



Tribunal de Contas

*Auditoria de Seguimento das Recomendações
Formuladas no Relatório de Auditoria ao “Acesso
aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado
de Gestão de Inscritos para Cirurgia - SIGIC”*

Relatório n.º 27/09 – 2ª. S

Processo n.º 02/09 - Audit

Volume I



Volume I

ÍNDICE

Ficha técnica.....	5
Relação de siglas.....	6
Glossário.....	7
I – Sumário	9
1. <i>Apreciação geral</i>	9
2. <i>Conclusões</i>	11
3. <i>Recomendações</i>	17
II – Introdução.....	19
4. <i>Fundamento, âmbito e objectivos da auditoria</i>	19
5. <i>Metodologia e procedimentos</i>	20
6. <i>Condicionantes e limitações</i>	21
7. <i>Audição dos responsáveis em cumprimento do Princípio do contraditório</i>	21
III - Desenvolvimento da auditoria	23
8. <i>O acesso aos cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde - Relatório de Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia – SIGIC</i>	23
8.1. <i>Diagnóstico apresentado no relatório de auditoria</i>	23
8.2. <i>Recomendações formuladas no relatório de auditoria</i>	23
8.3. <i>Impacto das recomendações</i>	27
9. <i>Medidas Legislativas Implementadas</i>	28
9.1. <i>Acesso a consulta nos cuidados de saúde primários</i>	28
9.2. <i>Primeiras consultas hospitalares</i>	28
9.3. <i>Programa de Intervenção em Oftalmologia</i>	29
9.4. <i>Novo Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia</i>	30
9.5. <i>Tempos Máximos de Resposta Garantidos</i>	30
10. <i>Resultados alcançados</i>	31
10.1. <i>Os cuidados de saúde primários</i>	31
10.2. <i>Primeiras consultas hospitalares</i>	34
10.3. <i>Acompanhamento e controlo do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia</i>	36
10.4. <i>Lista de inscritos para cirurgia e tempos de espera</i>	39
10.4.1. <i>Evolução da lista de inscritos por Administração Regional de Saúde</i>	39
10.4.2. <i>Evolução dos tempos de espera</i>	42
10.4.3. <i>Aplicação dos princípios da equidade e da universalidade</i>	48
10.4.4. <i>Programa de Intervenção em Oftalmologia</i>	53



Tribunal de Contas

<i>IV - Vista ao Ministério público</i>	57
<i>V- Emolumentos</i>	57
<i>VI - Determinações Finais</i>	58

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I – Indicadores de acesso a cuidados de saúde primários – 30 de Junho de 2006 e 2008.....	31
Quadro II – Indicadores de acesso aos CSP em 31 de Dezembro de 2008.....	33
Quadro III – Execução do SIGIC	39
Quadro IV – Comparação da Execução do SIGIC em 2007 e 2008.....	40
Quadro IV – Cancelamentos ocorridos em 2007 e 2008, agrupados por motivo	41
Quadro V – Evolução do tempo de espera por ARS	43
Quadro VII – Cirurgias realizadas em 2007 e 2008, por nível de prioridade e TE.....	46
Quadro VII – Utentes em LIC em 31-12-2008, por nível de prioridade TE.....	47
Quadro VIII – VC e NT cancelados.....	51
Quadro IX – Motivos de recusa de Vale de Cirurgia/Nota de Transferência.....	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico I – Indicadores CSP	32
Gráfico II – Utentes utilizadores e médicos.....	33
Gráfico III – Utentes por médico (2008)	33
Gráfico IV – Pedidos 1 ^{as} consultas.....	35
Gráfico V – Doentes em espera 1 ^o consulta	35
Gráfico VI – Entradas, Cirurgias e Cancelamentos	40
Gráfico VII – Cirurgias em 2007 e 2008	41
Gráfico VIII – Cancelamentos em 2007 e 2008	42
Gráfico IX – Utentes em LIC por especialidade.....	44
Gráfico X – Evolução do Tempo de espera por especialidade	44
Gráfico XI – Distribuição dos utentes por tempo de espera	45
Gráfico XII – Tempo de espera efectivo até à cirurgia	46
Gráfico XIII – VC e NT emitidos até 31-12-2008	50
Gráfico XIV – VC e NT emitidos até 31-12-2008 – por ano de emissão	51
Gráfico XV – Evolução do número de inscritos e tempos de espera em Oftalmologia. 53	
Gráfico XVI – Produção cirúrgica oftalmologia.....	54
Gráfico XVII – 1 ^{as} Consulta de Oftalmologia por ARS	54

Volume II

1. Respostas nos Termos do Contraditório
2. Nota de Emolumentos





FICHA TÉCNICA

Auditoria de Seguimento das Recomendações formuladas no Relatório de Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia -SIGIC.

Nome	Categoria	Qualificação Académica
Coordenação e Controlo		
<i>Abílio Pereira de Matos</i>	<i>Auditor-Coordenador</i>	<i>Licenciado em Economia</i>
<i>Maria Isabel Viegas</i>	<i>Auditora-Chefe</i>	<i>Licenciada em Organização e Gestão de Empresas</i>
Equipa de Auditoria		
<i>Ana Bravo de Campos</i>	<i>Auditora</i>	<i>Licenciada em Direito</i>
<i>Pedro Fonseca</i>	<i>Técnico Superior</i>	<i>Licenciado em Economia</i>
<i>Maria João Morgado</i>	<i>Técnica Superior</i>	<i>Licenciada em Direito</i>



Tribunal de Contas

RELAÇÃO DE SIGLAS

<i>Sigla</i>	<i>Designação</i>
ACSS	<i>Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.</i>
ACE	<i>Agrupamento de Centros de Saúde</i>
ARS	<i>Administração Regional de Saúde</i>
ARS Alentejo	<i>Administração Regional de Saúde do Alentejo, I. P.</i>
ARS Algarve	<i>Administração Regional de Saúde do Algarve, I. P.</i>
ARSC	<i>Administração Regional de Saúde do Centro, I. P.</i>
ARSLVT	<i>Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.</i>
ARSN	<i>Administração Regional de Saúde do Norte, I. P.</i>
CA	<i>Conselho de Administração</i>
CSP	<i>Cuidados de Saúde Primários</i>
CTH	<i>Consulta a Tempo e Horas</i>
DC	<i>Departamento de Contratualização</i>
EPE	<i>Entidade Pública Empresarial</i>
GDH	<i>Grupo de Diagnóstico Homogéneo</i>
HO	<i>Hospital de Origem</i>
HD	<i>Hospital de Destino</i>
LIC	<i>Lista de Inscritos para Cirurgia</i>
NT	<i>Nota de Transferência</i>
ORL	<i>Otorrinolaringologia</i>
PACO	<i>Plano de Acesso à Cirurgia Oftalmológica</i>
PD	<i>Plano de Desempenho</i>
PECLEC	<i>Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas</i>
PIO	<i>Programa de Intervenção em Oftalmologia</i>
PPA	<i>Programa de Promoção do Acesso</i>
RCM	<i>Resolução do Conselho de Ministros</i>
SIGIC	<i>Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia</i>
SIGLIC	<i>Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia</i>
SONHO	<i>Sistema de Gestão de Doentes Hospitalares</i>
SNS	<i>Serviço Nacional de Saúde</i>
SPA	<i>Sector Público Administrativo</i>
TE	<i>Tempo de Espera</i>
TMRG	<i>Tempo Máximo de Resposta Garantido</i>
UCGIC	<i>Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia</i>
URGIC	<i>Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia</i>
USF	<i>Unidades de Saúde Familiar</i>
UHGIC	<i>Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia</i>
VC	<i>Vale Cirurgia</i>





GLOSSÁRIO

Cirurgia Programada ou Electiva ¹	Intervenção/cirurgia efectuada com data de realização previamente marcada.
Cirurgia Urgente ¹	Cirurgia efectuada sem data de realização previamente marcada, por imperativo da situação clínica
Consulta Médica ¹	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.
Grupo de Diagnóstico Homogéneo ²	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 ³	Unidade hospitalar do SNS, do sector privado ou do sector social onde é efectuada pela primeira vez o registo do utente na LIC para Cirurgia para um determinado tratamento cirúrgico.
Hospital de Destino ³	Unidade hospitalar do SNS ou unidade convencionada no âmbito do SIGIC, onde é realizada a intervenção cirúrgica que foi identificada como necessária no hospital de origem do utente, aquando do seu registo na LIC.
Intervenção Cirúrgica/Cirurgia ¹	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.
Média aritmética ⁴	Considerando um conjunto de dados observados, a média aritmética obtém-se dividindo a soma dos dados observados pelo número de dados.
Mediana ⁴	Medida de posição que divide a série estatística em duas partes iguais.
Nível de Prioridade ³	Classe em que um determinado utente é integrado, tendo em conta o tempo máximo que pode esperar pelo procedimento cirúrgico proposto, avaliado em função da doença e problemas associados, patologia de base, gravidade, impacto na esperança de vida, na autonomia e na qualidade de vida do utente, velocidade de progressão da doença e tempo de exposição à doença.
Primeira Consulta ¹	Consulta médica em que o utente é examinado pela primeira vez e referente a um episódio de doença.

¹ Fonte: Glossário de Conceitos para Produção de Estatísticas em Saúde, Direcção-Geral da Saúde.

² Informação de Retorno, IGIF/ACSS, I.P..

³ Regulamento do SIGIC – Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro.

⁴ Sebenta de Matemáticas Gerais – Estatística, Fernando Borja Santos.



I – SUMÁRIO

Em cumprimento do Programa de Fiscalização aprovado pelo Tribunal de Contas para 2009, em sessão do Plenário da 2ª Secção, através da Resolução n.º 7/08, de 11 de Dezembro, realizou-se uma auditoria de seguimento às recomendações formuladas no Relatório de Auditoria ao “Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia – SIGIC⁵”.

A auditoria teve como objectivo geral aferir o grau de acolhimento das recomendações formuladas e avaliar o impacto das medidas implementadas na melhoria do acesso aos cuidados de saúde, no período compreendido entre 2007 e 2008.

1. APRECIÇÃO GERAL

As **recomendações** formuladas foram, na sua maioria, acolhidas pelas entidades a quem se destinavam (Tutela e entidades responsáveis pelo acompanhamento e controlo do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia), tendo sido desenvolvidas medidas que vão no sentido da resolução dos problemas identificados no referido relatório.

Estas medidas tiveram **impactos sociais** ao nível da melhoria no acesso aos cuidados de saúde primários e hospitalares, bem como ao nível da universalidade e da equidade no tratamento dos utentes.

Tiveram ainda um **impacto financeiro** (€ 6 474 678,58) resultante da recuperação de receita, relativa à facturação às entidades responsáveis pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados aos seus beneficiários.

Ao nível de **imprensa**, o relatório do Tribunal de Contas teve um impacto expressivo, tendo sido notícia em diversos jornais diários e semanários, bem como nos telejornais dos canais televisivos. Entre Novembro de 2007 e Setembro de 2008, foram registadas 1458 visualizações do relatório disponibilizado no sítio do Tribunal.

No acesso aos **cuidados de saúde primários**, os indicadores analisados indiciam que se mantêm alguns dos constrangimentos. No entanto, foram desenvolvidas medidas, nomeadamente a criação de unidades de saúde familiares e de agrupamentos de centros de saúde, com o objectivo de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços prestados.

⁵ Cfr. Relatório n.º 25/07 – 2ª S, aprovado em Subsecção da 2ª Secção do Tribunal de Contas, em 27 de Setembro de 2007, cujo âmbito compreendeu o período entre 2003 e 2006.



Tribunal de Contas

O estabelecimento de procedimentos uniformes ao nível da **marcação da primeira consulta hospitalar**, através do Programa Consulta a Tempo e Horas, permitirá, quando totalmente implementado, conhecer as necessidades dos utentes nesta área e melhorar a articulação dos cuidados de saúde primários com os cuidados de saúde diferenciados. Existe, no entanto, algum atraso na implementação deste programa.

O **Programa de Intervenção em Oftalmologia** permitiu aumentar a produção de primeiras consultas hospitalares e cirurgias nesta especialidade, facilitando o acesso à lista de inscritos para cirurgia e diminuindo o número de utentes em lista e o seu tempo de espera. No entanto, aparenta ser uma solução pontual⁶, o que contraria o princípio patente na criação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, que pressupõe uma abordagem de intervenção a longo prazo, que facilite a gestão das listas de espera e aumente a capacidade para a resolução das mesmas.

As alterações adoptadas com a aprovação do **novo regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia** e a definição dos **tempos máximos de espera garantidos** vieram responder a algumas das observações formuladas no anterior relatório de auditoria, nomeadamente ao nível da emissão de vales cirurgia de acordo com o nível de prioridade atribuído aos utentes e da possibilidade de recusa de transferência por parte do utente, sem perda de antiguidade na lista de inscritos para cirurgia.

Em termos da **evolução da lista de inscritos e dos tempos de espera**, em 2007 e 2008, mantiveram-se, em todas as Administrações Regionais de Saúde e especialidades, as tendências de redução do número de inscritos e do tempo de espera.

Continuam, no entanto, a não ser cumpridos os princípios da **equidade e da universalidade** na inclusão na Lista de Inscritos para Cirurgia, uma vez que existem utentes referenciados directamente para estabelecimentos de saúde do sector social e do sector privado⁷, que não fazem parte da lista de inscritos, não usufruindo dos mesmos direitos e garantias.

O cumprimento dos **tempos máximos de espera** definidos para cada nível de prioridade é ainda insuficiente, apesar de ser superior ao apurado na anterior auditoria.

⁶ O programa envolve a contratualização de cirurgias e a realização de primeiras consultas, em produção adicional, a realizar entre 1 de Julho de 2008 e 1 de Julho de 2009.

⁷ Cf. Hospital da Prelada e o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa.



2. CONCLUSÕES

Cuidados de saúde primários (Pontos 9.1 e 10.1)

- ✓ O agravamento dos principais indicadores analisados (2007 e 2008) indicia que se mantiveram alguns dos constrangimentos no acesso aos cuidados de saúde primários identificados no anterior relatório de auditoria. Estes constrangimentos influenciaram o acesso à lista de inscritos para cirurgia e conseqüentemente o tempo de espera até à resolução do problema cirúrgico.
- ✓ No período de Junho de 2006 a Junho de 2008, o número de médicos de família diminuiu em todas as regiões de saúde (-11,3%), sendo a região do Alentejo a que registou o maior decréscimo (23%) e a região do Centro o menor decréscimo (7%). Tendo aumentado o número de utentes inscritos em todas as regiões (4,1% a nível nacional), registou-se, conseqüentemente, um aumento do número de utentes inscritos sem médico de família.
- ✓ Em 31 de Dezembro de 2008, **o número de utentes sem médico de família atingia**, nas cinco regiões de saúde, **um total de 1.474.532 utentes**, superior em 27% ao verificado em 30 de Junho de 2006 (1.164.635).
- ✓ Nas regiões de saúde do Norte, de Lisboa e Vale do Tejo e do Alentejo, o número de utentes inscritos na lista de cada médico de família era inferior aos 1500⁸, o que demonstra uma gestão pouco eficiente tendo em conta o número de utentes sem médico de família nessas regiões (432.565 na Administração Regional de Saúde do Norte, 818.227 na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e 21.084 na Administração Regional de Saúde do Alentejo).
- ✓ A fim de garantir à população de determinada área geográfica uma melhoria no acesso aos cuidados de saúde primários e alcançar ganhos em saúde, foram criadas Unidades de Saúde Familiar e recentemente os Agrupamentos de Centros de Saúde. Não são, no entanto, ainda visíveis as melhorias resultantes da implementação destas medidas ao nível do acesso aos cuidados de saúde primários.

⁸ Contrariamente ao previsto em diploma legal



Tribunal de Contas

Primeiras consultas hospitalares (Pontos 9.2 e 10.2)

- ✓ Ao nível do sistema de gestão do acesso à primeira consulta hospitalar e com o intuito de suprir as insuficiências nesta área, foi criado, em Julho de 2008, o programa específico - Consulta a Tempo e Horas⁹. Este programa tem por objectivo permitir uma monitorização eficaz da capacidade de resposta das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, aos pedidos de consulta com origem nas unidades prestadoras de cuidados de saúde primários.
- ✓ Não estão ainda desenvolvidos, na sua plenitude, os mecanismos que assegurem às instituições do Serviço Nacional de Saúde o acesso ao sistema informático¹⁰ que suporta o Programa Consulta a Tempo e Horas, que permite a referenciação electrónica de utentes para as instituições hospitalares, a partir das unidades prestadoras de cuidados de saúde primários, por dificuldades na operacionalização das infra-estruturas informáticas e de comunicações.
- ✓ O total de pedidos de marcação de primeira consulta hospitalar registados no sistema ALERT P1, nas cinco ARS, era, em Dezembro de 2008, de **479.207**. Nas oito especialidades seleccionadas, na anterior auditoria, esse número ascendia a **292.553**, sendo as especialidades de Oftalmologia (33%), de Otorrinolaringologia (16%) e de Ortopedia (14%) as que registavam maior número de pedidos.

Acompanhamento e controlo do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (Ponto 10.3)

A nível central

- ✓ No processo de acompanhamento e controlo efectuado pela **Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia**, verificaram-se melhorias ao nível da transferência de dados dos sistemas de informação das unidades hospitalares para o *Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia*, designadamente numa maior consistência da base de dados central com as bases de dados hospitalares. Contudo, registam-se ainda algumas deficiências, quanto à existência de doentes pendentes sem qualquer justificação e à não disponibilização do motivo da pendência do doente.
- ✓ Foram ainda implementados pela **Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia** novos procedimentos, com o objectivo de melhorar os mecanismos de acompanhamento, e novas funcionalidades no *Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia*.

⁹ Os resultados do programa Consulta a Tempo e Horas serão objecto de uma acção prevista no Programa de Fiscalização do Tribunal de Contas, para 2009, a desenvolver no último trimestre e a transitar para 2010.

¹⁰ Designado por sistema ALERT P1.





- ✓ Ficou inviabilizada a recolha de evidência sobre o cumprimento efectivo dos níveis de prioridade clínica atribuídos aos utentes, uma vez que não foram efectuadas auditorias pela **Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia** aos hospitais, a fim de aferir o grau de cumprimento daqueles níveis.
- ✓ Não foi, ainda, efectuada a revisão do regime de penalizações previstas no *Manual do Sistema de Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia*.

A nível regional

- ✓ Assinala-se uma melhoria no acompanhamento e no controlo efectuado pelas **Unidades Regionais de Gestão de Inscritos para Cirurgia** sobre a evolução da lista dos inscritos para cirurgia nas unidades hospitalares, nomeadamente quanto aos tempos de espera e ao cumprimento das prioridades clínicas estabelecidas.
- ✓ As Administrações Regionais de Saúde, através dos Departamentos de Contratualização, procedem ao acompanhamento da execução da produção cirúrgica das unidades hospitalares da sua área geográfica, pela monitorização dos contratos programa, porém, continuam a não avaliar a capacidade instalada dessas unidades de forma à sua melhor rendibilização em todas as especialidades cirúrgicas.

Sistema de informação

- ✓ Verificou-se que continua a não existir um planeamento do projecto de manutenção evolutiva do *Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia*, acordado com as Unidades Regionais de Gestão de Inscritos para Cirurgia, um plano de contingência do sistema, nem um ambiente autónomo para a realização de testes de integração de sistemas.
- ✓ O *Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia* continua a não disponibilizar indicadores sobre a rendibilização da capacidade instalada nas unidades hospitalares que possibilitem uma gestão mais eficiente da produção cirúrgica realizada por especialidade, quer a nível regional, quer nacional.
- ✓ As tipologias de desconformidades elencadas no *Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia* não correspondem à totalidade das desconformidades existentes, o que dificulta a aplicação de penalizações nalguns casos.

Lista de inscritos para cirurgia e tempos de espera

- ✓ Com o objectivo de garantir a prestação de cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável, foi publicada em Dezembro de 2008 a Carta dos Direitos





Tribunal de Contas

de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde e definidos os Tempos Máximos de Resposta Garantidos para todo o tipo de prestação de cuidados de saúde sem carácter de urgência.

Evolução do número de utentes e dos tempos de espera (Pontos 10.4.1 e 10.4.2)

- ✓ Em 2007 e 2008, mantiveram-se as tendências de **redução do número de inscritos e do tempo de espera** verificadas até 2006, uma vez que o conjunto de cancelamentos (223.706) e de cirurgias realizadas (856.623) foi superior às novas entradas de utentes na lista (1.021.421).
- ✓ No entanto, à semelhança do que aconteceu em anos anteriores, em 2007 e 2008 o número de cirurgias realizadas foi sempre inferior à afluência de utentes à lista de espera, apesar do aumento da produção cirúrgica nestes anos.
- ✓ O crescimento percentual da actividade cirúrgica entre 2007 e 2008 (13%) foi 2,6 vezes superior ao aumento registado em termos de novas entradas de utentes no mesmo período (5%).
- ✓ O rácio de cobertura do aumento das entradas de utentes entre 2007 e 2008 pelo aumento da produção cirúrgica foi de 196%, uma vez que em 2008 entraram na lista de espera mais 25.795 utentes do que em 2007, tendo a produção cirúrgica em 2008 sido superior em 50.503 relativamente ao verificado em 2007.
- ✓ Cerca de 7% (63.536) das 856.623 cirurgias realizadas, em 2007 e 2008, foram efectuadas após transferência do utente para outra instituição, pública ou privada, por falta de resposta atempada no hospital de origem¹¹. Destas, 90% (57.129) foram efectuadas por convencionados e 10% (6.407) em outros hospitais do Serviço Nacional de Saúde.
- ✓ A média e a mediana do tempo de espera até à cirurgia, nos dois anos em análise, foram inferiores a 7 e 6 meses, respectivamente, em todas as especialidades seleccionadas, comparativamente aos 10 e 7 meses verificados até 31 de Dezembro de 2006. Destacam-se com maiores tempos de espera as especialidades de Otorrinolaringologia e Cirurgia Vasculuar.
- ✓ Apesar do cumprimento dos tempos máximos associados aos 4 níveis de prioridade clínica atribuídos pelos médicos ser muito superior, nos anos de 2007 e 2008, quando comparado com o cumprimento apurado na anterior auditoria, não deixa de ser ainda insuficiente. Do total de cirurgias realizadas nos anos de 2007 e 2008, 10% tiveram um tempo de espera associado que ultrapassou os tempos máximos de espera que o Ministério da Saúde pretende garantir.

¹¹ Unidade hospitalar onde é efectuado pela primeira vez o registo do utente na lista de inscritos para cirurgia para um determinado tratamento cirúrgico, na sequência de uma consulta externa hospitalar.



✓ De igual forma, o facto de persistirem na lista de inscritos para cirurgia, em 31 de Dezembro de 2008, mais de 28 mil utentes com tempos de espera superiores aos correspondentes ao nível de prioridade que lhes foi atribuído, apesar da melhoria verificada relativamente a 31 de Dezembro de 2006 (69.975 utentes), não deixa de ser preocupante.

Equidade e universalidade (Ponto 10.4.3)

✓ As alterações introduzidas, em Janeiro de 2008, no **regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia**, foram essencialmente no âmbito das definições e conceitos básicos, dos direitos e deveres dos utentes e no procedimento de gestão de inscritos para cirurgia, ao nível da redução do tempo de espera na emissão de vales cirurgia, de forma a respeitar o nível de prioridade atribuído aos utentes e da possibilidade de recusa de transferência por parte do utente, sem perda de antiguidade na lista de espera.

Além disso, prevê explicitamente a inclusão de todas as entidades que contratam e convencionam com o Serviço Nacional de Saúde a prestação de cuidados de saúde.

✓ Continuam, no entanto, a não ser cumpridos os **princípios da equidade e da universalidade** porquanto não constam ainda da lista de inscritos para cirurgia os utentes beneficiários do Serviço Nacional de Saúde referenciados¹² directamente para as instituições de saúde do sector social e do sector privado, ao abrigo de acordos, contratos ou convenções celebrados com o Ministério da Saúde, não usufruindo os utentes dos mesmos direitos e garantias. Salienta-se, no entanto, como positiva a integração, em 2008, dos utentes em espera no Hospital Fernando da Fonseca¹³.

✓ Os **diferentes níveis de acessibilidade** aos cuidados de saúde primários e de interligação destes cuidados com a consulta externa hospitalar, verificados em diferentes regiões de saúde, com as consequências que têm ao nível do acesso à lista de inscritos para cirurgia, são também contrários ao princípio da equidade.

Programa de Intervenção em Oftalmologia (Pontos 9.3 e 10.4.4)

✓ Com vista a reduzir o tempo de acesso a consultas de Oftalmologia, identificado como elevado nos hospitais seleccionados na amostra da auditoria ao Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, e garantir o acesso à cirurgia da

¹² 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, 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.

¹³ Actual Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE.



Tribunal de Contas

catarata em tempo adequado, foi criado o **Programa de Intervenção em Oftalmologia**.

- ✓ O Programa de Intervenção em Oftalmologia tem por objectivo a realização de 30 mil cirurgias, em produção adicional, nos hospitais públicos, a executar entre 1 de Julho de 2008 e 1 de Julho de 2009, de forma a reduzir os tempos de espera cirúrgicos, e a realização de 75 mil primeiras consultas.
- ✓ O total da produção adicional contratada com as unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, ao abrigo do Programa de Intervenção em Oftalmologia para a realização de cirurgias oftalmológicas foi, em 2008 (1 de Julho a 31 de Dezembro de 2008), de 16.405. Como contrapartida dessa contratualização, os hospitais obrigaram-se a realizar, no mesmo período, 37.577 primeiras consultas da especialidade de Oftalmologia.
- ✓ A aprovação deste programa, com características em tudo semelhantes a anteriores programas de intervenção pontual sobre as listas de espera¹⁴ que produzem resultados de curto prazo, mas que não alteram de forma sensível a dinâmica da lista de espera, contraria o princípio patente na criação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia que pressupõe uma abordagem de intervenção a longo prazo, que facilite a gestão das listas de espera e aumente a capacidade para a resolução das mesmas.
- ✓ A inexistência de indicadores sobre a rendibilização da capacidade instalada das unidades hospitalares e a não discriminação do número de cirurgias por especialidade nos contratos-programa celebrados com aquelas unidades (a realizar em produção base) impede uma análise efectiva das necessidades dos hospitais que aderiram ao Programa de Intervenção em Oftalmologia, nomeadamente quanto ao número de cirurgias negociadas no Plano de Desempenho. Assim, não foi possível determinar se as cirurgias contratualizadas no âmbito do Programa de Intervenção em Oftalmologia, em produção adicional, (com o conseqüente aumento de custos) poderiam ter sido realizadas em produção normal/base¹⁵.

¹⁴ Refira-se, a este propósito, os primeiros programas de combate às listas de espera (Programa de Promoção do Acesso – PPA – e o Programa Especial de Combate à Listas de Espera Cirúrgicas - PECLEC), que tiveram como característica fundamental incentivar o aumento da capacidade disponível, contudo esse aumento da oferta não resultou numa resolução sustentada do problema das listas de espera (cfr. Relatório de Auditoria n.º 15/05-2ªS. e Relatório de Auditoria n.º 25/07-2ªS.)

¹⁵ Encontra-se incluída no PF/2009 do Tribunal de Contas uma acção direccionada ao Programa de Intervenção em Oftalmologia (PIO) (a iniciar no quarto trimestre), na qual será feita uma avaliação do mesmo.



3. RECOMENDAÇÕES

À Ministra da Saúde

- ✓ Diligenciar no sentido de serem implementados os instrumentos e/ou os mecanismos de forma a assegurar o funcionamento integral do sistema de informação que suporta o Programa Consulta a Tempo e Horas.
- ✓ Diligenciar no sentido da integração no Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia dos utentes referenciados para as entidades do sector social e do sector privado que prestam cuidados de saúde aos utentes do Serviço Nacional de Saúde ao abrigo de acordos, contratos ou convenções, de forma a serem cumpridos os princípios da equidade e universalidade.
- ✓ Desenvolver medidas activas de modo a que, no curto prazo, as unidades prestadoras de cuidados de saúde primários sejam dotadas de recursos suficientes e necessários de modo a acabar com a situação de utentes do Serviço Nacional de Saúde sem médicos de família, situação que se agravou de 2006 para 2008.
- ✓ Providenciar no sentido de ajustar a oferta de profissionais de saúde, designadamente médicos, às necessidades do País.
- ✓ Optimizar o funcionamento do sistema de modo a que as situações dos doentes em lista de espera, para além dos tempos máximos de resposta garantidos, sejam resolvidas atempadamente.

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

- ✓ Providenciar pela conclusão do processo de inclusão no Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia de indicadores sobre a rendibilização da capacidade instalada dos hospitais, essencial para uma gestão mais racional dos recursos existentes, evitando eventuais desperdícios.
- ✓ Providenciar pela revisão do regime de penalizações previstas no Manual do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia.
- ✓ Reformular a tipificação das desconformidades, constantes do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, por forma a permitir uma melhor identificação das situações geradoras de penalizações.
- ✓ Diligenciar para que exista um planeamento do projecto de manutenção evolutiva do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, acordado com as Unidades Regionais de Gestão de Inscritos para Cirurgia, um plano de



Tribunal de Contas

contingência do sistema e um ambiente autónomo para realizar os testes de integração de sistemas.

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

- ✓ Elaborar um plano de reafectação do pessoal médico aos utentes, por forma a que não existam utentes sem médico de família.
- ✓ Planear a utilização efectiva da capacidade instalada da produção cirúrgica das unidades hospitalares, por forma a eliminar desperdícios.





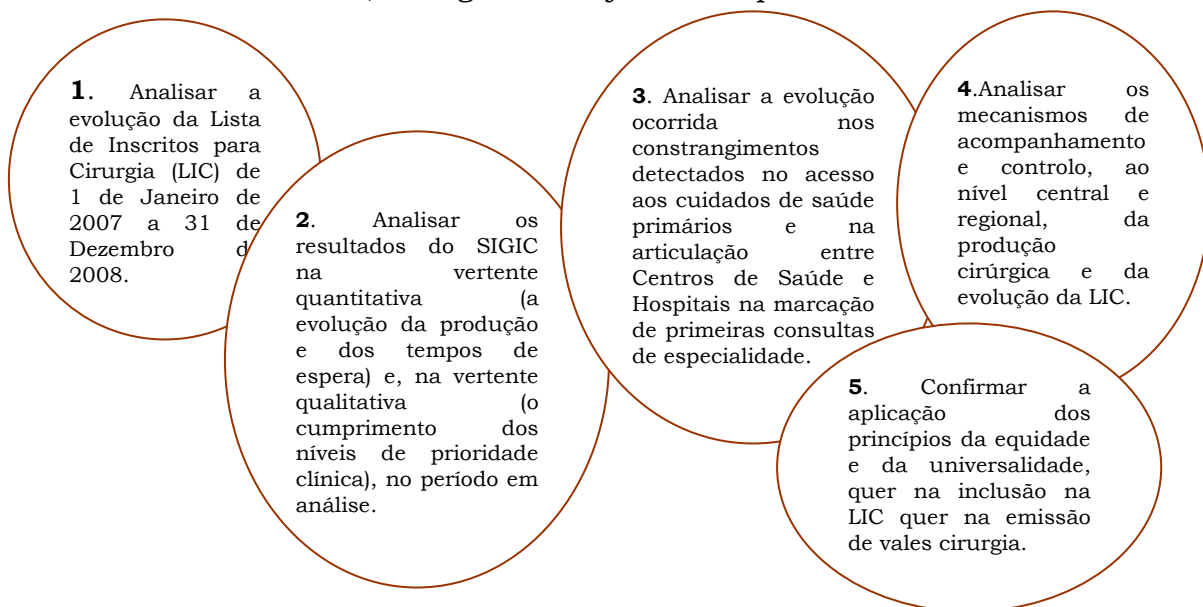
II – INTRODUÇÃO

4. FUNDAMENTO, ÂMBITO E OBJECTIVOS DA AUDITORIA

Em cumprimento do Programa de Fiscalização aprovado pelo Tribunal de Contas para 2009, em sessão do Plenário da 2ª Secção, através da Resolução n.º 7/08, de 11 de Dezembro, realizou-se uma auditoria de seguimento às recomendações constantes no relatório de *Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia – SIGIC*¹⁶.

A auditoria teve como objectivo geral aferir o grau de acolhimento das recomendações formuladas e avaliar o impacto em ganhos de saúde das medidas implementadas, nomeadamente, na melhoria no acesso aos cuidados de saúde, ao nível de marcação de consultas nos cuidados de saúde primários, de primeira consulta hospitalar e de articulação entre estas entidades, com a consequente redução do tempo de espera para a realização da cirurgia.

Para a concretização do objectivo geral, foram definidos no Plano Global/Programa de Trabalho de Auditoria, os seguintes objectivos específicos:



¹⁶ A auditoria foi concluída em 2007, abrangeu os anos de 2003 a 2006, e revestiu a natureza de uma auditoria de resultados que teve como objectivo, entre outros, a identificação e análise de algumas condicionantes do acesso aos cuidados de saúde e, a avaliação do Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia – SIGLIC, do acompanhamento do SIGIC pelas Unidades Central, Regional e Hospitalar, e do impacto do SIGIC na produção cirúrgica, na produtividade, na evolução da lista de inscritos para cirurgia e na qualidade da produção cirúrgica nas instituições do Serviço Nacional de Saúde seleccionadas na amostra.



Tribunal de Contas

A auditoria teve por âmbito a análise da evolução da Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) e dos tempos de espera no período compreendido entre 1 de Janeiro de 2007 e 31 de Dezembro de 2008, tendo sido analisados os resultados do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) na vertente quantitativa (a produção e os tempos de espera) e na vertente qualitativa (os níveis de prioridade clínica) e, ainda, a análise da evolução dos constrangimentos detectados no acesso aos cuidados de saúde primários e na articulação entre os cuidados de saúde primários¹⁷ e os hospitais na marcação de primeiras consultas de especialidade.

5. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

A auditoria foi realizada de acordo com normas e procedimentos geralmente aceites, acolhidos no “*Manual de Auditoria e de Procedimentos*” do Tribunal de Contas e constantes do Plano Global de Auditoria/Programa de Trabalhos aprovados.

Na fase de planeamento, procedeu-se a um estudo prévio com base nos diplomas legais publicados sobre a matéria¹⁸, e foi ainda efectuada, nesta fase, uma análise das medidas implementadas pelas entidades a quem foram formuladas recomendações.

Na fase de execução, foi desenvolvido trabalho de campo junto da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), da Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC) e das Administrações Regionais de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo, do Centro e do Alentejo, bem como das respectivas Unidades Regionais de Gestão de Inscritos para Cirurgia (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).

Não fez parte do âmbito da auditoria a avaliação do acompanhamento e do controlo da LIC nas Unidades Hospitalares de Gestão de Inscritos para Cirurgia.

¹⁷ O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, veio criar os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Os centros de saúde deixam de estar sujeitos ao diploma que os rege (Decreto-Lei n.º 157/99) a partir da sua integração num ACES.

¹⁸ Nomeadamente, da Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro, que aprovou o novo Regulamento do SIGIC, da Portaria n.º 615/2008, de 11 de Julho, que aprovou o Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS), designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH), e do Despacho n.º 20639/2008, do Secretário de Estado da Saúde, publicado na 2ª Série do DR, de 6 de Agosto, e da Portaria n.º 1306/2008, de 11 de Novembro, que aprovou o Programa de Intervenção em Oftalmologia (PIO) e as condições do programa, respectivamente.



A análise do acesso aos cuidados de saúde primários e da articulação entre estes cuidados e os hospitalares, através da marcação de primeiras consultas de especialidade, foi efectuada tendo por base os Planos de Desempenho dos hospitais¹⁹.

6. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES

No decurso da auditoria não foram observadas quaisquer situações condicionantes ao normal desenvolvimento do trabalho, realçando-se a colaboração e a disponibilidade demonstrada pelos dirigentes e funcionários das entidades envolvidas.

7. AUDIÇÃO DOS RESPONSÁVEIS EM CUMPRIMENTO DO PRINCÍPIO DO CONTRADITÓRIO

Tendo em vista o exercício do direito de resposta, em cumprimento do princípio do contraditório, nos termos dos artigos 13º e 87º, n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto²⁰, o relato foi enviado às seguintes entidades:

- Ministra da Saúde;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Norte, I.P;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P;

Destas entidades não apresentaram alegações: a Ministra da Saúde, o Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P e o Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

¹⁹ Informação recolhida junto dos Departamentos de Contratualização das ARS.

²⁰ Este diploma foi objecto de alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 87-B/98, de 31 de Dezembro, 1/2001, de 4 de Janeiro, 48/2006, de 29 de Agosto, e 35/2007, de 13 de Agosto.



Tribunal de Contas

As alegações apresentadas, constam na íntegra do Volume II do presente Relatório, nos termos dos artigos 13º, n.º 4, da Lei n.º 98/97, e 60º, n.º 3, do Regulamento da 2.ª Secção, aprovado pela Resolução n.º 3/98-2.ª Secção, de 19 de Junho, com as alterações introduzidas pela Resolução n.º 2/2002-2.ª Secção, de 17 de Janeiro, e pela Resolução n.º 3/2002-2.ª Secção, de 23 de Maio.

Das alegações formuladas salientam-se, pelo seu carácter geral, as respostas do Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. que vem referir “(...) *concordamos, em termos gerais, com as conclusões do relatório. Aliás, (...) gostaríamos de sublinhar o cuidado e rigor que transparecem deste documento. (...). Relativamente ao SIGIC a referência quanto à definição e rentabilização da capacidade instalada concordamos inteiramente com o objectivo que, ainda não foi possível levar à prática por um conjunto de dificuldades e obstáculos mas que, numa próxima ronda esta ARS certamente procurará superar.*”, e a resposta da Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P, que informa “ (...) *nada tem a opor ao explanado no Relato (...) concordando com as conclusões e recomendações do mesmo.*”.

Quanto às alegações apresentadas pelo Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P, destaca-se a informação complementar relativamente à articulação entre os contratos programa 2009 e a Lista de Inscrito para Cirurgia (LIC).

O Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., refere que “*Globalmente as considerações e ilações constantes do Relatório em causa consideram-se ajustadas e justas identificando-se nas mesmas, elementos orientados para a procura de um melhor serviço.*”.

As restantes alegações, respeitando a pontos específicos do Relatório, designadamente pontos 8.2, 10.3, 10.4.2, 10.4.3 e 10.4.4 constam, em síntese, dos mesmos.





III - DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA

8. O ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE - RELATÓRIO DE AUDITORIA AO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE DO SNS - SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO DE INSCRITOS PARA CIRURGIA – SIGIC

8.1. Diagnóstico apresentado no relatório de auditoria

No relatório de auditoria ao “Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia – SIGIC”, o Tribunal de Contas formulou um conjunto de recomendações às várias entidades intervenientes no processo (Tutela, central e regional), ao nível da execução, da gestão, da monitorização e do controlo da produção cirúrgica no âmbito do SIGIC, e também ao nível do cumprimento de normas, regras e princípios definidos, não obstante ter reconhecido que o SIGIC, desde a sua implementação (2004) até à data da realização da auditoria (2006), havia introduzido melhorias ao nível da centralização da informação dos inscritos para cirurgia e de uma maior transparência na sua relação com o hospital, apresentando resultados positivos ao nível da diminuição das médias e mediana do tempo de espera para a realização da cirurgia.

8.2. Recomendações formuladas no relatório de auditoria

Relativamente às recomendações constantes no referido relatório foi feita a análise das respostas apresentadas pelas entidades e avaliado o grau de acolhimento das recomendações, tendo-se concluído²¹ que as recomendações foram, na sua maioria, acatadas por todas as entidades, conforme se pode observar nas figuras seguintes.

²¹ Cfr. Informação n.º 36/08 – DA VI.1 e Informação n.º 5/09 – DA VI.1.



Tribunal de Contas

Figura I

Ministro
Saúde

Recomendação

1. 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.
2. 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.
3. Adoptar medidas que promovam uma **melhor rentabilização da capacidade instalada** dos hospitais.
4. Garantir que formalmente sejam definidos o “tempo médio” e o “tempo máximo” de espera para a realização de cirurgias no SNS.
5. Providenciar pela aprovação do Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia.
6. Clarificar o normativo legal aplicável na facturação aos subsistemas de actos cirúrgicos praticados por entidades convencionadas.

Medidas

Foram criados agrupamentos de centros de saúde (ACES), que têm por finalidade garantir à população de determinada área geográfica uma melhoria no acesso aos cuidados de saúde primários e alcançar ganhos em saúde (**recomendação 1**).

Foi criado o Programa Consulta a Tempo e Horas (cfr. Portaria n.º 615/2008, de 11 de Julho), para um melhor acesso aos cuidados de saúde, designadamente na articulação entre os hospitais e os centros de saúde para marcação de 1ª consulta hospitalar (**recomendação 1**).

Foi publicado o novo Regulamento do SIGIC (cfr. Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro), o qual permite que o sistema seja mais universal e equitativo, nomeadamente pela inclusão explícita das entidades que contratam e convencionam com o SNS e pelas alterações nas condições de emissão dos Vales cirurgia (**recomendações 2 e 5**).

Foi criado o Programa de Intervenção em Oftalmologia (PIO), através da Portaria n.º 1306/2008, de 11 de Novembro, com o objectivo de promover, no âmbito das necessidades em oftalmologia, a rentabilização da capacidade instalada dos hospitais

Foi publicada a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do SNS (cfr. Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto), e a Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro, onde se define os tempos máximos de resposta para todo o tipo de prestação e por patologia (**recomendação 4**).

Foi clarificado o normativo legal aplicável à facturação aos subsistemas através de parecer, prevendo-se ainda a publicação de uma nova tabela de preços do SIGIC e o registo de informação sobre facturação aos subsistemas vir a ser incluído no SIGLIC. (**recomendação 6**)



Figura II

ARS

1. Providenciar no sentido de ser acompanhada e controlada a produção cirúrgica e a evolução da LIC.

2. Monitorizar o cumprimento pelos hospitais dos **níveis de prioridade clínica** atribuídos aos utentes.

3. Diligenciar no sentido de serem facturados aos subsistemas de saúde os actos cirúrgicos praticados por entidades convencionadas a utentes desses subsistemas.

4. 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.

O acompanhamento e o controlo da produção cirúrgica e da evolução da LIC dos hospitais da Região está a ser efectuado (**recomendação 1**).

As ARS estão actualmente a efectuar a monitorização do cumprimento pelos hospitais dos níveis de prioridade clínica atribuídos aos utentes (**recomendação 2**).

A ARSLVT e a ARSN já estão a facturar aos subsistemas. As restantes ARS encontram-se a concluir o processo conducente à facturação (**recomendação 3**).

Sobre as desconformidades detectadas no processo de gestão dos utentes, que possam originar penalizações, as ARS estão a proceder à elaboração de informação e à sua remessa aos hospitais e à ACSS. I.P./UCGIC (**recomendação 4**).

Figura III

ACSS, I.P.

Recomendação

1. 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.
2. 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.
4. 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.
5. Providenciar pela **revisão do regime de penalizações** previstas no Manual do SIGIC, tendo em conta a relevância das alegações apresentadas pela ARSC.

Medidas

Continuam a verificar-se algumas fragilidades no sistema, nomeadamente a falta de planeamento do projecto de manutenção evolutiva do Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), de um plano de contingência do sistema e de um ambiente autónomo para realizar testes de integração de sistemas, registando-se, no entanto, algumas melhorias do processo de integração dos dados hospitalares na base de dados central (**recomendação 1 e 2**).

A uniformização dos procedimentos de registo e de marcação de consultas (**recomendação 3**), os mesmos encontram-se previstos no Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão de acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do SNS - Consulta a Tempo e Horas, publicado em anexo à Portaria n.º 615/2008, de 11 de Julho.

Foram efectuadas algumas diligências no que concerne à inclusão no SIGLIC de indicadores sobre a rentabilidade da capacidade instalada dos hospitais, mas ainda não estão operacionais (**recomendação 4**).

A revisão do regime de penalizações previstas no Manual do SIGIC) ainda não foi efectuada (**recomendação 5**).

Relativamente às recomendações formuladas à ACSS, I.P., relativas ao SIGLIC, o Presidente do Conselho Administrativo daquela entidade vem informar, no âmbito do contraditório, que:

(...) A avaliação da capacidade instalada está a ser prosseguida, existindo no SIGLIC, na ficha do hospital uma descrição extensa da capacidade instalada do respectivo hospital.

(...) O planeamento do projecto de manutenção evolutiva está a ser prosseguido esperando-se a sua conclusão até ao final do ano.

(...) Com a transição já efectuada das infra-estruturas do SIGIC para o Data Center do Porto, que melhoraram significativamente a performance do sistema, criaram-se



as condições adequadas de, agora no seu ambiente definitivo, poder-se estabelecer análises de risco e planos de contingência que se espera poderem-se iniciar até ao final do ano.

(...) Já se publicaram alguns indicadores de rentabilidade em que a capacidade instalada é denominador nas análises elaboradas. Os indicadores que agora se desenham para além de relativizar a produção à capacidade instalada padronizam a produção para que as medidas possam retratar mais exactamente a realidade.”

O Tribunal regista com apreço as medidas entretanto tomadas, cuja implementação e efectiva utilização contribuirão para otimizar o acompanhamento e o controlo do funcionamento do SIGIC.

8.3. Impacto das recomendações

As medidas implementadas no seguimento das recomendações formuladas pelo Tribunal de Contas, que se detalham nos pontos seguintes, tiveram impactos sociais potenciais ou efectivos ao nível da melhoria no acesso aos cuidados de saúde, quer pela remodelação em curso nos cuidados de saúde primários, quer pelas mudanças ocorridas no processo de referenciação dos utentes entre estes cuidados de saúde e a primeira consulta hospitalar.

As alterações verificadas ao nível do regulamento do SIGIC e dos tempos máximos de espera garantem também uma maior universalidade e equidade horizontal e vertical no tratamento dos utentes.

Tiveram ainda um impacto financeiro de € 6 474 678,58, resultante da recuperação de receita não arrecadada pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), relativa à facturação às entidades responsáveis pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados aos seus beneficiários²² (subsistemas públicos e privados, seguradoras), no seguimento da emissão de um parecer para clarificação do normativo legal aplicável àquela facturação.

Ao nível de imprensa (escrita e falada), o relatório do Tribunal de Contas teve um impacto expressivo, tendo sido notícia em diversos jornais diários e semanários, bem como, nos telejornais dos canais televisivos públicos e privados.

O número de visitantes externos que consultaram o relatório de auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia – SIGIC, foi de 1458²³, entre Novembro de 2007 e Setembro de 2008.

²² Inclui €362 519,17 reportados pela ARS Algarve, relativos a episódios cujo processo de facturação se encontra em curso.

²³ Este número poderá ser maximizado com o número de visitantes da DGTC.



Tribunal de Contas

9. MEDIDAS LEGISLATIVAS IMPLEMENTADAS

9.1. Acesso a consulta nos cuidados de saúde primários

Através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro²⁴, foram criados os agrupamentos de centros de saúde (ACES), que têm por finalidade garantir à população de determinada área geográfica uma melhoria no acesso aos cuidados de saúde primários e alcançar ganhos em saúde.

Estas medidas inserem-se na reforma dos cuidados de saúde primários em curso²⁵, da qual se destaca ainda a criação de unidades de saúde familiar com o objectivo de, entre outros, melhorar a acessibilidade da população a estes cuidados de saúde.

9.2. Primeiras consultas hospitalares

A existência de deficiências ao nível do sistema de gestão do acesso à primeira consulta hospitalar foi reconhecida pelo Ministério da Saúde, tendo para o efeito criado um programa específico (Consulta a Tempo e Horas - CTH), através da Portaria n.º 615/2008, de 11 de Julho, que aprovou o Regulamento do Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do SNS – Consulta a Tempo e Horas (CTH).

A criação deste sistema encontrava-se inscrita como medida SIMPLEX, em 2006, e prevista nas Grandes Opções do Plano (GOP) para 2008.

O sistema CTH tem como finalidades:

- a. *Promover a celeridade no acesso a primeiras consultas da especialidade hospitalar em instituições do SNS, a partir de cuidados de saúde primários, assegurando a eficácia e a eficiência dos processos de referência envolvidos (cfr. ponto 2.1 do referido regulamento);*
- b. *Aplicar regras que garantam a transparência dos procedimentos e a responsabilização das instituições do SNS e dos utentes na marcação de*

²⁴ Os centros de saúde integrados em unidades locais de saúde seguem o regime de organização e funcionamento previsto no Decreto-Lei n.º 28/2008, com as necessárias adaptações (cfr. art.º 42º-A aditado pelo Decreto-Lei n.º 102/2009, de 11 de Maio, ao Decreto-Lei n.º 28/2008).

²⁵ Cfr. a este respeito a Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro que cria a Missão para os cuidados de saúde primários e a Resolução do Conselho de Ministros n.º 60/2007, de 5 de Abril, que prorroga o seu mandato por 2 anos.



- primeira consulta de especialidade hospitalar, tendo em conta o nível de urgência definido pelo médico assistente e a prioridade clínica de atendimento atribuída pelo profissional responsável pela triagem dos pedidos (cfr. ponto 2.2);*
- c. Adotar uma metodologia de referenciação a partir do processo clínico do utente, que assegure um acesso equitativo, permitindo uma gestão e avaliação integradas de todo o processo de referenciação e de marcação de primeira consulta de especialidade hospitalar, bem como da respectiva realização, cuidados subsequentes e retorno de informação ao médico assistente (cfr. ponto 2.3);*
 - d. Identificar as necessidades de acesso às primeiras consultas hospitalares e por especialidade, por parte de cada unidade de cuidados de saúde primários e a capacidade de resposta por hospital do SNS, garantindo tempos máximos de resposta para cada nível de prioridade (cfr. ponto 2.4);*
 - e. Garantir a produção de dados e de indicadores comuns e uniformes de contagem e de medida de tempo até à realização da consulta (cfr. ponto 2.5).*

9.3. Programa de Intervenção em Oftalmologia

O Programa de Intervenção em Oftalmologia (PIO), no valor de 28 milhões de euros, tem por objectivo a realização de 75 mil primeiras consultas e de 30 mil cirurgias em produção adicional nos hospitais públicos (a executar entre 1 de Julho de 2008 e 1 de Julho de 2009²⁶), de forma a reduzir os tempos de espera para os recomendados internacionalmente.

Para atingir este objectivo, o Ministério da Saúde criou uma rede de Centros de Elevado Desempenho (CED) nos hospitais do SNS onde já se faziam operações às cataratas em número significativo e que se localizam em Beja (Centro Hospitalar do Baixo Alentejo - Hospital José Joaquim Fernandes), Lisboa (Centro Hospitalar Lisboa /Norte - Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de São José), Coimbra (Hospitais da Universidade de Coimbra) e Porto (Hospital de São João, E.P.E.), para ajudar os hospitais com escassez de recursos a responder à procura de consultas e cirurgias oftalmológicas.

Este Programa engloba:

- a. A contratualização de produção adicional com os hospitais do SNS;
- b. O aumento de produção de base desses hospitais em cirurgia oftalmológica em 10%, 20% ou 30%, de acordo com a capacidade instalada;
- c. A criação de uma rede de centros de elevado desempenho (CED) para a cirurgia da catarata;

²⁶ Cfr. Portaria n.º 1306/2008, de 11 de Novembro.



Tribunal de Contas

- d. A utilização de hospitais públicos para a constituição dos CED, reforçando-se, dessa forma, o papel da rede pública e do SNS.

O PIO tem, ainda, como objectivo evitar duplicação de sistemas de informação e otimizar os recursos existentes, pelo que o processo de registo de utentes, transferências e cirurgias está a ser efectuado através do SIGLIC. O presente programa de intervenção pretende dar resposta ao problema das listas de espera com os meios e profissionais existentes no SNS.

9.4. Novo Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

As alterações introduzidas no Regulamento do SIGIC, aprovado pela Portaria n.º 45/2008, foram essencialmente no âmbito das definições e conceitos básicos, dos direitos e deveres dos utentes, e no procedimento de gestão de inscritos para cirurgia.

Destacam-se como alterações relacionadas com as observações formuladas no anterior relatório de auditoria as seguintes:

- a) Inclusão explícita das entidades do sector social e do sector privado que prestam cuidados aos utentes do Serviço Nacional de Saúde ao abrigo dos acordos, contratos e convenções celebrados, tendo sido fixado um prazo de três meses para a sua integração no SIGIC. Note-se que esta integração não veio a ocorrer, como referido no ponto 6.4.3.
- b) Emissão de Vales cirurgia aos utentes de acordo com os tempos máximos definidos para as prioridades de nível 1 e 2.
- c) Definição formal dos tempos máximos de espera associados a cada nível de prioridade.
- d) Alargamento das competências das estruturas de apoio ao funcionamento do SIGIC, nomeadamente em matérias processuais, de avaliação e controlo de toda a actividade cirúrgica e de realização de auditorias.
- e) Inclusão da possibilidade de o utente recusar a transferência para outro hospital, sem perda de antiguidade na lista.

9.5. Tempos Máximos de Resposta Garantidos

Com o objectivo de garantir a prestação de cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente, foram definidos os termos da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde (cfr. Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto).





Através da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro, foi publicada a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde e foram definidos os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para todo o tipo de prestação de cuidados de saúde sem carácter de urgência²⁷, por nível de prioridade.

Os prazos fixados para a actividade cirúrgica são os que já constavam do Regulamento do SIGIC, revisto pela Portaria n.º 45/2008.

10. RESULTADOS ALCANÇADOS

10.1. Os cuidados de saúde primários

A resposta atempada das entidades que prestam cuidados de saúde primários a uma consulta de medicina geral e familiar a partir do médico de família é requisito para o acesso a uma consulta de especialidade hospitalar e, conseqüentemente, à Lista de Inscritos para Cirurgia. A evolução dos indicadores constantes do quadro I, ocorrida entre 30 de Junho de 2006 e 30 de Junho de 2008, evidenciam algumas oscilações as quais se traduzem num menor número de médicos de família, em contraste com o aumento do número de inscritos e do número de utentes sem médico de família, neste último caso excepcionando-se as regiões de saúde do Centro e do Alentejo, nas quais se registou um decréscimo.

Quadro I – Indicadores de acesso a cuidados de saúde primários – 30 de Junho de 2006 e 2008

	30-06-2006					Total
	ARSN	ARSC	ARSLVT	ARSA	ARSALG	
N.º Utentes Inscritos	3.497.874	2.612.194	3.741.494	479.653	467.384	10.798.599
N.º Utentes s/ médico de família	384.237	106.277	587.182	20.456	66.483	1.164.635
N.º de Utilizadores	1.785.605	1.428.221	1.551.972	245.675	196.865	5.208.338
N.º de médicos	2.132	1.731	2.604	359	301	7.127
	30-06-2008					Total
	ARSN	ARSC	ARSLVT	ARSA	ARSALG	
N.º Utentes Inscritos	3.596.792	2.617.092	4.037.119	491.048	501.014	11.243.065
N.º Utentes s/ médico de família	410.299	76.689	799.132	19.920	110.237	1.416.277
N.º de Utilizadores	1.876.400	1.768.554	2.101.558	281.194	211.351	6.239.057
N.º de médicos	1.921	1.609	2.266	277	246	6.319
Var % do N.º de Utentes Inscritos	2,8%	0,2%	7,9%	2,4%	7,2%	4,1%
Var % do N.º de médicos	-9,9%	-7,0%	-13,0%	-22,8%	-18,3%	-11,3%

Fonte: Informação fornecida pelas ARS

²⁷ Para todo o tipo de prestação de cuidados de saúde sem carácter de urgência, designadamente ambulatorio dos centros de saúde, cuidados domiciliários, consultas externas hospitalares, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e cirurgia programada.

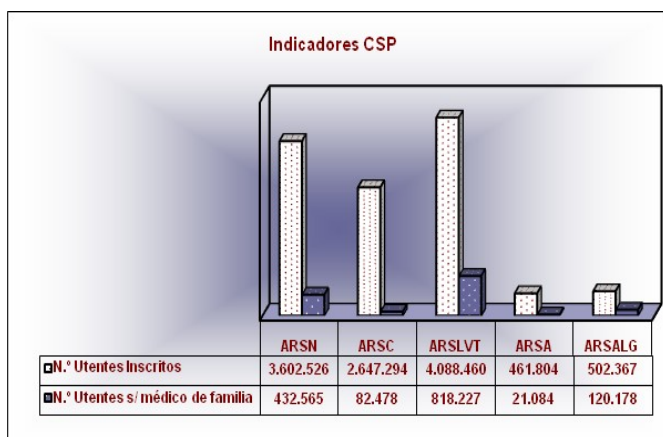


Tribunal de Contas

Da leitura do quadro I, conclui-se pela diminuição do número de médicos de família em todas as regiões de saúde, oscilando entre os 22,8%, na região do Alentejo e os 7% na região do Centro. As restantes regiões de saúde registaram-se um decréscimo na ordem dos 9,9%, na região do Norte, 13% na região de Lisboa e Vale do Tejo e 18,3%, na região do Algarve.

A situação é semelhante em 31 de Dezembro de 2008. Nesta data, o número de utentes sem médico de família, nas cinco regiões de saúde, atingia um total de 1.474.532 utentes (cfr. gráfico I), superior aos totais de 1.416.277 verificados em 30 de Junho de 2008 e de 1.164.635 verificados em 30 de Junho de 2006.

Gráfico I – Indicadores CSP



Fonte: Informação fornecida pelas ARS

Em conformidade com o disposto no Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril (cfr. art.º 12º n.º 2), a população inscrita na lista de cada médico de família deve ser de 1500 utentes. No final de 2008, esse número era superior apenas nas regiões de saúde do Centro (1584) e do Algarve (1573), nas regiões restantes, o número de doentes inscritos na lista de cada médico era inferior a 1500, sendo a região de saúde do Alentejo onde esse número era mais acentuado (1422).

Esta situação evidencia uma gestão pouco eficiente das inscrições de utentes se atendermos ao número de utentes sem médico de família nestas regiões, no final de 2008, que atingia 432.565 (ARSN), 818.227 (ARSLVT) e 21.084 (ARSA).

Porém, se considerarmos o número de utentes que recorreram, no ano de 2008, aos cuidados de saúde primários (utilizadores), versus o número de médicos, então o número de utentes por lista de médico era muito inferior à referência de 1500 utentes (cfr. quadro II).



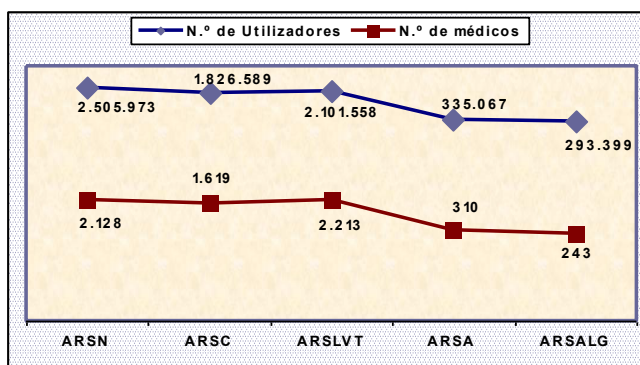
Quadro II – Indicadores de acesso aos CSP em 31 de Dezembro de 2008

2008	ARSN	ARSC	ARSLVT	ARSA	ARSALG
N.º Utentes Inscritos	3.602.526	2.647.294	4.088.460	461.804	502.367
N.º Utentes Utilizadores	2.505.973	1.826.589	2.101.558	335.067	293.399
N.º Médicos	2128	1619	2213	310	243
N.º Utilizadores / n.º médicos	1.178	1.128	950	1.081	1.207
Taxa de utilização (Utiliz./ Inscr.)	69,6	69,0	51,4	72,6	58,4

Fonte: Informação fornecida pelas ARS

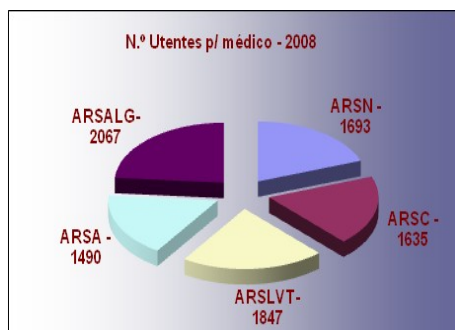
Se observarmos o quadro II e gráfico II, verificamos que a taxa de utilização dos cuidados de saúde primários, em 2008, se situava entre os 51,4% (na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo) e os 72,6% (na região de saúde do Alentejo).

Gráfico II – Utentes utilizadores e médicos



Fonte: Informação fornecida pelas ARS

Gráfico III – Utentes por médico (2008)



Fonte: Informação fornecida pelas ARS

Contudo, se considerarmos o número de médicos existentes face ao número total de inscritos, verificamos que o indicador *número de utentes por médico* (gráfico III) sofreria um aumento significativo em todas as ARS (com maior evidência na ARS Algarve), excepcionando-se a ARS do Alentejo em que o número de utentes (1490) se manteria dentro do fixado no diploma acima referido (1500).

Este resultado demonstra que, em 31 de Dezembro de 2008, número de médicos em funções nos cuidados de saúde primários não era suficiente para dar resposta às necessidades da população, tendo em conta o limite de 1500 utentes inscritos por médico.



Tribunal de Contas

10.2. Primeiras consultas hospitalares

Apesar de se encontrar definido na Portaria n.º 615/2008, um prazo de implementação da CTH (31 de Dezembro de 2008), constatou-se, na fase de execução²⁸, que existem algumas unidades de cuidados de saúde primários que ainda não estão a enviar os pedidos de marcação de consultas através do sistema de informação que suporta aquele programa – ALERT P1, por não disporem do equipamento adequado para aplicação do sistema e por dificuldades na recolha dos dados no sistema de informação.

No final de 2008, as Regiões de Saúde do Alentejo e do Algarve eram as regiões onde o programa da CTH estava mais avançado.

Em virtude de não estarem, ainda, implementados, na sua plenitude²⁹, os mecanismos que assegurariam às instituições do SNS o acesso ao sistema informático ALERT P1³⁰ - CTH, permitindo a referenciação electrónica de utentes a partir das unidades prestadoras de cuidados primários às instituições hospitalares, ficou prejudicada uma avaliação do impacto desta medida legislativa na forma de articulação entre os hospitais e os cuidados de saúde primários para resposta à marcação de uma 1ª consulta hospitalar de especialidade³¹.

Para além disso, o sistema informático não tem ainda uma abrangência generalizada, o que restringe a informação, nomeadamente pela não inclusão dos doentes referenciados para os hospitais que não sejam provenientes das entidades prestadoras de cuidados de saúde primários³². Esta falha do sistema ao permitir a inscrição de um utente sem registo no novo sistema de informação, poderá potenciar situações de menor transparência, controlo e equidade no processo de inscrição dos doentes para uma consulta de especialidade.

Sem prejuízo dessa limitação, e com o objectivo de se efectuar um apuramento do número de pedidos que aguardam a marcação de 1ª consulta hospitalar, foram remetidos pelas instituições hospitalares às ARS, em cumprimento do previsto no ponto 4 da Portaria n.º 615/2008, os Planos de Recuperação sobre os pedidos das primeiras consultas, nas diferentes especialidades.

²⁸ Que decorreu em Fevereiro de 2009.

²⁹ Conforme informação da ARS Algarve, em Março de 2009, a aplicação ALERT – P1, ainda não se encontra disponível em todas as extensões dos centros de saúde da região. Este atraso, é justificado pela indisponibilidade de funcionalidades da aplicação informática necessárias para o arranque do Programa Consulta a Tempo e Horas.

³⁰ O ALERT P1 é um sistema informático integrado (Unidades prestadoras de cuidados de saúde primários/Hospitais/ARS/Ministério da Saúde), que permite a triagem e a gestão da marcação de 1ªs consultas para todas as especialidades.

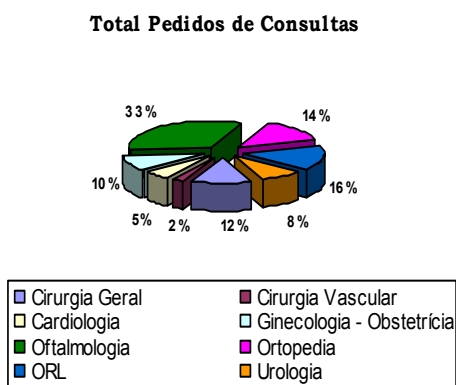
³¹ Encontra-se incluída no PF/2009 do Tribunal de Contas uma acção direccionada à avaliação deste Sistema.

³² Nomeadamente utentes referenciados por outros hospitais, ou entre especialidades do mesmo hospital.



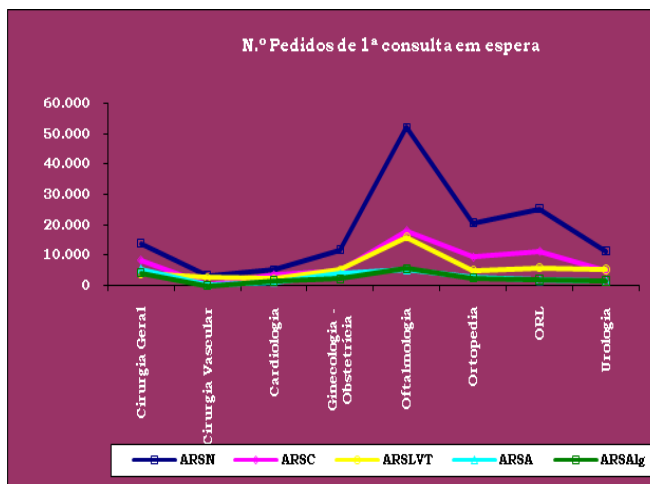
Da análise à documentação remetida pelas ARS concluiu-se que, no final do ano de 2008, o total de inscrições³³ no sistema ALERT P1 era de 479.207. Conforme se pode observar nos gráficos seguintes, o número de pedidos de primeiras consultas nos hospitais relativamente às oito especialidades seleccionadas (292.553), encontrava-se distribuído por região de saúde da seguinte forma:

Gráfico IV – Pedidos primeiras consultas



Fonte: Informação fornecida pelas ARS

Gráfico V – Doentes em espera 1ª consulta



Fonte: Informação fornecida pelas ARS

A especialidade em que o número de pedidos de consulta efectuados é mais expressivo é Oftalmologia (33%), seguindo-se as especialidades de ORL (16%) e Ortopedia (14%).

Não obstante as vicissitudes assinaladas, considera-se que a estrutura criada para a CTH tem potencial para promover uma melhoria no acesso às primeiras consultas de especialidade hospitalar, permitindo uma optimização da gestão dos recursos existentes e uma melhor comunicação entre os hospitais e as entidades prestadoras de cuidados primários. Contudo, mantêm-se ainda algumas dificuldades identificadas no relatório de auditoria ao “Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia – SIGIC”, quanto à articulação entre estas entidades e os hospitais na marcação de uma primeira consulta de especialidade, nomeadamente a informação disponibilizada ser agregada, isto é reportada a todo o período de funcionamento, não sendo possível obter informação sobre um determinado período passado, por exemplo.

³³ Suportados em Credenciais (P1) emitidas pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde primários para pedido de uma consulta de especialidade.



Tribunal de Contas

10.3. Acompanhamento e controlo do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia - UCGIC

No processo de acompanhamento e controlo pela Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia³⁴ (UCGIC), verificaram-se algumas melhorias ao nível da transferência de dados dos hospitais para o SIGLIC, designadamente numa maior consistência da base de dados central com as bases de dados hospitalares. Porém, mantêm-se, ainda, algumas incoerências no sistema, tais como a existência de doentes pendentes sem qualquer justificação e a não disponibilização do motivo da pendência do doente.

No âmbito do contraditório, o Presidente do Conselho Directivo da ACSS, I.P., refere que *“Alguns aspectos relativos ao acompanhamento administrativo do processo por parte da Unidade central, como é o caso do controlo dos utentes pendentes (...) não tem podido ser tão eficiente quanto o desejável pelo que no plano para 2008 está solicitado um reforço dos recursos humanos necessários à persecução destes objectivos.”*

Foram, ainda, implementados pela UCGIC novos procedimentos com o objectivo de melhorar os mecanismos de acompanhamento. Estes procedimentos incidem sobre o alerta aos hospitais para as situações de doentes que se encontram em lista de espera para além do tempo regulamentado e sobre a informação aos hospitais, através do sistema informático, de uma lista detalhada de indicadores que permite fazer o controlo da LIC, serviço a serviço.

Ainda neste âmbito, foi criada uma nova funcionalidade do SIGLIC, denominada *“Comunicação da Rede”* que permite a troca de informação entre a entidade central (UCGIC) e as entidades regionais (URGIC).

Embora o novo regulamento do SIGIC³⁵ tenha cometido à UCGIC a competência para a realização de auditorias, de natureza clínica e administrativa, aos hospitais, a fim de aferir o grau de cumprimento dos níveis de prioridade clínica atribuídos aos utentes, não foi, no entanto, realizada qualquer auditoria, inviabilizando a recolha de evidência sobre o cumprimento efectivo dos níveis de prioridade. Na ausência dessas auditorias, têm as URGIC vindo a monitorizar o

³⁴A UCGIC está integrada na Administração Central do Sistema de Saúde, a quem compete a gestão do SIGIC (cfr. alínea s), do art.º 3º do Decreto-Lei n.º 219/2007, de 29 Maio.

³⁵ Cfr. Ponto 49 do Regulamento do SIGIC, aprovado pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro.



cumprimento pelos hospitais dos níveis de prioridade clínica, embora não existam relatórios com os resultados dessa monitorização.

Sobre este assunto, e no âmbito do contraditório, o Presidente do Conselho Directivo da ACSS, I.P., informa que a *“(...) referida falta de auditorias (...) está agora a ser colmatada (...)”* tendo sido iniciado *“(...) em Março um programa piloto que inclui 2 auditorias (...) com vista ao desenho de um programa que abarcará todos os hospitais num período de 2 meses.”*

Unidades Regionais – URGIC

Em resultado das alterações introduzidas ao nível dos mecanismos de acompanhamento e de controlo da produção cirúrgica e da evolução da LIC nos hospitais da respectiva região, ficou assegurado às Unidades Regionais de Gestão de Inscritos para Cirurgia (URGIC), o acesso directo à base de dados, o que permite a estas entidades obterem uma informação mais detalhada. Mantêm-se, no entanto, dificuldades na produção de relatórios personalizados com base na informação disponível na base de dados central.

O controlo da evolução da lista dos inscritos para cirurgia, nas unidades hospitalares, é feito pela URGIC (através da LIC) e também pelo Departamento de Contratualização³⁶, a quem compete o acompanhamento da execução dos contratos programa através da monitorização e controlo da execução económico-financeira e da produção.

Porém, o acompanhamento pelos Departamentos de Contratualização, ao nível da execução do contratualizado nas linhas de produção, tem-se mostrado insuficiente, uma vez que continua a não avaliar a capacidade instalada dos hospitais.

Sobre esta matéria é referido pelo Presidente do Conselho Directivo da ARSLVT, I.P., em sede de alegações, que *“Esta ARS introduziu pela primeira vez no âmbito dos Contratos Programa 2008 com os Hospitais 2 indicadores relacionados com a LIC, que caso estejam cumpridos pelos Hospitais originam a atribuição de uma verba de incentivo previamente definida no Contrato Programa. Esta medida, actualmente em avaliação final pelo encerramento do ano 2008, consistiu na monitorização dos tempos de espera para cirurgia e na taxa de resolução das Listas de Inscritos para Cirurgia. (...)”*

³⁶Cfr. Art.ºs 5º e 6º dos Estatutos das Administrações Regionais de Saúde, I.P., aprovados pelas Portarias n.ºs 649 a 653/2007, de 30 de Maio.



Tribunal de Contas

Na continuidade dos procedimentos criados, no corrente ano, o Contrato-Programa 2009 dos Hospitais integra nos indicadores regionais para atribuição de incentivos, áreas exclusivamente dedicadas à acessibilidade dos utentes: consulta externa e SIGIC. (...).

Com o estabelecimento destes indicadores e metas contratualizadas pretende a ARSLVT criar mecanismos que impulsionem um efectivo controlo das LIC quer ao nível dos Conselhos de Administração dos Hospitais quer ao nível das UHGIC com quem se devem articular em primeira instância para a redução dos doentes em LIC e para o desaparecimento dos “casos extremos dos utentes em lista de espera, que afectam mais a média do que a mediana (...).”

Refere, ainda, que “(...) para a contratualização do ano 2010 (...) pondera-se adaptação dos tempos máximos de resposta garantidos, publicados na Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro, aos indicadores regionais que figurem nos contratos programa.”

O Tribunal regista com apreço as medidas implementadas que poderão vir a contribuir para um maior controlo da execução do SIGIC e para uma resposta mais eficaz do SNS na diminuição da lista dos doentes em espera para cirurgia.

Relativamente à identificação e ao registo das desconformidades detectadas no processo de gestão dos utentes que originam penalizações, salienta-se que a tipificação das desconformidades veio ajudar à sua avaliação, mas não resolveu o problema relativamente às contestações por parte das entidades, uma vez que não estão contempladas todas as situações. A tipologia das desconformidades elencadas no SIGIC é insuficiente para que se possam aplicar de imediato as penalizações.

Sobre este assunto, é referido pelo Presidente do Conselho Directivo da ACSS, IP, em sede de contraditório, que *“O sistema de determinação de não conformidades que suporte um sistema de penalizações e incentivos está a ser actualmente desenhado estando prevista a entrega de uma proposta ao Ministério no 4º trimestre de 2009.”*

O processo de facturação, às entidades responsáveis pelo pagamento, dos actos cirúrgicos praticados por entidades convencionadas a utentes desses subsistemas públicos ou privados, seguradoras, e outros, já se encontrava totalmente implementado na ARS do Norte e na ARS de Lisboa e Vale do Tejo, encontrando-se nas restantes ARS em fase de conclusão, o que permitiu a arrecadação da receita referida no ponto 8.3.





10.4. Lista de inscritos para cirurgia e tempos de espera

O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), criado no ano de 2004³⁷, teve como especial objectivo minimizar o período que decorre entre o momento em que o doente do SNS carece de uma cirurgia e a realização da mesma, dentro de um tempo máximo estabelecido.

10.4.1. Evolução da lista de inscritos por Administração Regional de Saúde

Durante os anos de 2007 e 2008, foi atingida uma execução física global de 84%, conforme se apresenta no quadro seguinte.

Quadro III – Execução do SIGIC³⁸

Região	Inscritos 31 Dez 2006 (1)	Execução SIGIC em 2007 e 2008			Total Inscrições para resolução (5)=(1)+(2)-(3)	Inscritos 31 Dez 2008 (6)	Diferença* (7)=(6)+(4)- (5)	Var. Inscritos (8)=(6)/(1)-1	Execução (9)=(4)/(5)
		Entradas (2)	Cancela- mentos (3)	Cirurgias (4)					
Alentejo	5.872	35.295	7.929	28.303	33.238	4.968	33	-15%	85%
Algarve	7.846	34.993	8.423	27.129	34.416	7.370	83	-6%	79%
Centro	58.534	210.488	54.256	177.787	214.766	38.949	1.970	-33%	83%
LVT	76.583	358.119	79.114	303.692	355.588	59.944	8.048	-22%	85%
Norte	77.278	382.526	73.984	319.712	385.820	65.662	-446	-15%	83%
TOTAL	226.113	1.021.421	223.706	856.623	1.023.828	176.893	9.688	-22%	84%

*A coluna apresenta as diferenças entre o número de utentes em cada data e os movimentos ocorridos entre as mesmas. Destaca-se que a maior diferença, verificada na ARS LVT, resulta da integração no SIGIC dos utentes do Hospital Fernando da Fonseca. As restantes resultam das dificuldades na integração dos dados dos hospitais a nível nacional e do facto de as listas de 2006 e 2008 terem sido produzidas em momentos diferentes do tempo. Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC.

Verifica-se que existiu uma redução do número de inscritos em todas as ARS, com destaque para as diminuições conseguidas nas ARS do Centro (-33%) e Lisboa e Vale do Tejo (-22%).

O gráfico seguinte apresenta os rácios de cirurgias e cancelamentos face às novas entradas de utentes na LIC, por mês. Um valor do rácio superior a 1 significa que as cirurgias realizadas (ou os cancelamentos e cirurgias) no decurso de cada mês ultrapassaram as novas inscrições de utentes e que, conseqüentemente, a lista de

³⁷ Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 3 de Junho, publicada no Diário da República, I Série-B, de 24 de Junho.

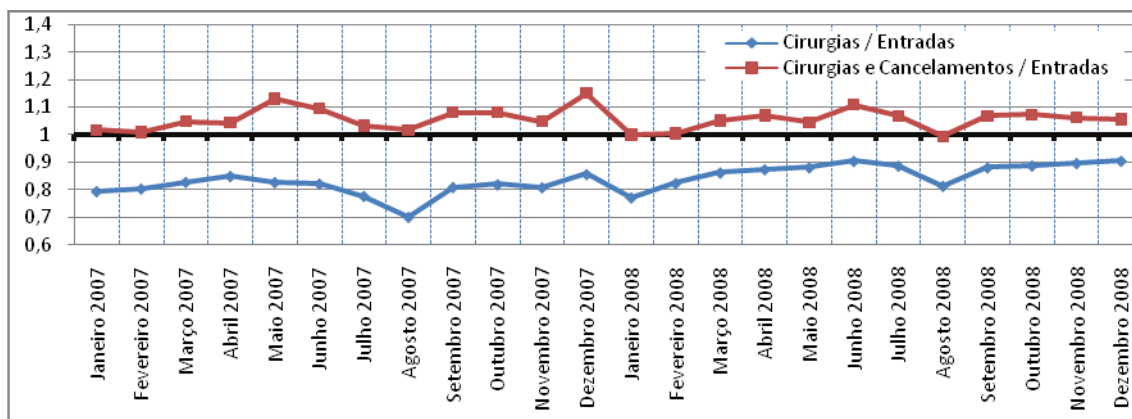
³⁸ A divisão dos dados de 31 de Dezembro de 2006 por ARS difere da apresentada no anterior relatório de auditoria, reflectindo as alterações da distribuição de hospitais por ARS.



Tribunal de Contas

inscritos está a diminuir. Inversamente, rácios inferiores a 1 resultam no crescimento da lista de espera.

Gráfico VI – Entradas, cirurgias e cancelamentos



Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

À semelhança do que aconteceu em anos anteriores, em 2007 e 2008 o número de cirurgias realizadas foi sempre inferior à afluência de utentes à lista de espera. Se considerarmos também os cancelamentos de inscrições, verifica-se que, apenas em Agosto de 2008, as cirurgias e cancelamentos não foram suficientes para fazer face às novas entradas de utentes em LIC, o que explica a redução do número de utentes em espera apresentada no Quadro III.

A capacidade de resolver a lista de espera através da realização das cirurgias foi, no entanto, aumentando ao longo do tempo, particularmente no ano de 2008. De facto, e como se pode constatar no quadro seguinte, o crescimento percentual da actividade cirúrgica entre 2007 e 2008 (13%) foi 2,6 vezes superior ao aumento registado em termos de novas entradas de utentes no mesmo período (5%).

Quadro IV – Comparação da Execução do SIGIC em 2007 e 2008

Movimentos ocorridos	2007	2008	Var. %
Entradas	497.813	523.608	5%
Cancelamentos	126.164	97.542	-23%
Cirurgias	403.060	453.563	13%
Cirurgias / Entradas	81%	87%	7%
Cancel. / Entradas	25%	19%	-26%
(Cir. + Canc.) / Entr.	106%	105%	-1%

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

O rácio de cobertura do aumento das entradas de utentes, entre 2007 e 2008, pelo aumento da produção cirúrgica foi de 196%, uma vez que em 2008 entraram na lista de espera mais 25.795 utentes do que em 2007, tendo a produção cirúrgica em 2008 sido superior em 50.503 relativamente ao verificado em 2007.

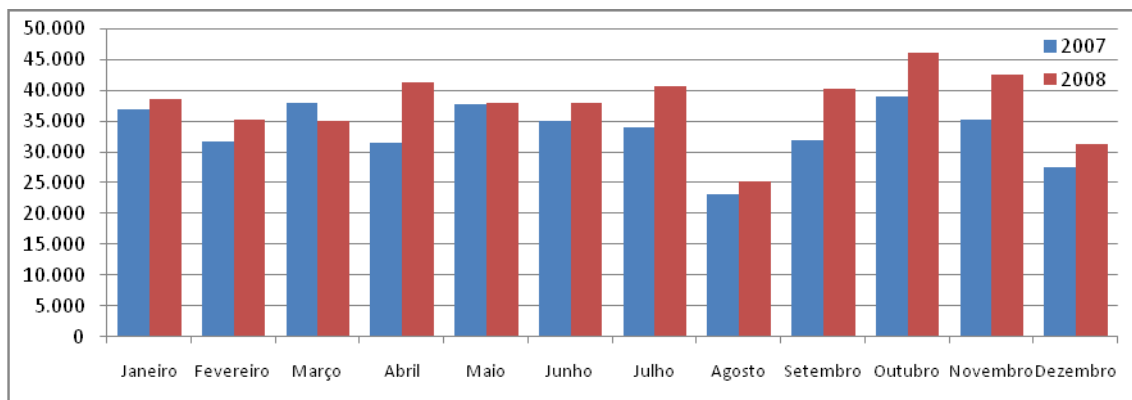
Verifica-se ainda, entre 2007 e 2008, uma redução do número de cancelamentos (-23%) e da sua importância na redução das listas de espera.





Analisando em maior detalhe a produção cirúrgica nestes dois anos, constata-se que o número de cirurgias realizadas por mês, em 2008, foi sempre superior à produção no mês homólogo de 2007, exceptuando o mês de Março.

Gráfico VII – Cirurgias realizadas em 2007 e 2008



Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

O papel significativo dos cancelamentos na diminuição das listas de espera, justifica a análise dos seus motivos, que se apresenta no quadro seguinte:

Quadro V – Cancelamentos ocorridos em 2007 e 2008, agrupados por motivo

Motivo de Cancelamento	Nº	%
Desistência	39687	17,7%
Recusa de Transferência de Instituição - Reinscrição	34195	15,3%
Não activação do vale cirurgia em 3 meses	29759	13,3%
Proposta não adequada à situação clínica do utente	19276	8,6%
Operado noutra instituição pública ou privada	18380	8,2%
Faltou 3 vezes sem motivo plausível	11227	5,0%
Erro administrativo	8867	4,0%
Operado de forma programada no HO	7439	3,3%
Não contactável	7117	3,2%
Óbito	5355	2,4%
Sem indicação cirúrgica	4038	1,8%
Já operado de urgência no HO	1500	0,7%
Recusa terceiro agendamento sem motivo plausível	367	0,2%
Utente s/ condições operatórias p/ mot. clínicos	294	0,1%
Referenciado noutro hospital	213	0,1%
Outro	35992	16,1%
Total	223706	100,0%

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC



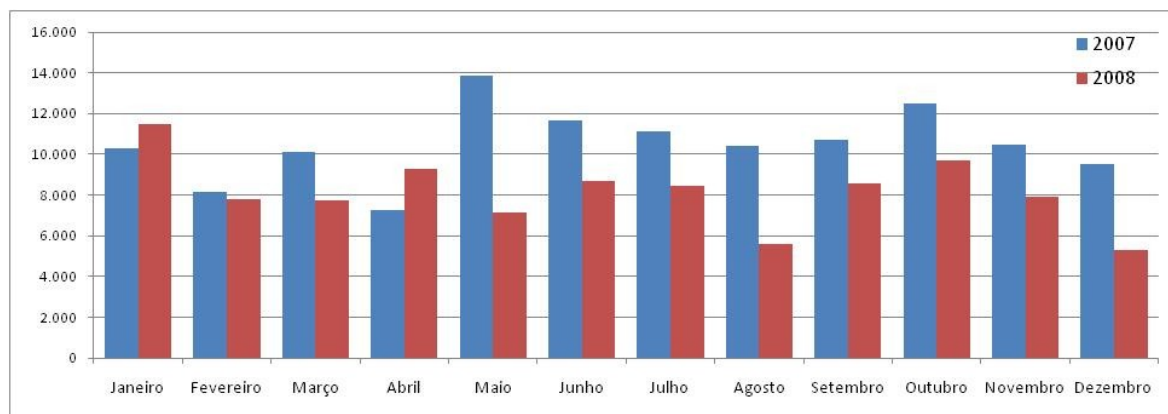
Tribunal de Contas

Verifica-se que as situações mais frequentes foram: as desistências (17,7%), a recusa de transferência de instituição (15,3%), a não activação do VC em 3 meses (13,3%) e proposta não adequada à situação clínica do utente (8,6%).

São também de salientar as situações em que o utente já havia sido operado, quer na própria instituição, quer noutras instituições, o que indicia alguma desorganização ou falta de resposta atempada do sistema às necessidades dos utentes.

Quanto à evolução dos cancelamentos, verifica-se, no geral, a sua diminuição nos dois anos em análise, conforme se pode observar no quadro IV e no gráfico seguinte.

Gráfico VIII – Cancelamentos ocorridos em 2007 e 2008



Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

Esta situação estará relacionada com a maior fidedignidade da lista de inscritos pela exclusão de utentes há vários anos em espera que actualmente não representavam verdadeiras necessidades cirúrgicas e com a alteração do regulamento do SIGIC que permitiu aos utentes recusar o vale cirurgia emitido em seu nome e permanecer no Hospital de Origem (HO) sem perda de antiguidade.

10.4.2. Evolução dos tempos de espera

• Por Administração Regional de Saúde

Foi analisada a evolução dos tempos de espera por ARS, utilizando como medidas de tendência central a média e a mediana.



Quadro VI – Evolução do tempo de espera por ARS

(em meses)

ARS	Média do tempo de espera dos utentes da lista				Mediana do tempo de espera dos utentes da lista			
	31 Dez 2006	30 Jun 2008	31 Dez 2008	Var. %	31 Dez 2006	30 Jun 2008	31 Dez 2008	Var. %
Alentejo	6,4	3,2	2,9	-54%	4,4	2,3	2,0	-53%
Algarve	8,0	5,7	5,6	-31%	6,4	4,1	3,4	-46%
Centro	11,7	6,4	6,6	-43%	8,3	4,4	3,7	-56%
LVT	11,4	7,0	7,2	-37%	7,9	5,0	4,7	-41%
Norte	8,8	5,5	5,2	-41%	5,2	3,7	3,3	-36%
TOTAL	10,3	6,1	6,1	-41%	6,8	4,1	3,7	-46%

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

Conclui-se que, no período em análise, tanto a média como a mediana mantiveram a tendência decrescente verificada até ao final de 2006, sendo de salientar, no que respeita à ARSLVT, a inversão da tendência de crescimento dos tempos de espera apresentada entre 2005 e 2006. As maiores reduções ocorreram nas ARS do Alentejo e do Centro.

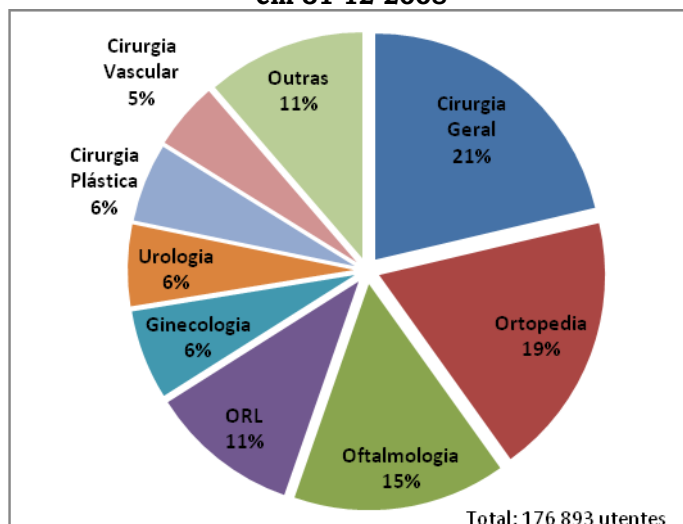
Verifica-se que as diferenças entre os tempos de espera apurados pela média e pela mediana têm vindo a diminuir, devido à resolução, através da cirurgia ou do cancelamento, dos casos extremos de utentes há vários anos em lista de espera, que afectam mais a média do que a mediana.

- **Por especialidade**

A distribuição dos utentes em espera por especialidade, em 31-12-2008, revela que 8 especialidades (de um total de 26) abrangem 89% do total de utentes em lista (cfr. Gráfico IX).

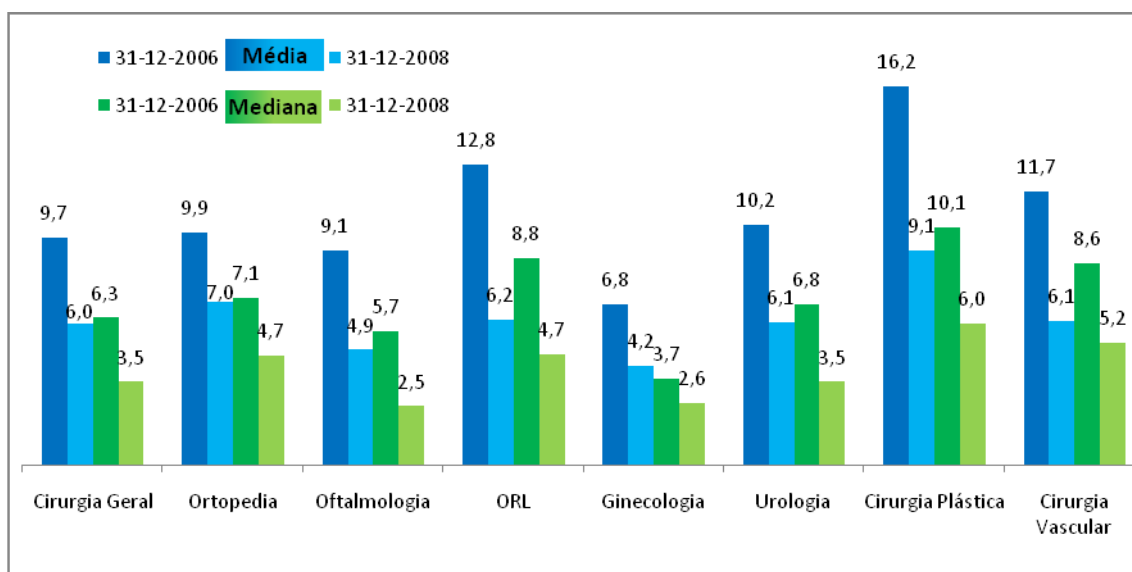
Atendendo à evolução da média e da mediana (cfr. Gráfico X), verifica-se que a tendência foi decrescente em ambas as métricas, para todas as especialidades.

Gráfico IX – Utentes em LIC por especialidade em 31-12-2008



Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

Gráfico X – Evolução do tempo de espera por especialidade



Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

As reduções mais relevantes ocorreram nas especialidades de Cirurgia Plástica e Otorrinolaringologia, que se mantêm, no entanto, em 31-12-2008, juntamente com Ortopedia, com tempos de espera mais elevados.



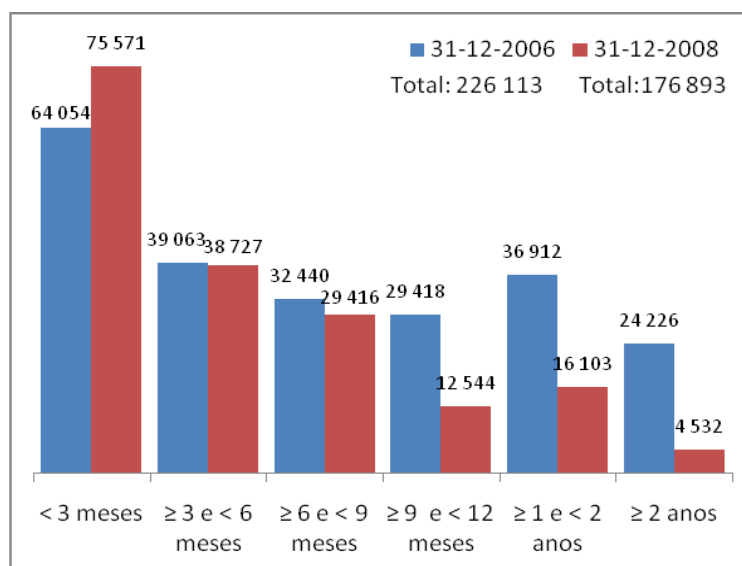
- **Distribuição dos utentes por intervalos de tempo de espera**

Para além do cálculo e da análise das medidas de tendência central do tempo de espera, analisou-se a distribuição dos utentes por intervalos de antiguidade em LIC, verificando-se o acentuar da tendência, já reportada no anterior relatório de auditoria, de aumento do número de inscritos com tempos de espera curtos e diminuição substancial do número de utentes a aguardar intervenção cirúrgica com prazos elevados.

Nos dois anos em análise, é de realçar a diminuição ocorrida nos utentes inscritos há mais de 9 meses, em resultado do encurtamento do tempo máximo de espera garantido de 12 para 9 meses, com a publicação do novo regulamento do SIGIC.

Os utentes a aguardar intervenção cirúrgica há menos de 9 meses representam, em 31-12-2008, cerca de 81%, quando, em 31-12-2006, representavam cerca de 60%.

Gráfico XI – Distribuição dos utentes por tempo de espera

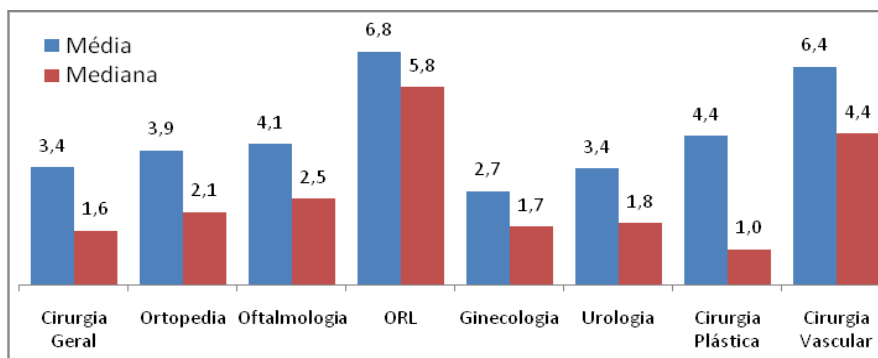


Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

- **Análise do tempo médio de espera das cirurgias realizadas**

Além da evolução dos tempos de espera dos utentes inscritos em lista, foram ainda analisadas a média e a mediana do tempo de espera dos utentes com cirurgias realizadas, considerando as principais especialidades.

Gráfico XII – Tempo de espera efectivo até à cirurgia



Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

A média e a mediana do tempo de espera até à cirurgia foram inferiores a 7 e 6 meses, respectivamente, em todas as especialidades analisadas, comparativamente aos 10 e 7 meses verificados até 31-12-2006. Destacam-se com maiores tempos de espera as especialidades de Otorrinolaringologia e Cirurgia Vasculuar. Nas restantes especialidades, a média do tempo de espera foi sempre inferior a 5 meses e a mediana sempre inferior a 3 meses.

- **Distribuição das cirurgias realizadas por tempo de espera e prioridade**

A distribuição das cirurgias realizadas nos anos de 2007 e 2008, por nível de prioridade e tempo de espera efectivo, foi a que se apresenta no quadro seguinte.

Quadro VII – Cirurgias realizadas em 2007 e 2008, por nível de prioridade e tempo de espera

TE*	até 3 dias	4 a 15 dias	16 a 65** dias ou 16 a 60 dias	66 a 284*** dias ou 61 dias a 1 ano	mais de 284 dias ou mais de 1 ano	Total
Nível 1	69.436	55.739	122.888	323.153	40.748	611.964
Nível 2	18.456	27.165	55.562	25.311	1.169	127.663
Nível 3	25.454	21.902	7.278	2.105	189	56.928
Nível 4	29.733	4.402	387	108	4	34.634
Subtotal	143.079	109.208	186.115	350.677	42.110	831.189
Registos com alteração do nível de prioridade ou sem TE						25.434
Total						856.623

*Foram considerados os tempos de espera constantes dos dois regulamentos do SIGIC. O novo regulamento entrou em vigor em 16 de Janeiro de 2008, pelo que se considerou que os novos tempos máximos garantidos se aplicarão aos utentes inscritos após essa data.

**Inclui 5 dias de tolerância (cf. n.º 75 do Regulamento do SIGIC aprovado pela Portaria n.º 45/2008)

*** Inclui 14 dias de tolerância (cf. n.º 75 do Regulamento do SIGIC aprovado pela Portaria n.º 45/2008)

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC



As células a verde denotam o cumprimento dos prazos estabelecidos para a resolução das inscrições em lista de espera para cirurgia, tendo em conta o nível de prioridade atribuído. As células a vermelho agregam as situações de incumprimento.

Verifica-se que não foram cumpridos os tempos máximos de espera associados a cada nível de prioridade em 10% das cirurgias realizadas. A percentagem de incumprimento foi mais elevada (21%) nos casos dos utentes aos quais foi atribuído o nível 2. De notar, no entanto, que, à maioria dos utentes (cerca de 74%) foi atribuído o nível de prioridade mais baixo (nível 1) e que a percentagem de incumprimento na resolução destas situações foi inferior (cerca de 7%).

A distribuição dos utentes em LIC, a 31-12-2008, por nível de prioridade, é a que se apresenta no quadro seguinte.

Quadro VIII – Utes em LIC em 31-12-2008, por nível de prioridade e tempo de espera

TE* Prioridade	até 3 dias	4 a 15 dias	16 a 65** dias ou 16 a 60 dias	66 a 284*** dias ou 61 dias a 1 ano	mais de 284 dias ou mais de 1 ano	Total
Nível 1	2.429	7.357	40.838	90.062	23.840	164.526
Nível 2	486	1.485	5.319	2.932	620	10.842
Nível 3	269	222	431	265	77	1.264
Nível 4	52	29	71	85	24	261
Total	3.236	9.093	46.659	93.344	24.561	176.893

*, **, *** - Ver notas ao quadro VII.

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

Da sua análise conclui-se que 16% dos inscritos em LIC, em 31-12-2008, já se encontravam em espera há mais tempo do que aquele que foi definido como tempo máximo garantido para a prioridade clínica que lhes havia sido atribuído.

Apesar do cumprimento dos níveis de prioridade ser muito superior nos dados analisados, relativos aos anos de 2007 e 2008, quando comparado com o cumprimento apurado na anterior auditoria, não deixa, no entanto, de ser insuficiente. Do total de cirurgias realizadas, nos anos de 2007 e 2008, 10% tiveram um tempo de espera associado que ultrapassou os tempos máximos garantidos.

De igual forma, o facto de persistirem em LIC, em 31-12-2008, mais de 28 mil utentes com tempos de espera superiores aos regulamentados, apesar da melhoria verificada relativamente a 31-12-2006 (69.975 utentes), não deixa de ser preocupante.



Tribunal de Contas

Sobre esta matéria, o Presidente do Conselho Directivo da ACSS, I.P., refere, no âmbito do contraditório, que *“Pese embora a não observação integral do cumprimento dos tempos de espera máximos garantidos, têm-se nos últimos 3 anos observado, tal como o tribunal reconhece uma significativa melhoria nos tempos de espera.”*

10.4.3. Aplicação dos princípios da equidade e da universalidade

No âmbito da Auditoria realizada pelo TC, em 2007, ao *Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia SIGIC*, verificou-se o não cumprimento pleno dos objectivos de universalidade e de equidade no tratamento de utentes pelo que foi recomendado ao Ministro da Saúde, que providenciasse pela aplicação destes princípios, quer na inclusão em LIC quer na emissão de vales cirurgias, a todos os utentes do SNS e com respeito pelos tempos correspondentemente aos níveis de prioridade clínica.

Com a publicação do novo Regulamento do SIGIC³⁹, o âmbito de aplicação do regulamento foi alargado às entidades que contratam e que convencionam com o SNS a prestação de cuidados de saúde, de forma a garantir a igualdade no acesso e o tratamento cirúrgico nos tempos máximos garantidos a todos os beneficiários, conduzindo a um sistema mais universal e equitativo.

Porém, de acordo com informação prestada pela ACSS, IP⁴⁰, é reconhecido que (...) *“Em relação à universalidade não está ainda assegurada pela não inclusão operacional de entidades que ao abrigo de contratos com o Estado prestam cuidados de saúde a utentes do SNS.”* (...). Ou seja, só se poderá concluir pela aplicação do princípio da universalidade quando todas aquelas entidades sejam incluídas no sistema, o que ainda não aconteceu, podendo-se realçar as Misericórdias, o Hospital da Cruz Vermelha e outras instituições particulares de solidariedade social. Salienta-se, no entanto, como positiva, a integração dos utentes do Hospital Fernando da Fonseca no SIGIC.

E, quanto ao princípio da equidade no acesso, em especial no que concerne a procedimentos cirúrgicos em utentes inscritos, matéria da responsabilidade directa dos hospitais e indirecta das entidades reguladoras e da tutela em geral, a ACSS informa que *“... tem vindo a melhorar embora ainda apresente valores elevados...”* (...).

³⁹ Publicado através da Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro.

⁴⁰ Vide Informação n.º 755/2008, da ACSS, IP, de 14 de Outubro., quanto às recomendações formuladas pelo TC em sede da Auditoria aos Cuidados de Saúde – SIGIC.



- **Inclusão na lista de inscritos para cirurgia**

Nos termos do disposto no n.º 2 da Parte I do Anexo do Regulamento do SIGIC, (...) “São elegíveis para efeitos de inscrição na lista de inscritos para cirurgia (LIC) todos os utentes dos hospitais do SNS e os utentes beneficiários deste serviço referenciados para os estabelecimentos de saúde do sector privado e do sector social, ao abrigo dos contratos e convenções celebrados.” (...). Tendo presente o facto de não estar assegurada a inclusão operacional das entidades que ao abrigo de contratos celebrados⁴¹ com o Estado prestam cuidados de saúde a utentes do SNS (Hospitais das Misericórdias e Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa), os utentes são referenciados directamente pelos prestadores de cuidados de saúde primários ou pelos hospitais para estas entidades onde serão intervencionados não sendo inseridos na LIC, contrariando, desta forma, o princípio da universalidade.

Em sede de contraditório, o Presidente do Conselho Directivo da ACSS, I.P., refere que *“Quanto à equidade e universalidade na inclusão na LIC, apesar de reconhecermos ainda não estar alcançada, temos encetado com as ARS esforços no sentido de incorporar os faltosos no SIGIC. O Hospital da Prelada no Porto, que é um dos hospitais de grande dimensão que não está ainda no SIGIC está já (...) em processo de integração.”*

O Tribunal regista com apreço os esforços desenvolvidos, salientando no entanto que as situações referidas já haviam sido identificadas no anterior relatório de auditoria, aprovado pela 2ª Secção do Tribunal de Contas em Setembro de 2007.

Outra situação que se constatou relaciona-se com a dimensão da LIC que se mantém condicionada pelas dificuldades no acesso aos cuidados de saúde primários e à primeira consulta hospitalar. Se considerarmos que a resposta para cirurgia tem sido favorável pois o número de inscritos na LIC tem vindo a ser controlado, até mesmo a diminuir, já o acesso encontra-se dificultado devido à morosidade na marcação, quer da consulta nos cuidados de saúde primários, quer da 1.ª consulta hospitalar, o que resulta naquilo que se pode denominar de “efeito do funil”, isto é, observa-se um elevado número de utentes que eventualmente carecem de cirurgia mas que se encontram pendentes na fase da triagem a aguardar o seguimento do processo e a eventual inscrição na LIC.

⁴¹ Protocolos específicos celebrados pelas ARS com as Misericórdias e outras instituições particulares de solidariedade social, ao abrigo de Portaria publicada em 27 de Julho de 1988 e Acordo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas.



Tribunal de Contas

Este fenómeno sente-se mais numas regiões que em outras, em especial naquelas em que a articulação entre as entidades prestadoras de cuidados de saúde primários e o hospital ainda não se encontra operacional, levando a um desequilíbrio no atendimento à população por regiões e consequentemente à contrariedade do principio da equidade.

- **Emissão de vales cirurgia**

O SIGIC prevê que a UCGIC emita vales cirurgia e Notas de Transferência, em resposta aos casos em que os utentes atingiram o tempo máximo de espera. Desta forma, o utente fica habilitado a ser tratado numa outra entidade em alternativa ao hospital de origem onde se encontra inscrito na LIC.

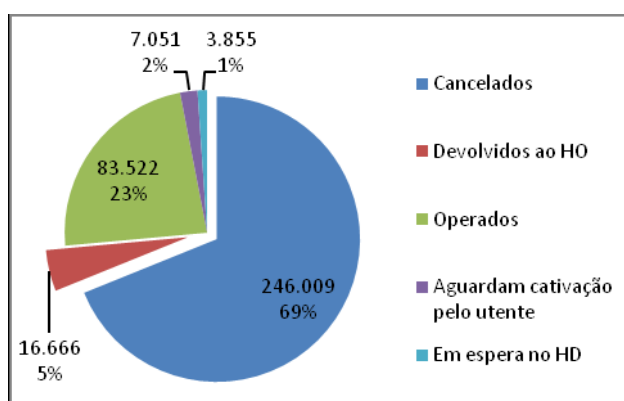
A reacção a esta alternativa nem sempre é acatada pelos utentes de forma linear, tendo por isso sido prevista a recusa, por parte do utente, da transferência do processo para outras entidades.

Cerca de 7% das cirurgias realizadas, em 2007 e 2008, foram efectuadas após transferência do utente, por falta de resposta no hospital de origem. Destas, 90% foram efectuadas por convencionados e 10% em outros hospitais do SNS.

A emissão de Vales Cirurgia e Notas de Transferência teve 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 VC/NT, emitidos até 31-12-2008, é representada no gráfico seguinte.

Foram emitidos 357.103 VC/NT, dos quais apenas 23% resultaram em intervenções cirúrgicas.

Gráfico XIII – VC e NT emitidos até 31-12-2008



Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

Mantinhm-se activos, em 31-12-2008, 10.906 VC, dos quais 7.051 não haviam ainda sido cativados em entidades convencionadas e 3.855 aguardavam a realização da intervenção cirúrgica no Hospital de destino.

É de salientar o número de VC cancelados, cerca de 69% do total, e as devoluções ao hospital de origem (cerca de 5%).



Analisando os motivos de cancelamento, verifica-se que, à semelhança do que resultou da análise efectuada no relatório anterior, a recusa de transferência e o expirar do prazo do VC/NT são os principais motivos.

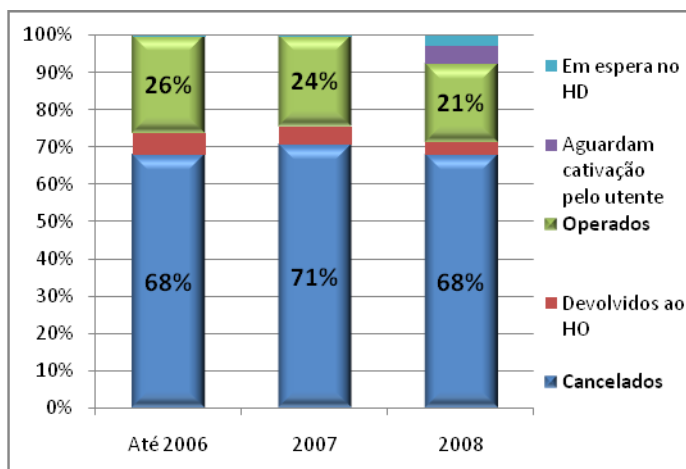
Assinala-se que, tal como nos cancelamentos de inscrições analisados no ponto anterior, houve uma diminuição do peso dos erros administrativos.

Quadro IX – VC e NT cancelados

Motivo	Nº	%
Recusa transferência	90050	37%
Prazo do VC/NT expirado	77653	32%
Erro Administrativo	28583	12%
Já operado	14949	6%
Desistência	13428	5%
Não contactável	11391	5%
Outros	9955	4%
Total	246009	100%

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

Centrando a análise nos anos de 2007 e 2008, verifica-se que se mantém o padrão de cancelamentos/cirurgias verificado nos anos anteriores, até com alguma deterioração destes indicadores em 2007. De facto, os VC e NT, emitidos nesse ano, tiveram como resultado final a cirurgia em apenas 24% dos casos. Os dados relativos à situação dos VC e NT, emitidos em 2008, não são os finais, por se encontrarem, à data de recolha da informação, activos VC que poderão ou não resultar na realização da intervenção cirúrgica

Gráfico XIV – VC e NT emitidos até 31-12-2008 – por ano de emissão

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

Foi publicado, no Portal da Saúde, um relatório da UCGIC, de 30 de Maio de 2008, o “Estudo sobre os motivos de recusa de transferência nos vales cirurgia e notas de transferência”, que apresenta o resultado de um inquérito, com uma margem de erro de 5%, como de seguida se descreve:



Tribunal de Contas

Quadro X – Motivos de recusa de Vale de Cirurgia/Nota de Transferência

Motivos	N.º Total de Respostas	%
Não quer mudar de médico/hospital de origem	193	34%
Indisponibilidade do utente para usar vale cirurgia/nota de transferência durante a sua validade	172	30%
Deslocar-se para fora da área de residência	148	26%
Défice de informação	57	10%
TOTAL	570	100%

Fonte: ACSS/SIGIC

Legenda: Estudo por Inquérito à população alvo – Amostra 570 Utentes, nível de confiança 95%.

Dos dados apresentados se divisa que a maior incidência da recusa de transferência recai nos casos em que o utente não aceita a mudança de médico e, ou, do hospital, estando ainda associado o facto de ter que se deslocar para fora da área de residência, que em determinadas regiões implica uma grande distância do hospital de referência. Todos estes aspectos acabam por estar relacionados com a falta de informação, que, a existir, poderá traduzir-se numa boa ferramenta para incentivo do utente.

De salientar, que a possibilidade de recusa de transferência sem penalização, por vontade do utente em permanecer no Hospital de Origem, se encontra prevista no novo regulamento do SIGIC.

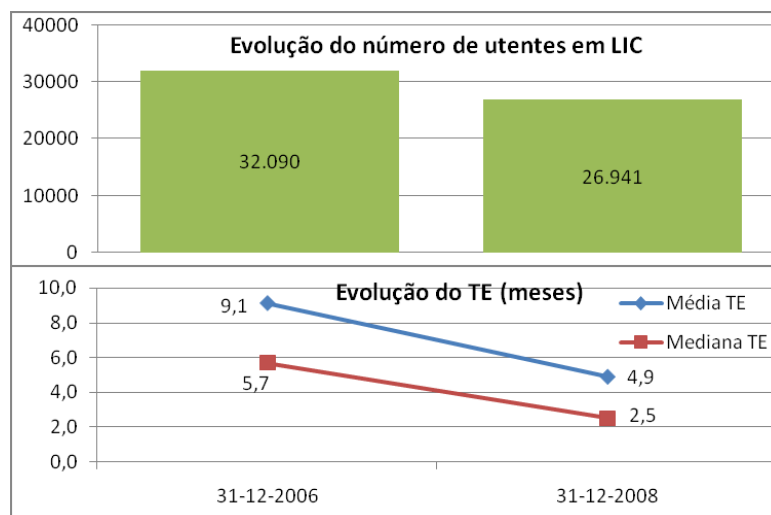
Já relativamente aos utentes que se encontram em espera para cirurgia e que são referenciados directamente pelos prestadores de cuidados de saúde primários ou Hospitais do SNS para as Misericórdias, para o Hospital da Cruz Vermelha e para outras instituições particulares de solidariedade social, não sendo inscritos na LIC, não se poderão habilitar ao vale cirurgia a par dos restantes utentes inscritos nas LIC dos hospitais do SNS. Esta situação prejudica, por um lado o princípio da universalidade, por nem todas estas entidades se articularem no âmbito do SIGLIC e, por outro lado, o princípio da equidade, na medida em que estes utentes não sendo inscritos na LIC também não se podem habilitar, através do vale cirurgia, à marcação da cirurgia directamente numa das entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde convencionadas para o efeito, não podendo ser garantidos os tempos máximos de resposta previstos no âmbito do SIGIC.



10.4.4. Programa de Intervenção em Oftalmologia

Foi analisada a evolução da lista e do tempo médio de espera da especialidade de Oftalmologia no SIGIC, nos anos de 2007 e 2008, encontrando-se o resultado dessa análise espelhado no gráfico seguinte.

Gráfico XV – Evolução do número de inscritos e tempos de espera em Oftalmologia



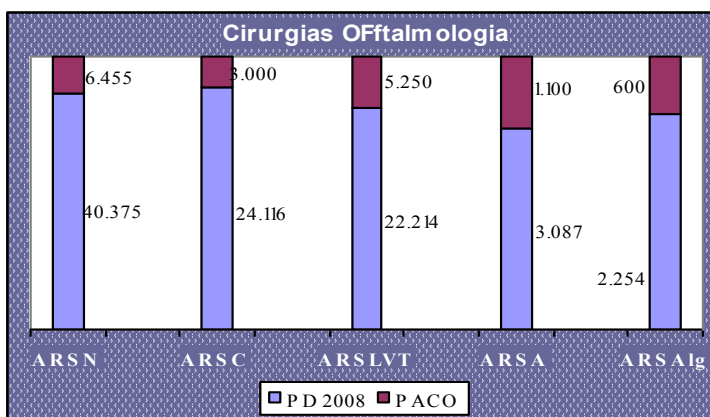
Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC

Verifica-se que houve uma diminuição quer do número de utentes em lista (-16%), quer do seu tempo de espera (diminuição de 46% da média e de 56% da mediana). Para execução do PIO, foi criado o Plano de Acesso à Cirurgia Oftalmológica⁴² (PACO) com a finalidade de, em sede de contrato-programa, contratualizar com os diversos hospitais aderentes o número de cirurgias de ambulatório e o número de consultas respectivas. Nos gráficos e figuras seguintes podemos observar o número de cirurgias e consultas contratualizadas em cada uma das ARS, correspondentes ao Plano de Desempenho de 2008/Acordo Modificativo e à Adenda/PACO.

⁴² O PACO consubstancia-se na contratação de cirurgias da catarata e de consultas de Oftalmologia, prevista em Adendas ao Acordo Modificativo dos Contratos-Programa e pagas como programa específico.

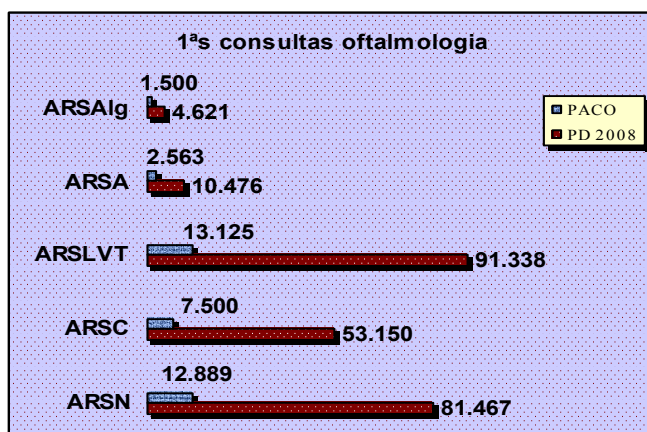
O total da produção adicional contratada, em 2008⁴³, com os hospitais do SNS para a realização de cirurgias oftalmológicas, foi de 16.405, correspondendo a um acréscimo entre os 12%, na ARSC e os 36% na ARSA. O acréscimo nas restantes ARS foi de 16% na ARSN, 24% na ARSLVT e 27% na ARS Algarve.

Gráfico XVI – Produção cirúrgica Oftalmologia



Fonte: Informação fornecida pelas ARS

Gráfico XVII – Primeiras consultas de Oftalmologia por ARS



Fonte: Informação fornecida pelas ARS

Como contrapartida do programa, foi contratualizado pelos hospitais, para o mesmo período (1 de Julho a 31 de Dezembro de 2008), a realização de 37.577 1^{as} consultas da especialidade de oftalmologia.

Das cinco ARS, destacam-se as ARS do Alentejo e Algarve com o maior número de consultas adicionais (PACO) face ao PD 2008, de 32% e 25%, respectivamente.

No acompanhamento dos contratos-programa de 2008, é reconhecido pelas ARS/DC a existência de dificuldades na implementação e acompanhamento do PACO, devido a divergências na interpretação do conteúdo da adenda ao contrato-programa, nomeadamente nos procedimentos de registo e facturação das cirurgias realizadas.

Para além disso, a inexistência de indicadores sobre a rendibilização da capacidade instalada das unidades hospitalares e a não discriminação do número

⁴³ Entre 1 de Julho e 31 de Dezembro.



de cirurgias por especialidade nos contratos-programa celebrados com aquelas unidades (a realizar em produção base), impede uma análise efectiva das necessidades dos hospitais que aderiram ao Programa de Intervenção em Oftalmologia, nomeadamente quanto ao número de cirurgias negociadas no Plano de Desempenho. Assim, não foi possível determinar se as cirurgias contratualizadas no âmbito do PIO em produção adicional (com o consequente aumento de custos) poderiam ter sido realizadas em produção normal/base⁴⁴.

A monitorização deste Plano é feita de forma autonomizada do contrato-programa, registando-se toda a actividade considerada PACO, facilitando, deste modo, o acesso à informação sobre o acompanhamento e o grau de execução.

Em sede de contraditório, o Presidente do Conselho Directivo da ARSLVT sobre esta matéria vem referir o seguinte: “ (...) *Uma vez que a negociação dos contratos programa ocorre no final do ano anterior a que reportam, para o ano 2008, a operacionalização deste aumento de produção base e adicional fez-se por recurso a uma adenda para o PIO.*”

Todavia (...) para a negociação dos Contratos Programa de 2009 (...) foram preconizadas orientações internas para que a negociação fosse direccionada para um aumento da actividade nas especialidades consideradas críticas na Região: Oftalmologia, Ortopedia e ORL, que constou de documento divulgado entre os profissionais afectos às tarefas de negociação dos contratos-programa.”

Esclarece, ainda, que “ (...) esta ARS procurou quer no âmbito da actividade base de consultas externas, quer de bloco operatório, fosse contratualizado para Oftalmologia em 2009 valores superiores aos propostos pelas instituições hospitalares para que o efeito do PIO fosse tendencialmente absorvido pela produção base (...).

(...) o Departamento de Contratualização desta ARS, efectuou um diagnóstico da situação à especialidade de Oftalmologia na região, por comparação com outras regiões de saúde e tendo em atenção a capacidade instalada (recursos humanos e horário afecto às actividades de consulta e bloco operatório). Este trabalho (...) foi remetido a todos os Conselhos de Administração dos Hospitais do SNS em 30.10.2008 para que em sede de negociação de contrato programa fossem introduzidas medidas que a nível institucional contribuíssem para o desenvolvimento da actividade de Oftalmologia, cumulativamente com a participação prevista no PIO.”

⁴⁴ Encontra-se incluída no PF/2009 do Tribunal de Contas uma acção direccionada ao Programa de Intervenção em Oftalmologia (PIO), na qual será feita uma avaliação do mesmo.



Tribunal de Contas

Refere, ainda, que (...) o diagnóstico da situação para a especialidade de Oftalmologia coadunou-se com as recomendações do Tribunal de Contas (...), sendo portanto necessário estender a análise às especialidades prioritárias do futuro Contrato Programa 2010”.

Sobre a matéria em apreço, os esclarecimentos prestados pelo alegante vão no sentido das recomendações do Tribunal, nomeadamente quanto à necessidade de em sede de negociação dos contratos programa, se efectuar uma efectiva avaliação da capacidade instalada da produção cirúrgica das unidades hospitalares, de forma à sua melhor rendibilização, por especialidade cirúrgica.

Relativamente à impossibilidade de determinar se as cirurgias contratualizadas no âmbito do PIO em produção adicional poderiam ter sido realizadas em produção normal/base, o Presidente do Conselho Directivo da ARSLVT alega que “ (...) este apuramento não poderia ter sido concretizado com o Contrato Programa 2008 a decorrer, mas para salvaguardar este pressuposto e decorrente do diagnóstico da situação da ARSLVT, podemos afirmar que os resultados da contratualização de 2009, foram francamente positivos face ao inicialmente previsto/apresentado pelos hospitais para a especialidade de Oftalmologia. (...).

(...) Portanto, ainda que o número de cirurgias por especialidade não conste nos Contratos Programa celebrados com os Hospitais a informação existe nos Planos de Desempenho contratualizados, pelo que é possível monitorizar a actividade assistencial por linha de produção e por especialidade.”

Não obstante o conteúdo das alegações, e por razões de uma maior transparência nas negociações dos contratos programa, é de manter a conclusão e a recomendação formulada nesta matéria.

De referir, por fim, que o SIGIC⁴⁵ enquanto instrumento de gestão surge em termos temporais na sequência de programas especiais de recuperação de listas de espera que 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. Assim, não era expectável que surgisse um programa “colateral” ao SIGIC com características em tudo semelhantes a programas de intervenções pontuais⁴⁶

⁴⁵Que pressupõe a centralização dos doentes em espera a nível central e uma abordagem que procura uma intervenção a longo prazo, que facilite a gestão das listas de espera e aumente a capacidade para a resolução das mesmas.

⁴⁶ Refira-se, a este propósito, os primeiros programas de combate às listas de espera (Programa de Promoção do Acesso -PPA - e o Programa Especial de Combate à Listas de Espera Cirúrgicas - PECLEC), que tiveram como



sobre as listas de espera que produzem resultados de curto prazo, mas que não alteram de forma sensível a dinâmica da lista de espera.

O Presidente do Conselho Directivo da ACSS, I.P., refere quando a este assunto que *“(...) O Programa PIO pretendeu, com sucesso, endereçar uma situação excepcional de forma a alinhar um grupo de utentes com particular dificuldade de acesso, numa área sensível, com a mediania dos utilizadores dos serviços cirúrgicos. No âmbito do programa PIO que além de visar recuperar uma situação de espera cirúrgica excessiva criaram-se soluções técnicas que estarão até ao final do ano em pleno funcionamento que permitem a ligação do CTH ao SIGIC e consequentemente o eficaz acompanhamento futuro desta e outras situações.”*

IV - VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO

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

V- EMOLUMENTOS

Nos termos dos artigos 1º, 2º, 10º, n.º 1, e 11º, n.os 1 e 3, do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de Maio⁴⁷, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 139/99, de 28 de Agosto, e 3-B/2000, de 4 de Abril, e em conformidade com a Nota de Emolumentos apresentadas no Volume II, são devidos emolumentos, num total de € 15.351,19, a suportar por:

- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. – € 2.472,12;
- Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. – € 2.863,79;
- Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. – € 2.863,79;
- Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. – € 2.383,83;
- Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. – € 2.383,83;
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. – € 2.383,83.

característica fundamental incentivar o aumento da capacidade disponível, contudo esse aumento da oferta não resultou numa resolução sustentada do problema das listas de espera (cfr. Relatório de Auditoria n.º 15/05-2ªS. e Relatório de Auditoria n.º 25/07-2ªS.)

⁴⁷ Alterado pela Lei n.º 139/99, de 28 de Agosto e pela Lei n.º 3-B/2000, de 4 de Abril.



Tribunal de Contas

VI - DETERMINAÇÕES FINAIS

11 - O presente relatório deverá ser remetido, às seguintes entidades:

- Ministra da Saúde.
- Presidente da Comissão de Saúde da Assembleia da República.
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.

12 - Após a entrega do Relatório às entidades supra referidas, poderá o mesmo, ser divulgado no “site” do Tribunal.

13 - As entidades, destinatárias das recomendações, deverão, no prazo de seis meses, após a recepção deste Relatório, comunicar ao Tribunal de Contas a sequência dada às recomendações formuladas.

14 - Um exemplar do presente Relatório deverá ser remetido ao Ministério Público junto deste Tribunal, nos termos dos artigos 29º, n.º 4, e 54º, n.º 4, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, na redacção dada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto.





Tribunal de Contas

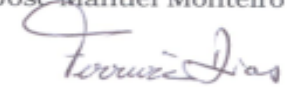
Aprovado, em Subsecção da 2ª Secção do Tribunal de Contas, em 14 de Julho de 2009.

O Juiz Conselheiro Relator


(Enrico Manuel Ferreira Pereira Lopes)


Os Juizes Conselheiros Adjuntos


(Jose Manuel Monteiro da Silva)


(João Manuel Macedo Ferreira Dias)

Fui presente

O Procurador-Geral Adjunto





Tribunal de Contas

*Auditoria de Seguimento das Recomendações
Formuladas no Relatório de Auditoria ao "Acesso
aos Cuidados de Saúde do SNS - Sistema Integrado
de Gestão de Inscritos para Cirurgia -SIGIC"*

Relatório n.º 27/09 - 2ª. S

Processo n.º 02/09 - Audit

Volume II



Volume II

Índice das Alegações

1. Respostas nos termos do Contraditório	5
Administração Regional de Saúde do Centro, IP	7
Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo, IP	11
Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP	35
Administração Central do Sistema de Saúde, IP	39
2. Notas de Emolumentos	43



1. RESPOSTAS NOS TERMOS DO CONTRADITÓRIO



Administração Regional de Saúde do Centro, IP

014828 '09 06-23 13:14

Exmº Senhor
Dr. Abílio Augusto Pereira Matos
Auditor-Coordenador
Tribunal de Contas
Avª Barbosa du Bocage , 61
1069-045 Lisboa

Sua referência

Data

Nossa referência

Data

—
ASSUNTO: Auditoria de Seguimento das Recomendações Formuladas no relatório de Auditoria
ao Acesso aos Cuidados de Saúde do Serviço Nacional de Saúde – Sistema Integrado de Gestão
de inscritos para Cirurgia – SIGIC

Relativamente ao assunto em título e em referência mais especificamente nas áreas do SIGIC e CTH, devemos referir que concordamos, em termos gerais, com as conclusões do relatório. Aliás, e se nos é permitido, gostaríamos de sublinhar o cuidado e rigor que transparecem deste documento. Nomeadamente quanto à consulta a tempo e horas sublinhamos o referido na página 10 do Relatório. Relativamente ao SIGIC a referência quanto à definição e rentabilização da capacidade instalada concordamos inteiramente com o objectivo que, ainda não foi possível levar à prática por um conjunto de dificuldades e obstáculos mas que, numa próxima ronda esta ARS certamente procurará superar.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho Directivo

(Dr.João Pedro Pimentel)

JP/AO

DGTC 25.06'09 12037

Alameda Júlio Henriques - Apartado 1087 - 3001-553 Coimbra - Tel. 239 796 800 - Fax 239 796 861 - 239 796 815
E-mail: geral@arscentro.min-saude.pt

ARSC - 01



Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo, IP



16852 19 06'09

Exmo. Senhor Director Geral
Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
Proc. nº 02/09- DA VI.1	Ofício nº 8509 de 09.06.2009		15/06/2009

Assunto: Auditoria de seguimento das recomendações formuladas no relatório de auditoria ao acesso aos cuidados de saúde do SNS - SIGIC

Analisado o relato da auditoria de seguimento das recomendações formuladas no relatório de auditoria ao acesso aos cuidados de saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão dos Inscritos para Cirurgia – SIGIC vem a ARSLVT submeter à apreciação do Tribunal de Contas os seguintes comentários e informação complementar no exercício do contraditório.

1. Articulação Contratos Programa 2009 (CP2009) e Programa de Intervenção em Oftalmologia (PIO)

O início do PIO a 1 de Julho de 2008 ocorreu no período em que já decorria a execução do Contrato Programa 2008 com os Hospitais do SNS, conseqüente da necessidade imediata de redução dos tempos de espera cirúrgicos para a especialidade de Oftalmologia, pelo que à data foram assinadas adendas aos Contratos Programa 2008, com um acréscimo da actividade base de 10% para primeiras consultas externas e cirurgias. Uma vez que a negociação dos contratos programa ocorre no final do ano anterior a que reportam, para o ano 2008, a operacionalização deste aumento de produção base e adicional fez-se por recursos a uma adenda para o PIO.

Todavia estando a ARSLVT ciente da necessidade de uma abordagem de intervenção de médio e longo prazo para a especialidade de Oftalmologia, para a negociação dos Contratos Programa de 2009 (processo iniciado em Setembro de 2008) foram preconizadas orientações internas para que a negociação fosse direccionada para um aumento da actividade nas especialidades consideradas críticas na Região: Oftalmologia, Ortopedia e ORL, que constou de documento divulgado entre os profissionais afectos às tarefas de negociação dos contratos-programa.

Com efeito, esta ARS procurou que no âmbito da actividade base quer de consultas externas, quer de bloco operatório, fosse contratualizado para Oftalmologia em 2009 valores superiores aos

DGTC 23 06'09 11922

DC/sb

propostos pelas instituições hospitalares para que o efeito do PIO fosse tendencialmente absorvido pela produção base:

"O objectivo a contratualizar para cada hospital em primeiras consultas de oftalmologia é de 15% (var.08/09) ou mais 10% face à proposta apresentada para 2009."

"O objectivo a contratualizar para cada hospital em cir. ambulatória de oftalmologia é de 25% (var.08/09) ou mais 10% face à proposta apresentada para 2009."

**Negociação contratos
programa 2009**

Orientações

Outubro 2008
Departamento de Contratualização

PRESSUPOSTOS DE NEGOCIAÇÃO

CONSULTA EXTERNA

- O total de primeiras consultas dum hospital para 2009 não pode reduzir face ao realizado 2007 e projecção de 2008 (atenção à estimativa)
- O total de primeiras consultas de **Oftalmologia** para 2009 deverá aumentar 28% face ao realizado 2007 e 15% face à **estimativa de 2008** (+10.100 consultas) (como actividade base, não considerar o plano especial de oftalmologia)
- Identificar outra especialidade no hospital para os mesmos pressupostos, em função da lista de espera existente, preferencialmente: ORL, Urologia ou Ortopedia

A variação 2009/2007 apresentada por todos os Hospitais é um aumento do total das primeiras consultas em 12% e um aumento das primeiras consultas de Oftalmologia de 17,4%.

O objectivo a contratualizar para cada hospital em primeiras consultas de oftalmologia é de 15% (var.08/09) ou mais 10% face à proposta apresentada para 2009.

CIRURGIAS DE AMBULATÓRIO

- O total de cirurgias dum hospital para 2009 não pode reduzir face ao realizado 2007 e projecção de 2008 (atenção à estimativa)
- O total de cirurgias de ambulatório de **Oftalmologia** para 2009 deverá aumentar 55% face ao realizado 2007 e 25% face à **estimativa de 2008** (+3.700 cirurgias ambulatório) (como actividade base, não considerar o plano especial de oftalmologia)
- Identificar outra especialidade no hospital para os mesmos pressupostos, em função da lista de espera existente, preferencialmente: ORL, Urologia ou Ortopedia

A variação 2009/2007 apresentada por todos os Hospitais é um aumento do total de cirurgias de ambulatório em 35% e um aumento da cirurgia de ambulatório de Oftalmologia em 44%.

O objectivo a contratualizar para cada hospital em cir. ambulatória de oftalmologia é de 25% (var.08/09) ou mais 10% face à proposta apresentada para 2009.

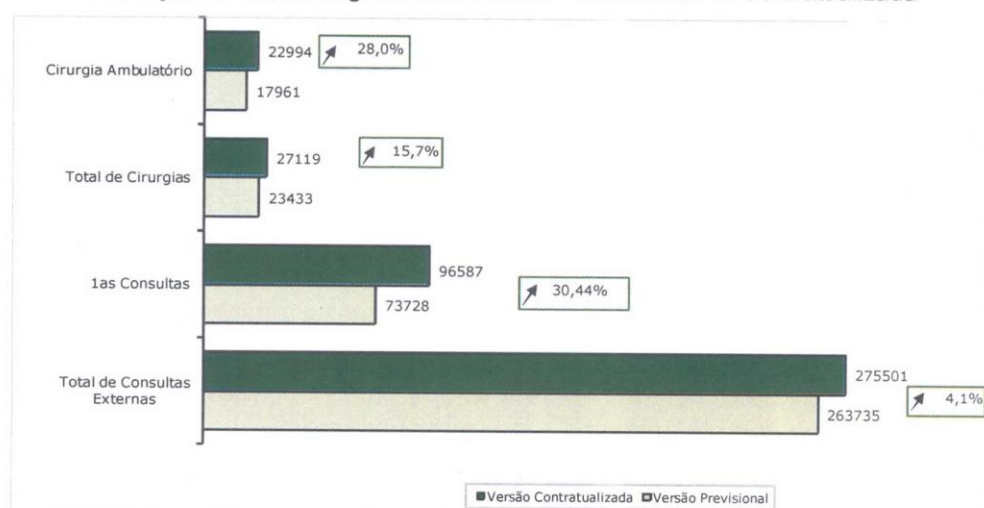
Para que os pressupostos da negociação fossem estabelecidos, previamente o Departamento de Contratualização desta ARS, efectuou um diagnóstico da situação à especialidade de Oftalmologia na Região, por comparação com outras regiões de saúde e tendo em atenção a capacidade instalada (recursos humanos e horário afecto às actividades de consulta e bloco operatório). Este trabalho "A especialidade de Oftalmologia na ARSLVT – Estudo comparativo com as restantes regiões – Estatística de 2006 a 2009", que se anexa, foi remetido a todos os Conselhos de Administração dos Hospitais do SNS em 30.10.2008 para que em sede de

negociação de contrato programa fossem introduzidas medidas que a nível institucional contribuíssem para o desenvolvimento da actividade de Oftalmologia, cumulativamente com a participação prevista no PIO. Nas reuniões de negociação foi apresentado a cada hospital o respectivo diagnóstico da situação (produção, produtividade, distribuição do horário médico) face às restantes instituições da ARSLVT.


Salvo melhor opinião, parece-nos que o diagnóstico da situação para a especialidade de Oftalmologia coadunou-se com as recomendações do Tribunal de Contas no que respeita a “Promover, em sede de negociação dos contratos programa, uma efectiva avaliação da capacidade instalada da produção cirúrgica das unidades hospitalares, de forma à sua melhor rentabilização, por especialidade cirúrgica.” (pág. 15 do v/ Relato), sendo portanto necessário estender a análise às especialidades prioritárias do futuro Contrato Programa 2010.

Quanto à afirmação constante na pág. 42 do Relato “... Assim, não foi possível determinar se as cirurgias contratualizadas no âmbito do PIO em produção adicional (...) poderiam ter sido realizadas em produção normal/base”, explicitou-se que este apuramento não poderia ter sido concretizado com o Contrato Programa 2008 a decorrer, mas para salvaguardar este pressuposto e decorrente do diagnóstico da situação na ARSLVT, podemos afirmar que os resultados da contratualização de 2009, foram francamente positivos face ao inicialmente previsto/apresentado pelos hospitais para a especialidade de Oftalmologia. Este facto pode ser conferido nas pág. 6 e 7 do “Relatório da Contratualização 2009 – Hospitais SNS”, que também se anexa.

Produção de Oftalmologia ARSLVT 2009 – Previsional vs Contratualizada



Assim foram contratualizadas mais 22.859 primeiras consultas e mais 5.033 cirurgias de ambulatório em sede de contrato programa, portanto sem recurso ao PIO. A esta produção acresce 10% da adenda PIO ao Contrato Programa 2009.



Portanto, ainda que o número de cirurgias por especialidade não conste nos Contratos Programa celebrados com os Hospitais a informação existe nos Planos de Desempenho contratualizados, pelo que é possível monitorizar a actividade assistencial por linha de produção e por especialidade.

2. Articulação Contratos Programa 2009 (CP2009) e a Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC)

Esta ARS introduziu pela primeira vez no âmbito dos Contratos Programa 2008 com os Hospitais 2 indicadores relacionados com a LIC, que caso estejam cumpridos pelos Hospitais originam a atribuição de uma verba de incentivo previamente definida no Contrato Programa. Esta medida, actualmente em avaliação final pelo encerramento do ano 2008, consistiu na *monitorização dos tempos de espera para cirurgia* e na *taxa de resolução das Listas de Inscritos para Cirurgia*. Para apoiar os hospitais na monitorização destes indicadores, considera-se que também terá contribuído a informação enviada bimestralmente pela URGIC aos Hospitais com indicação do ponto situação da respectiva LIC e tempos de espera, bem como as cirurgias concretizadas pelo Hospital Origem, pelo Hospital Destino e/ou desistências.

Na continuidade dos procedimentos criados, no corrente ano, o Contrato-Programa 2009 dos Hospitais integra nos indicadores regionais para atribuição de incentivos, áreas exclusivamente dedicadas à acessibilidade dos utentes: consulta externa e SIGIC. Assim, foram negociados com os Hospitais metas para os seguintes indicadores:

- Consulta Externa

% 1as consultas / Total consultas (2 especialidades seleccionadas em função da especificidade da instituição) As especialidades prioritárias foram: Oftalmologia, ORL, Urologia e Ortopedia

- SIGIC

Tempo Médio de Espera do Hospital < 180 dias (ajustado à realidade de cada instituição)

Tempo Médio de Espera de cada especialidade < 210 dias (ajustado à realidade de cada instituição)

0% doentes oncológicos em LIC > 3 meses

0% doentes em LIC > 24 meses

Com o estabelecimento destes indicadores e metas contratualizadas pretende a ARSLVT criar mecanismos que impulsionem um efectivo controlo das LIC quer ao nível dos Conselhos de Administração dos Hospitais quer ao nível das UHGIC com quem se devem articular em primeira

instância para a redução dos doentes em LIC e para o desaparecimento dos “*casos extremos dos utentes em lista de espera, que afectam mais a média do que a mediana*” como preconizado (pág. 33 do Relato).

3. Contratos Programa 2010

Ainda que numa fase embrionária de elaboração dos pressupostos para a contratualização do ano 2010, até porque será necessário o enquadramento nacional em metodologia a definir pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, pondera-se adaptação dos tempos máximos de resposta garantidos, publicados na Portaria nº 1529/2008 de 26 Dezembro, aos indicadores regionais que figurem nos contratos programa.

Ficamos ao inteiramente ao dispor de V. Exa. para qualquer esclarecimento adicional que julgue necessário.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo



RUI PORTUGAL
Presidente do Conselho Directivo
ARSLVT, I.P.

Anexos:

- A especialidade de Oftalmologia na ARSLVT – Estudo comparativo com as restantes regiões – Estatística de 2006 a 2009
- Relatório da Contratualização 2009 – Hospitais SNS

ARSLVT

Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



Ministério da Saúde

Relatório

Contratualização 2009

Hospitais SNS

Departamento de Contratualização

Março 2009

A metodologia definida para o Contrato-Programa de 2009 vem consolidar o processo de contratualização entre as Regiões de Saúde e os Hospitais do SNS, dando continuidade ao processo já iniciado. Além do pagamento de linhas de produção progressivamente mais ajustadas à organização dos cuidados, procurou-se clarificar e consolidar a distribuição das verbas destinadas ao financiamento específico de programas de saúde e terapêuticas.

Quanto à definição de preços, a metodologia estabelece a manutenção dos preços de referência do Contrato-Programa 2008, dos Hospitais do SNS, com **atualização do Índice Case Mix (ICM)** e doentes equivalentes, com referência à produção codificada do ano 2007, resultando numa valorização do preço associado ao ambulatório cirúrgico.

A metodologia para a definição de preços e fixação de objectivos do Contrato-Programa 2009 alarga as regras de **pagamento da produção marginal** (até 10% da produção contratada) a todas as actividades com excepção da actividade cirúrgica programada, que continua a ser incentivada. O financiamento associado a medicamentos cedidos em ambulatório foi limitado ao valor previsto em contrato-programa.

Verifica-se a continuidade do processo de contratualização assente no **Plano Nacional de Saúde**, nas áreas da infecção VIH/Sida, Doenças Oncológicas, Saúde Sexual e Reprodutiva (Diagnóstico Pré-Natal e Interrupção da Gravidez), Gestão Integrada da Doença Renal Crónica (Diálise) e Medicamentos de cedência hospitalar obrigatória em ambulatório (com suporte legal) da responsabilidade financeira destas instituições, Doenças Cardiovasculares (enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral).

O Contrato-Programa para 2009 mantém o financiamento dos seguintes **programas específicos**: Cuidados Continuados Integrados, Ajudas Técnicas, Assistência Médica no Estrangeiro, Assistência na área da Saúde Mental prestada por Ordens Religiosas, Convenções Internacionais, Diagnóstico da Retinopatia Diabética, ROR, Sistema de Custeio e Incentivos aos Transplantes, Doenças Lisossomais de Sobrecarga e Plano de Acesso à Cirurgia Oftalmológica.

Os **incentivos institucionais** foram incrementados percentualmente (de 2% da produção prevista pelos hospitais para 5%). O valor do incentivo a atribuir está dependente do cumprimento de 30% de objectivos nacionais, 20% objectivos regionais e 50% objectivos institucionais da região.

Quanto ao **crescimento dos custos para 2009**, as metas nacionais foram fixadas superiormente, face ao realizado em 2008, mantendo os valores de referência utilizados no âmbito do Contrato Programa 2008: Δ consumos = 4%; Δ fornecimentos e serviços externos = 4%; Δ custos com pessoal = 0%; Δ compras = 4%.



Processo

O processo de contratualização de 2009 decorreu entre Agosto de 2008 e Fevereiro de 2009, conforme quadro que se segue:

Ciclo	#	Tarefa	Executante	Calendário
Preparação dos Planos de Desempenho Previsionais	1	Envio dos PD 2009	SIAC	Ago-08
	2	Preenchimento dos PD 2009 (versão previewal)	Hospitais	Set-08/Out-08
	3	Análise Preliminar dos PD 2008	DC	Set-08/Out-08
	4	Aprovação/ Não Aprovação dos PD 2009	DC	Out-08
	5	Recepção da versão final da Metodologia para 2009, dos relatórios de negociação emitidos pelo SICA e da simulação da ACSS	DC	Nov-08
	6	Validação/ Não Validação da Simulação	DC	Nov-08
Processo de Negociação	7	Elaboração dos Mapas de Apoio	DC	Set-08/Out-08
	8	Análise dos PD 2009, tendo em conta a informação disponibilizada nos pontos 5 e 6 e estabelecimento de objectivos para cada hospital	DC	Nov-08
	9	Preparação das reuniões de negociação	DC	Nov-08
	10	Reuniões de Negociação	DC	Nov-08/Dez-08
	11	Actualização dos PD 2009 (versão pós reunião)	Hospitais	Dez-08/Jan-09
	12	Análise e validação/não validação dos PD 2009 (versão pós reunião)	DC	Dez-08/Jan-09
	13	Actualização da simulação	ACSS	Jan-09
	14	Envio dos valores finais aos Hospitais	ARS/DC	Fev-09
	15	Envio da versão final do PD 2009 dos Hospitais	Hospitais	Fev-09
	16	Análise e validação/não validação dos PD 2009 (versão contratualizada)	DC	Fev-09
Emissão e assinatura do Contrato-Programa 2009	17	Elaboração dos Anexos ao Contrato-Programa 2009	SICA	Fev-09/ Mar-09
	18	Elaboração dos Contratos-Programa 2009	DC	Fev-09/ Mar-09
	19	Assinatura dos Contratos-Programa 2009	ARS/Hospital	Mar-09
	20	Envio do Contrato-Programa 2009 assinado para ACSS	DC	Mar-09
	21	Assinatura do Contrato-Programa 2009 e envio para homologação	ACSS	Mar-09

É de referir que a mais recente aplicação, SICA (Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento), desenvolvida pela Administração Central Sistema Saúde, IP (ACSS) em parceria com a Novabase, passou a ser o único sistema de informação em Setembro de 2008, gerando uma derrapagem (de cerca de um mês) no processo de recolha de dados dos Planos de Desempenho 2009 dos diversos hospitais da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARSLVT).

De facto, no início do processo de contratualização 2009 a aplicação SICA não estava ainda desenvolvida para responder eficazmente à sobrecarga de dados registados em simultâneo, a que foi sujeita aquando do preenchimento do Plano de Desempenho. Por outro lado, as diversas unidades hospitalares também não dispunham da experiência necessária à correcta utilização da ferramenta. Todavia, as dificuldades referidas foram ultrapassadas, permitindo recuperar a calendarização estabelecida para o processo de contratualização.

2. RESULTADOS DA NEGOCIAÇÃO

Desempenho ARSLVT

ARSLVT

Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



Ministério da Saúde

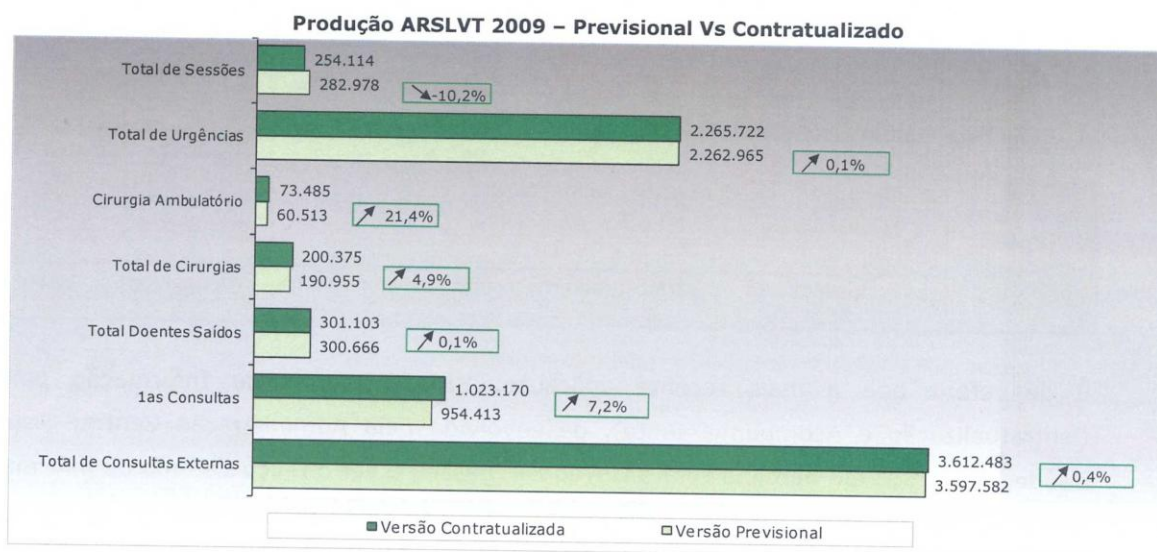
A análise dos resultados da negociação utilizou os Planos de Desempenho 2009, disponibilizados através da aplicação SICA, como fonte de informação.

Uma vez que os resultados regionais surgem da agregação dos dados de todos os hospitais, foi necessário considerar os seguintes pressupostos:

- a consolidação dos dados da actividade assistencial, não inclui o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa;
- a consolidação da informação económico-financeira, não inclui o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa nem o Centro Hospitalar Oeste Norte (criado em 22 de Janeiro de 2009). Todavia, nos dados relativos ao financiamento e às metas constam os valores respeitantes ao Centro Hospitalar das Caldas da Rainha, do Hospital de Alcobaça e do Hospital de Peniche, que passaram a integrar o Centro Hospitalar Oeste Norte.

ACTIVIDADE ASSISTENCIAL

Comparando a versão previsional e a versão contratualizada da actividade total da ARSLVT, obtemos os resultados visíveis no gráfico adjacente:



Regista-se um aumento de 0,4% no total de consultas externas médicas (+14.901 consultas). Verifica-se um incremento de **+68.757 primeiras consultas**, representado um acréscimo de 7,2% face à versão inicial proposta pelos hospitais.

Há um acréscimo de 437 doentes saídos, que equivale a um aumento superficial de 0,1%.

Relativamente à actividade cirúrgica, a ARSLVT regista um aumento de 9.420 cirurgias face à versão previsional. É de salientar o acréscimo de **+12.972 cirurgias de ambulatório**, o que em termos incrementais resulta num acréscimo de 21,4%.

2. RESULTADOS DA NEGOCIAÇÃO

Desempenho ARSLVT

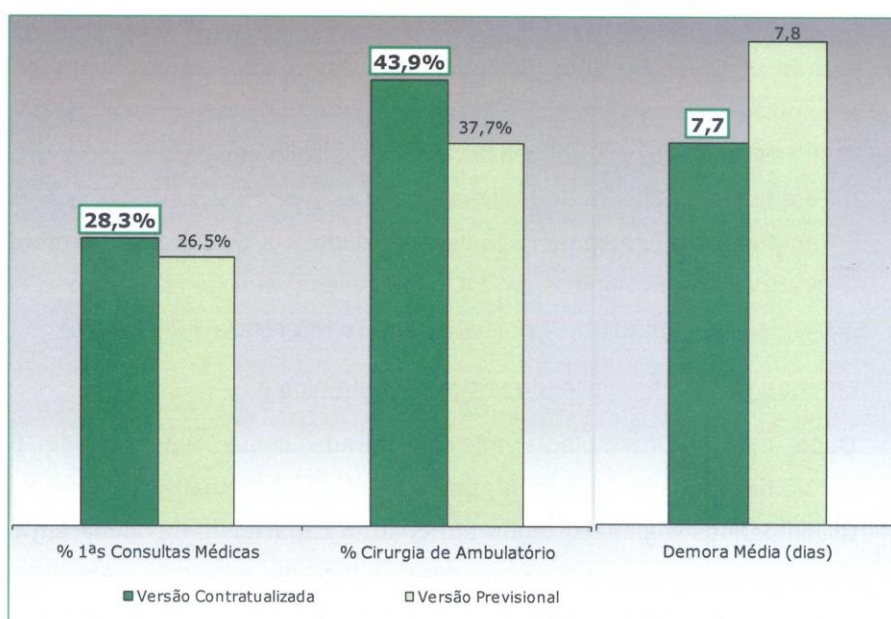
ARSLVT

Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



Verifica-se que os atendimentos na urgência estão praticamente estabilizados, registando um ligeiro incremento 0,1%, que em termos absolutos corresponde a +2.757 atendimentos, relativamente à versão previsional. O número de sessões de hospital de dia apresenta um decréscimo de -28.864 sessões face à versão previsional. Este fenómeno é explicado pela redução de cerca de 33.000 sessões, devido a uma alteração de registo da produção numa das instituições da ARSLVT.

ARSLVT 2009 – Previsional Vs Contratualizado



As alterações preconizadas em termos de produção, geraram uma melhoria generalizada nos indicadores de desempenho assistencial¹:

- A **% 1as consultas no total de consultas médicas** passa de 26,5%, na versão previsional, para 28,3% contratualizados;
- A **demora média** regista uma diminuição de 7,8 para 7,7 dias;
- A **% cirurgia ambulatório no total de cirurgias programadas** passa de 37,7% para 43,9%.

Os **resultados da contratualização 2009** são coerentes com a estratégia definida - "garantir a acessibilidade a custos comportáveis". Com efeito, o processo de negociação permitiu: potenciar o acesso aos cuidados de saúde através do aumento da actividade de ambulatório e incentivar a actividade programada em detrimento da urgente.

¹ Valores de Plano de Desempenho 2009 contratualizado que foram pontualmente melhorados para efeitos de fixação de objectivos a contratualizar no Anexo III-A do Acordo Modificativo 2009 (Ex.: 23,3% Vs 24,3%).

2. RESULTADOS DA NEGOCIAÇÃO

ARSLVT

Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



Desempenho ARSLVT

É ainda de referir que se introduziram alguns aperfeiçoamentos ao processo de negociação dos Contratos-Programa 2009, com particular relevância para:

- (Re)definição dos objectivos a integrar o Anexo III-A do Acordo Modificativo 2009

Com efeito, procedeu-se à substituição da globalidade dos indicadores regionais indexados à verba de incentivo, optando-se por indicadores de resultado em detrimento dos de processo. À semelhança do ano transacto, privilegiaram-se as linhas de produção Consulta Externa e Actividade Cirúrgica Programada, medida através da Lista Inscritos Cirurgia, LIC, tendo sido seleccionados os 5 indicadores seguintes:

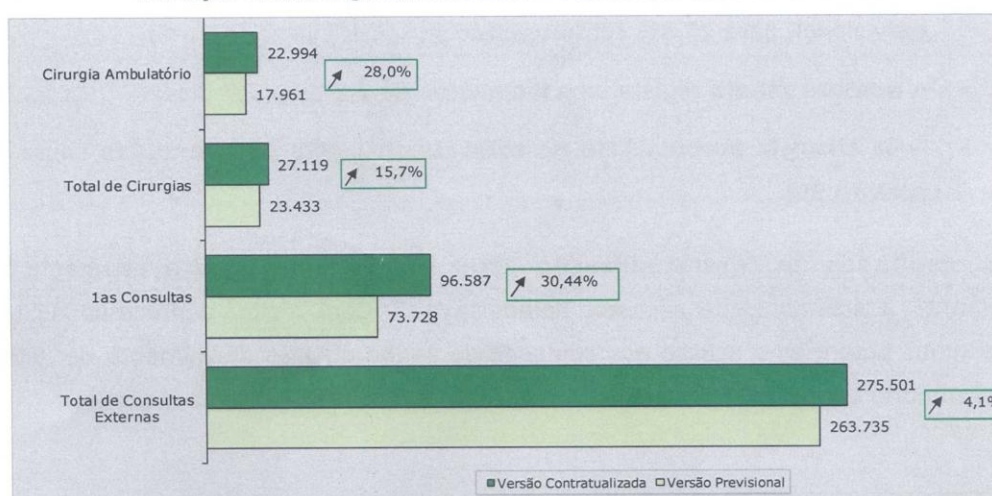
1. % 1as consultas / Total consultas (2 especialidades)
2. Tempo Médio Espera do Hospital < X dias (valor de referência <180 dias)
3. Tempo Médio Espera de cada especialidade < X dias (valor de referência <210 dias)
4. 0% doentes oncológicos em LIC > X meses (valor de referência <3 meses)
5. 0% doentes em LIC > X meses (valor de referência <24 meses)

- Enfoque numa especialidade crítica - Oftalmologia

Dado que a Oftalmologia foi considerada como especialidade particularmente problemática a nível Nacional, procedeu-se a uma análise que permitisse comparar desempenhos regionais, tendo em conta a capacidade instalada em cada ARS. Para o efeito, seleccionaram-se as duas linhas de produção relevantes na área da Oftalmologia: Consulta Externa e Cirurgias, privilegiando o acesso dos doentes.

O processo de negociação gerou resultados positivos, conforme se exhibe no gráfico adjacente:

Produção Oftalmologia ARSLVT 2009 – Previsional Vs Contratualizado



2. RESULTADOS DA NEGOCIAÇÃO

ARSLVT

Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



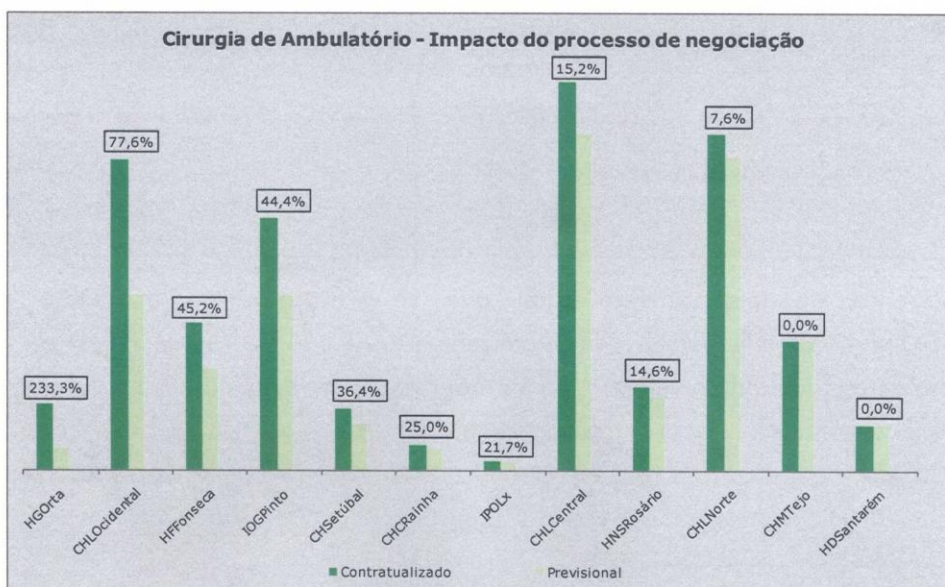
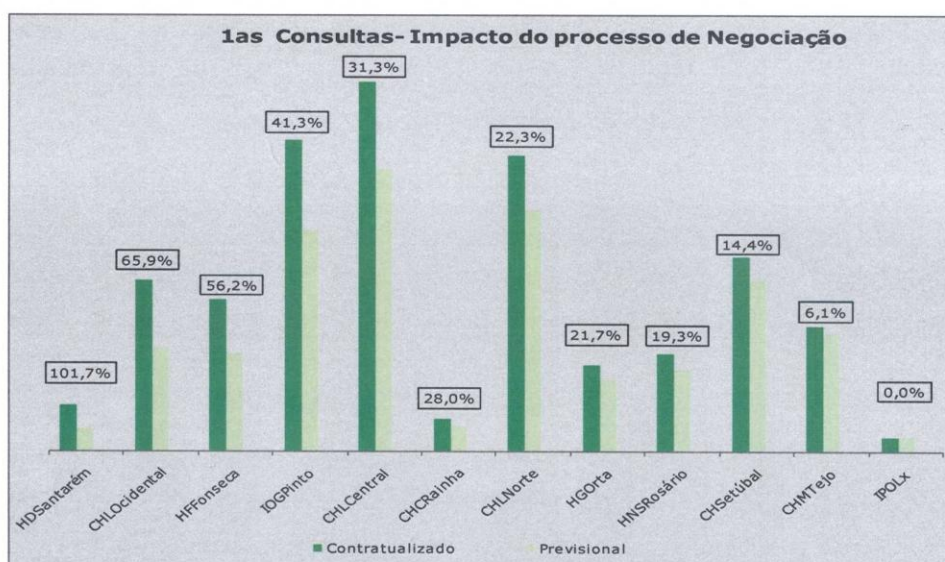
Ministério da Saúde

Desempenho ARSLVT

Regista-se um aumento de 4,1% no total de consultas externas de Oftalmologia (+11.766 consultas). Verifica-se um acréscimo de **+22.859 primeiras consultas de Oftalmologia**, representado um acréscimo de 30,44% face à versão inicial proposta pelos hospitais.

Relativamente à actividade cirúrgica Oftalmológica, a ARSLVT regista um aumento de 3.686 cirurgias face à versão previsional. É de salientar o acréscimo de **+5.033 cirurgias de ambulatorio**, o que em termos incrementais resulta num acréscimo de 28%, evidenciando uma tendência positiva no sentido da ambulatorização da actividade cirúrgica de Oftalmologia.

Os gráficos seguintes exibem o acréscimo de oferta de Oftalmologia detalhado por hospital:



2. RESULTADOS DA NEGOCIAÇÃO

Desempenho ARSLVT

ARSLVT

Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



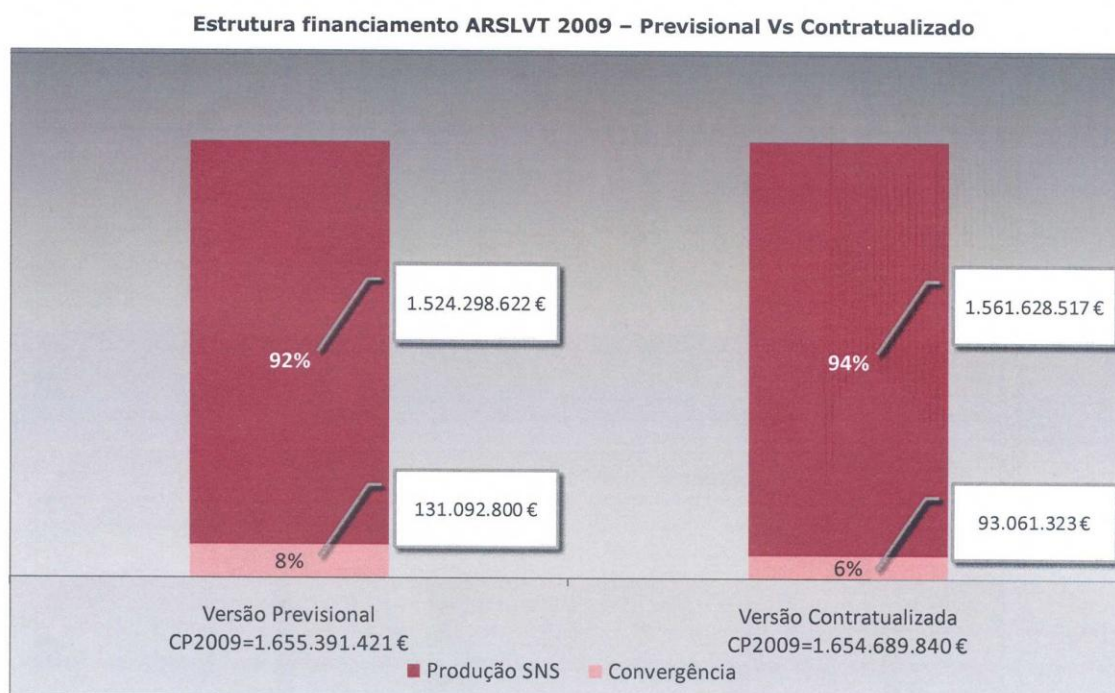
Ministério da Saúde

ECONÓMICO-FINANCEIRO

Em termos de financiamento consolidado da ARSLVT, considerando o universo de hospitais SNS da região com excepção do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, constata-se que as reuniões de contratualização tiveram um impacto positivo na estrutura de distribuição das verbas afectas aos Hospitais do SNS da ARSLVT.

De facto, verifica-se um efeito de substituição de 2 pontos percentuais de acréscimo na produção² por contrapartida da verba de convergência, correspondendo a um aumento de cerca de 37 Milhões€ de valorização de produção.

Considerando os pesos relativos das parcelas de financiamento (produção SNS e convergência) no total regional, os resultados do processo de contratualização 2009 encontram-se sintetizados no gráfico adjacente:



A diferença de financiamento total que se verifica entre a versão previewal (1.655.391.421€) e a versão contratualizada (1.654.689.840€), de cerca de -700 mil€, decorre da rectificação do valor afecto ao Programa Interrupção da Gravidez que, na versão inicial, se encontrava registado em duplicado.

² O Contrato Programa 2009 registou uma alteração de procedimento, passando a considerar a valorização da produção contratualizada com os Hospitais SPA em vez do Orçamento Financeiro.

2. RESULTADOS DA NEGOCIAÇÃO

ARSLVT

Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



Desempenho ARSLVT

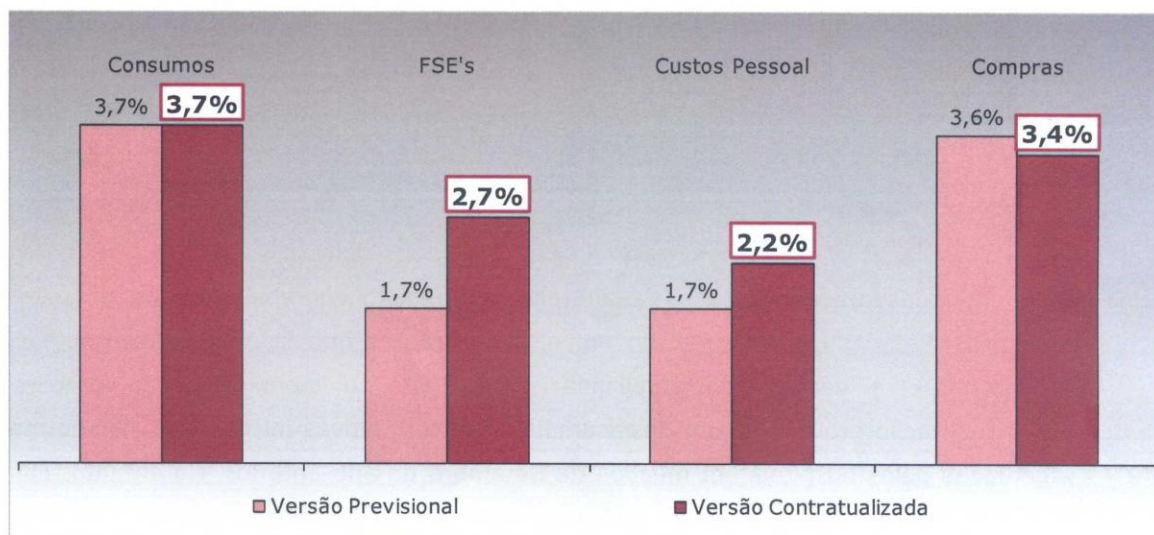
Os custos totais³ consolidados registam uma variação de 0,5% (10.751.423€) entre a versão previsional e a contratualizada.

Relativamente às metas estabelecidas superiormente, a **ARSLVT não cumpre integralmente todos os limites**. Com efeito, a taxa de crescimento dos Custos com Pessoal ultrapassa a meta de 0%, atingindo uma variação percentual de 1,7% na versão previsional, deteriorando-se para 2,2% na versão contratualizada. Esta performance é fundamentada pela conjugação de diversos factores:

1. O aumento da Função Pública estabelecido para 2009 foi de 2,9%, sendo que este valor só é conhecido em Outubro/Novembro 2008, pelo que a estimativa inicial de Custos com Pessoal dos hospitais não incorporava este efeito.
2. O Hospital Fernando da Fonseca, que passou a integrar o universo dos hospitais EPE da ARSLVT, apresentou alguns constrangimentos decorrentes do primeiro ano de gestão pública, nomeadamente no que concerne à estimativa para acerto dos Subsídios de Férias e Natal de 2008 e 2009 e ao cumprimento do Acordo de Empresa, herdado da Sociedade Gestora em 01 de Janeiro de 2009.

Tendo em conta que o estabelecimento destas metas foi negociado com as instituições que no passado dia 22 de Janeiro de 2009 passaram a integrar o Centro Hospitalar Oeste Norte, os valores fixados para estas foram incorporados no gráfico contíguo:

Metas OE ARSLVT 2009 – Previsional Vs Contratualizado



³ A restante análise económico-financeira não inclui o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa e o Centro Hospitalar Oeste Norte, com excepção da parte relativa às Metas OE ARSLVT 2009.

2. RESULTADOS DA NEGOCIAÇÃO

Desempenho ARSLVT

ARSLVT

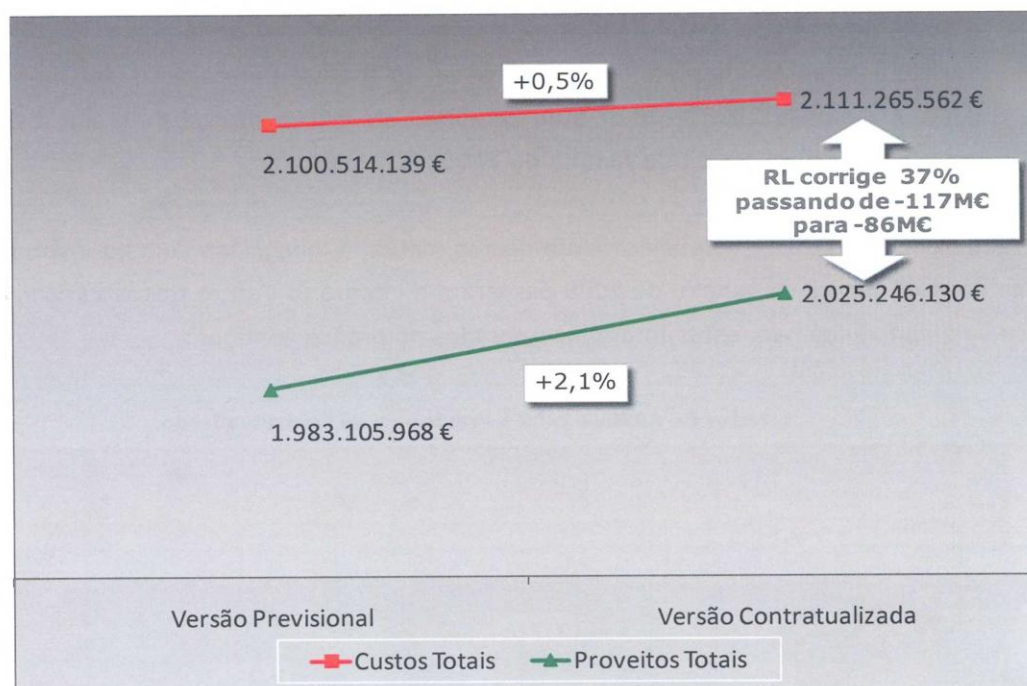
Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



Em termos de proveitos totais consolidados, verifica-se um crescimento de 2,1% entre a versão previsional e a versão contratualizada, correspondendo a um acréscimo 42.140.162€. A referida variação decorre da alteração de registo contabilístico dos proveitos de exploração dos hospitais SPA da ARSLVT. Com efeito, e conforme já tinha sido referido, o Contrato Programa 2009 registou uma alteração de procedimento, passando a considerar a valorização da produção contratualizada com os hospitais SPA em vez do Orçamento Financeiro.

No que concerne ao resultado líquido consolidado da ARSLVT, verifica-se uma correcção do défice (37%) entre a versão previsional e a versão contratualizada em cerca de 31 Milhões€, conforme podemos visualizar no gráfico contíguo:

Resultado Líquido ARSLVT 2009 – Previsional Vs Contratualizado



O referido desempenho resulta da alteração de registo contabilístico dos proveitos dos hospitais SPA, deduzido da revisão em alta dos custos que se verificou entre a versão previsional e a versão contratualizada. Com efeito, o cronograma do processo de contratualização provoca algum desfasamento das estimativas iniciais que, por norma, são efectuadas pelos hospitais em meados de Setembro do ano anterior. No entanto, como as reuniões de negociação ocorrem entre Novembro e Dezembro, naturalmente permitem efectuar estimativas mais realistas pela incorporação de desvios ocorridos e informação mais actualizada (ex.: actualização salários prevista em Orçamento Estado é conhecida em Outubro).

3. CONCLUSÕES

ARSLVT

Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.




Sendo a contratualização um processo longo (cerca de 7 meses), que decorre em paralelo com o acompanhamento do ano transacto, os dados utilizados são dinâmicos e ajustados ao longo do período, em função das evoluções que se pretendem retratar para o ano seguinte a contratualizar.

Em suma, da análise apresentada, é possível inferir que o processo de negociação gera impactos positivos viabilizando a reorientação do perfil de produção, permitindo contratualizar maiores quantidades para todas as grandes linhas de produção, (com excepção das urgências) com particular relevância para a actividade em regime de ambulatório. Privilegiando-se a actividade programada em regime de ambulatório, promoveu-se o tratamento de mais doentes com redução do custo unitário/doente tratado.

Assim, os ganhos de eficiência obtidos na ARSLVT com o processo de contratualização de 2009 traduzem-se numa diminuição da dependência da verba de convergência, através de um aumento da verba indexado ao desempenho da produção.

Handwritten signature or mark in blue ink.

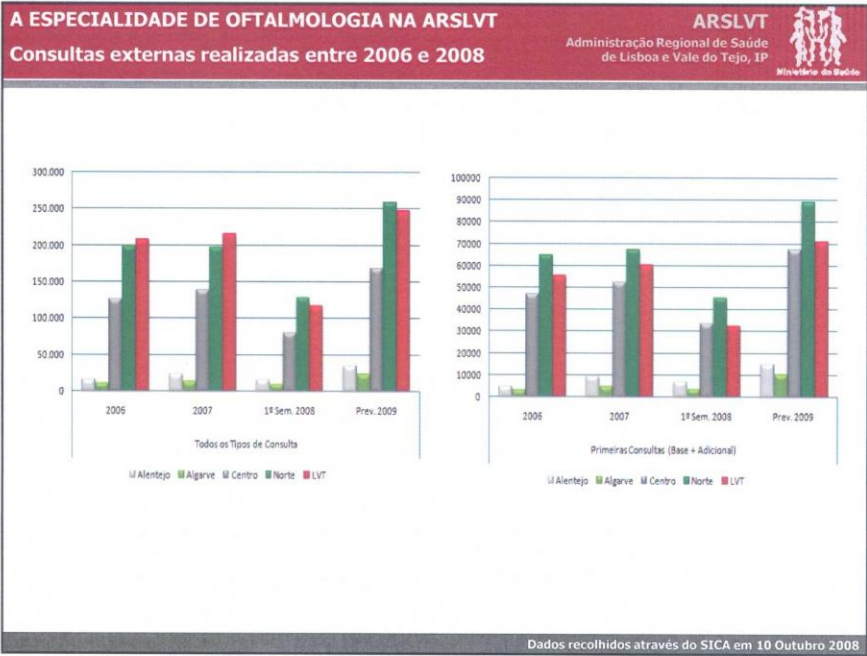
ARSLVT
Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, IP



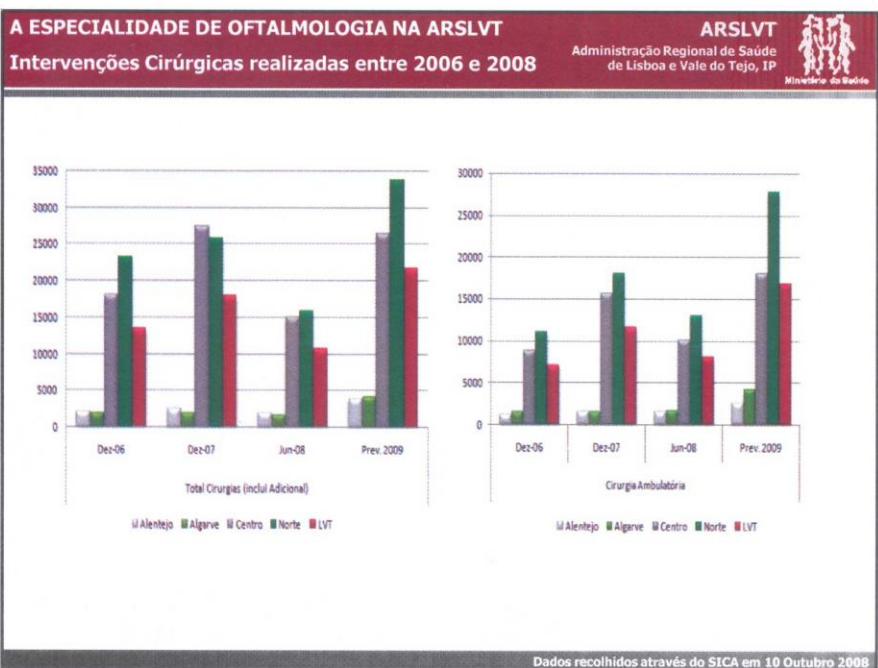
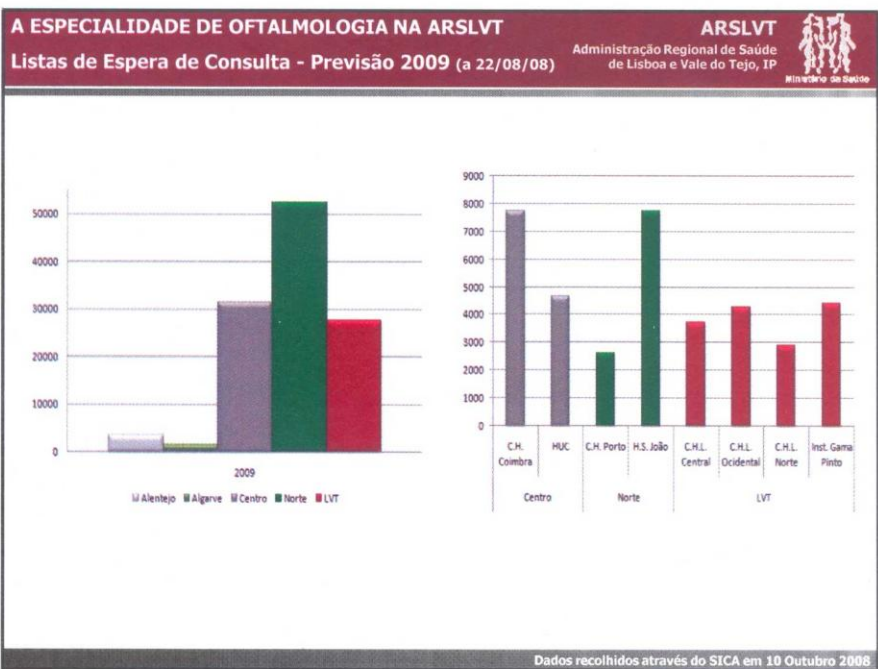
A ESPECIALIDADE DE OFTALMOLOGIA NA ARSLVT

Estudo comparativo com as restantes regiões

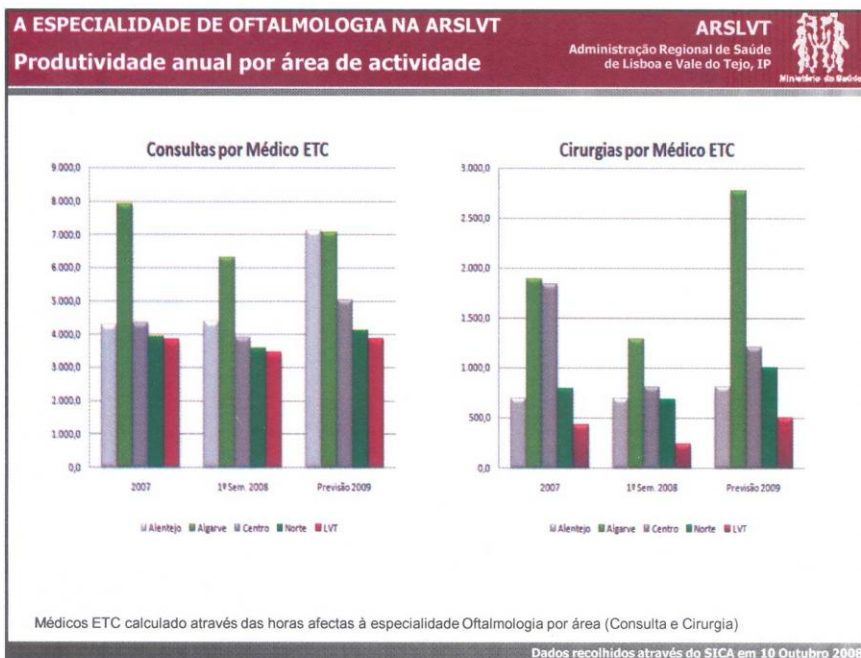
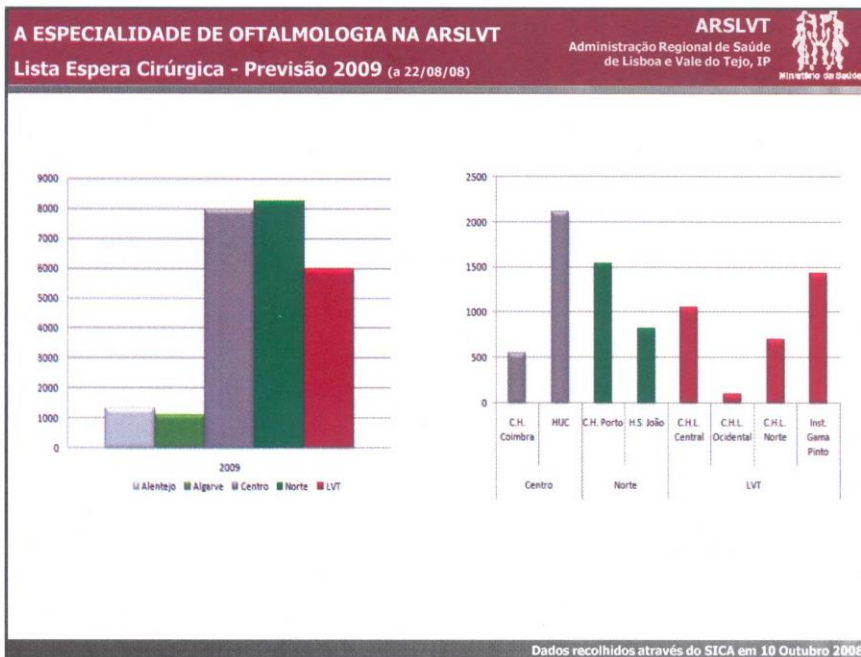
Estatística de 2006, 2007, 2008 e 2009



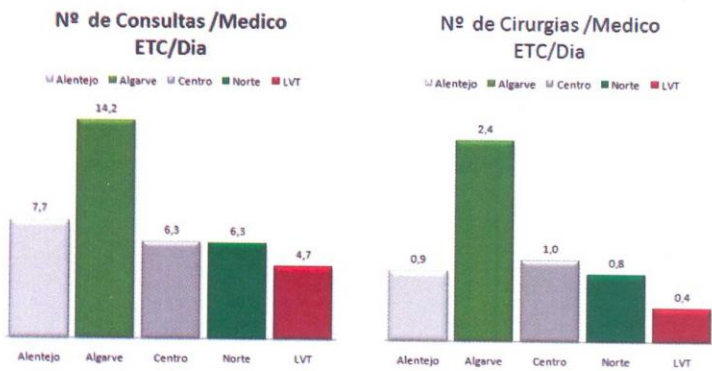
[Handwritten signature]



[Handwritten signature]



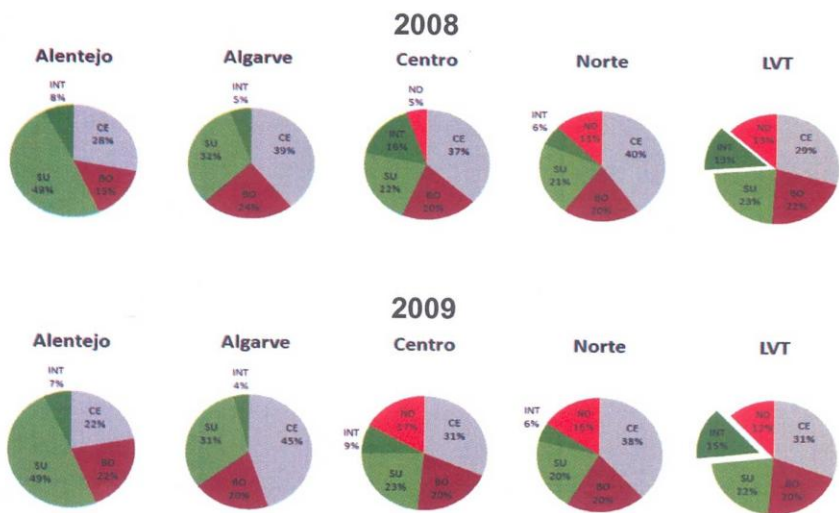
A ESPECIALIDADE DE OFTALMOLOGIA NA ARSLVT
Produtividade diária (previsão 2009)



Médicos ETC calculado através do total de horas afectas à especialidade de Oftalmologia por todos os médicos do Hospital

Dados recolhidos através do SICA em 10 Outubro 2008.

A ESPECIALIDADE DE OFTALMOLOGIA NA ARSLVT
Distribuição horário médico por actividades





Pontos Críticos

- **Primeiras Consultas**
ARSLVT apresenta valores muito aquém de outras regiões pelo que urge empreender um esforço no sentido de aumentar esta actividade de ambulatório com impacte na acessibilidade aos cuidados de saúde (ex.: a ARS Norte propõe para 2009 uma produção 25% superior à proposta pela ARSLVT)
- **Cirurgias de Ambulatório**
ARSLVT necessita de aumentar o número total de cirurgias, com destaque para a cirurgia de ambulatório, de forma a reduzir a lista de espera e acompanhar as ARS Norte e Centro cujos valores de produção são superiores aos da ARSLVT
- **Número de doentes em espera**
4 Hospitais da cidade de Lisboa concentram cerca de 55% doentes em espera para consulta e cirurgia, sendo que estes hospitais concentram 74,2% dos oftalmologistas da Região
- **Produtividade**
ARSLVT concentra 41% do total de oftalmologistas (217) do país seguindo-se a ARS Norte com 32% (167) e a ARS Centro com 22% (116)
ARSLVT apresenta níveis de produtividade inferiores as restantes Regiões com menores recursos humanos quando analisada a produtividade por "Médico ETC"
A distribuição do horário médico evidencia que na ARSLVT o internamento tem um período de tempo superior às restantes regiões



Proposta de medidas a adoptar

- Reorganizar a Rede de Referenciação de Oftalmologia na ARSLVT considerando o Centro Oftalmológico de Lisboa (COL) e o Instituto Gama Pinto
- Na contratualização de 2009 **negociar com os hospitais da ARSLVT um aumento de actividade** com o objectivo de atingir uma variação de 2008/2009 de:
 - 15% na produção de Primeiras Consultas (cerca de +10.000 consultas)
 - 25% na produção de Cirurgia de Ambulatório (cerca de +3.700 cirurgias)
- **Reorganizar a distribuição dos oftalmologistas na ARSLVT**, face à concentração na cidade de Lisboa em detrimento dos distritos de Setúbal e Santarém
- Os conselhos de administração dos hospitais deverão reafectar o horários dos oftalmologistas com vista a **aumentar o período atribuído à consulta externa e ao bloco operatório**



Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP



ARSA SAIDA 26 06'09 10289

Ex.mo Senhor Director Geral
Da Direcção Geral do Tribunal de Contas

Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Sua referência: 8526

Sua comunicação de: 9 de Junho 2009

Assunto: Auditoria de Seguimento das Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde do Serviço Nacional de Saúde – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia – SIGIC

1. Em resposta ao solicitado pelo Excelentíssimo Senhor Auditor Coordenador, somos a informar que a ARS Alentejo nada tem a opor ao explanado no Relato identificado em epígrafe, concordando com as conclusões e recomendações do mesmo.

Com os melhores cumprimentos,

Rosa Valente de Matos
Presidente do Conselho Directivo

DC-URGIC/CLC
2009-06-25

DGTC 29 06'09 12217



Ministério da Saúde

Rua do Cícioso, 18 - Apartado 2027 | 7001-901 Évora
Tel. 266 758 770 Fax. 266 735 868
e-mail. ars@arsalentejo.min-saude.pt



Administração Central do Sistema de Saúde, IP

S/referência: Proc.º N.º 02/09 – DA VI.1

Exmo. Senhor
Director-Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 LISBOA

N/referência: UCGIC

ACSS - 11436 - 09 JUN 09

Assunto: **Auditoria de Seguimento das recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria ao Acesso aos Cuidados de saúde do serviço Nacional de Saúde – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia – SIGIC**

Resposta à auditoria de seguimento das recomendações formuladas no Relatório ao Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrados de Gestão de Inscritos para Cirurgia – SIGIC – Processo nº 2/2009 Audit

As considerações que agora se tecem dizem respeito à componente do SIGIC na problemática do acesso aos cuidados de saúde.

Globalmente as considerações e ilações constantes do Relatório em causa consideram-se ajustadas e justas identificando-se nas mesmas, elementos orientados para a procura de um melhor serviço. Numa análise agora de pormenor temos a salientar o seguinte:

1. Quanto ao programa PIO (pág. 9 e 22) Quando se refere “aparenta ser uma solução pontual, que contraria o princípio patente na criação do SIGIC” importa esclarecer o contexto. O Programa PIO pretendeu, com sucesso, endereçar uma situação excepcional de forma a alinhar um grupo de utentes com particular dificuldade de acesso, numa área sensível, com a mediania dos utilizadores dos serviços cirúrgicos. No âmbito do programa PIO que além de visar recuperar uma situação de espera cirúrgica excessiva criaram-se soluções técnicas que estarão até ao final do ano em pleno funcionamento que permitem a ligação do CTH ao SIGIC e conseqüentemente o eficaz acompanhamento futuro desta e doutras situações.
2. Quanto à equidade e universalidade na inclusão na LIC, apesar de reconhecermos ainda não estar alcançada, temos encetado com as ARS esforços no sentido de incorporar os faltosos no SIGIC. O Hospital da Prelada no Porto, que é um dos hospitais de grande dimensão que não está ainda no SIGIC está já a em processo de integração.
3. Pese embora a não observação integral do cumprimento dos tempos de espera máximos garantidos, têm-se nos últimos 3 anos observado, tal como o tribunal reconhece uma significativa melhoria nos tempos de espera.



Administração Central do Sistema de Saúde, IP

Sede: Av. João Crisóstomo, nº11 | 1000-177 Lisboa | Tel.: 217 925 800 | Fax: 217 925 848

www.acss.min-saude.pt | E-Mail: geral@acss.min-saude.pt

Porto: Rua do Breiner, nº 121 | 4050 Porto | Tel.: 223 401 300 | Fax: 223 401 333

DGTC 01 07*09 12459

4. Alguns aspectos relativos ao acompanhamento administrativo do processo por parte da Unidade central, como é o caso do controlo dos utentes pendentes (pág.11), não tem podido ser tão eficiente quanto o desejável pelo que no plano para 2008 está solicitado um reforço dos recursos humanos necessários à persecução destes objectivos.
5. A referida falta de auditorias (pág.11) está agora a ser colmatada. Iniciámos em Março um programa piloto que inclui 2 auditorias, uma a um hospital convencionado, que está a decorrer, outra a um hospital público, com vista ao desenho dum programa que abarcará todos os hospitais num período de 2 meses.
6. O sistema de determinação de não conformidades que suporte um sistema de penalizações e incentivos está a ser actualmente desenhado estando prevista a entrega de uma proposta ao Ministério no 4º trimestre de 2009.
7. A avaliação da capacidade instalada (pág.11) está a ser prosseguida, existindo no SIGLIC, na ficha do hospital uma descrição extensa da capacidade instalada do respectivo hospital.
8. O planeamento do projecto de manutenção evolutiva está a ser prosseguido esperando-se a sua conclusão até ao final do ano.
9. Com a transição já efectuada das infra-estruturas do SIGIC para o Data Center do Porto, que melhoraram significativamente a performance do sistema, criaram-se as condições adequadas de, agora no seu ambiente definitivo, poder-se estabelecer análises de risco e planos de contingência que se espera poderem-se iniciar até ao final do ano.
10. Já se publicaram alguns indicadores de rentabilidade em que a capacidade instalada é denominar nas análises elaboradas. Os indicadores que agora se desenharam para além de relativizar a produção à capacidade instalada padronizam a produção para que as medidas possam retratar mais exactamente a realidade.

Com os melhores cumprimentos, *Manuel*

Presidente do Conselho Directivo



(Manuel Teixeira)



2. NOTAS DE EMOLUMENTOS



Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 02/09 – Audit	
		Relatório nº 27/09 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Central do Sistema de Saúde, IP		
Entidade devedora:	Administração Central do Sistema de Saúde, IP		
Regime jurídico:			AA
			AAF X

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial	119,99 €	0		0,00€
- Acções na área da residência oficial	88,29 €	28		2.472,12€
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				2.472,12€
Emolumentos Limite máximo (VR)				17.164,00€
Emolumentos a pagar				2.472,12€

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria



Emolumentos e outros encargos
(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 02/09 – Audit	
		Relatório nº 27/09 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP		
Entidade devedora:	Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP		
Regime jurídico:			AA
			AAF X

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial	119,99 €	4		479,96€
- Acções na área da residência oficial	88,29 €	27		2.383,83€
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				2.863,79€
Emolumentos Limite máximo (VR)				17.164,00€
Emolumentos a pagar				2.863,79€

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria



Emolumentos e outros encargos
(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 02/09 – Audit	
		Relatório nº 27/09 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Regional de Saúde do Algarve, IP		
Entidade devedora:	Administração Regional de Saúde do Algarve, IP		
Regime jurídico:			AA
			AAF X

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial	119,99 €	0		0,00€
- Acções na área da residência oficial	88,29 €	27		2.383,83€
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				2.383,83€
Emolumentos Limite máximo (VR)				17.164,00€
Emolumentos a pagar				2.383,83€

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria



Emolumentos e outros encargos
(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 02/09 – Audit	
		Relatório nº 27/09 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP		
Entidade devedora:	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP		
Regime jurídico:			AA
			AAF X

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial	119,99 €	0		0,00€
- Acções na área da residência oficial	88,29 €	27		2.383,83€
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				2.383,83€
Emolumentos Limite máximo (VR)				17.164,00€
Emolumentos a pagar				2.383,83€

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria



Emolumentos e outros encargos
(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 02/09 – Audit	
		Relatório nº 27/09 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Regional de Saúde do Centro, IP		
Entidade devedora:	Administração Regional de Saúde do Centro, IP		
Regime jurídico:			AA
			AAF X

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial	119,99 €	4		479,96€
- Acções na área da residência oficial	88,29 €	27		2.383,83€
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				2.863,79€
Emolumentos Limite máximo (VR)				17.164,00€
Emolumentos a pagar				2.863,79€

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria



Emolumentos e outros encargos
(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 02/09 – Audit	
		Relatório nº 27 /09 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Regional de Saúde do Norte, IP		
Entidade devedora:	Administração Regional de Saúde do Norte, IP		
Regime jurídico:			AA
			AAF X

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial	119,99 €	0		0,00
- Acções na área da residência oficial	88,29 €	27		2.383,83€
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				2.383,83€
Emolumentos Limite máximo (VR)				17.164,00€
Emolumentos a pagar				2.383,83€

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria