencial de custos unitários, e uma vez tendo em atenção o caso particular do CH de Setúbal<sup>83</sup>, apenas a quantidade de cirurgias se encontra associada ao custo unitário, e com sinal negativo, indicando a existência de economias de escala (quanto maior a actividade desenvolvida, menor o custo unitário).

<sup>83</sup> O Centro Hospitalar de Setúbal, EPE foi criado em 31 de Dezembro de 2005 através do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, pelo que no período analisado (2003 a 2005) ainda funcionavam autonomamente o Hospital São Bernardo e o Hospital Ortopédico Santiago do Outão.



De acordo com os “matching estimators”, não há diferenças significativas em termos de custo unitário entre os dois grupos de hospitais. A ausência dessa diferença significa que, em termos de eficiência financeira, avaliada pelo custo unitário de produção de uma cirurgia, não há efeito de eficiência decorrente da adopção do SIGIC.

A avaliação preliminar realizada pelas técnicas não paramétricas é confrontada agora com a estimação de uma função custos médios, procurando-se os elementos explicativos da evolução dos custos unitários por cirurgia dos hospitais.

Os resultados revelam de forma muito clara que não existe qualquer efeito associado com o SIGIC em termos de diferente evolução dos custos unitários dos hospitais que adoptaram o sistema. Esta mesma inferência é confirmada pela utilização de formas funcionais alternativas<sup>84</sup>.

Para além do modelo não linear, foi também estimado um modelo linear que procura identificar os aspectos determinantes das diferenças de custos unitários entre hospitais. A principal conclusão resultante é a de não haver evidência de que tenha ocorrido uma alteração no custo unitário de produção de cirurgias que possa ser atribuível à adopção do SIGIC.

Como último teste de robustez para os resultados encontrados, realizou-se uma regressão por passos, em que partindo de um modelo com as diferentes variáveis explicativas para o nível de custos de cada hospital se retiram as que contribuam com menos de 10% de significância individual.

Conforme se constata, apenas a produção realizada é elemento estatisticamente associado a um maior nível de custos, não sendo relevantes os outros factores considerados (índice de case-mix, readmissões, termos de polinomiais de segundo e terceiro grau da produção realizada, efeitos anuais e efeito associado com a presença do SIGIC no hospital).

Dentro da amostra utilizada, há vários hospitais com características específicas. Contudo, especialmente diferente é o Centro Hospitalar de Setúbal, com o Hospital do Outão a influenciar de forma importante os dados. Face à potencial importância deste aspecto, re-estimou-se o modelo linear base, incluindo um efeito fixo específico a este hospital.

Conforme se pode verificar a partir das regressões realizadas, as principais conclusões não sofrem qualquer alteração, sendo claro que o SIGIC não se traduziu numa maior eficiência financeira, interpretada como possuir menores custos para o mesmo nível de actividade.

Complementarmente às estimativas de factores explicativos de custos unitários, foi também ensaiada a estimação de uma fronteira de custos estocástica, incluindo como factores explicativos um polinómio de segundo grau na produção, índice de case-mix, readmissões e variável indicadora da adopção do SIGIC e de pertencer às Regiões de Saúde do Alentejo e do Algarve. As variáveis de custos e de produção foram logaritimizadas. As conclusões obtidas foram em linha com as anteriormente apresentadas, não se encontrando qualquer efeito associado com a presença do SIGIC em termos de eficiência de custos das unidades hospitalares. Esta inferência permanece válida em estimações que consideram a estrutura de dados de painel dentro da estimação de fronteira de custos estocástica.

Aproveitando a estrutura de dados de painel (3 anos para 24 hospitais), foi estimada uma regressão linear para o custo unitário incluindo efeitos fixos ao nível de cada hospital, uma tendência temporal e a adopção do SIGIC em cada par (hospital, ano). Deste modelo base constata-se que não há qualquer efeito de alteração de tendência de evolução de custos associada com a adopção do SIGIC.

A adequação do modelo linear poderá ser questionada com base em diversos argumentos. Como teste preliminar para a utilização do modelo de regressão linear, realizou-se um teste estatístico sobre a hipótese nula da distribuição da variável custo unitário ser uma distribuição normal. O teste realizado não rejeita essa hipótese, o que permite a realização de análise de regressão linear.

Como conclusão, tem-se que não há evidência, a nível agregado da instituição hospitalar, que sugira uma maior eficiência associada com a utilização do SIGIC como instrumento de gestão do hospital quanto à sua actividade de cirurgia.

<sup>84</sup> Cfr. ponto 2.5 - e2) do Apenso.



Para além da técnica de estimação envolvida na avaliação da eficiência em termos de custos, foi também concretizada uma análise não paramétrica, baseada em "matching estimators", sendo a diferença de custos unitários entre as unidades que tinham SIGIC em 2005 comparada com as unidades com maior semelhança no grupo de controlo em cada um dos anos disponíveis. A informação relevante encontra-se no quadro 14 do Apenso.

Os resultados obtidos mostram que em nenhum dos anos se encontra uma diferença significativa entre os custos unitários dos dois grupos. Ou seja, da aplicação desta metodologia obtém-se conclusão idêntica à resultante da aplicação de técnicas de regressão: não há, de momento, evidência estatística de que o SIGIC enquanto ferramenta de gestão tenha originado custos mais baixos, para idênticos níveis de actividade, qualidade e complexidade dos casos tratados.

Em conclusão, a análise de eficiência ao nível dos custos não encontrou diferenças estatisticamente significativas que possam ser atribuídas à presença do SIGIC.

Em sede de contraditório o Coordenador da UCGIC, vem observar que *"o aumento da eficiência financeira ... só é esperado numa fase mais tardia do processo, já que se considera que a divulgação dos indicadores, aplicação de penalizações, introdução de sistemas de incentivos, financiamento efectivo função da produção e por fim auditorias aos processos e ao registo da informação, são elementos fundamentais para se obter este efeito desejado"* referindo ainda que *"Se no entanto considerarmos que a redução do tempo médio e mediano de espera para cirurgia, reconhecido no relatório, corresponde a um incremento na qualidade dos serviços prestados; se reconhecermos que o SIGIC dotou os hospitais da capacidade de fornecer um novo serviço que corresponde ao fornecimento de métricas antes não disponíveis e que isso representa um valor acrescido para os destinatários últimos e um outro que lhe permite referenciar para o exterior utentes promovendo maior celeridade no tratamento destes quando atinjam níveis críticos de espera; poderíamos admitir que, para razões entre níveis de actividade (cirurgias) e custos mantidos, tendo-se melhorado a qualidade global e acrescido serviços, se obteve efectivamente um aumento da eficiência financeira."*

Concorda-se com a afirmação de que o aumento da eficiência financeira poderá ocorrer numa fase mais tardia do processo, salientando-se no entanto que a noção de eficiência financeira implícita na resposta difere da utilizada no relatório.

## 2.12. EXECUÇÃO FINANCEIRA

### 2.12.1. Hospitais do SNS

Verificou-se não ser possível apurar o encargo financeiro da actividade cirúrgica desenvolvida no âmbito do SIGIC pelos hospitais do SNS (SPA e EPE), em virtude de os valores facturados corresponderem a toda a actividade cirúrgica independentemente de ter ou não havido inclusão dos utentes na LIC (abrange assim situações de urgência, não incluídas na LIC)<sup>85</sup>.

Apesar de existir esta diferença foi efectuada uma análise à execução dos contratos programa<sup>86</sup> verificando-se que em 2005 a contratação da actividade cirúrgica (internamento cirúrgico e ambulatório) nas 5 ARS atingiu o montante de 916.473 milhares de euros, tendo sido facturado um total de 733.544 milhares de euros, o que traduz uma execução de 80% (cfr. quadro seguinte e Anexo XV).

<sup>85</sup> Para efeitos de facturação ao IGIF o internamento urgente, refere-se a " todos os internamentos classificados em GDH Cirúrgico em que ocorra uma cirurgia efectuada no bloco operatório, com tipo de admissão urgente, excluindo as pequenas cirurgias." (cfr. Circular Normativa nº2 de 11-5-2006- IGIF. O SIGIC refere que "os critérios para o registo em Urgências não se prendem com o tipo de admissão mas com os recursos utilizados na cirurgia. Assim devem ser classificados como internamentos programados não urgentes os episódios de internamento em que a cirurgia ... seja executada recorrendo aos recursos humanos da cirurgia programada ... ainda que nesse internamento possa ter ocorrido cirurgia de urgência e independentemente da forma de admissão a esse internamento."(cfr. Linha Directa Nº 9 de 1-12-2005- UCGIC).

<sup>86</sup> Para os hospitais SPA apenas a partir de 2005 foram apurados pelo IGIF os valores facturados referentes à actividade cirúrgica contratada, urgente e de ambulatório (base e adicional).



**Quadro XV**

**Execução da Actividade Cirúrgica Contratada**

Unid: Euros

ARS	Ano de 2005			Ano de 2006		
	contratado	facturado	grau exec	contratado	facturado	grau exec
ARS Alentejo	26.146.828,56	21.484.432,07	82,2%	25.797.375,16	22.372.751,52	86,7%
ARS Algarve	28.613.758,70	20.585.803,71	71,9%	32.603.833,39	21.675.878,68	66,5%
ARSN	306.502.992,59	255.554.759,08	83,4%	318.524.106,71	289.144.539,41	90,8%
ARSC	224.653.682,53	189.444.852,89	84,3%	252.539.041,80	222.271.210,83	88,0%
ARSLVT	330.556.144,72	246.474.278,87	74,6%	376.858.091,38	270.582.864,36	71,8%
<b>Total</b>	<b>916.473.407,10</b>	<b>733.544.126,62</b>	<b>80,0%</b>	<b>1.006.322.448,44</b>	<b>826.047.244,80</b>	<b>82,1%</b>

Fonte: Informação fornecida pelo IGIF

Em 2006 a contratação foi de 1 006 322 milhares de euros com uma facturação de 826.047 milhares de euros (execução de 82%), verificando-se, assim, que não foram atingidos os valores estabelecidas nos contratos - programa.

**2.12.2. Entidades convencionadas**

A produção cirúrgica no âmbito do SIGIC realizada em entidades convencionadas (instituições do Sector Social e do Sector Privado) tem por base protocolos celebrados com as ARS, sendo facturada de acordo com a tabela constante do Despacho nº 24036/2004 (2ª série) de 22 de Novembro.

A despesa é suportada pelo OE, via IGIF, e paga pelas ARS.

O procedimento inicia-se com a emissão de VC na UCGIC, sendo o compromisso registado pelas ARS apenas quando lhes são remetidas as facturas pelos convencionados, as quais são conferidas<sup>87</sup> pelas URGIC e contabilizadas pelos Serviços Financeiros das ARS.

A relação de facturas é enviada ao IGIF para que seja transferida a verba para a ARS e esta efectue o pagamento.

O valor estimado dos vales emitidos até 31-12-2006 com convencionados atingiu o montante de 56.482 milhares de euros. Este valor foi apurado pela UCGIC<sup>88</sup>, (tendo, para episódios ainda não realizados, sido efectuado o apuramento do valor médio de cada grupo de diagnóstico).

**Quadro XVI**

**Financiamento do SIGIC em Entidades convencionadas**

Unid: euros

	Valor estimado dos VC emitidos (x)	Despesa (*)	Pagamento (*)
total ARSN	19.342.813,01	3.189.144,01	1.101.902,20
total ARSC	5.974.802,91	180.161,14	62.700,22
total ARSLVT	20.171.572,98	3.544.269,59	3.033.399,05
total ARS Alentejo	3.811.515,65	2.544.578,70	2.544.578,70
total ARS Algarve	7.180.881,95	4.043.461,41	3.652.231,49
<b>total</b>	<b>56.481.586,50</b>	<b>13.501.614,85</b>	<b>10.394.811,66</b>

(x) Desde a implementação do SIGIC até 31-12-2006

(\*) Contabilização efectuada nas ARS

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas ARS

Efectuada uma análise por ARS (cfr. quadro seguinte) verifica-se que as regiões piloto na implementação do SIGIC (ARS Algarve e do Alentejo) foram responsáveis por 49% do total da despesa, observando-se que a maior percentagem de despesa se regista na ARSLVT (26%) e a menor na ARSC (1,3%).

<sup>87</sup> As facturas remetidas pelos convencionados são conferidas tendo por base informação de cada cirurgia registada no SIGLIC (GDH, dias de internamento). No caso da existência de episódios cujo GDH facturado é diferente do inicialmente proposto, é exigida ao convencionado a prova da autorização do Hospital de origem para a alteração do GDH. É também exigida a justificação médica nos casos de realização de outros procedimentos decorrentes da intervenção cirúrgica.

A factura não identifica os casos isentos uma vez que o SIGLIC não prevê este registo. Nos casos em que existem cirurgias simultâneas a factura apenas apresenta o valor global da cirurgia. As cirurgias facturadas têm que ser acompanhados do vale cirurgia emitido, controlando-se desta forma a eventual inclusão da mesma cirurgia em diferentes facturas.

<sup>88</sup> Através de ficheiros com informação do SIGLIC.



**Quadro XVII  
Despesa e Pagamentos**

Unid: euros

Região	Despesa			Pagamentos		
	2005	2006	total	2005	2006	total
ARSN		3.189.144,01	3.189.144,01		1.101.902,20	1.101.902,20
ARSC		180.161,14	180.161,14		62.700,22	62.700,22
ARSLVT		3.544.269,59	3.544.269,59		3.033.399,05	3.033.399,05
ARS Alentejo	703.270,93	1.841.307,77	2.544.578,70	703.270,93	1.841.307,77	2.544.578,70
ARS Algarve	456.116,25	3.587.345,16	4.043.461,41	332.692,02	3.319.539,47	3.652.231,49
<b>total</b>	<b>1.159.387,18</b>	<b>12.342.227,67</b>	<b>13.501.614,85</b>	<b>1.035.962,95</b>	<b>9.358.848,71</b>	<b>10.394.811,66</b>

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas ARS

**Quadro XVIII**

Nº cirurgias abrangidas pela despesa

Região	nº de cirurgias		% por região	
	2005	2006	2005	2006
Norte	0	3.365	0	14,0
LVT	0	16.212	0	67,5
Centro	0	143	0	0,6
Alentejo	367	1.185	52,7	4,9
Algarve	330	3.120	47,3	13,0
<b>subtotal</b>	<b>697</b>	<b>24.025</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>total</b>		<b>24.722</b>		

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas ARS

O valor da despesa processada com convencionados em 2005 e 2006 correspondeu a 24 722 cirurgias que dizem respeito a convenções celebradas pelas URGIC.

A produção cirúrgica realizada em entidades convencionadas abrangeu utentes pertencentes a subsistemas, aos quais não foram facturadas pelas ARS as respectivas participações pelos serviços prestados.

À data de realização do trabalho de campo, as ARS do Alentejo e do Algarve enviaram relatórios financeiros ao IGIF, com a inclusão de utentes de subsistemas, pelo que o SNS suportou encargos que em 31-12-2006 ainda não tinham sido facturados aos subsistemas, num total de respectivamente, €160 374,15 e de €173 915,16. Nessa data as restantes ARS ainda não tinham remetido facturação ao IGIF.

Quanto a esta matéria o Presidente do Conselho Directivo da ARSC, I.P, em sede de contraditório, manifesta a sua concordância com a facturação dos actos cirúrgicos aos subsistemas, referindo que *“numa primeira fase esta ARSC questionou o IGIF a quem competia facturar e qual a tabela a utilizar. A resposta obtida indicava que cabia à ARS facturar e segundo a Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho. Foi, posteriormente, solicitado ao IGIF a criação de um módulo informático de facturação cuja concretização se aguarda. Não é indiscutível, até pela discrepância dos valores envolvidos, e tendo presente a coerência do sistema, qual o normativo legal a aplicar”*.

**Outros encargos relacionados com a transferência dos doentes**

Em trabalho de campo, pretendendo-se apurar o custo unitário por doente transferido para convencionados, verificou-se não ser possível, por não ter sido individualizado na contabilidade dos hospitais o valor dos encargos relacionados com a transferência do doente para a entidade convencionada da responsabilidade dos HO e que decorrem do transporte do doente<sup>89</sup>, da realização de exames complementares de diagnóstico ou da estadia de acompanhante (nos casos aplicáveis).

**2.13. ACTIVIDADE CIRÚRGICA REALIZADA FORA DO ÂMBITO DO SIGIC**

**Protocolos celebrados pelas ARS com as Misericórdias e com a Cruz Vermelha Portuguesa**

<sup>89</sup> O transporte de doentes inclui as deslocações para consultas.



A Resolução de Conselho de Ministros n.º 79/2004 que criou o SIGIC permite aos utentes, quando a marcação da cirurgia não ocorrer em tempo de espera admissível, escolher um prestador social ou privado para proceder à realização da cirurgia, desde que com esse prestador tenha sido celebrada convenção no âmbito do SIGIC<sup>90</sup>.

No entanto, com base em Acordos celebrados entre as ARS e as Misericórdias ou outras instituições particulares de solidariedade social, ao abrigo de Portaria<sup>91</sup>, publicada no DR II Série, de 27 de Julho de 1988 e no Acordo de Cooperação celebrado, em 1998, entre o Ministério da Saúde e a Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A.<sup>92</sup>, houve doentes do SNS que foram referenciados pelos centros de saúde ou por hospitais directamente para estas entidades onde foi realizada intervenção cirúrgica, não sendo registados na LIC.

O número de utentes intervencionados neste âmbito, desde a implementação do SIGIC até 30.06.2006 foi de 34 226 nas cinco Regiões de Saúde.

**Quadro XIX**

Unid: euros

ARS	N.º Utentes intervencionados			Pagamentos efectuados		
	2004	2005	2006 (1º semestre)	2004	2005	2006(1º semestre)
ARSN	-	11.801	6.578	-	10.248.124,88€	5.750.648,72€
ARSC	-	391	523	-	552.984,77€	774.659,21€
ARSLVT	-	9.297	4335	-	19.744.505,76€	9.664.208,53€
ARS Alentejo	522	551	176	553.861,79€	691.489,62€	185.715,15€
ARS Algarve	28	19	5	56.648,98€	53.232,35€	20.251,10€
Total	550	22.059	11.617	610.510,77€	31.290.337,38€	16.395.482,71€

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas ARS

Assim, o princípio que esteve patente na criação do SIGIC, como um sistema universal que tem por objectivo, entre outros, introduzir maior controlo, transparência e equidade no processo de inscrição de todos os doentes com indicação para cirurgia, não se encontra a ser cumprido.

## 2.14. REFERÊNCIAS FINAIS

### 2.14.1. Vista ao Ministério Público

Do projecto de relatório foi dada vista ao Ministério Público, nos termos do n.º 5 do art.º 29º, da Lei n.º 98/97, na redacção dada pela Lei n.º 48/2006, de 29/8.

### 2.14.2. Emolumentos

Nos termos do disposto no n.º 1 do art.º 2º, do art.º 10º e do n.º 1 do art.º 11º do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de Maio, na redacção dada pela Lei n.º 139/99, de 28 de Agosto, são devidos emolumentos pelas entidades auditadas (ARSN, IP, ARSC, IP, ARSLVT, IP, ARS Alentejo, IP, ARS Algarve, IP, e ACSS, IP) no montante global de 16 337,50€, acrescendo o valor de 41 947,06€ relativo aos serviços prestados pelo consultor externo que apoiou a presente auditoria, a repartir de forma equitativa nos termos do n.º 3 do art.º 11 do citado regime e do art.º 56º, n.º 1, 4 e 5, da Lei n.º 98/97.

## 3. DETERMINAÇÕES FINAIS

### 3.1. O presente Relatório deverá ser remetido:

- Ao Presidente da Assembleia da República.
- Ao Primeiro Ministro.

<sup>90</sup> Para efeito de execução do SIGIC foi aprovado o clausulado tipo da convenção a celebrar com estas entidades, através do Despacho n.º 24110/2004, publicado na IIª série DR em 23 de Novembro.

<sup>91</sup> Sem número.

<sup>92</sup> No qual se estabeleceram os princípios gerais para o tratamento, no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, de utentes do SNS. Este acordo tem sido objecto de aditamentos, o último dos quais datado de Março de 2006 (Visado pelo TC, em sessão diária de visto de 2005.04.07). A actividade cirúrgica, objecto do acordo, inclui a cirurgia cardíaca, ortopédica (excepto traumatologia), vascular e oftalmológica. A referenciação hospitalar só poderá ser concretizada no âmbito da cirurgia cardíaca e a referenciação das restantes especialidades é feita pelos centros de saúde ou hospital da área de influência da ARSLVT, sendo subordinada à: existência de presunção de necessidade cirúrgica e de não haver capacidade de resposta em tempo adequado nos hospitais do SNS.



- c) Ao Ministro da Saúde.
- d) Ao Presidente da Comissão Parlamentar da Saúde.
- e) Às entidades ouvidas no exercício do contraditório.

**3.2.** Em cumprimento do disposto no nº 4 do art.º 29º da Lei n.º 98/97, de 29 de Agosto, notifique-se o Ministério Público, junto deste Tribunal, do presente Relatório.

**3.3.** As entidades a quem foram dirigidas recomendações deverão, no prazo de seis meses após a recepção deste Relatório, comunicar ao Tribunal de Contas a sequência dada às recomendações formuladas.

**3.4.** Após comunicação, nos termos dos pontos anteriores, coloque-se o presente Relatório à disposição dos órgãos de comunicação social e proceda-se à respectiva divulgação via Internet.

Aprovado, em Subsecção da 2ª Secção do Tribunal de Contas, em 27 de Setembro de 2007.

Os Juízes Conselheiros

(Lia Olema Videira de Jesus Correia)

(Relator)

(Manuel Henrique de Freitas Pereira)

(Carlos Manuel Botelho Moreno)

Fui presente

O Procurador-Geral Adjunto