



Tribunal de Contas

**Auditoria ao
Acesso a Cuidados de Saúde no
Serviço Nacional de Saúde**



Visão

*Promover a verdade, a boa gestão, a
legalidade e a responsabilidade nas
finanças públicas*

**Relatório n.º 15/2017 – 2ª Secção
Volume I
Processo n.º 32/2016 – Audit**



SINOPSE

O presente relatório é o resultado de uma auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde, que **avaliou o acesso a consultas e cirurgias nas unidades hospitalares do SNS, a qualidade dos indicadores disponíveis, o desempenho da administração centralizada dos sistemas de gestão do acesso a estes cuidados, e o impacto de medidas introduzidas pelo Ministério da Saúde.**

No triénio 2014-2016 ocorreu no Serviço Nacional de Saúde uma degradação do acesso dos utentes a consultas de especialidade hospitalar e à cirurgia programada.

Esta **degradação** traduziu-se no:

- **aumento (i) do tempo médio de espera** para a realização de uma primeira consulta de especialidade hospitalar, **de 115 para 121 dias**, e **(ii) do incumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos de 25%, em 2014, para 29% em 2016;**
- **aumento (i) do número de utentes em lista de espera cirúrgica, em 27 mil utentes (+15%), (ii) do tempo médio de espera até à cirurgia, em 11 dias (+13%), e do (iii) incumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos, de 7,4%, em 2014, para 10,9%, em 2016.**

As iniciativas centralizadas, desenvolvidas pela Administração Central do Sistema de Saúde, em 2016, de validação e limpeza das listas de espera para primeiras consultas de especialidade hospitalar do universo das unidades hospitalares do SNS, incluíram a eliminação administrativa de pedidos com elevada antiguidade, falseando os indicadores de desempenho reportados.

Na área cirúrgica, a não emissão atempada e regular de vales cirurgia e notas de transferência aos utentes em lista de espera, aumentou os tempos de espera suportados pelos utentes.

A qualidade da informação disponibilizada publicamente, pela ACSS, IP, sobre as listas de espera não é fiável, devido a falhas recorrentes na integração da informação das unidades hospitalares nos sistemas centralizados de gestão do acesso a consultas hospitalares e cirurgias, bem como devido às iniciativas centralizadas acima referidas.

O Tribunal recomenda ao Ministro da Saúde a criação de mecanismos de emissão automática de vales cirurgia nos prazos regulamentares, sempre que não seja possível cumprir os tempos máximos de resposta garantida nos hospitais do SNS, por forma a que o processo de internalização da produção cirúrgica no SNS não ponha em causa o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde em tempo considerado clinicamente aceitável.

Recomenda ainda que o Ministro da Saúde sujeite a verificações regulares, por uma entidade externa à ACSS, IP, a qualidade dos indicadores de acesso publicitados respeitantes à primeira consulta hospitalar e à cirurgia programada.

Recomenda também o Tribunal ao Conselho Diretivo da ACSS, IP, para não adotar procedimentos administrativos que resultem na diminuição artificial das listas e dos tempos de espera e, para produzir relatórios que explicitem os critérios adotados, métodos e resultados obtidos, sempre que sejam modificadas a nível central, para correção de erros, as bases de dados dos sistemas de informação, quer da consulta a tempo e horas (CTH) , quer da gestão integrada de inscritos para cirurgia (SIGIC).



Índice

RELAÇÃO DE SIGLAS	8
GLOSSÁRIO	9
FICHA TÉCNICA	10
I – SUMÁRIO	11
1. CONCLUSÕES E OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA	11
2. RECOMENDAÇÕES	20
II – INTRODUÇÃO	22
3. ÂMBITO E OBJETIVOS DA AUDITORIA.....	22
4. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS.....	22
5. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES	22
6. EXERCÍCIO DO CONTRADITÓRIO	23
III – DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA	27
7. ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE – INTRODUÇÃO	27
8. SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTÃO DO ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE.....	30
8.1. <i>Sistema integrado de gestão de acesso à 1ª consulta de especialidade hospitalar – consulta a tempo e horas</i>	30
8.2. <i>Sistema integrado de gestão de inscritos para cirurgia - SIGIC</i>	32
9. EVOLUÇÃO DO ACESSO NO TRIÉNIO 2014-2016	34
9.1. <i>Consulta de especialidade hospitalar</i>	34
9.1.1. Referenciação do Pedido de consulta	34
9.1.2. Lista de espera, evolução e dinâmica da Lista, Mediana do Tempo de Espera.....	36
9.1.3. Consultas realizadas, prioridade clínica e tempo de resposta	39
9.1.4. Recusas, faltas e cancelamentos.....	42
9.2. <i>Cirurgia Programada</i>	45
9.2.1. Lista de inscritos para cirurgia e tempos de espera	45
9.2.2. Utentes operados.....	48
9.2.2.1. Atividade e tempos de resposta	48
9.2.2.2. Participação do setor social e privado no SIGIC.....	54
9.2.3. Cancelamentos na LIC e respetivas causas	58
10. A GESTÃO DAS LISTAS DE ESPERA	59
10.1. <i>Gestão das listas de espera a nível central</i>	60
10.1.1. CTH - Limpeza das Listas de Espera –correção de erros e tratamento de registos	60
10.1.2. SIGLIC - Processo de Emissão de notas de transferência e vales cirurgia.....	63
10.2. <i>Gestão das listas de espera nas Unidades Hospitalares auditadas</i>	67
10.2.1. CTH.....	68
10.2.2. SIGIC.....	71
10.3. <i>Qualidade da informação dos sistemas CTH e SIGIC</i>	76
11. MEDIDAS IMPLEMENTADAS PELA TUTELA	80
VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO	84
IV – EMOLUMENTOS	85
V – DETERMINAÇÕES FINAIS	85



Índice de Quadros

QUADRO 1 - EVOLUÇÃO E DINÂMICA DA LISTA DE ESPERA.....	36
QUADRO 2 – EVOLUÇÃO E DINÂMICA DA LISTA DE ESPERA, POR REGIÃO DE SAÚDE	38
QUADRO 3 – RECUSAS, FALTAS E CANCELAMENTOS, 2014-2016	43
QUADRO 4 - EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE UTENTES ENTRADOS NA LISTA DE ESPERA (LIC) PARA CIRURGIA	46
QUADRO 5 – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE UTENTES EM LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA (LIC).....	46
QUADRO 6 – UTENTES OPERADOS E TEMPOS MÉDIOS DE ESPERA (DIAS) POR ARS DE INSCRIÇÃO – 2014-2016	49
QUADRO 7 - TEMPO DE RESPOSTA POR NÍVEL DE PRIORIDADE CLINICA EM 2016 – INSCRIÇÕES SEM INDICADOR ONCOLÓGICO	51
QUADRO 8 - TEMPO DE RESPOSTA POR NÍVEL DE PRIORIDADE CLINICA EM 2016 – INSCRIÇÕES COM INDICADOR ONCOLÓGICO	52
QUADRO 9 - EVOLUÇÃO E DINÂMICA DA LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA (LIC).....	53
QUADRO 10 – TME DAS CIRURGIAS EM HOSPITAIS PROTOCOLADOS.....	55
QUADRO 11 - % DE VALES CIRURGIA CANCELADOS (NÃO UTILIZADOS), 2014-2016.....	57
QUADRO 12 – PRINCIPAIS MOTIVOS DE CANCELAMENTO DOS VALES CIRURGIA, 2014-2016	57
QUADRO 13 - % DE NOTAS DE TRANSFERÊNCIA CANCELADAS (NÃO UTILIZADAS), 2014-2016	58
QUADRO 14 – PRINCIPAIS MOTIVOS DE CANCELAMENTO DAS NOTAS DE TRANSFERÊNCIA, 2014-2016	58
QUADRO 15 - EXPURGOS DA LIC – 2014-2016.....	58
QUADRO 16 – INDICADORES DE RISCO SELECIONADOS	68
QUADRO 17 – TRIAGEM DOS PEDIDOS DE CONSULTA NAS UNIDADES HOSPITALARES SELECIONADAS.....	69
QUADRO 18 – INSCRIÇÃO DOS UTENTES PARA CIRURGIA	75
QUADRO 19 – DIFERENÇAS APURADAS NO N.º DE CONSULTAS REALIZADAS -2015-2016.....	78
QUADRO 20 – DIFERENÇAS APURADAS NO TEMPO MÉDIO DE RESPOSTA DE 1ºS CONSULTAS CTH 2015-2016	79
QUADRO 21 – DIFERENÇAS APURADAS NA DIMENSÃO E NO TME DA LICO, A 31.12. 016	79
QUADRO 22 – DIFERENÇAS APURADAS NO N.º DE UTENTES OPERADOS 2015-2016	80
QUADRO 23 – MEDIDAS LEGISLATIVAS.....	81
QUADRO 24 - PIC: Nº DE CIRURGIAS E VALOR CONTRATADOS, TAXA DE EXECUÇÃO.....	82



Índice de Gráficos

GRÁFICO 1 – NÚMERO DE MÉDICOS COM LICENÇA PARA EXERCER, POR 100.000 HABITANTES – 2015 OU ANO MAIS PRÓXIMO....	27
GRÁFICO 2 - CONSULTA A TEMPO E HORAS – LISTA DE ESPERA PARA 1ª CONSULTA DE ESPECIALIDADE HOSPITALAR E TEMPO MÉDIO DE ESPERA, 2010-2016	28
GRÁFICO 3 - LISTA DE ESPERA CIRÚRGICA E ESPERA MÉDIA POR CIRURGIAS – 2006-2016	29
GRÁFICO 4 - DINÂMICA DA LISTA DE ESPERA CIRÚRGICA - 2006-2016	29
GRÁFICO 5 – TEMPO MÉDIO DE ESPERA (DIAS) PARA CIRURGIA DA CATARATA.....	30
GRÁFICO 6 - % DE REFERENCIAÇÃO CTH NO TRIÉNIO 2014-2016	35
GRÁFICO 7 - LICO E MEDIANA DO TEMPO DE ESPERA, POR REGIÃO DE SAÚDE E NACIONAL, 2015-16	38
GRÁFICO 8 - CONSULTAS REALIZADAS E TEMPO MÉDIO DE RESPOSTA, POR REGIÃO DE SAÚDE E NACIONAL, 2015-16.....	40
GRÁFICO 9 – CUMPRIMENTO DO TEMPO DE RESPOSTA, POR NÍVEL DE PRIORIDADE CLÍNICA, 2014-2016.....	41
GRÁFICO 10 – TEMPOS DE ESPERA ATÉ À REALIZAÇÃO DA CONSULTA E MÉDIA NACIONAL, POR ESPECIALIDADE, 2016	42
GRÁFICO 11 – MEDIANA DO TEMPO DE ESPERA (NACIONAL E REGIONAL), EM DIAS, 2013-2016	47
GRÁFICO 12 – DISTRIBUIÇÃO DOS TEMPOS DE ESPERA DOS UTENTES EM LIC – 31/12/2016	47
GRÁFICO 13 – UTENTES INSCRITOS EM LIC E CUMPRIMENTO DO TMRG - TOTAL	48
GRÁFICO 14 - UTENTES INSCRITOS EM LIC E CUMPRIMENTO DO TMRG – COM INDICADOR ONCOLÓGICO	48
GRÁFICO 15 - UTENTES OPERADOS POR ARS DA INSCRIÇÃO - 2014-2016	49
GRÁFICO 16 – ESPECIALIDADES COM OS MAIORES TEMPOS MÉDIOS DE ESPERA ATÉ À CIRURGIA E MÉDIA GLOBAL- 2016	50
GRÁFICO 17 – CUMPRIMENTO DO TMRG – CIRURGIAS SEM INDICADOR ONCOLÓGICO	51
GRÁFICO 18 - CUMPRIMENTO DO TMRG – CIRURGIAS COM INDICADOR ONCOLÓGICO	51
GRÁFICO 19 - ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE PRIORIDADE (UTENTES OPERADOS)	52
GRÁFICO 20 - % DE UTENTES OPERADOS NO SETOR SOCIAL OU PRIVADO, 2014-2016	54
GRÁFICO 21 - % DE UTENTES OPERADOS NO SETOR SOCIAL OU PRIVADO, POR ARS, 2014-2016	55
GRÁFICO 22 – N.º DE VALES CIRURGIAS E NOTAS DE TRANSFERÊNCIA EMITIDOS – 2014-2016	56
GRÁFICO 23 - MOTIVOS DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO NA LIC.....	59
GRÁFICO 24 – NOTAS DE TRANSFERÊNCIA E VALES CIRURGIA, POR TEMPO MÉDIO DE ESPERA À DATA DA EMISSÃO, 2014 VS 2016	64
GRÁFICO 25 – N.º DE VALES CIRURGIA EMITIDOS POR SEMANA DO ANO, 2014, 2015 E 2016	65

Índice de Figuras

FIGURA 1 – PERCURSO DO UTENTE NA LICO.....	31
FIGURA 2 - PERCURSO DO UTENTE NA LIC.....	33
FIGURA 3 - NÚMEROS DO CTH, 2016	34
FIGURA 4 – NÚMEROS DO SIGIC, 2016.....	45
FIGURA 5 – CUMPRIMENTO DO TEMPO DE RESPOSTA POR NÍVEL DE PRIORIDADE, 2014-2016.....	50
FIGURA 6 - TEMPO DE ESPERA EM LIC VS TEMPO DE RESPOSTA OPERADOS	53
FIGURA 7 - RESULTADOS DO INDICADOR DE RISCO – CTH.....	69
FIGURA 8 - RESULTADOS DOS INDICADORES DE RISCO – SIGIC	72
FIGURA 9 – VARIAÇÃO DOS TEMPOS MÉDIOS DE RESPOSTA NAS PATOLOGIAS CONTRATUALIZADAS - PIC.....	82



RELAÇÃO DE SIGLAS

Sigla	Designação
ACES	<i>Agrupamento de Centros de Saúde</i>
ACSS	<i>Administração Central do Sistema de Saúde, IP</i>
ARS	<i>Administração Regional de Saúde</i>
ARSA	<i>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</i>
ARSAlg	<i>Administração Regional de Saúde do Algarve, IP</i>
ARSC	<i>Administração Regional de Saúde do Centro, IP</i>
ARSLVT	<i>Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP</i>
ARSN	<i>Administração Regional de Saúde do Norte, IP</i>
CHA	<i>Centro Hospitalar do Algarve, EPE</i>
CHCB	<i>Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE</i>
CHMT	<i>Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE</i>
CS	<i>Centro de Saúde</i>
CSP	<i>Cuidados de Saúde Primários</i>
CTH	<i>Consulta a Tempo e Horas</i>
DGS	<i>Direção Geral da Saúde</i>
GDH	<i>Grupo de Diagnóstico Homogéneo</i>
HD	<i>Hospital de Destino</i>
HGO	<i>Hospital Garcia de Orta, EPE</i>
HC	<i>Hospital de Cascais, PPP</i>
HO	<i>Hospital de Origem</i>
LIC	<i>Lista de Inscritos para Cirurgia</i>
LICO	<i>Lista de Inscritos para Consulta de especialidade hospitalar</i>
MCDT	<i>Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica</i>
NT	<i>Nota de Transferência</i>
ORL	<i>Otorrinolaringologia</i>
SIGIC	<i>Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia</i>
SIGLIC	<i>Sistema de Informação de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia</i>
SONHO	<i>Sistema de Gestão de Doentes Hospitalares</i>
RNU	<i>Registo Nacional de Utentes</i>
SICTH	<i>Sistema de Informação da Consulta a Tempo e Horas</i>
SIARS	<i>Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde</i>
SINUS	<i>Sistema Administrativo de Registo de Atividade</i>
SNS	<i>Serviço Nacional de Saúde</i>
SPMS	<i>Serviços Partilhados do Ministério da Saúde</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>
UHGIC	<i>Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia</i>
ULSAM	<i>Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE</i>
URGIC	<i>Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia</i>
USF	<i>Unidade de Saúde Familiar</i>
VC	<i>Vale Cirurgia</i>



Glossário

Agrupamento de Centros de Saúde	Serviço público, com autonomia administrativa, constituído por várias unidades funcionais que integram um ou mais centros de saúde e que tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.
Cirurgia de Ambulatório	Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco regional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, possa ser realizada em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia ou até um máximo de 24 horas após a admissão, em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais <i>legis artis</i> .
Cirurgia Programada ou Eletiva	Intervenção/cirurgia efetuada com data de realização previamente marcada.
Cirurgia Urgente	Cirurgia efetuada sem data de realização previamente marcada, por imperativo da situação clínica.
Consulta Médica	Ato 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.
Consulta Programada	Consulta realizada após marcação prévia.
Grupo de Diagnóstico Homogéneo	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 atos médicos relevantes.
Hospital de origem	Unidade hospitalar do SNS, do sector privado ou do sector social onde é efetuado pela primeira vez o registo do utente na LIC para Cirurgia para um determinado tratamento cirúrgico.
Hospital de destino	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	Um ou mais atos operatórios com o mesmo objetivo 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.
Lista de Inscritos para Cirurgia	Pedidos em lista de espera para uma cirurgia programada, num dado momento.
Lista de Inscritos para Consulta	Pedidos em lista de espera para uma primeira consulta de especialidade hospitalar, referenciados pelos cuidados de saúde primários, num dado momento.
Nível de prioridade	Classe em que um determinado utente é integrado, tendo em conta o tempo máximo que pode esperar pelo ato médico necessário, 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.
Nota de consentimento	Documento que recolhe a concordância do utente com a proposta de intervenção cirúrgica e com a sua inscrição na lista de inscritos para cirurgia e a aceitação do conjunto de normas do Regulamento do SIGIC que servirão de base para a gestão da proposta cirúrgica.
Proposta cirúrgica	Proposta terapêutica na qual está prevista a realização de uma intervenção cirúrgica com os recursos da cirurgia programada.
Urgência diferida	Situação em que um utente que se encontra em crise aguda é proposto para uma intervenção cirúrgica com os recursos da cirurgia programada.
Utente	Uma pessoa que recebe ou estabelece um contrato para receber cuidados ou conselhos médicos de um prestador de cuidados de saúde, junto de quem pode, ou não, estar previamente inscrita.

Fontes: Glossário da Direção-Geral da Saúde, Glossário da MCSP para as Unidades de Saúde Familiar (2006) e diplomas legais.



Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde

Ficha Técnica

Coordenação e Supervisão

Auditor Coordenador

José António Carpinteiro

Auditor Chefe

Pedro Fonseca

Equipa de Auditoria

Ana Bravo de Campos

(Auditora)

Cristina Dias Anastácio

(Técnica Verificadora Superior)

Iva Maia

(Técnica Verificadora Superior)

I – SUMÁRIO

Em cumprimento do Programa de Fiscalização aprovado pelo Tribunal de Contas para 2017, realizou-se uma **Auditoria de resultados ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS)**, com o **objetivo de avaliar o desempenho das entidades gestoras dos sistemas de acesso a consultas hospitalares e cirurgias, os resultados obtidos pelas unidades hospitalares do SNS, a qualidade dos registos subjacentes aos indicadores de acesso e o impacto de medidas implementadas pela tutela.**

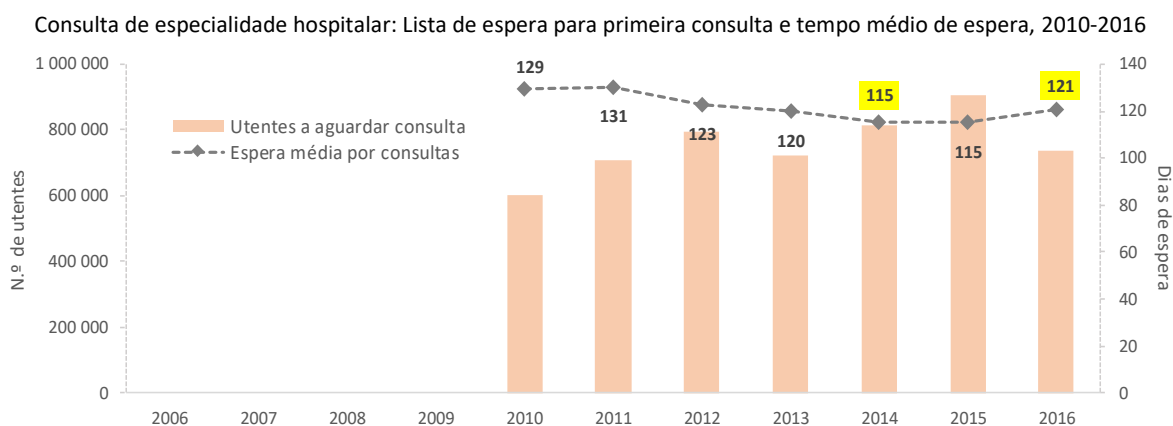
A auditoria **incidiu sobre os anos de 2014 a 2016**, sem prejuízo de, nas situações consideradas pertinentes, se ter alargado a anos anteriores e/ou posteriores, numa perspetiva de análise integral dos processos e medidas de gestão objeto de apreciação.

1. Conclusões e Observações de Auditoria

No triénio 2014-2016 ocorreu um aumento do tempo de espera no acesso a consultas de especialidade, que constituiu um entrave ao acesso às consultas hospitalares no SNS.

(Cfr. Pontos 7 e 9.1)

1. O **aumento do tempo médio de espera** para a realização de uma primeira consulta de especialidade hospitalar **de 115 para 121 dias**, entre 2014 e 2016, interrompeu a tendência de redução dos tempos que se observava desde 2011.
2. Os **pedidos de consulta**, cuja prioridade deveria ser determinada por um profissional médico¹, no hospital, no prazo de 5 dias, **permaneceram em 2016, em média, entre 10 dias na Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte e 53 dias na ARS do Algarve, sem uma prioridade associada**, demora que constitui um risco para a saúde dos doentes².
3. O **incumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos aumentou, no triénio, de 25% em 2014 para 29% em 2016**, invertendo a tendência de melhoria que se verificava desde 2011 (31% nesse ano).



Elaboração própria, Fonte: ACSS

¹ Processo de triagem, no qual um médico triador determina a prioridade da situação clínica do doente.

² A este propósito, os membros do Conselho de Administração do CHMT, no exercício do contraditório, alegam que “*face às insuficiências do quadro clínico, tem tido dificuldades em manter uma equipa de triadores que consiga dar resposta às necessidades de triagem dos pedidos de consulta*”



O Sistema Consulta a Tempo e Horas, gerido pela Administração Central do Sistema de Saúde, não dispõe de informação completa e fiável, que garanta o respeito pelos tempos máximos de resposta aos utentes do SNS.

(Cfr. Pontos 8.1 e 9.1)

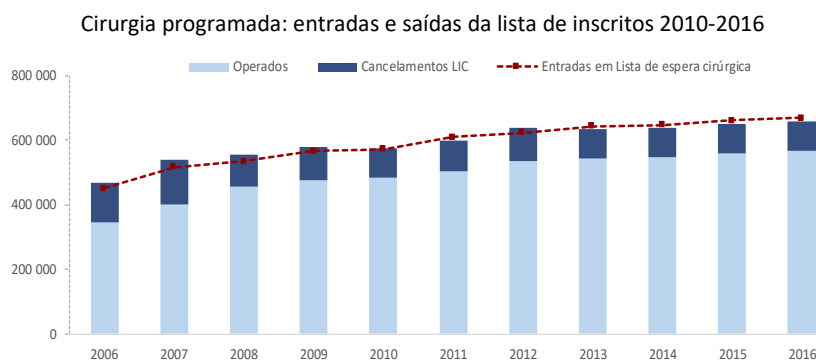
As medidas centralizadas, desenvolvidas pela Administração Central do Sistema de Saúde, em 2016, de validação e limpeza das listas de espera para primeiras consultas de especialidade hospitalar, incluíram a eliminação administrativa de pedidos com elevada antiguidade, gerando melhorias nos indicadores de acesso.

(Cfr. Ponto 10.1.1)

4. Em 2016, o Sistema Consulta a Tempo e Horas (CTH) cobriu apenas 34% do total de primeiras consultas de especialidade hospitalar realizadas no SNS (1.117.912 de 3.478.511 consultas). Ao não ser universal, o CTH não garante a todos os utentes as mesmas condições de acesso.
5. As diminuições verificadas em 2013 e 2016 no número de utentes a aguardar primeira consulta de especialidade hospitalar não traduzem uma melhoria efetiva do acesso, resultando de procedimentos administrativos de validação e limpeza das listas de espera, centralizados na Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).
6. A falta de fiabilidade dos indicadores prejudica em especial utilização desta informação, pelos médicos e utentes, na escolha do hospital de destino aquando da referenciação para uma primeira consulta hospitalar, no âmbito da medida introduzida em 2016 de Livre Acesso e Circulação do Utente no SNS.
7. Foram dadas instruções pela ACSS às unidades hospitalares, no sentido de serem recusados administrativamente pedidos de consulta com tempos de espera muito elevados e ser promovida uma nova inscrição a nível hospitalar, produzindo resultados falsos sobre o tempo de espera efetivo do utente.
8. Verificou-se a existência de um elevado número de erros de integração da informação que se mantêm por meras razões burocráticas, uma vez que os dados disponíveis no sistema de informação central não coincidem com os registos efetuados pelos hospitais.
9. A ACSS transferiu para os hospitais o ónus de verificação e validação da informação, com uma elevada carga administrativa associada, que provocou consideráveis constrangimentos ao normal desenvolvimento dos trabalhos em cada entidade.



10. A produção cirúrgica do SNS no triénio (1.679.153 cirurgias programadas³) não deu resposta à procura (1.982.941 novas inscrições de utentes para cirurgia), pelo que a **lista de espera aumentou 15%**⁴. Esta tem vindo a crescer desde 2012 (26% até 2016), invertendo a tendência de descida verificada entre 2006 e 2010.



Elaboração própria, Fonte: ACSS

No triénio 2014-2016 houve uma degradação do acesso à cirurgia programada no SNS que se traduziu no aumento da lista de espera em 27 mil utentes (+15%), do tempo médio de espera em 11 dias (+13%) e do incumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (de 7,4% em 2014 para 10,9% em 2016).

(Cfr. Pontos 7 e 9.2)

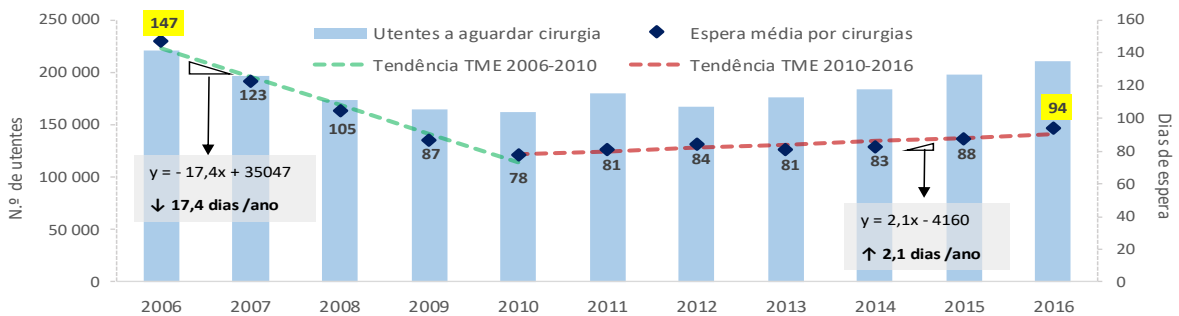
11. No final de 2016, **14,92% dos 210.906 utentes da Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC)**, encontravam-se a aguardar cirurgia **para além do tempo máximo de resposta garantido (TMRG)** definido para o respetivo nível de prioridade. **Na doença oncológica, o TMRG estava já a ser incumprido em mais de 27% dos utentes inscritos (1.214 utentes).**
12. **A tendência de evolução do tempo médio de espera dos utentes operados apresenta uma inflexão em 2010, passando a crescer cerca de 2,1 dias, em média, ao ano.** Este aumento reverteu parcialmente o ganho que havia ocorrido entre 2006 e 2010 (de 147 para 78 dias, em média um decréscimo de 17,4 dias ao ano). O maior aumento anual, de 6 dias, ocorreu em 2016.
13. **O incumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantida (TMRG) nos utentes operados aumentou no triénio e foi maior nos casos mais prioritários. Nos doentes com doença oncológica, 8.621 utentes, quase 20%, foram operados, em 2016, para além do tempo que seria recomendável.**
14. A capacidade de resposta dos hospitais do SNS na doença oncológica deteriorou-se face a 2014, ano em que o incumprimento havia sido de 16%.

³ 8,1% (135 965) destas cirurgias foram realizadas em hospitais do setor social ou privado com os quais o SNS estabelece protocolos ou convenções. Esta produção manteve-se relativamente estável no período, tendo o contributo destes hospitais sido mais elevado em 2015 (8,4%) e mais baixo em 2016 (7,7%).

⁴ O número de entradas na lista de espera para cirurgia registou, no triénio 2014-2016, um aumento de 3,31%, de 649 386 entradas em 2014, para 670 913 em 2016. Já o número de cirurgias cresceu 3,41%, de 549 987 para 568 765.



Cirurgia programada: lista de inscritos para cirurgia e tempo médio de espera, 2010-2016



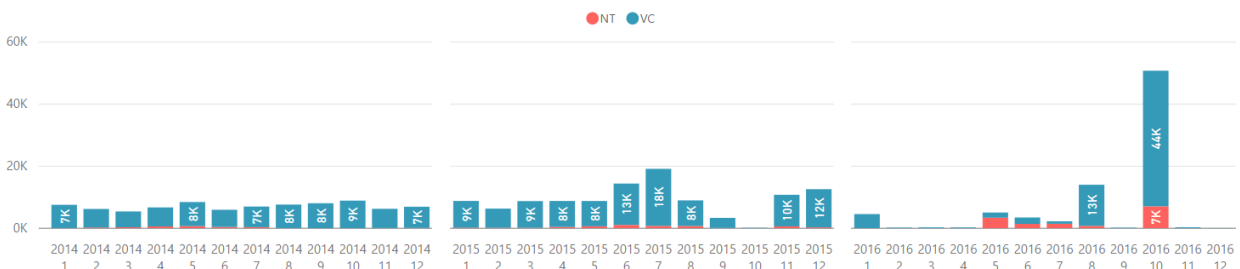
Elaboração própria, Fonte: ACSS

A produção cirúrgica insuficiente face à procura e a não transferência para outros hospitais, nos prazos legalmente previstos, dos utentes que permaneciam em lista para além dos tempos máximos definidos, constituíram entraves ao acesso à cirurgia programada no SNS.

(Cfr. Ponto 10.1.2)

- 15. Em 2016 a ACSS interrompeu, por razões burocráticas, a transferência automática e regular dos utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), o que agravou o tempo de espera, condicionando o direito de acesso aos cuidados de saúde dos utentes.
- 16. No último trimestre de 2016, num período de apenas 23 dias (entre 3 e 26 de outubro) foram emitidos 49.495 vales cirurgia e notas de transferência, 60,5% do total de emissões do ano. Nos anos anteriores (2014 e 2015), a emissão de vales cirurgia e notas de transferência ocorreu, como seria expectável, ao longo de todo o ano.
- 17. A emissão realizada nessa data não respeitou os direitos dos utentes e as regras definidas para a sua transferência para outra unidade hospitalar.
- 18. Este processo de transferência dos utentes não foi efetivo:
 - i. quase 11 mil vales cirurgia foram cancelados por expiração do seu prazo (representaram 35% dos cancelamentos, quando em 2014 esse peso havia sido de 18%).
 - ii. abrangeu utentes já agendados no hospital de origem, o que perturbou a organização e o normal funcionamento da área cirúrgica das unidades hospitalares do SNS (8,67% dos cancelamentos, que compara com o peso de 4,08% em 2014).

Número de notas de transferência (NT) e vales cirurgia (VC) emitidos por mês, 2014-2016

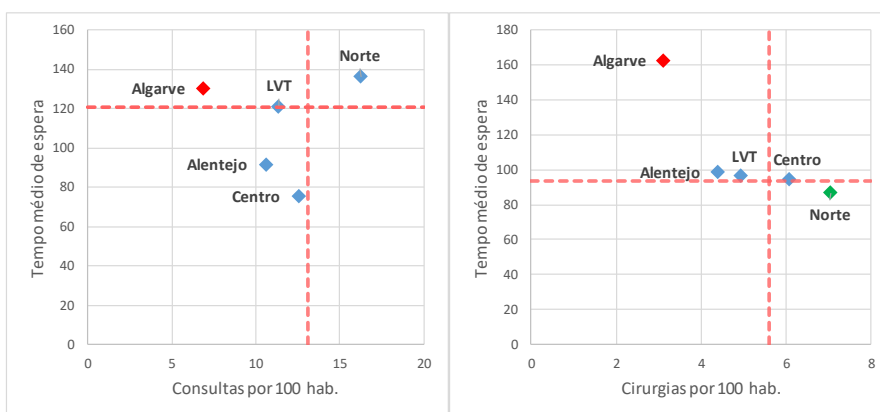


Elaboração própria, Fonte: ACSS

19. Persistem **diferenças substanciais no acesso dos utentes a cuidados de saúde hospitalares**, medido pela utilização efetiva dos cuidados pela população de cada Região de Saúde e pelos tempos médios de resposta das consultas e cirurgias realizadas⁵.
20. A **Região de Saúde do Norte** destaca-se como aquela em que o **número de primeiras consultas de especialidade e o número de cirurgias programadas, face à população residente, são mais elevados**.
21. Pelo contrário, a **Região de Saúde do Algarve apresenta os mais baixos índices de prestação de cuidados de saúde à população residente**.

Existem marcadas assimetrias regionais no acesso a consultas hospitalares e cirurgias e nos tempos de espera associados, que traduzem desigualdades no acesso a cuidados de saúde no SNS.
(Cfr. Pontos 9.1 e 9.2)

Acesso a cuidados de saúde por ARS, em 2016



Elaboração própria, Fonte: ACSS, IP e INE

22. Na **primeira consulta** de especialidade hospitalar, os **tempos médios de espera em 2016 variaram entre os 76 dias** verificados na Região de Saúde do Centro e os **130 e 136 dias** registados nas regiões de saúde do Algarve e do Norte, respetivamente.
23. Os tempos médios de espera para **cirurgia programada variaram entre os 87 dias** da Região de Saúde do Norte e os **162 dias** da Região de Saúde do Algarve.
24. **Os baixos índices de prestação de cuidados de saúde à população da Região de saúde do Algarve e os elevados tempos de espera no SNS favorecem o recurso dos utentes a formas alternativas de acesso a cuidados de saúde**, tais como subscrição de seguros de saúde e utilização dos subsistemas de saúde.

⁵ A situação põe em causa a equidade no acesso e traduz uma falta de "igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde", prevista como "objetivo fundamental" da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto).



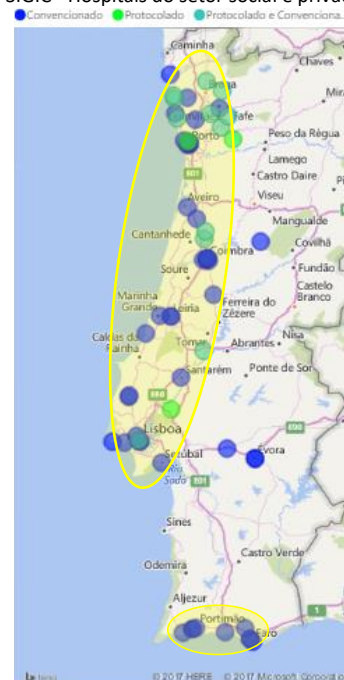
Os protocolos e convenções com unidades hospitalares do setor social ou privado para a realização de cirurgias no âmbito do SIGIC não cobrem de igual modo todas as regiões do país, contribuindo para as marcadas desigualdades no acesso a cuidados de saúde cirúrgicos.

(Cfr. Ponto 9.2.2.2)

25. Os Hospitais do setor social ou privado realizaram cerca de 8,1% do total de intervenções cirúrgicas programadas do SNS entre 2014 e 2016 (135.965 de 1.679.153 cirurgias), mas a sua atividade concentra-se no litoral do país.

26. A Região de Saúde do Algarve é a que apresenta a maior dependência dos hospitais do setor social ou privado, e é a única em que essa dependência se agravou no triénio: em 2016, realizaram 30,51% das cirurgias programadas da região (4.221 cirurgias).

SIGIC - Hospitais do setor social e privado



Elaboração própria

27. Na Região de Saúde do Norte existe uma participação significativa (cerca de 9,5% das cirurgias no triénio) de hospitais do setor social, na qualidade de hospitais protocolados, que recebem diretamente utentes referenciados pelas unidades de cuidados primários do SNS, sem necessidade de emissão de vale cirurgia. Nas regiões do Alentejo e do Algarve não existem hospitais protocolados e nas regiões do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo o número de protocolos é pouco significativo.

28. Os Hospitais do setor social ou privado realizaram cerca de 8,1% do total de intervenções cirúrgicas programadas do SNS entre 2014 e 2016 (135.965 de 1.679.153 cirurgias), mas a sua atividade concentra-se no litoral do país.

29. Nos hospitais protocolados, cuja presença é residual nas regiões do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo, o tempo médio de resposta no triénio (48 dias) foi substancialmente inferior ao verificado nos hospitais do SNS (88 dias).

30. Em 2016, cerca de **4% (22.013)** dos utentes não urgentes (níveis de prioridade entre 1 e 3) foram inscritos e operados no mesmo dia, isto é, com um tempo de espera igual a zero, revelando a existência de práticas incorretas no registo da inscrição dos utentes em lista de inscritos para cirurgia (LIC⁶).

31. Existe falta de transparência sobre os motivos de cancelamento das inscrições dos utentes da Lista de Inscritos para Cirurgia (em 2016, 14% do total de saídas dos utentes da lista). Os motivos que são registados não permitem conhecer o que originou o movimento de saída destes utentes da lista.

32. Entre os motivos de cancelamento da inscrição do utente na lista o principal motivo é a “desistência” (31,01%), o que indicia que o utente terá resolvido o seu problema de saúde noutra instituição do sistema de saúde, que não o hospital de origem.

Motivos de cancelamento das inscrições de utentes, em 2016



Elaboração própria, Fonte: ACSS

33. Em 2016 houve 2.605 inscrições na lista de espera cirúrgica que foram canceladas devido ao óbito do utente (2,84% do total de cancelamentos). Destes, 231 eram doentes oncológicos, que aguardavam a realização de uma intervenção cirúrgica.

34. A ACSS não tem efetuado uma monitorização adequada do cumprimento das regras de funcionamento dos sistemas CTH e SIGIC, nem tem aplicado aos hospitais do SNS eventuais penalizações.

35. Todas as unidades hospitalares auditadas reportaram problemas na integração da informação, que permanecem ao longo dos anos, o que demonstra a incapacidade da ACSS⁷ em providenciar pela resolução, a montante, dos problemas que originaram esses mesmos erros.

36. As constantes falhas de integração da informação, que por vezes incluem inscrições cujos erros já haviam sido detetados e corrigidos no passado, implicam uma elevada carga administrativa, quando o problema seria facilmente solucionável com um adequado desenvolvimento corretivo dos sistemas de informação.

No sistema de gestão das listas de espera cirúrgicas subsistem práticas de registo incorretas nos hospitais que prejudicam o posicionamento dos utentes na lista de inscritos para cirurgia.

(Cfr. Pts. 9.2.2, 9.2.3 e 10.2.2)

As falhas de integração entre os registos existentes nos sistemas de informação dos hospitais e os sistemas SICTH e SIGLIC prejudicam a qualidade da informação disponibilizada publicamente sobre as listas de espera, e não têm sido resolvidas pela ACSS.

(Cfr. Ponto 10.1)

⁶ Seja por uma desadequada classificação da prioridade, pela inscrição em LIC em momento posterior ao da identificação da necessidade cirúrgica, ou pela inscrição em LIC de procedimentos cirúrgicos para os quais, em rigor, não se verifica a existência de um período de espera.

⁷ Compete à ACSS, através das Unidades Centrais dos sistemas Consulta a Tempo e Horas e SIGIC, garantir a atualização e a correta integração dos registos relativos aos utentes inscritos nas listas de espera.



Existem práticas distintas nos hospitais auditados para a gestão de inscritos em listas de espera para consulta e cirurgia, e inclusive entre diferentes especialidades da mesma unidade hospitalar, que carecem de harmonização.

(Cfr. Ponto 10.2)

37. Apenas algumas das unidades hospitalares auditadas **celebraram protocolos com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da sua área de influência, definindo critérios de acesso e regras de referenciação dos utentes (o HJA-Cascais, o CHCB e a ULSAM)** dos cuidados de saúde primários, para uma primeira consulta hospitalar. Estes protocolos permitem uniformizar e melhorar a resposta aos pedidos, evitando devoluções e cancelamentos dos pedidos de consulta.
38. Verificou-se a existência de **recusas de pedidos de consultas**, com origem nos cuidados de saúde primários, **justificadas com a falta de capacidade de resposta das unidades hospitalares⁸ em tempo adequado, motivo não enquadrável no regulamento do sistema Consulta a Tempo e Horas, e que mascara a procura de cuidados de saúde da população servida, revelada pelas listas de espera⁹.**
39. Verificaram-se falhas na articulação entre os cuidados de saúde primários e as unidades hospitalares que **resulta na existência de pedidos duplicados para o mesmo utente e na recusa de pedidos de consulta que põe em causa o acesso dos utentes à consulta de especialidade hospitalar.**
40. **As cirurgias que são inscritas no SIGIC como cirurgias programadas, incluem procedimentos não urgentes realizados em regime de ambulatório, por vezes fora do bloco operatório,** realizados no próprio dia em que o utente é inscrito. Estes episódios, cujo tempo de espera é de 0 dias, influencia positivamente os tempos médios globais, sem que esteja associado efetivamente a um melhor acesso aos cuidados de saúde. **Em 2016, o tempo de espera, desconsiderando estes episódios, seria superior ao apurado a nível nacional em 5 dias. Em alguns hospitais o efeito é mais pronunciado, como é o caso do Hospital Garcia de Orta (15 dias).**
41. **Existem propostas cirúrgicas que, por incompletas, geram um GDH previsional inválido (470).** Estas propostas impedem a emissão de notas de transferência ou de vales cirurgia, **penalizando os utentes em lista de espera, que podem ver o respetivo tempo máximo de resposta garantida ser ultrapassado sem conseguirem a transferência para outra unidade hospitalar, como seria seu direito de acordo com a legislação em vigor.**
42. **O sistema de informação disponibilizado pela SPMS aos Hospitais do SNS não prevê qualquer controlo que previna esta ocorrência.**
43. Nos hospitais auditados **não se obteve evidência da existência de procedimentos que assegurem a informação regular e atempada do utente sempre que ocorram alterações na sua situação na lista de espera para cirurgia programada (pendência, suspensão administrativa da inscrição ou readmissão), em incumprimento do previsto no Regulamento do SIGIC.**



44. **Apenas dez das vinte e quatro unidades hospitalares aderentes ao Plano de Intervenção em Cirurgia**, programa criado em 2015¹⁰, atingiram o objetivo de melhoria dos tempos médios de resposta nas patologias contratualizadas¹¹. **Nas restantes unidades apurou-se agravamento dos tempos de resposta em algumas unidades e patologias.**
45. Em 2016, o incentivo à internalização da produção cirúrgica, com o objetivo de maximizar a utilização da capacidade efetiva disponível dentro do perímetro do SNS, traduziu-se em maiores tempos de espera para os utentes.
46. Neste ano, para além de ter sido interrompida a emissão automática e regular de vales cirurgia, foi privilegiada a sua substituição pela emissão de notas de transferência para unidades hospitalares do SNS.
47. **Esta opção teve efeitos negativos sobre os tempos de espera dos utentes**, que poderiam ter visto a sua situação resolvida mais rapidamente se lhes tivesse sido dada a possibilidade de optarem por uma unidade hospitalar do setor social ou privado, através da emissão atempada de um vale cirurgia. **Em 2014, ano que que a emissão de vales cirurgia decorreu de acordo com o regulamento do SIGIC, o tempo médio de espera dos utentes transferidos foi de 259 dias. Em 2016, o tempo médio de espera situou-se nos 300 dias, um aumento de mais de 40 dias de espera.**

As medidas de internalização da produção cirúrgica no SNS introduzidas pelo Ministério da Saúde em 2015 e em 2016¹² não atingiram os objetivos propostos e não diminuíram os tempos de espera dos utentes verificados em anos anteriores.

(Cfr. Pontos 10.1.2, 10.2.2 e 11)

⁸ No Centro Hospitalar do Médio Tejo e do Centro Hospitalar da Cova da Beira.

⁹ No âmbito do exercício do direito de contraditório, o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar da Cova da Beira salienta que a instituição se tem "(...) deparado com limitações impostas pela tutela à contratação de recursos humanos" e indica ter sido reportado à Tutela "(...) entre outras, a carência de especialistas de Cirurgia Plástica, mas que não foi considerada pela tutela, aquando da elaboração e publicação do Despacho nº 1 788-B/2017, de 27 de Fevereiro". Este Despacho define os estabelecimentos e especialidades carenciadas de trabalhadores médicos, para efeitos de atribuição dos incentivos à mobilidade para essas vagas.

¹⁰ Uma das iniciativas do XXI Governo Constitucional para combater o tempo de espera cirúrgico, aprovada através da Portaria n.º 179-A/2015, de 16 de junho.

¹¹ Cirurgia em patologia neoplásica (mama e próstata), cirurgia de hérnia discal, artroplastia da anca e cirurgia da catarata.

¹² Designadamente o Plano de Intervenção em Cirurgia e, já em 2016, a promoção da internalização da produção cirúrgica nos hospitais do SNS. Estas medidas visaram diminuir o recurso a unidades de saúde dos setores social e privado.



2. Recomendações

Atentas as observações e conclusões do relatório de auditoria, formulam-se as seguintes recomendações.

Ao Ministro da Saúde

1. Determinar a aplicação efetiva de mecanismos de emissão automática de vales cirurgia nos prazos regulamentares, sempre que não seja possível cumprir os tempos máximos de resposta garantida nos hospitais do SNS, por forma a que o processo de internalização da produção cirúrgica no SNS não ponha em causa o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde em tempo considerado clinicamente aceitável.
2. Melhorar a capacidade disponível a nível hospitalar, principalmente na Região de Saúde do Algarve, por forma garantir a convergência, para a média nacional, dos tempos de acesso a consultas e cirurgias (121 e 94 dias, respetivamente, em 2016), estabelecendo um plano de ação com medidas calendarizadas.
3. Garantir a qualidade/fiabilidade dos dados divulgados respeitantes ao acesso à primeira consulta hospitalar e à cirurgia programada, sujeitando a verificações regulares a sua qualidade, por uma entidade externa à ACSS.
4. Considerar na avaliação do desempenho dos membros dos conselhos de administração dos hospitais o cumprimento dos tempos e dos procedimentos previstos nos sistemas CTH e SIGIC, no quadro de execução dos contratos-programa.
5. Normalizar e automatizar o processo de triagem dos pedidos de primeira consulta hospitalar e de definição da prioridade das propostas cirúrgicas, à semelhança do que acontece com a triagem em emergência hospitalar, por forma a agilizar o processo, libertar tempo médico para tarefas assistenciais e garantir ainda a equidade na definição da prioridade atribuída a cada utente.

Ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP e ao Conselho de Administração da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE

1. Corrigir as aplicações informáticas que suportam a gestão dos sistemas CTH e SIGIC, de acordo com a calendarização prevista nos planos de desenvolvimento, por forma a que as mesmas permitam dar pleno cumprimento aos regulamentos de ambos os sistemas¹³.
2. Criar alertas no CTH, que evitem a duplicação de pedidos para o mesmo utente e para a mesma especialidade, de acordo com uma calendarização a apresentar em sede do primeiro reporte sobre a implementação das recomendações.
3. Implementar controlos no sistema SClínico Hospitalar que impeçam a existência de propostas cirúrgicas não agrupáveis em GDH, de acordo com uma calendarização a apresentar em sede do primeiro reporte sobre a implementação das recomendações.

¹³ Por exemplo, garantir a inclusão de todos os pedidos de primeiras consultas, no CTH, e desenvolver o módulo de apuramento das desconformidades e penalidades, no âmbito do SIGIC.



- Ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP**
1. Não adotar procedimentos administrativos que resultem na diminuição artificial das listas e dos tempos de espera.
 2. Sempre que, para correção de erros, as bases de dados dos sistemas (CTH e SIGIC) sejam modificadas a nível central, produzir relatórios que explicitem os critérios adotados, métodos e resultados obtidos.
 3. Emitir notas de transferência / vales cirurgia dentro dos prazos definidos no Regulamento do SIGIC¹⁴, por forma a não limitar o direito do utente à realização da cirurgia dentro do tempos máximo de resposta garantida.
 4. Garantir, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, que as unidades funcionais de cuidados de saúde primários respondem no prazo regulamentar de 3 dias aos pedidos de consulta que são devolvidos pelos hospitais, por falta de elementos clínicos, prevendo indicadores de desempenho no âmbito do processo de contratualização nos cuidados de saúde primários para 2018.
 5. Definir, para as diferentes especialidades, protocolos de acesso e regras de referenciação a utilizar pelas unidades de cuidados de saúde primários aquando da decisão de criação de pedidos de marcação de primeiras consultas de especialidade hospitalar.
 6. Rever e suprimir dos indicadores de acesso do SIGIC os registos de atos cirúrgicos cujo tempo que medeia entre a inscrição e a realização não configure um efetivo tempo de espera¹⁵, sem prejuízo do seu registo nos sistemas de informação locais e no SIGLIC.

- Aos Conselho de Administração das Unidades Hospitalares Auditadas**
1. Produzir um plano de ação para redução dos tempos de espera para primeira consulta e realização de cirurgia programada, convergindo para os menores tempos de espera ocorridos a nível nacional, de acordo com uma calendarização a apresentar em sede de reporte sobre a implementação das recomendações.
 2. Instituir procedimentos que garantam o cumprimento dos prazos regulamentares de triagem dos pedidos de consulta remetidos pelos cuidados de saúde primários, responsabilizando os profissionais pelo seu não cumprimento.
 3. Não recusar administrativamente pedidos de consulta com justificação na falta de capacidade de resposta atempada da unidade hospitalar.
 4. Instituir procedimentos que garantam que os médicos introduzem códigos de procedimento e diagnóstico completos nas propostas cirúrgicas, responsabilizando-os pelo seu não cumprimento.
 5. Informar atempadamente o utente sempre que ocorram alterações na sua situação em lista de espera para cirurgia programada (pendência, suspensão administrativa da inscrição ou readmissão), tal como previsto no Regulamento do SIGIC.

¹⁴ Ou do regulamento específico do SIGA CSH, que venha a substituí-lo (vg. n.º 5 do art.º 9º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril).

¹⁵ Entre outras, as cirurgias não urgentes inscritas e realizadas no próprio dia, conforme descrito no ponto 10.2.2.



II – INTRODUÇÃO

3. Âmbito e Objetivos da Auditoria

Em cumprimento do Programa de Fiscalização da 2ª Secção do Tribunal de Contas para 2017, aprovado pela Resolução n.º 6/16, de 13 de dezembro¹⁶ realizou-se uma Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde.

Trata-se de uma auditoria de resultados que teve por objetivo avaliar o desempenho das entidades gestoras dos sistemas de acesso a consultas hospitalares e cirurgias, os resultados obtidos pelas unidades hospitalares do SNS, a qualidade dos registos subjacentes aos indicadores de acesso e o impacto de medidas implementadas pela tutela.

O âmbito temporal da auditoria é o triénio 2014-2016, sem prejuízo de, por insuficiência de informação de suporte para algumas análises poder ser reduzido o âmbito temporal ou, nas situações consideradas pertinentes, este ser alargado, numa perspetiva de análise integral dos processos e medidas de gestão objeto de apreciação.

A auditoria enquadra-se na jurisdição e no âmbito das competências do Tribunal de Contas, previstos nos art.º 1º, n.º 1, art.º 2º, n.º 1, alínea d) e n.º 2, alíneas b) e f), e art.º 5º, n.º 1, al. f), da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto (LOPTC), alterada e republicada pela Lei n.º 20/2015, de 9 de março.

4. Metodologia e Procedimentos

A auditoria foi realizada de acordo com normas e procedimentos geralmente aceites, acolhidos no “Manual de Auditoria e de Procedimentos”, no Manual de Auditoria – Princípios Fundamentais” e no “Manual de Auditoria de Resultados” do TdC e constante do Plano Global de Auditoria aprovado tendo igualmente em conta as normas de auditoria geralmente aceites pelas organizações internacionais, como é o caso da INTOSAI - *International Organisation of Supreme Audit Institutions*, de que o Tribunal de Contas é membro¹⁷.

Os trabalhos incluíram a análise (i) dos relatórios técnicos sobre o acesso; (ii) dos registos e dos indicadores apurados pelos sistemas informáticos de suporte ao CTH e ao SIGIC, relativos, respetivamente, ao acesso à 1ª consulta hospitalar e à cirurgia; (iii) a análise de informação remetida por unidades hospitalares selecionadas¹⁸ e, (iv) a deslocação a várias entidades para a realização de levantamento de processos, entrevistas, testes de conformidade e validação da informação recebida.

5. Condicionantes e Limitações

Realça-se a colaboração e a disponibilidade demonstrada, no decurso da auditoria, na disponibilização da documentação e na prestação dos esclarecimentos solicitados, quer pelos dirigentes quer pelos funcionários contactados nas entidades envolvidas.

No entanto, a inconsistência de alguma informação disponibilizada pela ACSS, IP, e pela SPMS, EPE, e as divergências face à informação facultada pelas unidades hospitalares auditadas, tornou a análise mais morosa, devido à validação de dados que foi necessário realizar.

¹⁶ Transitada do Programa de Fiscalização de 2016.

¹⁷ Particularmente, na presente auditoria, as ISSAI 3000, 3100 e 3200.

¹⁸ As unidades hospitalares nas quais foi realizado trabalho de campo e que prestaram informação no âmbito da auditoria foram selecionadas de acordo com o posicionamento face à media nacional em cada um dos indicadores de risco selecionados (i) % de recusas de pedidos de consulta; ii) operados com TE<1 e prioridade <4; iii) % de cirurgias com GDH 470; iv) suspensão da contagem do tempo medida pela diferença entre o tempo de espera (oficial) das cirurgias realizadas e o tempo de espera em dias corridos. Desta análise resultou a seleção das seguintes unidades: Hospital Garcia de Orta, EPE, Hospital Dr. José D’Almeida – Cascais (PPP), Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE; Centro Hospitalar da Cova de Beira, EPE; Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE e Centro Hospitalar do Algarve, EPE



6. Exercício do contraditório

Tendo em vista o exercício do direito de resposta, em cumprimento do princípio do contraditório, nos termos dos artigos 13º e 87º, nº 3, da Lei nº 98/97, de 26 de agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei nº 48/2006, de 29 de agosto, foram instados as entidades e os responsáveis abaixo identificados para se pronunciarem sobre os factos insertos no Relato de Auditoria, tendo sido concedidas prorrogações de prazo a todas as entidades que as solicitaram.

- Ministro da Saúde;
- Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
- Presidente do Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE;
- Presidente do Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta, EPE;
- Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida;
- Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE;
- Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE;
- Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE;
- Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Algarve, EPE.

Foram recebidas respostas de todas as entidades, à exceção dos Presidentes dos Conselhos de Administração do Hospital Garcia de Orta, EPE e do Centro Hospitalar do Algarve, EPE.

Analisadas as alegações, foram as mesmas tidas em consideração na redação final do presente Relatório e, ainda, reproduzidas, em síntese, nas partes tidas como relevantes nos pontos do Relatório a que respeitam. Com o objetivo de contribuir para o mais amplo esclarecimento dos cidadãos, o Tribunal entende fazer constar do Volume II, na íntegra, todas as respostas apresentadas, atribuindo-lhes a mesma publicidade que é conferida ao restante documento.

Destacam-se, desde já, os seguintes comentários globais.

- Ministro da Saúde

As alegações aduzidas pelo Ministro da Saúde não abordam os factos e as conclusões dos auditores apresentados no Relato de Auditoria. A pronúncia incide unicamente sobre as recomendações formuladas¹⁹ e, de um modo global, informa sobre as medidas legislativas e de carácter gestor que foram tomadas pelo Ministério da Saúde na presente legislatura (XXI Governo Constitucional).

Não obstante se reconhecer a pertinência das diversas iniciativas, quer legislativas quer gestórias, produzidas pelo Ministério da Saúde sobre esta matéria, o Tribunal salienta a falta de quantificação dos resultados esperados, em termos do acesso efetivo e atempado dos utentes à prestação de cuidados de saúde, bem como o facto de as mesmas não preverem concomitantemente uma estratégia de redistribuição de recursos humanos no SNS, que permita diminuir as assimetrias regionais e inter-instituições.

A eficácia no médio prazo das medidas elencadas será oportunamente apreciada pelo Tribunal, no âmbito do acompanhamento da implementação das recomendações formuladas.

¹⁹ A informação prestada sobre as recomendações reproduz, na sua maioria, o que consta nos preâmbulos e texto dos diplomas: Despacho n.º 987/2016, de 15 de janeiro, publicado na 2ª série do DR de 20 de janeiro; Despacho n.º 3796-A/2017, de 4 de maio, publicado na 2ª série do DR de 5 de maio e Despacho n.º 5079/2017, de 1 de junho, publicado na 2ª série do DR de 7 de junho.



- Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP

Relativamente aos dois programas analisados na presente auditoria (CTH e SIGIC), considera a Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP, que *“Apesar dos ganhos alcançados, era reconhecido que os referidos programas apresentavam uma visão parcelar do acesso ao SNS e que continham fragilidades operacionais, essencialmente, ao nível dos sistemas de informação de suporte, que foram sendo apenas parcialmente solucionadas ao longo do tempo (...)”*. Informa, ainda, que *“(...) se encontra em curso (...) a implementação de um novo quadro regulamentar e operacional que permitirá a melhoria da gestão do acesso aos serviços de saúde por parte dos cidadãos (...)”* e que, neste contexto *“(...) solicitou à SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., no âmbito do Contrato-Programa (...) uma reformulação dos sistemas de informação que suportam o acesso ao SNS que, à medida que for sendo implementada, melhorará a exaustividade e a fiabilidade da informação disponível, resolverá diversas fragilidades identificadas e permitirá obter maior capacidade de controlo e de monitorização em proximidade do acesso dos cidadãos ao SNS.”*

Esta posição vem ao encontro das observações e conclusões alcançadas no Relato de Auditoria, reconhecendo as fragilidades dos sistemas CTH e SIGIC e da informação por estes produzida, que permitem, aliás, justificar a implementação de um novo quadro regulamentar e operacional e a reformulação dos sistemas de informação que suportam o acesso ao SNS.

Sobre os procedimentos administrativos, centralizados na ACSS, IP, de validação e limpeza das listas de espera para consulta no âmbito do CTH, esclarece a alegante, em sede de contraditório, que *“(...) a ACSS foi confrontada com alertas e reclamações por parte das instituições em relação aos resultados de acesso às primeiras consultas que estavam a ser divulgados, conforme é bem evidenciado no corpo do relato de auditoria (...) que muitos dos pedidos caracterizados como estando em espera no CTH já tinham, na verdade, sido resolvidos nos hospitais e representavam erros administrativos.*

Perante estes factos, com o intuito de garantir a veracidade dos dados divulgados, tornou-se necessário o desenvolvimento pela ACSS, IP, de uma ação coordenada a nível nacional, focada na correção dos “pedidos não concluídos” e correspondente a erros administrativos e de integração entre sistemas de informação, acumulados ao longo dos anos de funcionamento do CTH e que não correspondiam a utentes em espera, de modo a falar-se de listas de espera para primeira consulta hospitalar que fossem fiáveis e refletissem a realidade das instituições do SNS (...).”

As observações proferidas reforçam as conclusões do Relato, no aspeto que salientam a importância de dispor de informação completa e fiável, uma vez que os esforços desenvolvidos *“(...) para assegurar a fiabilidade da informação disponível no CTH, apesar dos diversos constrangimentos (...)”* não se mostraram eficazes para eliminar os *“(...) erros administrativos e de integração que o atual sistema de informação ainda mantém (...)”*, como é referido nas alegações.

Apesar das alegações apresentadas parecerem indicar que em 2017 foi ultrapassada a questão da fraca fiabilidade dos indicadores publicitados sobre o CTH, o Tribunal salienta que, de acordo com a análise constante do ponto 10.3, as próprias unidades hospitalares continuam a ter reservas quanto à sua qualidade. Acresce que, conforme reconhecido pela Presidente do Conselho de Administração da ACSS, IP, nas suas alegações, os constrangimentos aplicativos de interoperabilidade e integração de informação se mantêm, e que a “limpeza” administrativa feita com especial incidência em 2016, apesar da sua abrangência e escala, permanece pontual e não eliminou as causas dos erros, mas apenas os erros à data existentes.

Quanto à existência de assimetrias regionais, a Presidente do Conselho de Administração da ACSS, IP, concorda que *“(...) é uma realidade que tem percorrido os vários anos de implementação do SIGIC (...)”*, referindo que *“O Algarve permanece uma região prioritária em termos da necessidade de reformulação das respostas de saúde do SNS, nomeadamente a nível hospitalar, pelo que têm vindo a ser reforçado os recursos humanos afetos ao CHA (essencialmente, ao nível de pessoal médico e de*



enfermagem) e têm sido aprovados diversos investimentos em instalações e equipamentos que permitam aumentar a capacidade de resposta da instituição.”

A informação prestada não quantifica os recursos humanos (carreira profissional e especialidade) com os quais o CHA foi (ou será) reforçado, nem identifica o tipo de investimento efetuado, igualmente não apresentando quaisquer previsões sobre os efeitos destas medidas no acesso dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares prestados na região de saúde do Alarve.

Acrescenta a alegante que “foram já estabelecidos protocolos de afiliação entre o CHA e o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E., patrocinados pela ARS Algarve e pela ARS Lisboa e Vale do Tejo, designadamente, nas áreas de Cirurgia Vasculuar, Oncologia, Ortopedia e Reumatologia, com o objetivo de aumentar a articulação e a partilha de recursos entre estas instituições e de melhorar a resposta assistencial aos utentes daquela região de saúde”

Embora a medida elencada vá ao encontro de várias recomendações feitas pelo Tribunal em anteriores relatórios de auditoria, no sentido da existência de partilha de recursos humanos entre unidades hospitalares do SNS, a mesma poderá ser de eficácia questionável se o seu grau de execução for residual, como ocorreu em 2016²⁰.

Quanto à não aplicação de penalizações às unidades hospitalares, associadas a falhas no cumprimento das regras de funcionamento dos sistemas CTH e SIGIC, apesar de previstas nos Contratos-programa, alega a Presidente do Conselho Diretivo que *“A ACSS, I.P. tem vindo a diligenciar repetidamente, junto da SPMS (sublinhado nosso), para que seja respondido o módulo informático que foi desligado para reparação, em 2014, e que permite monitorizar as não conformidades na gestão das listas de inscritos (inscrições, cancelamentos, entre outros).”*

Face ao teor da resposta, afigura-se que as repetidas diligências efetuadas pela ACSS, IP, parecem não estar a surtir efeito, uma vez que a situação ainda se mantém em 2017 (agosto). E mais, não se compreendendo esta inércia por parte da ACSS, IP, pelo facto de as desconformidades terem implicações ao nível do financiamento e, muito menos, quando é a própria alegante, na qualidade de Presidente do Conselho Diretivo, a reconhecer que o módulo desligado em 2014 é de *“(…) especial importância para a monitorização da qualidade da gestão das listas de inscritos nos vários hospitais, assim como para concretizar a avaliação das penalizações financeiras que foram introduzidas nos Contratos-Programa.”*

Considerando que as alegações apresentadas pela Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP, não contraditam, na globalidade, as evidências e os resultados da avaliação efetuada nesta auditoria, mantêm-se as conclusões e recomendações inicialmente formuladas, sem prejuízo de o resultado da implementação de algumas das medidas enunciadas virem a ser evidenciadas *a posteriori* em sede de acompanhamento e verificação de acatamento de recomendações.

Refira-se, por fim, que os argumentos aduzidos pela Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP, em sede de contraditório, sobre algumas das matérias abordadas no Relatório de Auditoria, foram reproduzidos *mutatis mutandis* no “Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas – 2016”²¹, a ser entregue na Assembleia da República²² e divulgado ao público pela ACSS, IP, no seu sítio institucional - www.acss.min-saude.pt

Este Relatório, documento fundamentalmente informativo, que divulga os resultados assistenciais de 2016 sobre o acesso (produção e tempos de resposta), reconhece oficialmente a existência de *“erros administrativos”* e de erros *“de integração entre sistemas de informação”*, no entanto, não assume

²⁰ Segundo a informação prestada pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Algarve no decurso dos trabalhos de campo da auditoria.

²¹ Submetido ao Tribunal posteriormente à apresentação das alegações.

²² Em cumprimento com o disposto no n.º 1, do art.º 30º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.



que as “melhorias” observadas foram alcançadas por via das ações centralizadas de limpeza da lista de espera para primeiras consultas por eliminação administrativa de pedidos, levadas a cabo pela ACSS, IP.

Também ao nível da atividade cirúrgica programada, o Relatório concluiu por um “crescimento” desta atividade. Contudo, omitiu-se a ocorrência da interrupção da transferência automática e regular dos utentes em lista de espera para cirurgia - último trimestre de 2016 -, a qual impediu a transferência atempada (dentro dos tempos regulamentares) para outra unidade hospitalar de utentes que permaneciam em lista de espera, o que produziu resultados falsos quanto ao tempo de resposta.

- Presidente do Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE

O Presidente do Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, não apresenta quaisquer alegações relativas às conclusões e observações do relato de auditoria, remetendo informação e esclarecimentos quanto às recomendações propostas.

- Unidades hospitalares auditadas

As alegações apresentadas pelas unidades hospitalares auditadas não contradizem as conclusões e observações formuladas pelos auditores no Relato de Auditoria, acolhendo globalmente as recomendações propostas e dando conta das diligências já promovidas ou a promover internamente por forma a darem cumprimento a essas recomendações.

III – DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA

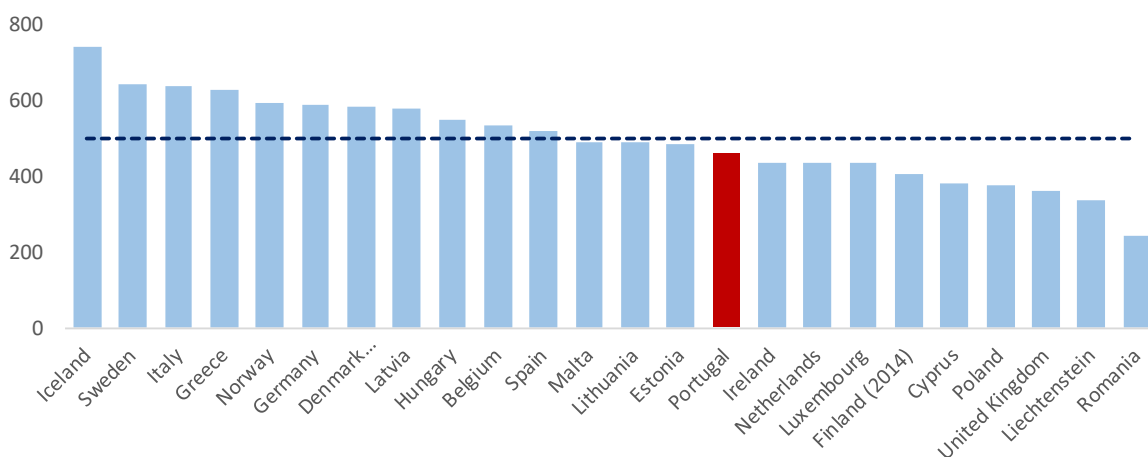
7. Acesso a cuidados de saúde – introdução

Entende-se por acesso a cuidados de saúde a possibilidade de os cidadãos obterem cuidados de saúde apropriados às suas necessidades de modo a alcançarem ganhos em saúde. Os cuidados devem ser prestados atempadamente, com efetivos ganhos em saúde, prestados de forma eficiente e com valor apercebido pelo utente²³.

O acesso dos utentes do SNS a cuidados de saúde hospitalares programados está normalmente dependente de uma referência, por uma unidade de cuidados de saúde primários, para uma 1ª consulta de especialidade em ambiente hospitalar. Nessa consulta pode, ou não, ser identificada uma necessidade cirúrgica. Assim, são indicadores do acesso dos utentes a cuidados hospitalares diferenciados as dimensões da Lista de Inscritos para consulta (LICO) e da Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), e os respetivos tempos de espera.

O acesso a cuidados de saúde (consultas de especialidade e cirurgias) correlaciona-se²⁴ com o rácio de número de médicos per capita.

Gráfico 1 – Número de médicos com licença para exercer, por 100.000 habitantes – 2015 ou ano mais próximo



Elaboração própria, Fonte: Eurostat

Portugal apresenta um número de médicos²⁵ por 100.000 habitantes (461) 8% abaixo da média da União Europeia (499), sendo neste rácio o 15º país dos 24 para os quais existem dados disponíveis.

A melhoria do acesso dos utentes a consultas de especialidade hospitalares e a cirurgias programadas tem sido objetivo de sucessivas medidas administrativas que têm incidido na concessão de incentivos à produção clínica, revisão de procedimentos e processos apoiados em sistemas de informação.

Em 2008 surge a iniciativa Consulta a Tempo e Horas consubstanciada num sistema integrado de referência e de gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, com tempos máximos de resposta garantidos²⁶ associados, a observar pelas unidades hospitalares.

²³ Cfr. Volume I – Princípios Gerais – MGIC -2011 do documento elaborado pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) /Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC) sobre o Sistema Integrado de Gestão para Inscritos em Cirurgia (SIGIC), definição adaptada do Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde.

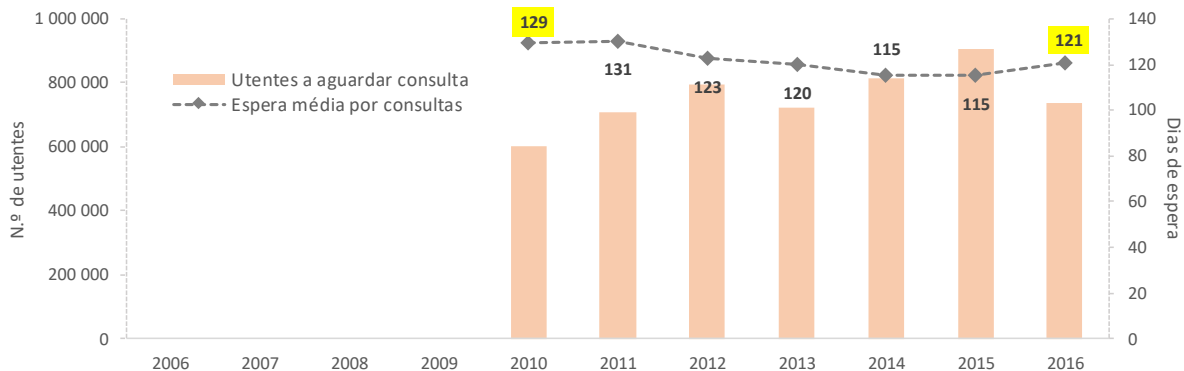
²⁴ Veja-se, a título de exemplo, OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 7 – *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries*.

²⁵ Este número inclui todos os médicos com licença para o exercício da atividade clínica independentemente de estarem no ativo e do local de exercício (setor público ou privado).

²⁶ Sendo os mais recentes, os definidos na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio.

Os dados oficiais disponíveis a partir de 2010, evidenciam um ligeiro ganho no tempo médio de espera (-8 dias), entre os 129 dias de espera média para consulta, daquele ano, e os 121 dias reportados para 2016. Entre 2011 e 2015 observa-se uma tendência continuada de redução da espera média para consulta, do valor máximo registado neste período, 131 dias, em 2011, para o seu valor mais baixo, 115 dias, nos anos de 2014 e 2015. Em 2016, contudo, parece dar-se nova inversão de tendência com um agravamento em cerca de 6 dias na espera média para consulta.

Gráfico 2 - *Consulta a Tempo e Horas* – Lista de espera para 1ª consulta de especialidade hospitalar e tempo médio de espera, 2010-2016



Elaboração própria, Fonte: ACSS

A lista de espera para consulta apresenta globalmente uma tendência de crescimento, com diminuições apenas nos anos de 2013 e 2016, que, como exposto ao longo do relatório, traduzem correções centralizadas das listas de espera, em grande parte explicadas por deficiências, que se mantêm ao longo do tempo, na integração da informação a nível central.

A resposta do SNS à procura de consultas externas é insuficiente: as consultas realizadas respondem a menos de 50% do total dos pedidos de consulta e 29% destes pedidos foram, em 2016 resolvidos para lá dos tempos máximos de resposta garantidos.

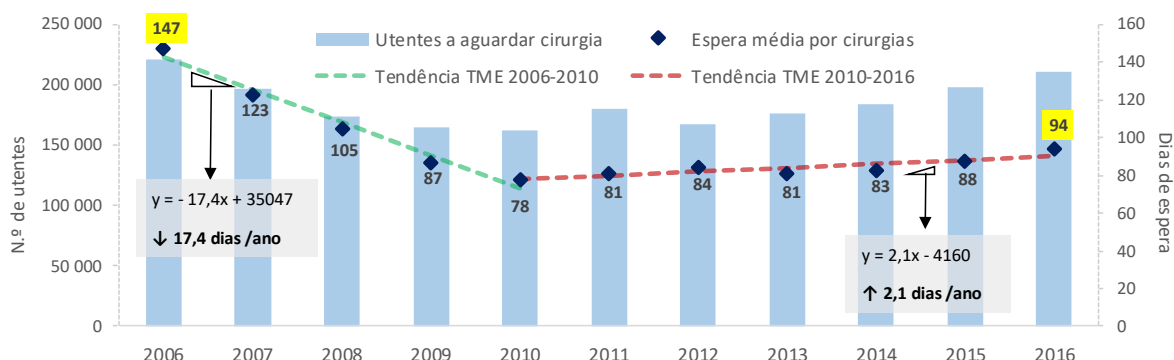
As políticas públicas desenvolvidas têm focado mais frequentemente e com maior intensidade o acesso à cirurgia programada, sendo de salientar os programas especiais de promoção da atividade cirúrgica, através da atribuição de incentivos financeiros aos profissionais, bem como a definição de tempos máximos de resposta garantidos. Tal justificou que fossem realizadas, pelo Tribunal, várias auditorias sobre o tema²⁷.

Os dados apresentados nestes relatórios de auditoria evidenciavam uma clara melhoria dos indicadores de acesso à cirurgia programada entre 2004 e 2008, nomeadamente pela redução do número de utentes a aguardar cirurgia e dos tempos de espera. A análise dos dados oficiais relativos aos anos subsequentes denota, no entanto, alguma inversão dessa tendência, desde 2012²⁸.

²⁷ Auditoria ao Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas - PECLEC (Relatório n.º 15/05 -2ºS), Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia - SIGIC (Relatório n.º 25/07-2ºS), respetiva auditoria de seguimento (Relatório n.º 27/09-2ºS), e Auditoria de Resultados ao Programa de Intervenção em Oftalmologia (Relatório n.º 48/2010-2ºS).

²⁸ A subida no ano de 2011 reflete a inclusão, no SIGIC, dos hospitais que, por via de protocolos celebrados com as ARS, recebiam diretamente utentes provenientes dos cuidados de saúde primários, e cuja atividade não era, até aí, não integrada no SIGIC.

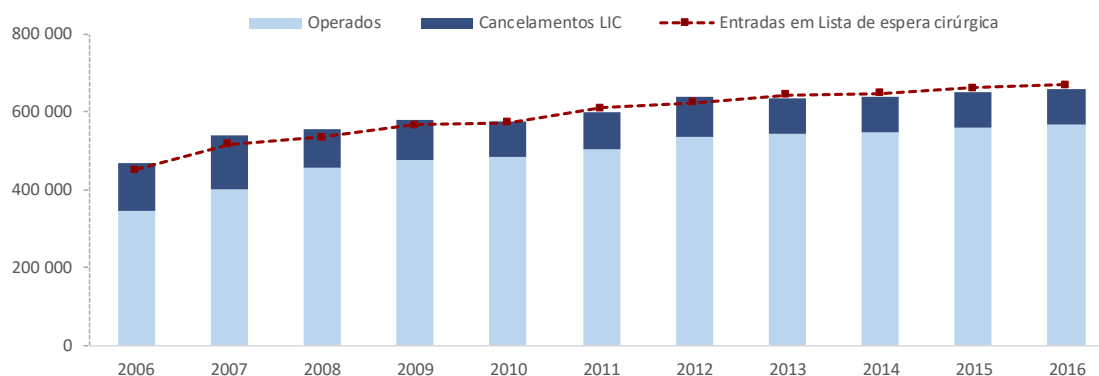
Gráfico 3 - Lista de espera cirúrgica e espera média por cirurgias – 2006-2016



Elaboração própria, Fonte: ACSS

De facto, o aumento da procura de cuidados cirúrgicos não tem tido resposta suficiente pelo aumento da produção cirúrgica do SNS, conduzindo a um aumento das listas de espera e dos tempos médios de espera.

Gráfico 4 - Dinâmica da lista de espera cirúrgica - 2006-2016



Elaboração própria, Fonte: ACSS

Apesar do aumento da dimensão da lista de utentes a aguardar cirurgia desde 2010, o tempo de resposta dos utentes operados apenas começou a aumentar mais consistentemente a partir de 2014. A melhoria deste tempo entre 2006 e 2010 foi substancial, com uma diminuição de 69 dias: em 2006, a média do tempo de resposta foi de 147 dias, diminuindo para 78 dias até 2010. No entanto, até 2016, o ganho foi parcialmente revertido: o tempo de resposta foi, em média, de 94 dias neste ano.

CAIXA 1 – Tempos de espera a nível internacional

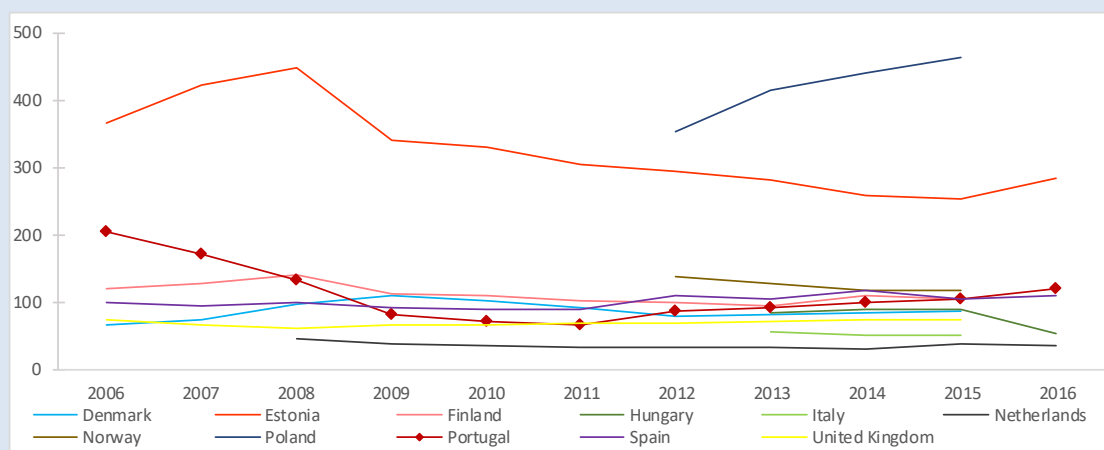
A comparação de dados disponíveis internacionalmente revela tendências semelhantes:

- uma melhoria dos tempos de resposta até 2010-2011 e
- um progressivo agravamento nos anos seguintes.

Em 2011, Portugal apresentava o 2º melhor tempo médio de espera para a cirurgia da catarata.

Em 2016, contavam-se outros 8 países com melhores tempos de resposta.

Gráfico 5 – Tempo médio de espera (dias) para cirurgia da catarata



Elaboração própria, Fonte: OCDE

8. Sistemas integrados de gestão do acesso a cuidados de saúde

O acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar e o acesso à atividade cirúrgica, no âmbito do SNS, assentam em sistemas integrados e regulamentados: o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) e o Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde – Consulta a Tempo e Horas (CTH).

Ambos os sistemas assentam em sistemas de informação (SI) que permitem gerir, a nível nacional, as inscrições e movimentações dos utentes nas listas de espera, o Sistema de Informação de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), e o Sistema Integrado para gestão do acesso à 1ª consulta de especialidade hospitalar (SICTH).

8.1. Sistema integrado de gestão de acesso à 1ª consulta de especialidade hospitalar – consulta a tempo e horas

O CTH, criado em 2008²⁹ e revisto em 2013³⁰, é um sistema integrado de referência e gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar nas Instituições do SNS, tendo por base critérios de prioridade clínica e de antiguidade do registo do pedido de consulta.

O CTH gere a informação relativa a pedidos de consulta, desde o momento do seu registo no sistema informático até que fiquem concluídos, possibilitando a gestão do acesso a uma primeira consulta de

²⁹ Através da Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho, publicado na 1ª série do DR, de 11 de julho.

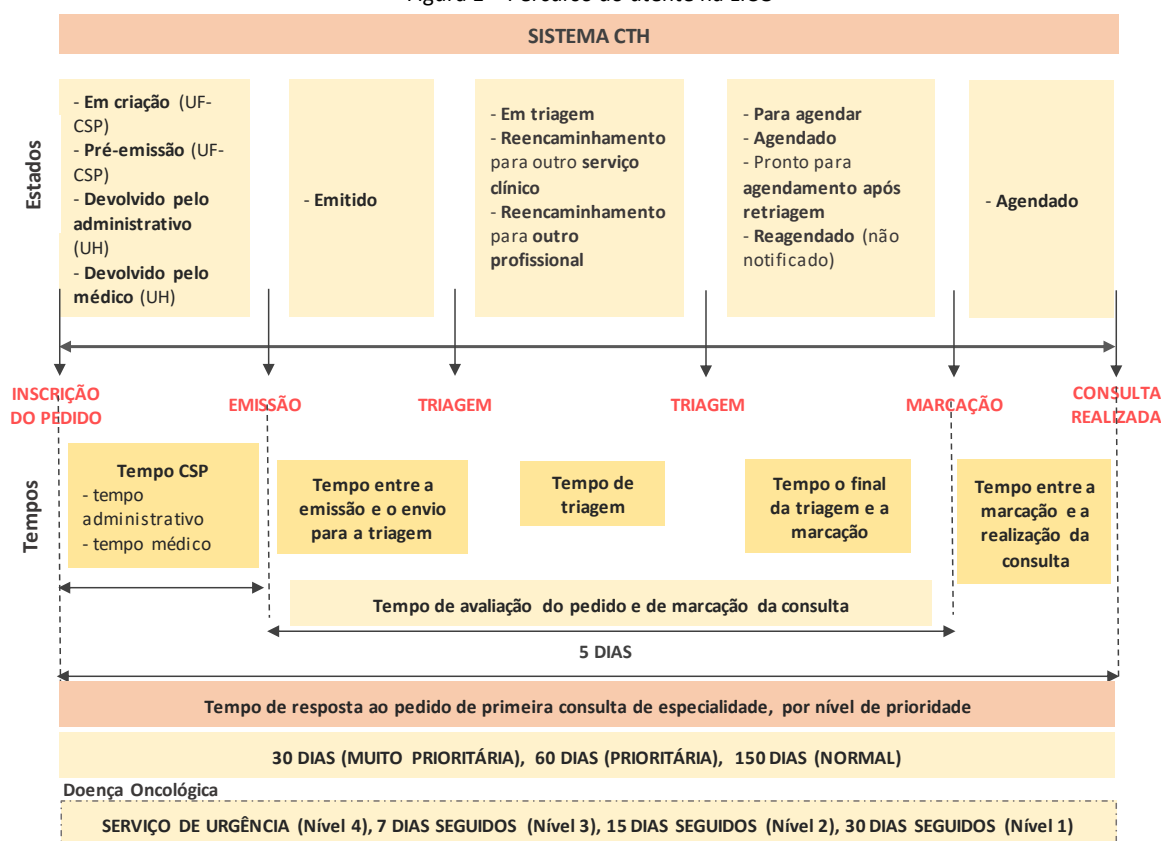
³⁰ Através da Portaria n.º 95/2013, de 4 de março (revoga a Portaria n.º 615/2008).

especialidade no SNS, pretendendo centralizar toda a informação (procura e resposta) numa única base de dados³¹.

É gerido e monitorizado, centralmente, pela ACSS, através da Unidade Central da Consulta a Tempo e Horas (UCCTH) em articulação com as várias regiões de saúde e respetivas unidades regionais, bem como com as unidades operacionais responsáveis nas unidades hospitalares de destino.

A figura seguinte detalha o circuito dos utentes no CTH, com identificação dos intervenientes, das fases e dos tempos de resposta regulamentares, fixados na Portaria n.º 87/2015, de 23 de março.

Figura 1 – Percurso do utente na LICO



Elaboração própria. Fonte: ACSS/ UCCTH.

Apesar de o CTH pretender cobrir todas as situações de referência para uma primeira consulta de especialidade hospitalar, o que deveria ter acontecido a partir de 2010³², na prática este limita-se a gerir os pedidos provenientes das unidades de cuidados de saúde primários do SNS. Assim, não estão garantidas para todos os utentes as mesmas condições de acesso, sendo de salientar a não aplicação, a outro tipo de referências, do controlo dos TMRG subjacente ao CTH.

O percurso do utente na LICO inicia-se assim exclusivamente nestas unidades, quando o médico de família entende fazer um pedido de 1ª consulta de especialidade hospitalar, através do registo do pedido no SICTH, dando início à contagem do tempo de espera para o utente.

³¹ De acordo com o preâmbulo do diploma, o Regulamento do CTH “tem por objetivo harmonizar os procedimentos inerentes à implementação e gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, estabelecendo um conjunto de regras que vinculam as instituições do SNS e os profissionais de saúde intervenientes no processo, articulando-os de forma criteriosa e transparente.”

³² A Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho, previa já o alargamento do sistema CTH a todas as referências, que deveria estar operacional até 31/12/2009.



A este tempo de espera estão associados Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), em função do nível de prioridade clínica atribuída³³. O regulamento da Consulta a Tempo e Horas prevê, ainda, tempos máximos de execução de procedimentos, no circuito supra descrito, sendo de destacar o prazo de **3 dias** para o envio do pedido dos cuidados de saúde primários para o hospital de destino (HD) e, já no hospital, o prazo de **5 dias** para a avaliação³⁴ do pedido e marcação da consulta.

A revisão do Regulamento do CTH em 2013 manteve inalteráveis a finalidade, os objetivos e os princípios, bem como a estrutura organizacional já consagradas, tendo alargado explicitamente o âmbito do CTH à referenciação de pedidos de primeira consulta de especialidade com origem nos hospitais do SNS, em entidades com acordo de cooperação com o SNS, e ainda em entidades privadas, procurando assegurar que todos os pedidos de primeira consulta obedeam aos mesmos princípios de transparência e uniformização do tratamento³⁵. No entanto, este alargamento não se veio a concretizar, continuando o sistema CTH a incluir apenas os pedidos provenientes dos cuidados de saúde primários.

Mais recentemente, em maio de 2016, foi introduzida a política de Livre Acesso e Circulação (LAC) dos utentes³⁶, que prevê a possibilidade de se efetuar a referenciação dos cuidados de saúde primários para qualquer unidade hospitalar do SNS em que exista a especialidade em causa. Até essa data, a referenciação estava condicionada às associações pré-estabelecidas entre unidades de cuidados de saúde primários e respetivos hospitais de referência.

8.2. Sistema integrado de gestão de inscritos para cirurgia - SIGIC

O sistema integrado de gestão de inscritos para cirurgia - SIGIC, criado para regular a atividade cirúrgica programada e para centralizar todas as etapas do processo de inscrição e gestão da inscrição do utente, é gerido através de um Sistema de Informação centralizado, o SIGLIC, que contribui para a monitorização do tempo de acesso à cirurgia e permite controlar e avaliar, de forma integrada, todo o processo de gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia³⁷ (LIC).

Como incentivo ao cumprimento dos TMRG e à utilização da capacidade instalada no SNS foram introduzidas, em 2012, alterações no Regulamento do SIGIC, nomeadamente:

- Responsabilidade financeira do hospital de origem do doente pela realização atempada de toda a atividade cirúrgica inscrita nas listas de inscritos para cirurgia da respetiva instituição hospitalar;
- Redução de 6 para 4 meses do prazo para emissão de nota de transferência cirúrgica entre hospitais públicos (mantendo-se inalterado o prazo para emissão de cheque cirurgia para o setor convencionado).

³³ TMRG em função da avaliação de prioridade atribuída à realização da consulta: Muito prioritária - 30 dias (7 em caso de doença oncológica); Prioritária - 60 dias (15 em caso de doença oncológica); Normal -150 dias (30 em caso de doença oncológica).

³⁴ Nesta avaliação, para além da verificação do cumprimento de requisitos formais, é avaliada a prioridade da situação clínica do utente, por um médico triador.

³⁵ O Regulamento veio, ainda, definir o conceito de falta não justificada do utente (idêntico ao conceito utilizado no código de trabalho) e estabelece o prazo para a justificação correspondente (informar cinco dias antes da impossibilidade de comparecer à consulta ou justificar a falta nos sete dias subsequentes à consulta), sendo esta uma matéria relevante para a homogeneização de procedimentos e combate às faltas injustificadas.

³⁶ Despacho nº 5911-B/2016, de 2 de maio de 2016.

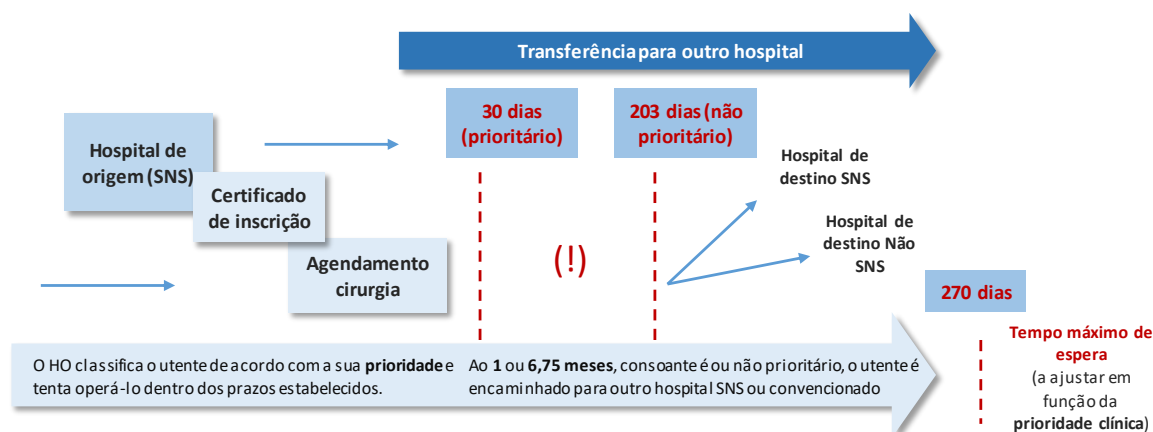
³⁷ No relatório da OCDE "Waiting Time Policies in the Health Sector - What Works?", o SIGIC foi reconhecido como um programa estrutural que possibilitou a melhoria substancial dos tempos de espera para cirurgia programada aos utentes do SNS, exemplar para os restantes países membros da organização.

Mais recentemente, em maio de 2016, em consonância com os objetivos do Programa de Incentivo à atividade cirúrgica (PIRAC)³⁸, foi antecipado de 4 para 3 meses o prazo de transferência de atividade cirúrgica programada para hospitais de destino do SNS³⁹.

Ainda neste âmbito, há a destacar a criação, pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, do Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde –SIGA SNS, que integra, entre outros, o CTH e o SIGIC⁴⁰.

O circuito com identificação dos intervenientes, das diversas fases e dos tempos de resposta regulamentares⁴¹, encontra-se descrito na figura seguinte.

Figura 2 - Percurso do utente na LIC



Elaboração própria, Fonte: ACSS/ UCGIC.

O percurso do utente na LIC inicia-se com a inscrição de uma proposta cirúrgica em lista de espera para cirurgia, com uma prioridade clínica atribuída, que determina os tempos máximos de resposta garantidos aplicáveis⁴², bem como os prazos máximos para transferência do utente para um Hospital de Destino (HD) do SNS ou para um HD do setor privado ou convencionado.

Conforme patente na Figura 2, o regulamento do SIGIC determina que aos 30 dias – isto é, decorrido 50% do TMRG para situações classificadas como prioritárias - e aos 203 dias – quando se alcança 75% do TMRG para as situações classificadas como não prioritárias ou normais – deve ocorrer a transferência do utente para HD do SNS ou do setor privado ou convencionado, visando assegurar o cumprimento dos TMRG definidos para cada prioridade clínica.

³⁸ Programa com os seguintes objetivos: i) melhora os tempos de resposta no acesso à cirurgia programada; ii) rentabilizar a capacidade cirúrgica instalada na rede de estabelecimentos públicos; iii) criar mecanismos competitivos para realização de atividade cirúrgica no SNS; iv) aumentar a produtividade das instituições do SNS (vg. Circular Normativa n.º 12/2016/DPS-UGA/ACSS, de 19 de maio de 2016).

³⁹ Circular normativa da ACSS N. 12/2016/DPS-UGA/ACSS, de 19/05/2016

⁴⁰ O respetivo regulamento, aprovado e publicado através da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, consigna no art.º 27º a revogação das Portarias n.º 45/2008, de 15 de janeiro e 179/2014, de 11 de setembro (SIGIC) e da Portaria n.º 95/2013, de 4 de março (CTH). Nos termos do art.º 4º do Regulamento, o SIGA SNS tem como componentes o SIGA para as primeiras consultas de especialidade hospitalar (SIGA 1ª Consulta Hospitalar) e o SIGA para cuidados de saúde hospitalares (SIGA CSH) que inclui o SIGIC. Inclui ainda: SIGA para os cuidados de saúde primários (SIGA CSP); SIGA para a realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (SIGA MCDT); SIGA para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (SIGA RNCCI) e SIGA para a Rede de Urgência (SIGA Urgências). Tem ainda uma componente de integração de informação de gestão, designada, SIGA SI.

⁴¹ Os tempos são os fixados na Portaria n.º 87/2015, de 23 de março.

⁴² Os TMRG aplicáveis à cirurgia programada fixados pela Portaria 87/2015, de 23 de março, são:

- Prioridade 4 (urgência diferida) – 72 horas;
- Prioridade 3 (muito urgente) – 15 dias;
- Prioridade 2 (urgente) – 60 dias (45 em caso de doença oncológica);
- Prioridade 1 (normal) – 270 dias (60 em caso de doença oncológica).

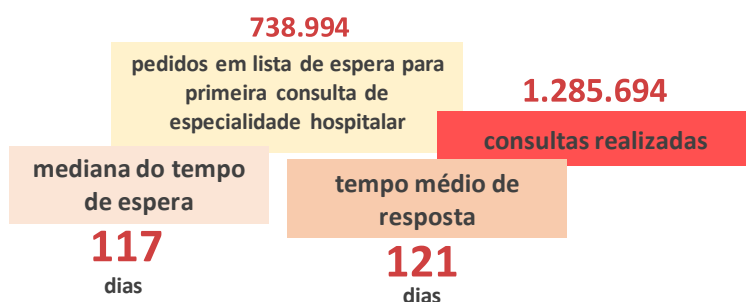
O utente pode sempre optar por se manter na lista de espera do hospital de origem, vontade essa que deve ser expressamente declarada junto do HO ou das entidades com atribuições nesta matéria, como sejam a ARS competente ou a ACSS.

9. Evolução do acesso no triénio 2014-2016

9.1. Consulta de especialidade hospitalar

A figura seguinte apresenta os principais números da Consulta a Tempo e Horas, em 2016, enquadrando a análise mais detalhada que se segue.

Figura 3 - Números do CTH, 2016



Elaboração própria, Fonte: ACSS

9.1.1. REFERENCIAÇÃO DO PEDIDO DE CONSULTA

O Regulamento do CTH prevê que o “(...) acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar é realizado através de:

- 1.2.1 **Referenciação por parte dos prestadores de cuidados de saúde primários do SNS;**
- 1.2.2 **Referenciação interna do hospital, designadamente por parte de serviços de outras valências e ou especialidades de consulta externa, hospital de dia, e serviço de internamento;**
- 1.2.3 **Referenciação por parte de outros hospitais do SNS;**
- 1.2.4 **Referenciação por outras entidades do sector social com acordo de cooperação com o SNS. (...)**⁴³

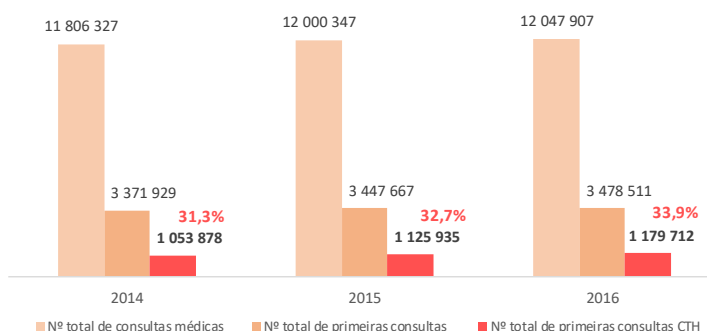
Esta especificação das origens da referenciação e a previsão explícita da sua integração no CTH resultam da revisão do regulamento do CTH ocorrida em 2013. No entanto, 4 anos depois da sua aprovação, a utilização do CTH para a gestão das listas de espera para primeira consulta de especialidade hospitalar continua limitada às referenciações provenientes dos cuidados de saúde primários do SNS.

Em 2016, realizaram-se nos hospitais do SNS cerca de 12 milhões de consultas médicas de especialidade hospitalar, 28,9% das quais foram primeiras consultas (3.478.511).

⁴³ Cfr. ponto 1.2 do anexo à Portaria nº 95/2013, que aprovou o Regulamento do CTH.

Dos 3.5 milhões de primeiras consultas de especialidade hospitalar realizadas naquele ano, apenas cerca de 1.2 milhões (33,9%) resultaram de referenciação por parte dos prestadores de cuidados de saúde primários, através do sistema CTH, traduzindo uma variação positiva, ainda que ligeira face a 2014 e a 2015 (+2.7 e +1.3 pontos percentuais, respetivamente).

Gráfico 6 - % de referenciação CTH no triénio 2014-2016



Elaboração própria, Fonte: ACSS

Os restantes dois terços (66,1%) do total de primeiras consultas de especialidade hospitalar terão tido origem em referenciação intra-hospitalar ou inter-hospitalar e, marginalmente, em entidades convencionadas.

Sobre a matéria em apreço, a Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP, justifica nas suas alegações em sede de contraditório que o sistema de informação de suporte ao programa CTH, por “(...) questões jurídicas que têm inviabilizado nos últimos anos a sua evolução tecnológica, apenas permite a monitorização da referenciação dos pedidos de primeira consulta com origem nos cuidados primários, apesar de a Portaria que regulamenta o Programa CTH prever de forma expressa (...) que essa monitorização deve abranger também os pedidos intra e inter hospitalares.”. Esclarece, contudo, que esta limitação “(...) não implica, por si só, que o acesso a estas consultas esteja comprometido nos hospitais, apenas significando que estes não são ainda medidos a nível central, regional e local (...).”

Termina a alegante referindo “(...) que esta é uma área de intervenção prioritária em termos de desenvolvimento do sistema de informação que suporta o CTH, há muito identificada pela ACSS, IP, junto da SPMS, E.P.E., sendo que (...) a mesma só será concretizada na sequência da operacionalização do SIGA (...)”.

Mantém o Tribunal as conclusões proferidas pelos auditores, porquanto, ao não ser universal, o CTH não garante a todos os utentes as mesmas condições de acesso. Não se pode ignorar que, quando se publicitam dados sobre o acesso à primeira consulta, mostrando, por exemplo, que, em 2016, 71% das primeiras consultas foram realizadas dentro dos TMRG, se está a publicar dados sobre apenas 33,9% de todas as primeiras consultas de especialidade hospitalar.

Ou seja, o programa de acesso a primeiras consultas de especialidade hospitalar, CTH, quase 5 anos depois da determinação de inclusão da referenciação intra e inter-hospitalar, continua, ainda, a ignorar esta realidade, excluindo, assim, do seu âmbito, cerca de 66% (dois terços) do total destas consultas, o que é incompreensível.

A análise por região de saúde não traz grandes diferenças entre as várias regiões, oscilando entre os 37,7% da Região de Saúde do Algarve, com a maior percentagem de referenciação via CTH, no total de primeiras consultas, e a Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, com a mais baixa, 31,4%.

Olhando, ainda, para a realidade da referenciação CTH nas entidades auditadas, em 2016, destacam-se a ULS do Alto Minho, com um valor bastante acima da média nacional, 45,5%, bem como o Hospital de Cascais, PPP, com 42,3%. No extremo oposto o CH da Cova da Beira, com apenas 16,4%.



9.1.2. LISTA DE ESPERA, EVOLUÇÃO E DINÂMICA DA LISTA, MEDIANA DO TEMPO DE ESPERA

A LICO mede, num dado momento, o número total de pedidos em lista de espera para uma primeira consulta de especialidade hospitalar, referenciados pelos cuidados de saúde primários, através do sistema CTH, que aguardam resolução.

O quadro seguinte mostra a evolução desta lista de espera no triénio 2014-2016, verificando-se uma diminuição de 9,4% nos pedidos em espera (cerca de – 77 mil pedidos), naquele período, apesar do aumento de 10,4% no número de novas inscrições anuais (de 1.599.322, em 2014, para 1.766.180, em 2016).

Quadro 1 - Evolução e dinâmica da lista de espera

	2014	2015	2016
Novas entradas em LICO	1 599 322	1 696 691	1 766 180
LICO (pedidos não concluídos) a 31/12	815 604	906 783	738 994
Consultas realizadas	1 153 877	1 218 132	1 285 694
% de resolução da LICO [pedidos concluídos n / (inscritos n + Lico n-1)]	64,6%	63,9%	66,4%
% de resolução da LICO por realização de consultas [consultas n / (inscritos n + Lico n-1)]	50,1%	48,5%	48,1%

Elaboração própria, Fonte: ACSS

A redução mais acentuada teve lugar em 2016, face a 2015 (ano em que a lista de espera havia crescido, face a 2014), com uma diminuição na ordem dos 18,5% (-168 mil pedidos em lista de espera), com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

Esta aparente maior capacidade de resolução da lista (medida pela taxa de resolução da LICO, que experimentou uma melhoria, ainda que ligeira, no período analisado, passando de 64,6%, em 2014, para 66,4%, em 2016), resulta fundamentalmente de alterações nos procedimentos administrativos de limpeza das listas de espera.

De facto, o número de consultas realizadas cresceu 11,4% no triénio apenas ligeiramente acima do crescimento do número de novos pedidos inscritos (10,4%).

Assim, o maior contributo para a melhoria deste indicador, no triénio, resultou do crescimento expressivo dos pedidos concluídos por motivos de recusas, faltas ou cancelamentos, que aumentaram, no seu conjunto, 45,9% (de 334.368 pedidos concluídos por estes motivos, em 2014, para 487.909, em 2016).

Tendo em conta os 906.783 pedidos a aguardar consulta que se mantinham por resolver no início de 2016 e os 1.766.180 novos pedidos entrados no ano, a atividade realizada em 2016 traduziu-se:

- Na realização de 1.285.694 consultas, que deram resposta a 48,1% dos pedidos;
- Na conclusão administrativa de 487.909 pedidos (18,3%), por motivos de recusa, falta ou cancelamento;
- Na permanência de 738.994 pedidos (27,6%) em lista de espera, a aguardar resolução⁴⁴.

Sem minimizar o crescimento efetivo do número de consultas no período analisado (+11,4%, entre 2014 e 2016), verifica-se que, face ao crescimento verificado nos novos pedidos inscritos, apenas o aumento das situações de conclusão de pedidos “por via administrativa”, através do registo de recusas, faltas e cancelamentos, permitiu a redução reportada na dimensão da lista de espera.

O grande aumento verificado no número de pedidos concluídos administrativamente revela a existência de alterações nas políticas de gestão da lista de espera, com impacto significativo na diminuição do número de utentes em LICO verificado no triénio. Se, em 2016, se tivesse mantido a proporção de recusas, faltas e cancelamentos face às consultas realizadas verificada em 2014 (29%), a lista de espera teria crescido, *ceteris paribus*, cerca de 4,7% (+38.733), face a 2014, o que compara com a redução de 9,4% (-76.610) resultante dos dados oficiais.

⁴⁴ As três percentagens indicadas não somam 100% devido a deficiências da informação de base produzida pelo CTH, conforme descrito na Caixa 1.



CAIXA 2 – QUALIDADE DA INFORMAÇÃO DISPONIBILIZADA – CTH

Alguns dos dados disponibilizados pela ACSS neste âmbito apresentam incoerências, das quais é exemplo a dimensão da lista de espera reportada a 31/12/2016, o que, a par com outras observações efetuadas ao longo dos trabalhos de auditoria, faz surgir dúvidas razoáveis quanto à fiabilidade da informação produzida e publicitada por aquela entidade.

De facto, partindo da LICO de 2013, e utilizando os dados reportados pela ACSS relativos aos movimentos ocorridos no triénio (novas inscrições e pedidos concluídos, por ano) a lista de espera calculada, no final de 2016, seria superior à LICO reportada pela ACSS em cerca de 22% (+ 160 mil pedidos).

	<u>2013</u>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>
• Pedidos inscritos	----	1 599 322	1 696 691	1 766 180
• Consultas realizadas	----	1 153 877	1 218 132	1 285 694
• Pedidos concluídos	----	1 488 229	1 605 573	1 773 574
• LICO_reportada pela ACSS (A)	704 388	815 604	906 783	738 994
• LICO_calculada (B)	----	815 481	906 722	899 389
Diferença (B) - (A):	----	123	61	160 395

LICO calculada n =
LICO n-1 + Inscritos n -
Pedidos concluídos n

(n é o ano do cálculo e
n-1 o ano anterior)

Tal traduziria uma manutenção da dimensão da lista de espera, entre 2014 e 2016 (diminuição inferior a 1%) e não a redução de 9,4% que resulta da LICO reportada pela ACSS.

Verificou-se também que, em diferentes datas de extração de dados, ao longo de 2016, foram obtidos diferentes indicadores sobre o número de utentes a aguardar consulta e os tempos médios de espera das consultas realizadas, mesmo os relativos ao ano de 2014, há muito validado e com dados oficiais publicados.

	<u>Dados extraídos a</u> <u>06/2016</u>		<u>Dados extraídos a</u> <u>10/2016</u>		<u>Diferenças</u>	
	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2014</u>	<u>2015</u>
• Consultas realizadas	1 153 880	1 218 132	1 164 216	1 235 359	10 336	17 227
• Tempo médio de resposta ao pedido (dias)	115,1	115,5	115,0	115,3	-0,1	-0,2
• LICO a 31/12	815 595	906 793	775 645	845 866	-39 950	-60 927

A qualidade da informação do sistema CTH é adicionalmente analisada nos pontos 10.1.1, 10.2.1 e 10.3.

O desempenho das várias regiões de saúde e do agregado das entidades não SNS⁴⁵, em 2016, está patente no quadro seguinte, onde se destaca a redução na lista de espera da região do Algarve, na ordem dos 25%, logo seguida da região de Lisboa e Vale do Tejo, com uma redução de cerca de 19% da sua lista de espera. É também esta região que apresenta a melhor taxa de resolução da LICO, situada nos 70,5%.

Em todas elas, as consultas realizadas ficaram sempre abaixo de metade da totalidade da procura verificada em cada ano, com a exceção tangencial da região Centro, onde aquele peso foi de 50,6%.

⁴⁵ Entidades do setor social ou privado com as quais o SNS celebra acordos para a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS.

Quadro 2 – Evolução e dinâmica da lista de espera, por região de saúde

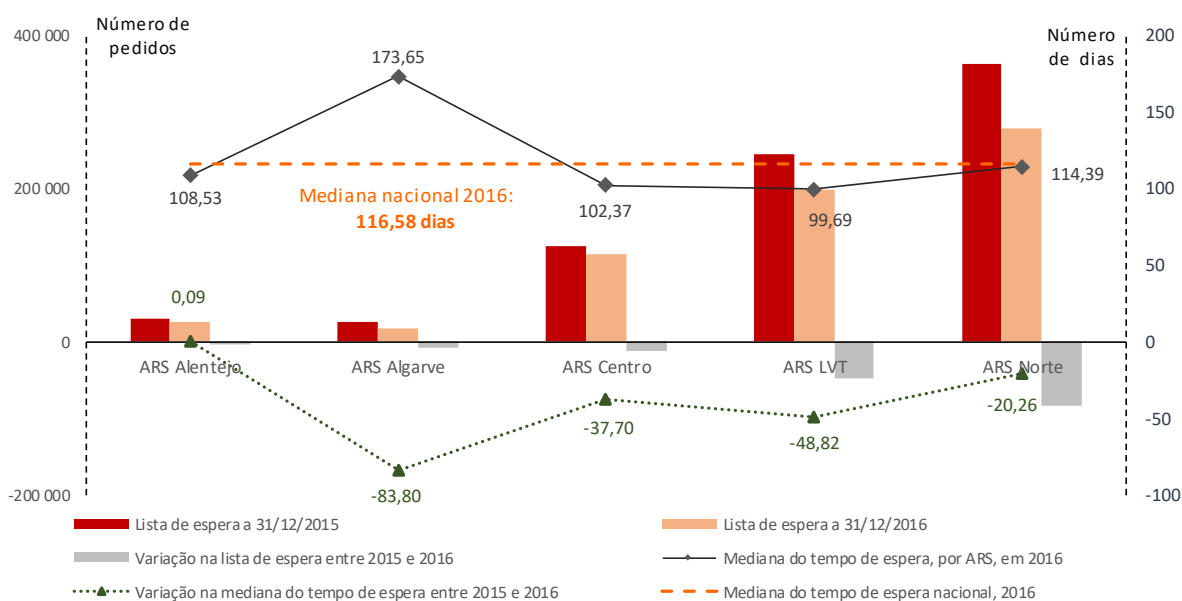
	Pedidos não concluídos a 31/12/2015	Pedidos emitidos em 2016	Consultas realizadas em 2016	Pedidos concluídos em 2016	Pedidos não concluídos a 31/12/2016	% consultas realizadas	% de resolução da lista de espera
ARS Norte	362 997	682 437	509 222	688 459	279 384	48,7%	65,9%
ARS Centro	126 021	285 239	208 240	278 934	114 612	50,6%	67,8%
ARS LVT	244 713	539 784	381 344	553 084	197 992	48,6%	70,5%
ARS Alentejo	29 384	72 100	50 537	70 848	25 428	49,8%	69,8%
ARS Algarve	25 201	44 437	30 369	46 472	18 696	43,6%	66,7%
Entidades não SNS	118 467	139 699	105 982	135 777	102 882	41,1%	52,6%
Total	906 783	1 763 696	1 285 694	1 773 574	738 994	48,1%	66,4%

Elaboração própria, Fonte: ACSS

Tendo em conta as alterações nos procedimentos de conclusão administrativa dos pedidos inscritos, os dados da lista de espera para consulta no final de 2016 mostram uma redução significativa da mediana⁴⁶ do tempo de espera face ao ano anterior (-25,93%), tendo-se fixado em 116,58 dias⁴⁷, o que, a nível regional, apenas não ocorreu na ARS Alentejo.

A diminuição da mediana do tempo de espera foi mais expressiva no Algarve – com uma diminuição de 84 dias face ao ano anterior, pese embora a mediana do tempo de espera permaneça, ainda, consideravelmente acima da mediana nacional (174 dias que comparam com os 117 dias a nível nacional) – e na região de Lisboa e Vale do Tejo, em que a variação foi de -48,82 dias (-32,87%), terminando 2016 com uma mediana de 99,69 dias (ver gráfico seguinte).

Gráfico 7 - LICO e mediana do tempo de espera, por região de saúde e nacional, 2015-16



Elaboração própria. Fonte: ACSS

Esta evolução das listas e dos tempos medianos de espera tem que ser lida no contexto das alterações nos procedimentos de conclusão administrativa de pedidos, bem como da existência de ações centralizadas de limpeza das listas de espera e de tratamento de registos, descritas no ponto 10.1.1.

⁴⁶ A mediana nacional apresentada inclui também a realidade das entidades não SNS.

⁴⁷ Ressalva-se o facto de os dados da mediana do tempo de espera terem sido obtidos em momento diferente dos dados relativos ao total de utentes em LICO.



9.1.3. CONSULTAS REALIZADAS, PRIORIDADE CLÍNICA E TEMPO DE RESPOSTA

O triénio 2014-2016 apresenta um crescimento de 11,4% no número total de primeiras consultas de especialidade hospitalar realizadas no âmbito da Consulta a Tempo e Horas, conforme já referido no ponto 9.1.1 do presente Relatório, variando entre 1.153.877 consultas, em 2014, e 1.285.694, em 2016 (+131.817 consultas), com crescimentos anuais de 5,6% e 5,5%, em 2015 e 2016, respetivamente⁴⁸.

No mesmo período, o tempo de resposta aos pedidos de primeira consulta deteriorou-se, ainda que ligeiramente, passando de cerca de 115 dias em 2014 e 2015, para 121 dias em 2016 (+4%).

A Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP, afirma que a deterioração do acesso, concluída pelos auditores e expressa pelo aumento do tempo médio de espera para a realização de consulta em 2016, ocorreu *“(...) também por que, nesse mesmo ano, os hospitais melhoraram a resposta aos pedidos há mais tempo em lista de espera, intensificando a realização das consultas por ordem de prioridade clínica e de antiguidade da inscrição em lista...”*

Adicionalmente, e reforçando esta noção de incumprimento apercebido dos critérios de acesso preconizados e regulamentados pelo programa CTH refere, ainda, a alegante *“(...) que podem ocorrer situações em que se registe uma boa média/mediana para a realização da consulta e uma elevada percentagem de pedidos observados dentro do TMRG mas à custa do incorreto agendamento prioritário dos pedidos mais recentes.”*

Esta argumentação não pode deixar de causar estranheza ao Tribunal, pois quando a alegante afirma que em 2016 se *“intensificou”*, por parte dos hospitais, *“(...) a realização de consultas por ordem de prioridade clínica e de antiguidade da inscrição (...)”* resulta daqui, de forma imediata e direta, que tal não seria a norma até então, e que apesar da *“intensificação”* deste comportamento naquele ano, este poderia não estar, ainda, a ser adotado de forma plena, por todas as entidades do SNS.

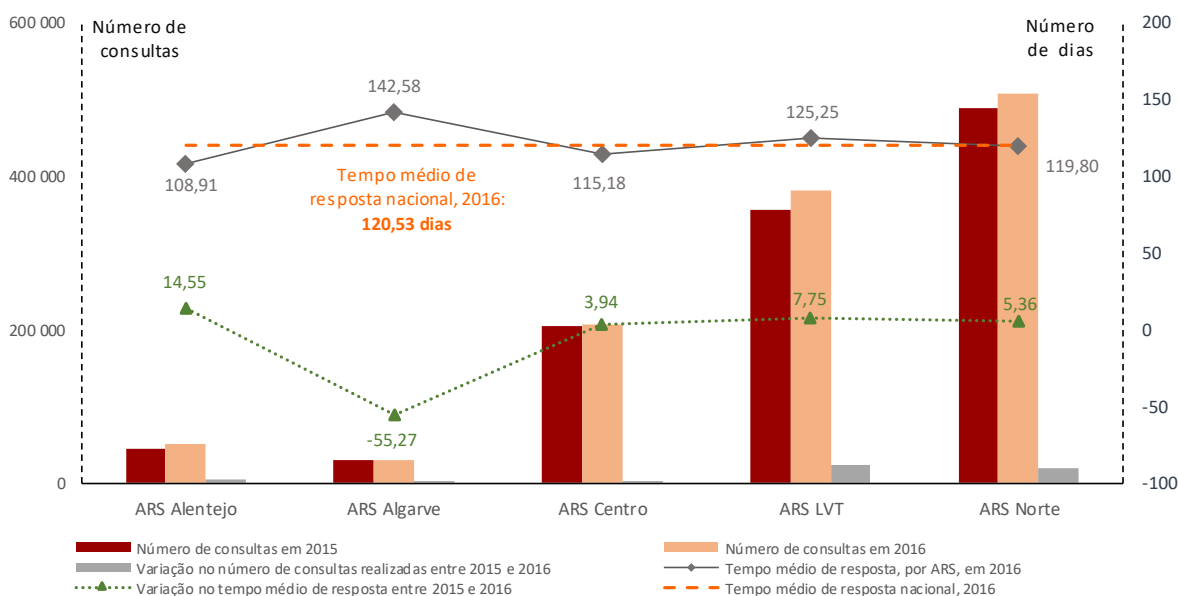
Isto significa que a ACSS,IP, enquanto entidade gestora do programa de acesso à CTH, não teve efetiva capacidade para assegurar o cumprimento dos critérios de acesso preconizados no programa e que estão na sua base – prioridade clínica e antiguidade da inscrição em lista de espera – critérios estes que constituem, com efeito, os garantes da equidade no acesso dos utentes a estes cuidados hospitalares, e que aquele programa visa, na sua génese, instituir, e, na sua execução, assegurar e salvaguardar.

A realidade das diferentes regiões de saúde está patente na figura seguinte, ilustrando não só a variação ocorrida em 2016, face a 2015, como também o seu posicionamento relativo face à média nacional, que se situou, em 2016, nos 120,5 dias.

Por região de saúde, os tempos de resposta oscilaram entre os 108,9 dias da região do Alentejo e os 142,5 dias da região do Algarve, com o pior desempenho das várias regiões, pese embora seja, também, aquela que, de forma mais significativa, viu reduzir o seu tempo de médio de resposta na Consulta a Tempo e Horas, com uma diminuição de 55 dias face a 2015.

⁴⁸ Número total de consultas realizadas incluindo as Entidades não SNS. Excluindo o universo destas entidades as consultas CTH realizadas em 2014 e em 2016 foram de 1.053.878 e 1.179.712, respetivamente.

Gráfico 8 - Consultas realizadas e tempo médio de resposta, por região de saúde e nacional, 2015-16



Elaboração própria. Fonte: ACSS

A leitura dos resultados obtidos deve, no entanto, ter em conta as evidências de medidas administrativas de eliminação das listas de espera, dos pedidos com maior antiguidade, conforme descrito no ponto 10.1.1. Os resultados apresentados podem assim indicar melhorias que não se traduziram no efetivo melhor acesso pelos utentes, ou ficar aquém de mostrar o agravamento efetivamente verificado nos tempos de resposta de cada região.

A análise da decomposição do tempo médio de resposta por fase ou momento do pedido no circuito CTH, em 2016, permite concluir que a responsabilidade dos cuidados de saúde primários neste tempo de resposta é marginal, situando-se entre 1% e 2% do tempo de resposta total, em todas as regiões de saúde, e colocando o ónus quase integralmente do lado dos cuidados de saúde hospitalares.

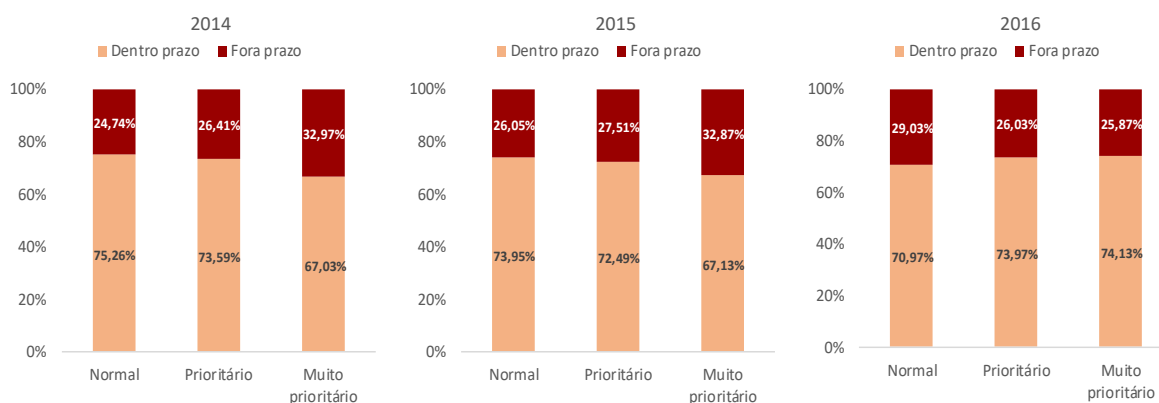
Neste ano, apuraram-se tempos médios de triagem, por profissional médico no hospital, que variaram entre os 10,1 dias da Região de Saúde do Norte e os 52,6 dias da Região de Saúde do Algarve, muito acima do tempo regulamentar previsto, de 5 dias. Estes tempos podem, inclusive, apresentar riscos para a saúde dos utentes, uma vez que utentes com situações prioritárias podem vir a aguardar a avaliação da sua situação por um médico triador muito para além daquele que seria o TMRG associado à sua prioridade.

Os tempos médios entre a triagem e a marcação, e entre esta e a realização da consulta são aqueles que mais pesam no tempo de resposta total (cerca de 80% no tempo médio total).

Em sede de contraditório, a Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP, reconhece que *“Efetivamente, o prazo médio de triagem dos pedidos de primeira consulta no CTH tem vindo a registar, ao longo dos anos, valores acima dos 5 dias definidos na legislação (...), tendo alcançado em 2016 um valor de 16,8 dias, inferior a 2015 e já muito distante do que acontecia em 2010.”* E, que *“Esta é uma área em que a ACSS, I.P., através da sua UCCTH, tem vindo a trabalhar com as unidades regionais e locais de coordenação do CTH mas que, no futuro próximo, será alvo de intervenção prioritária por parte da UGA, para que seja possível resolver as desconformidades que se verificam nesta matéria, garantindo-se o cumprimento integral dos tempos de triagem definidos na legislação.”*

A par com o tempo médio de resposta nas consultas realizadas, importa, também, analisar o grau de cumprimento dos diferentes TMRG, por prioridade clínica.

Gráfico 9 – Cumprimento do tempo de resposta, por nível de prioridade clínica, 2014-2016



Elaboração própria, Fonte: ACSS

Do total de consultas CTH realizadas em 2016, 71% (839.721 consultas) foram realizadas dentro dos TMRG, enquanto que 29% tiveram lugar já para lá dos tempos máximos definidos para as prioridades clínicas atribuídas, traduzindo um agravamento face a 2014 e a 2015, anos em que o cumprimento dos TMRG se situou nos 75% e 74%, respetivamente.

Sobre esta matéria, salienta a Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP, em sede de contraditório, que “(...) o aumento do incumprimento dos TMRG ocorreu nas consultas triadas com nível de prioridade normal, dado que, em 2016, aumentou o grau de cumprimento dos TMRG dos níveis de prioridade clínica mais elevados (...)”.

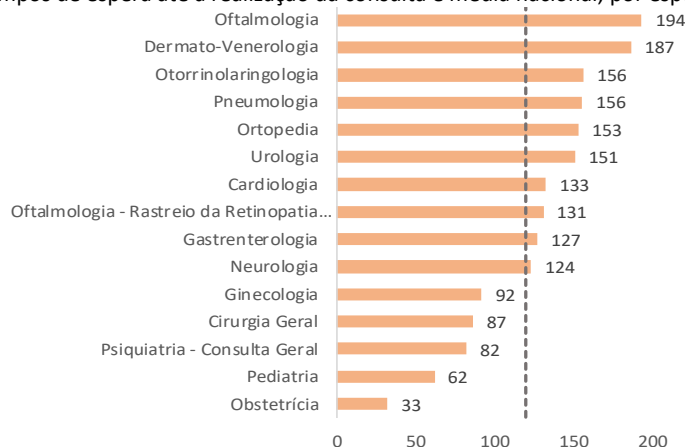
Sem prejuízo desta melhoria no cumprimento dos TMRG para as prioridades clínicas mais elevadas, tendo em conta o seu reduzido peso no total de consultas realizadas (em 2016, cerca de 14%), observou-se, globalmente, uma deterioração no cumprimento dos TMRG, determinada pelo pior desempenho tido nas consultas de prioridade normal.

Analisando as diferentes regiões de saúde, em 2016, a Região de Saúde do Algarve destaca-se pelo desvio negativo face à média nacional, com apenas 66% das consultas CTH realizadas dentro dos TMRG. Já a Região de Saúde do Centro realizou 75% das consultas CTH dentro dos TMRG.

As assimetrias regionais surgem bastante marcadas, refletem diferentes capacidades de resposta por parte do SNS, que prejudicam a equidade no acesso a estes cuidados de saúde. Não obstante algumas das iniciativas legislativas já desenvolvidas, direcionadas à uniformização e à harmonização das condições de acesso aos cuidados de saúde no SNS, como sejam a implementação progressiva do Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS) e o Livre Acesso e Circulação (LAC) dos utentes, é importante não desprezar que a sua concretização é limitada, por fatores geográficos, socioeconómicos e culturais, que afetam a efetiva mobilidade dos utentes.

Também a análise por especialidades revela capacidades de resposta muito variáveis, com tempos de espera que atingem os 194 dias na oftalmologia. No gráfico infra são apresentados os tempos de espera médios das 15 especialidades que, no seu conjunto, são responsáveis por cerca de 80% do total das consultas realizadas em 2016.

Gráfico 10 – Tempos de espera até à realização da consulta e média nacional, por especialidade, 2016



Elaboração própria, Fonte: ACSS

9.1.4. RECUSAS, FALTAS E CANCELAMENTOS

A conclusão de um pedido de primeira consulta de especialidade hospitalar, no contexto da iniciativa Consulta a Tempo e Horas, ocorre nas seguintes situações:

- i. Realização da consulta;
- ii. Recusa⁴⁹ do pedido de consulta, aquando da triagem;
- iii. Falta (não justificada do utente)⁵⁰; e,
- iv. Cancelamento⁵¹.

Deste modo, a par com a realização de consultas, os movimentos agregados de recusas, de faltas e de cancelamentos de pedidos de consultas, impactam, também, diretamente, nas estatísticas dos tempos médios e medianas de espera, bem como nos tempos médios de resposta para consulta, e, ainda, na dimensão da lista de espera e na taxa de resolução da mesma, merecendo, pois, uma análise mais detalhada da sua evolução no triénio 2014-2016.

Tendo por base os dados fornecidos pela ACSS, verifica-se que o total de recusas, faltas e cancelamentos, no seu conjunto, tem tido, de forma recorrente, um peso expressivo face ao número total de consultas realizadas anualmente, formando com estas últimas o universo total de pedidos considerados “resolvidos” em cada ano, ou pedidos concluídos⁵².

Entre 2014 e 2016 o total de pedidos de consultas concluídos através de recusas, faltas e cancelamentos passou de 334.368 (29,0% das consultas realizadas em 2014) para 487.909 em 2016 (37,9% das consultas realizadas neste ano), um aumento de 45,9% naquele período.

⁴⁹ Segundo a Portaria 95/2013, de 4 de março, a recusa consiste na “...anulação pelo triador, fundamentada na evidência de que a situação clínica pode ser estudada, acompanhada e tratada pelo médico assistente, não requerendo os cuidados especializados solicitados...” Esta deve “... ser fundamentada em motivos clínicos, devidamente justificada e comunicada ao médico assistente, através do preenchimento do campo próprio na aplicação informática...” e “...não pode ter por fundamento a falta de remessa de meios complementares de diagnóstico ou a insuficiência de informação clínica.” Acrescenta que “... é fundamento de recusa pelo triador a (...) ausência de equipamento adequado ou de profissionais com experiência específica para prestar assistência à situação apresentada...”.

⁵⁰ De acordo com a Portaria 95/2013, de 4 de março, “Toda a primeira consulta de especialidade hospitalar, devidamente programada, à qual o utente não compareceu, sem que no prazo de sete dias seguidos após a data marcada tenha apresentado justificação por motivo plausível, dá origem a uma falta não justificada registada no SIH.”

⁵¹ Portaria 95/2013, de 4 de março, Anexo II: «Registo cancelado» — anulação pelo médico assistente do registo de um processo de referenciação de um utente na lista de utentes inscritos para acesso à primeira consulta da especialidade, determinada por motivos supervenientes à inscrição, clínicos ou outros, originados por vontade do utente ou não, que impedem a realização da consulta;”

⁵² Pedidos concluídos ano n = Recusas ano n + Faltas do ano n + Cancelamentos ano n + Consultas do ano n



Quadro 3 – Recusas, Faltas e Cancelamentos, 2014-2016

	2014	2015	2016	Var. % 2014-15	Var. % 2015-16	Var. % 2014-16
(1) Pedidos recusados	164 413	159 469	183 430	-3,0%	15,0%	11,6%
(2) Faltas	128 222	134 185	206 093	4,7%	53,6%	60,7%
(3) Pedidos cancelados	41 733	93 816	98 386	124,8%	4,9%	135,8%
(4) Consultas realizadas	1 153 880	1 218 132	1 285 694	5,6%	5,5%	11,4%
(5) Pedidos concluídos* = 1 + 2 + 3 + 4	1 488 235	1 605 576	1 773 574	7,9%	10,5%	19,2%
% Pedidos concluídos administrativamente**	22,5%	24,1%	27,5%			

* Pedidos concluídos = pedidos recusados + faltas + pedidos cancelados + consultas realizadas

** % pedidos concluídos administrativamente = (pedidos recusados + faltas + pedidos cancelados) / total de pedidos concluídos

Elaboração própria, Fonte: ACSS

O aumento observado no número de pedidos de consultas cancelados merece especial destaque - foi de 135%, quase duas vezes e meia, face à realidade verificada em 2014.

Também as faltas tiveram um crescimento expressivo no período analisado, com um incremento de 60,7% entre 2014 e 2016 (+53,6% em 2016 face a 2015, situando, assim, em 2016, a principal variação ocorrida).

Os pedidos concluídos cresceram 7,9% (+117.341) em 2015, face a 2014, tendência que se acentuou em 2016, ano em que os pedidos concluídos aumentaram 10,5% (+167.998) face ao ano anterior.

Contudo, nesta análise é pertinente observar que, enquanto em 2015 foi a efetiva realização de consultas a principal responsável pelo incremento verificado nos pedidos concluídos - 54,8% da variação observada resultou do crescimento nas consultas realizadas - em 2016 o cenário inverte-se, e é o crescimento significativo do registo de faltas, recusas e cancelamentos que é o principal responsável pelo incremento dos pedidos concluídos face a 2015, respondendo por 59,8% da variação observada (e as consultas por apenas 40,2%).

Ou seja, é a conclusão “administrativa” de pedidos de consulta a maior responsável pelo aumento verificado nos pedidos respondidos em 2016, por comparação com 2015.

Aliás, o triénio analisado caracteriza-se, a este nível, pela diminuição da percentagem dos pedidos concluídos através da efetiva realização de consultas no total de pedidos concluídos, passando de 77,5%, em 2014, para 72,5% em 2016, em contraponto ao aumento progressivo verificado na percentagem de pedidos concluídos “administrativamente”, que responderam por 27,5% da totalidade dos pedidos resolvidos, em 2016 (esta percentagem era de 22,5 em 2014).

Relativamente à conclusão dos pedidos por falta dos utentes, a ACSS, em 2016, e conforme observado em trabalho de campo, terá tentado implementar procedimentos centralizados de registo das faltas injustificadas dos utentes. Estas determinam a sua exclusão da lista de espera para consulta: o pedido é considerado respondido ou concluído, por falta do utente, que é retirado da lista de espera e apenas poderá voltar a aceder-lhe através de uma nova referenciação através dos cuidados de saúde primários, reiniciando o seu “percurso” na LICO, em cumprimento do disposto no regulamento da Consulta a Tempo e Horas.

A tentativa de parametrização e realização uniformes destes procedimentos, a nível central, com a transferência desta responsabilidade dos hospitais para a ACSS terá, seguramente, contribuído para o crescimento significativo observado neste tipo de registos no período em análise, em particular em 2016, com um crescimento de 53,6% face a 2015.

Em paralelo, e também de acordo com observações feitas em trabalho de campo, existiram iniciativas centralizadas de cancelamento de pedidos de consulta, em função de critérios de antiguidade dos



mesmos, definidas e levadas a cabo pela ACSS, e com particular expressão no ano de 2015 – no triénio em análise o crescimento do número de cancelamentos foi de 135%, com 2015 a registar um crescimento de 124,8% dos pedidos “resolvidos” por esta via, face a 2014.

Em súmula:

- Os pedidos “resolvidos” através do registo de recusas, faltas e de cancelamentos aumentou de forma expressiva, 45,9%, no triénio em análise - de 334.368 em 2014 para 487.909 em 2016, representando 27,5% de todos os pedidos concluídos neste ano.
 - Os **cancelamentos** de pedidos de consultas mais do que duplicaram (+135%), em resultado, maioritariamente, do que terão sido iniciativas centralizadas de “limpeza” da lista de espera, levadas a cabo pela ACSS, e incidindo sobre os pedidos de maior antiguidade.
 - As **faltas** cresceram 60,7% no triénio analisado, com particular incidência em 2016, o que se estima tenha resultado das iniciativas de implementação, por parte da ACSS, de procedimentos e mecanismos centralizados para o registo e tratamento das faltas injustificadas dos utentes, visando assegurar o seu tratamento uniforme e mais célere.

Estas ações centralizadas são descritas no ponto 9.1.4. Segundo as observações efetuadas nas entidades auditadas, os procedimentos e mecanismos funcionariam ainda com constrangimentos vários e de forma, aparentemente, descontínua.

- As **recusas** tiveram um acréscimo de 11% no período em análise, com destaque para o ano de 2016 em que cresceram cerca de 15% face a 2015, ano em que haviam diminuído face a 2014.

Para esta evolução terão contribuído vários fatores, designadamente: **i.** a adoção, por parte de algumas unidades hospitalares, de práticas regulares de recusa de pedidos de consultas quando estes permanecem pendentes nos cuidados de saúde primários para lá de determinado prazo pré-definido por cada entidade, visando, assim, salvaguardar a pendência destes pedidos por tempo indeterminado ao nível dos cuidados de saúde primários; **ii.** eventuais iniciativas de “limpeza” de lista de espera e de melhoria de tempos médios de resposta, através da recusa, localmente, de pedidos de maior antiguidade, registando-os, antes, através de referência intra-hospitalar⁵³.

A Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP, argumenta, no âmbito do exercício do contraditório, que *“Não se verificou nenhuma alteração das regras e normas de gestão das listas no âmbito do CTH; pelo contrário, apenas se reforçou o controlo e o rigor da aplicação dessas mesmas regras e normas”*.

O Tribunal salienta que a conclusão dos auditores, que se mantém no presente relatório, vai no sentido de terem ocorrido alterações nas políticas de gestão das listas de espera, e não nas regras em si. Um exemplo dessas alterações é o referido reforço do controlo e do rigor na aplicação das regras. Aliás, a própria Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP, reconhece ter desenvolvido em 2016

⁵³ De acordo com evidências recolhidas no decurso dos trabalhos de auditoria, este tipo de iniciativa terá sido proposto a determinadas unidades hospitalares, como forma de “resolver” situações de pendências de pedidos com maior antiguidade. A este respeito ver o ponto 10.1.1.

“(…) uma ação coordenada a nível nacional⁵⁴, focada na correção dos “pedidos não concluídos” e correspondentes a erros administrativos e de integração entre sistemas de informação, acumulados ao longo dos anos de funcionamento do CTH e que não correspondiam a utentes em espera, de modo a falar-se de listas de espera para primeira consulta hospitalar que fossem fiáveis e que refletissem a realidade das instituições do SNS (…)”.

Referindo, ainda, ter intensificado *“(…) a monitorização do grau de cumprimento do princípio da priorização da realização das consultas por ordem de antiguidade e prioridade clínica (…)”* e, ainda, ter procurado, assegurar *“(…) que a informação que consta do sistema de informação do CTH sobre “pedidos não concluídos” corresponde à verdadeira lista de espera das instituições, libertada dos erros administrativos e de integração (…)”.*

9.2. Cirurgia Programada

As listas de espera para uma cirurgia programada (convencional ou de ambulatório) são comuns nos sistemas de saúde públicos, e resultam do desfasamento entre a procura e a oferta.

No caso do SNS, a procura resulta das necessidades dos cidadãos identificadas em consultas médicas de especialidade hospitalar, e a oferta é a que resulta da capacidade disponível no SNS e em instituições do setor social e privado com as quais o SNS celebra acordos.

Aos períodos de espera até uma intervenção cirúrgica podem estar associados impactos negativos na saúde, na qualidade de vida, e na capacidade de os utentes manterem a sua atividade profissional.

A figura seguinte apresenta os grandes números associados ao desempenho do SNS no acesso à cirurgia programada em 2016.

Figura 4 – Números do SIGIC, 2016



Elaboração própria, Fonte: ACSS

9.2.1. LISTA DE INSCRITOS PARA CIRURGIA E TEMPOS DE ESPERA

O acesso dos utentes do SNS aos cuidados diferenciados para tratamento cirúrgico passa pela sua inscrição, promovida no âmbito de uma consulta médica de especialidade hospitalar, na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC)⁵⁵.

A avaliação da necessidade e a decisão clínica e a validação da proposta para a realização de uma intervenção cirúrgica programada, assim como, a concordância do utente para essa intervenção, são

⁵⁴ As fragilidades dos sistemas de informação de suporte obrigaram, ao longo do tempo, a ações pontuais de expurgo institucional e casuístico dos erros detetados.

⁵⁵ De acordo com a Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, Parte II – Definições e conceitos básicos, ponto 6, a Lista de inscritos para cirurgia é o “conjunto das inscrições dos utentes que aguardam a realização de uma intervenção cirúrgica, independentemente da necessidade de internamento ou do tipo de anestesia utilizada, proposta e validada por médicos especialistas num hospital do SNS ou numa instituição do setor privado ou do setor social que contratou com aquele Serviço a prestação de cuidados aos seus beneficiários e para a realização da qual esses mesmos utentes já deram o seu consentimento expresso”



condições obrigatórias para a inclusão do utente na LIC. O posicionamento na LIC para efeitos de tempo (máximo) de espera depende da prioridade clínica atribuída.

O número de entradas (inscrições) de utentes na lista de espera para cirurgia registou no triénio 2014-2016, um aumento de 3,31%, a nível nacional (+2,04% em 2015, e +1,25% em 2016, conforme se pode ler no quadro infra).

Quadro 4 - Evolução do número de utentes entrados na lista de espera (LIC) para cirurgia

Região de Saúde	2014	2015	2016	$\Delta\%14-15$	$\Delta\%15-16$	$\Delta\%14-16$
Norte	283 489	290 437	291 893	2,45%	0,50%	2,96%
Centro	117 631	121 817	120 593	3,56%	-1,00%	2,52%
LVT	206 922	208 438	215 671	0,73%	3,47%	4,23%
Alentejo	24 420	24 982	25 403	2,30%	1,69%	4,03%
Algarve	16 924	16 968	17 353	0,26%	2,27%	2,53%
Total	649 386	662 642	670 913	2,04%	1,25%	3,31%

Elaboração própria, Fonte: ACSS

O aumento do número de novos utentes referenciados para uma intervenção cirúrgica traduziu-se, no triénio 2014-2016, no aumento da dimensão da lista de espera cirúrgica (LIC) no final de cada ano, conforme pode ser observado no quadro seguinte. A 31 de dezembro de 2016, estavam inscritos na LIC um total de 210.906 utentes, um aumento de 6,84% face a 2015, que equivale a um acréscimo de 13.505 utentes a aguardar por uma cirurgia.

Quadro 5 – Evolução do número de utentes em lista de espera para cirurgia (LIC)

Região de Saúde	31.12.2013	31.12.2014	31.12.2015	31.12.2016	$\Delta\%13-14$	$\Delta\%14-15$	$\Delta\%15-16$	$\Delta\%13-16$
Norte	65 481	72 985	77 955	80 363	11,46%	6,81%	3,09%	22,73%
Centro	39 015	37 633	36 922	39 190	-3,54%	-1,89%	6,14%	0,45%
LVT	57 760	58 593	65 440	73 504	1,44%	11,69%	12,32%	27,26%
Alentejo	6 689	7 507	8 123	8 539	12,23%	8,21%	5,12%	27,66%
Algarve	7 184	7 359	8 961	9 310	2,44%	21,77%	3,89%	29,59%
Total	176 129	184 077	197 401	210 906	4,51%	7,24%	6,84%	19,75%

Elaboração própria, Fonte: ACSS

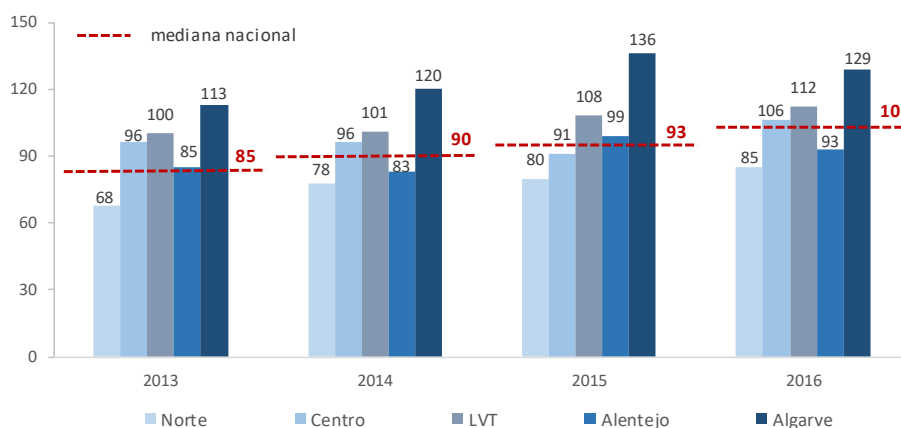
As Regiões de Saúde do Algarve, do Alentejo e de Lisboa e Vale do Tejo, foram as que registaram o aumento mais expressivo no triénio, respetivamente de 30%, 28% e 27%. A região de Saúde do Centro apresenta uma variação quase nula, resultado da diminuição da LIC em 2014 (-4%) e 2015 (-2%), que compensou o aumento verificado em 2016 (+6%).

A este aumento global do número de utentes a aguardar cirurgia está associado um aumento dos respetivos tempos de espera.

A nível nacional, a mediana do tempo de espera dos utentes inscritos em LIC agravou-se em 11% (mais 10 dias), no triénio analisado, com particular expressão em 2016, em que esta deterioração foi de 7 dias (+8,07%).

O aumento do tempo de espera dos utentes a aguardar cirurgia é uma tendência observada em todas as ARS entre 2014 e 2016, exceto na região de saúde do Norte, com um desagravamento, ainda que ligeiro, de cerca de 5 dias, no triénio, e, ainda assim, traduzindo uma deterioração face aos ganhos que havia obtido em 2015.

Gráfico 11 – Mediana do tempo de espera (nacional e regional), em dias, 2013-2016

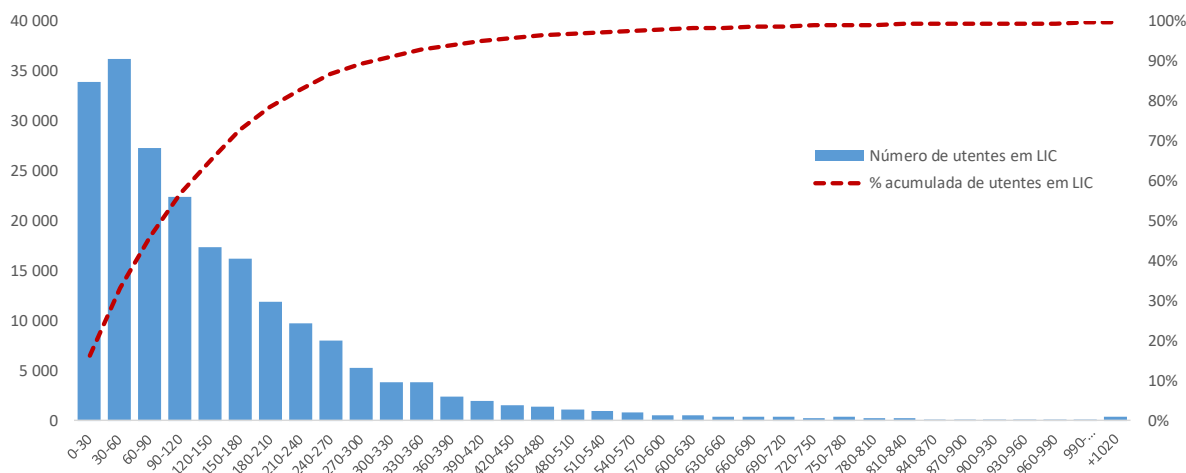


Elaboração própria, Fonte: ACSS

A análise conjunta da média e da mediana do tempo de espera dos utentes a aguardar uma cirurgia programada permite concluir que existe consistentemente um conjunto de utentes com tempos de espera elevados, muito para além do TMRG, que fazem com que a média seja significativamente superior à mediana, quando seria de esperar o contrário⁵⁶.

A permanência de utentes nas LIC com tempos de espera muito elevados pode ser observada na figura seguinte.

Gráfico 12 – Distribuição dos tempos de espera dos utentes em LIC – 31/12/2016



Elaboração própria, Fonte: ACSS

Apesar de cerca de 87% dos utentes se encontrar em LIC há menos de 9 meses e 93% há menos de um ano, existem mais de 14 mil utentes com tempos de espera superiores.

No final dos anos de 2014 e 2015, os utentes inscritos na lista de espera para cirurgia, encontravam-se, em média, há 135 dias a aguardar a realização da intervenção (número que compara com 90 e 93 dias de mediana do tempo de espera, respetivamente).

No final de 2016, o tempo médio de espera era de 142 dias (o que compara com uma mediana do tempo de espera de 100 dias).

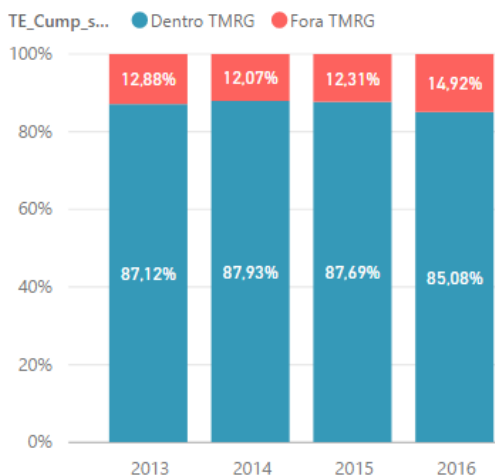
⁵⁶ Tendo em conta que a média do TE dos utentes em lista é influenciada pelo conjunto de utentes com tempos de espera curtos, por terem sido inscritos perto da data de análise.



As diferenças entre a média e a mediana eram particularmente elevadas na Região de Saúde do Alentejo (57 dias).

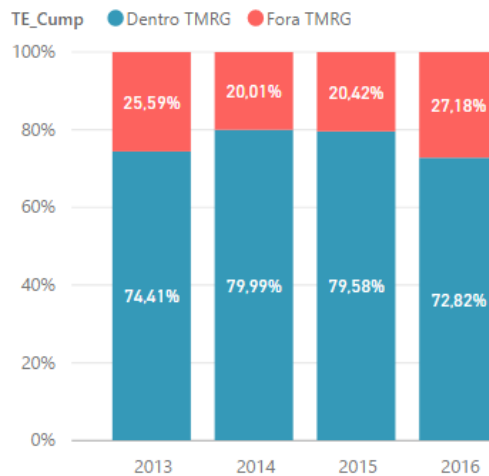
No ano de 2016 aumentou também a proporção de utentes que permaneciam em lista de espera para cirurgia para além do tempo máximo de resposta garantida, particularmente no caso dos utentes propostos para cirurgia com problemas do foro oncológico.

Gráfico 13 – Uteses inscritos em LIC e cumprimento do TMRG - Total



Elaboração própria, Fonte: ACSS

Gráfico 14 - Uteses inscritos em LIC e cumprimento do TMRG – com indicador oncológico



Elaboração própria, Fonte: ACSS

No final de 2016, 14,92% dos utentes encontravam-se a aguardar cirurgia para além do TMRG definido para o nível de prioridade da sua situação clínica. Nos utentes com problemas do foro oncológico, o TMRG estava já a ser incumprido em mais de 27% dos utentes inscritos.

O aumento dos tempos de espera dos utentes a aguardar cirurgia no triénio, particularmente no ano de 2016, traduz uma degradação do acesso aos cuidados de saúde. Tal resulta do aumento da procura, mas também, conforme relatado no ponto 10.1.2, do não cumprimento, pela ACSS, das regras do SIGIC que determinam a transferência para hospitais alternativos, incluindo os do setor social e privado, dos utentes cuja espera já ultrapassou o tempo máximo de resposta garantido.

9.2.2. UTENTES OPERADOS

A produção e os resultados alcançados no âmbito da cirurgia programada incluem a atividade dos hospitais de gestão pública do SNS, dos hospitais do SNS geridos em regime de Parceria Público-Privada, e contam ainda com o contributo de entidades do setor social e privado que, no âmbito de protocolos/convenções com o SNS, recebem utentes com necessidades cirúrgicas.

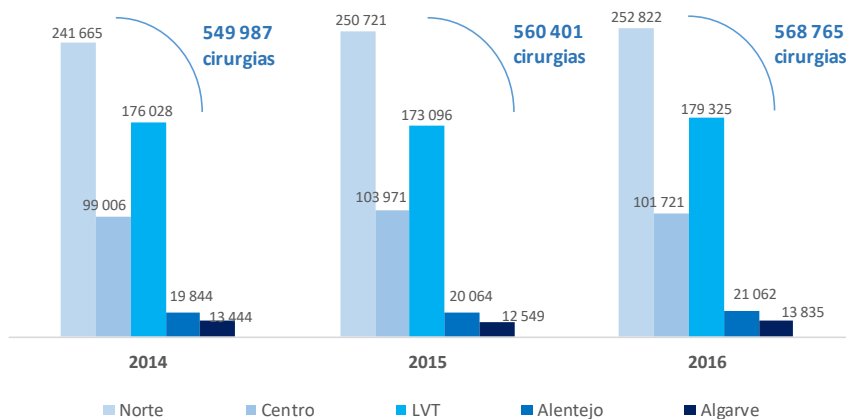
9.2.2.1. ATIVIDADE E TEMPOS DE RESPOSTA

No triénio 2014-2016 assistiu-se a um crescimento da atividade cirúrgica programada no SNS de 3,4%, tendo sido realizadas no total 1.679.153 intervenções cirúrgicas, uma média de 560.000 intervenções por ano⁵⁷.

As unidades hospitalares da Região de Saúde do Norte foram responsáveis, em média, por 44% dos utentes operados (745.208), seguidas das unidades hospitalares da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo com 31% (528.449). Ou seja, 75% dos utentes operados haviam sido inscritos para cirurgia em unidades hospitalares destas duas regiões de saúde.

⁵⁷ Em 2014 foram operados 549.987 utentes, em 2015, 560.401 e, em 2016, 568.765.

Gráfico 15 - Utentes operados por ARS da inscrição - 2014-2016



Elaboração própria, Fonte: ACSS

O tempo médio de resposta cirúrgica dos utentes operados agravou-se 8 dias no triénio 2014-2016.

A análise dos tempos médios de espera de forma agregada, a nível nacional, esconde a existência de variações significativas do tempo médio de espera de acordo com a região do país, e diferentes variações do indicador ao longo do triénio.

Quadro 6 – Utentes operados e tempos médios de espera (dias) por ARS de inscrição – 2014-2016

Região de Saúde	Operados 2014	Média TE 2014	Operados 2015	Média TE 2015	Operados 2016	Média TE 2016
Norte	241 665	76,86	250 721	81,72	252 822	86,95
Centro	99 006	93,11	103 971	96,25	101 721	94,74
LVT	176 028	82,00	173 096	87,23	179 325	96,43
Alentejo	19 844	85,96	20 064	94,56	21 062	98,85
Algarve	13 444	119,00	12 549	131,66	13 835	162,40
Total	549 987	86,41	560 401	87,70	568 765	93,61

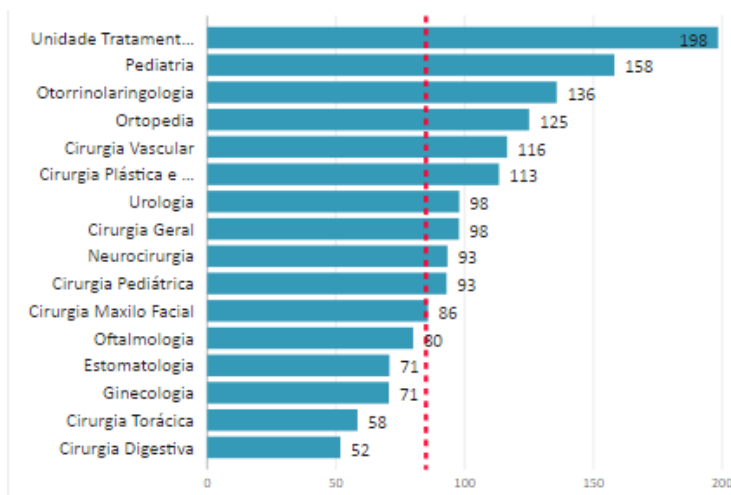
Elaboração própria, Fonte: ACSS, IP

Analisando os dados por região de saúde, destaca-se claramente o tempo de espera, substancialmente superior, verificado na região do Algarve (162 dias, face aos 94 dias do tempo médio de resposta, a nível nacional, em 2016), bem como o agravamento acentuado registado na região, ao longo do triénio (aumento do tempo médio em 43 dias, entre 2014 e 2016).

A evolução verificada entre 2014 e 2016 denota uma tendência generalizada de aumento do tempo médio de espera dos utentes operados, em todas as regiões, bem como uma diminuição da variabilidade regional do indicador, com exceção da referida região do Algarve.

Também a análise por especialidade revela marcadas diferenças na capacidade de resposta cirúrgica do SNS.

Gráfico 16 – Especialidades com os maiores tempos médios de espera até à cirurgia e média global- 2016

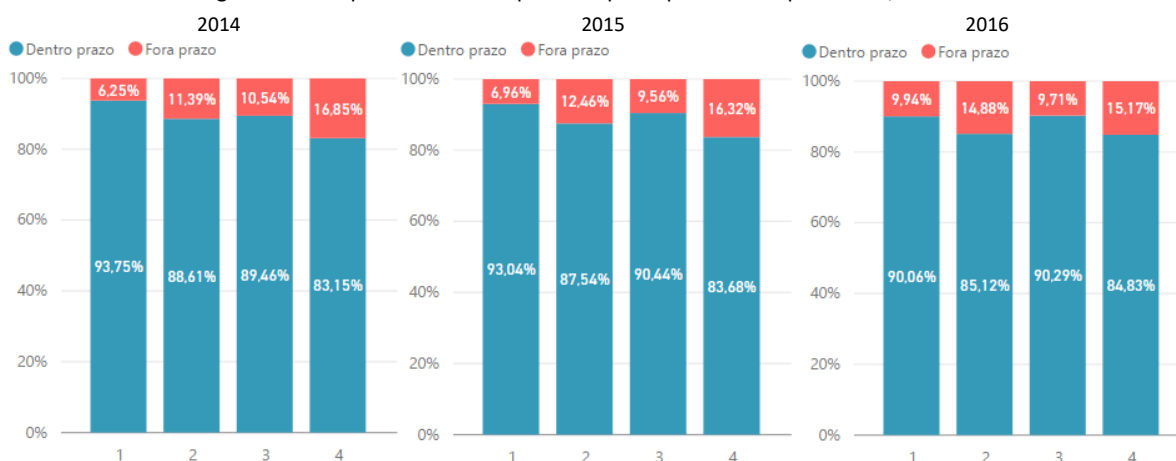


Elaboração própria, Fonte: ACSS

Destacam-se como especialidades com maiores tempos de espera em 2016 o tratamento cirúrgico da Obesidade, a Pediatria, a Otorrinolaringologia e a Ortopedia.

Não obstante o agravamento do tempo de resposta verificado entre 2014 e 2016, neste último ano cerca de 89,12% dos utentes foram ainda operados dentro dos TMRG dos respetivos níveis de prioridade clínica atribuída. Este valor foi, no entanto, inferior ao verificado nos anos anteriores (cerca de 92,38% em 2014 e 91,82% em 2015). O gráfico seguinte apresenta a evolução no triénio, com a taxa de cumprimento do TMRG detalhada por nível de prioridade.

Figura 5 – Cumprimento do tempo de resposta por nível de prioridade, 2014-2016



Elaboração própria, Fonte: ACSS

A taxa de cumprimento do TMRG é maior quando estão em causa problemas menos prioritários, e por isso com prazos máximos de resposta menos exigentes.

O maior incumprimento dos TMRG nos casos que exigem uma resposta mais rápida fica também patente quando se analisam separadamente as intervenções cirúrgicas associadas a problemas do foro oncológico.

Gráfico 17 – Cumprimento do TMRG – Cirurgias sem indicador oncológico

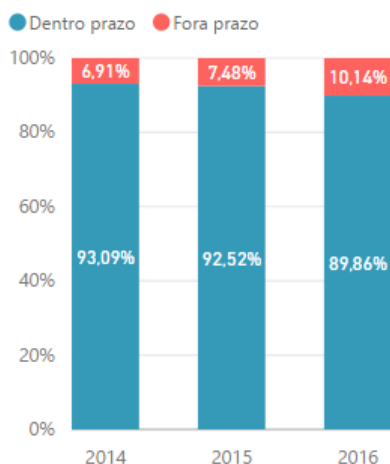
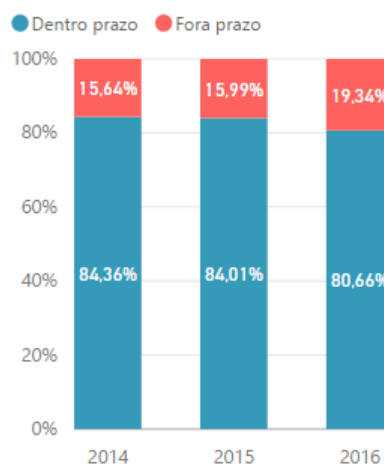


Gráfico 18 - Cumprimento do TMRG – Cirurgias com indicador oncológico



Elaboração própria, Fonte: ACSS

Por um lado, as taxas de incumprimento são substancialmente mais elevadas do que as verificadas para as cirurgias sem problemas oncológicos associados. Por outro, ocorreu no triénio uma deterioração da capacidade de resposta dos hospitais do SNS resolução, em tempo adequado, das necessidades cirúrgicas associadas à doença oncológica. Em 2016, quase 20% dos doentes com intervenções cirúrgicas associadas a problemas do foro oncológico foram operados para além do tempo que seria recomendável, tendo em conta a sua situação clínica.

Sobre o incumprimento dos TMRG, a Presidente do Conselho de Administração da ACSS, IP, refere nas suas alegações em sede de contraditório que esse incumprimento “(...) *tem sido superior nos níveis de prioridade mais elevados, que também têm tempos de resposta mais curtos, sendo que em 2016 se registou uma diminuição do grau de incumprimento da prioridade de “urgência diferida”, uma manutenção na “prioridade muito prioritária” e um aumento nos níveis de “prioridade prioritária” e de “prioridade normal”.*”

Os quadros seguintes resumem o cumprimento dos TMRG em 2016, nos diferentes níveis de prioridade clínica atribuídos, para as inscrições sem indicador e com indicador oncológico associado. As células a vermelho agregam as situações de incumprimento.

Quadro 7 - Tempo de resposta por nível de prioridade clínica em 2016 – inscrições sem indicador oncológico

Prioridade	Tempo de espera								Cumprimento do TMRG		Total							
	0 dias		1 a 3 dias		4 a 15 dias		16 a 60 dias		61 a 270 dias			Mais de 270 dias		Dentro do TMRG	Fora do TMRG			
1	12 906	3%	20 835	5%	40 684	10%	91 046	22%	208 941	50%	39 747	10%	374 412	90%	39 747	10%	414 159	100%
2	3 931	6%	11 089	17%	15 804	24%	26 481	40%	7 820	12%	283	0%	57 305	88%	8 103	12%	65 408	100%
3	3 330	21%	6 553	42%	4 881	31%	631	4%	102	1%	10	0%	14 764	95%	743	5%	15 507	100%
4	7 403	49%	6 410	42%	1 344	9%	47	0%	13	0%	0	0%	13 813	91%	1 404	9%	15 217	100%
Subtotal	27 570	5%	44 887	9%	62 713	12%	118 205	23%	216 876	43%	40 040	8%	460 294	90%	49 997	10%	510 291	100%
Registos com alteração do nível de prioridade																	12 940	
																	Total	523 231

Elaboração própria, Fonte: ACSS

Da leitura do quadro é de salientar o elevado número de utentes não urgentes (níveis de prioridade entre 1 e 3) que foram inscritos e operados no mesmo dia, isto é, com um tempo de espera igual a zero – 20.167 cirurgias, 4% do total. Esta percentagem não é uniforme entre os vários hospitais, variando entre os 0 (várias unidades) e os 13% no Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE⁵⁸.

⁵⁸ Incluindo os hospitais protocolados, o máximo verifica-se no hospital da Santa Casa da Misericórdia de Marco de Canaveses – 36%.



Este procedimento influencia positivamente os tempos médios globais sem que esteja associado efetivamente a um melhor acesso aos cuidados de saúde.

A nível nacional, em 2016, o tempo de espera, desconsiderando estes episódios, seria superior ao apurado em apenas 4 dias. No entanto, em alguns hospitais em que o tempo de espera médio é elevado e em que a proporção deste tipo de episódios é relevante, as diferenças são significativas: 15 dias no Centro Hospitalar do Médio Tejo e no Centro Hospitalar de Setúbal, e 14 dias no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e no Centro Hospitalar da Cova da Beira.

O quadro seguinte apresenta os mesmos dados, para as inscrições em LIC associadas a problemas do foro oncológico.

Quadro 8 - Tempo de resposta por nível de prioridade clínica em 2016 – inscrições com indicador oncológico

Prioridade	Tempo de espera						Cumprimento do TMRG		Total
	0 dias	1 a 3 dias	4 a 15 dias	16 a 45 dias	46 a 60 dias	Mais de 60 dias	Dentro do TMRG	Fora do TMRG	
1	1 065 7%	1 460 9%	4 430 27%	5 224 32%	1 613 10%	2 469 15%	13 792 85%	2 469 15%	16 261 100%
2	279 1%	1 351 5%	6 137 25%	12 151 49%	2 660 11%	2 224 9%	19 918 80%	4 884 20%	24 802 100%
3	502 16%	632 20%	1 041 34%	790 26%	79 3%	48 2%	2 175 70%	917 30%	3 092 100%
4	246 58%	157 37%	18 4%	2 0%	0 0%	0 0%	403 95%	20 5%	423 100%
Subtotal	2 092 5%	3 600 8%	11 626 26%	18 167 41%	4 352 10%	4 741 11%	36 288 81%	8 290 19%	44 578 100%
Registos com alteração do nível de prioridade									956
Total									45 534

Elaboração própria, Fonte: ACSS

Também quanto a estes utentes se verifica que cerca de 4% são inscritos e intervencionados no mesmo dia.

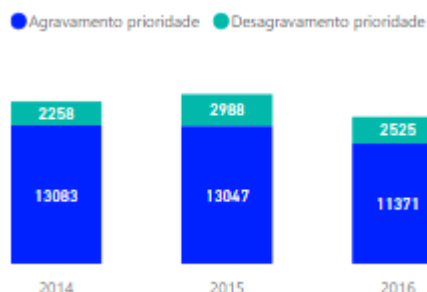
A existência de utentes inscritos e operados no mesmo dia, sem que a sua situação clínica tivesse sido classificada como urgente, revela a existência de práticas incorretas de inscrição dos utentes em LIC, seja por uma desadequada classificação da prioridade, pela inscrição em LIC em momento posterior ao da identificação da necessidade cirúrgica, ou pela inscrição em LIC de procedimentos cirúrgicos para os quais, em rigor, não se verifica a existência de um verdadeiro tempo de espera. Algumas das situações identificadas nas entidades auditadas estão descritas no ponto 10.2.2.

Os quadros supra analisam o cumprimento dos TMRG no ano de 2016, para os casos em que não houve alteração da prioridade clínica. Houve, no entanto, alterações da prioridade inicialmente atribuída em cerca de 2,7% dos utentes operados no triénio⁵⁹.

Existem alterações entre todos os 4 níveis de prioridade, mas 66% respeitam a aumentos da prioridade do nível 1 para o nível 2 e 11% são diminuições da prioridade 2 para a prioridade 1.

Do total dos episódios registados com alteração de prioridade inicialmente atribuída, verifica-se que 83% dizem respeito a aumentos da prioridade, enquanto 17% correspondem a diminuições da prioridade.

Gráfico 19 - Alteração do nível de prioridade (utentes operados)



Elaboração própria, Fonte: ACSS

⁵⁹ Um total de 15.341 (2,8%), em 2014, 16.035 (2,9%), em 2015 e 13.896 (2,4%), em 2016.

Figura 6 - Tempo de espera em LIC vs tempo de resposta operados



Elaboração própria, Fonte: ACSS

O tempo médio de resposta das intervenções cirúrgicas realizadas foi significativamente inferior à média do tempo de espera dos utentes em LIC, uma diferença de 48 dias em 2016.

Para esta diferença, contribuiu, por um lado, a já mencionada permanência em LIC de um conjunto de utentes com tempos de espera muito elevados e, por outro, a existência de um número significativo de utentes que são operados no próprio dia em que são inscritos ou muito antes do TMRG associado à respetiva prioridade. Tudo isto não decorre da capacidade de resolução da lista de espera antes dos tempos regulamentares por parte das unidades hospitalares, mas sim do facto de o cumprimento dos critérios de antiguidade e prioridades clínicas ser condicionado pela disponibilidade dos recursos (humanos e físicos).

No quadro seguinte avalia-se a dinâmica da lista de inscritos para cirurgia (LIC) e os défices anual e acumulado, assim como, a variação anual do défice acumulado, no período 2014-2016.

Quadro 9 - Evolução e dinâmica da lista de espera para cirurgia (LIC)

Evolução e dinâmica da LIC		2014	2015	2016	Δ%14-15	Δ%15-16	Δ%14-16
(a)	Entradas em lista de espera	649 386	662 642	670 913	2.04%	1.25%	3.31%
(b)	Operados (cirurgias programadas)	549 987	560 401	568 765	1.89%	1.49%	3.41%
(c)	Cirurgias canceladas	91 300	89 602	91 634	-1.86%	2.27%	0.37%
(d)=(a)-(b)-(c)	Défice anual	8 099	12 639	10 514	56.06%	-16.81%	29.82%
(e)	Défice acumulado final do ano (LIC)	184 077	197 401	210 906	7.24%	6.84%	14.57%
	Variação anual do défice acumulado	7 948	13 324	13 505	67.64%	1.36%	69.92%
(f)=(a)+(e)-(c)	Total de inscritos	742 163	770 441	790 185	3.81%	2.56%	6.47%
(g)=(b)/(f)	Execução anual do SIGIC	74.11%	72.74%	71.98%	-1.85%	-1.04%	-2.87%
	Rácio cirurgias/entradas	84.69%	84.57%	84.77%	-0.14%	0.24%	0.10%
	Rácio cirurgias e cancelamentos/entradas	98.75%	98.09%	98.43%	-0.67%	0.35%	-0.32%

Elaboração própria, Fonte: ACSS

Da análise, observa-se um aumento da procura no triénio (3,31%), acompanhado pelo incremento do número de utentes operados (3,41%, +18.778 cirurgias). O número de cirurgias manteve-se sempre, no entanto, inferior às novas entradas em LIC, traduzindo um défice persistente na capacidade de resposta do SNS em termos de produção cirúrgica.

Houve também um aumento de 0.37% do número de inscrições canceladas⁶⁰ efeito da variação de 2,27% (+2.032), em 2016, face a 2015 (nesse ano tinha ocorrido uma diminuição de 1,86% (-1.698) face ao ano anterior.

Face ao número de utentes entrados na lista de espera, a taxa de execução manteve-se praticamente inalterada no triénio de 2014-2016, situando-se nos 84%. Com exceção da Região de Saúde do Algarve em que a percentagem se situa entre os 73,96%, em 2015, e os 79,73%, em 2016, todas as restantes regiões de saúde acompanham a execução nacional, com taxas acima dos 80%.

⁶⁰ O cancelamento da inscrição do utente na LIC decorre da falta de consentimento escrito deste ou da falta de utilização quer da nota de transferência quer, quer do vale cirurgia, nos prazos estabelecidos, em conformidade com o previsto no ponto 143 do Regulamento do SIGIC, aprovado pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro (posteriormente revogada pela Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, salvaguardando, no entanto, a manutenção da regulamentação até à aprovação do regulamento específico dos cuidados de saúde hospitalares).

O défice anual acumulado, ou seja, o número de utentes inscritos em lista de espera para cirurgia (LIC), regista, no triénio, um crescimento de 14,57%, contribuindo para este resultado o défice do ano de 2015 foi superior ao de 2014 em 56,06%, aumentando em 210.906 o número de utentes em lista de espera no início de 2016.

9.2.2.2. PARTICIPAÇÃO DO SETOR SOCIAL E PRIVADO NO SIGIC

Existem dois tipos de hospitais do setor social ou privado integrados no SNS, no âmbito do SIGIC:

- Hospitais protocolados – recebem utentes do SNS diretamente dos cuidados de saúde primários, sendo eles próprios os responsáveis pela inscrição do utente na LIC.
- Hospitais convencionados – recebem utentes provenientes dos hospitais do SNS⁶¹, sempre que estes não dão resposta, dentro do TMRG, às inscrições na respetiva LIC – hospitais convencionados.

A transferência do utente do HO para outra unidade hospitalar (hospital de destino – HD) pode ocorrer por duas vias: i) nota de transferência, dentro do SNS, ou; ii) vale cirurgia, que habilita o utente a escolher um hospital convencionado, do setor social ou privado, e é competência da ACSS, através da Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia.

Globalmente, os Hospitais do setor social ou privado realizaram cerca de 8,1% do total de intervenções cirúrgicas programadas do SNS no triénio (135.965 de 1.679.153 cirurgias). Este contributo manteve-se relativamente estável no período analisado, 8,2% em 2014, 8,4% em 2015 e 7,7% em 2016.



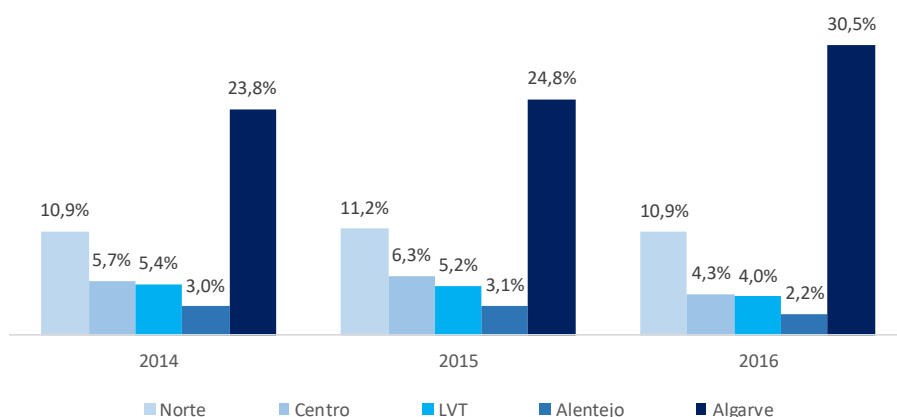
Elaboração própria, Fonte: ACSS

A participação do setor convencionado na atividade cirúrgica do SNS no triénio 2014-2016 não é uniforme entre as várias regiões de saúde. A dependência do setor convencionado é particularmente acentuada na Região de Saúde do Algarve. De resto, é de destacar a diminuição, no triénio, da participação dos hospitais convencionados na produção do SNS nas regiões do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo, e a sua pouca expressão na região do Norte, onde a participação do setor social e privado ocorre mais frequentemente como hospital de origem.

⁶¹ E, eventualmente, de hospitais do setor social ou privado integrados no SNS, no âmbito do SIGIC, enquanto hospitais protocolados.

A Região de Saúde do Algarve é a que apresenta a maior dependência dos hospitais setor social ou privado: em 2016, foram operados nestas unidades 30,51% (4.221) do total de utentes operados na região (13.836), conforme se pode observar no gráfico à direita.

Gráfico 21 - % de utentes operados no setor social ou privado, por ARS, 2014-2016



Elaboração própria, Fonte: ACSS

Comparando com o ano de 2015, esta é, aliás, a única região de saúde em que se verifica um aumento do peso dos utentes operados no setor social ou privado no total de utentes operados, passando de 24,8% naquele ano, para 30,5% em 2016 (+5.7 pontos percentuais).

Esta situação reflete a deficiente cobertura da procura de cuidados de saúde cirúrgicos pela oferta do Centro Hospitalar público da Região de Saúde do Algarve.

A participação dos hospitais do setor social ou privado, enquanto hospitais de origem, através de protocolos celebrados com as ARS, apenas se revela significativa na Região de Saúde do Norte (cerca de 9,5% das intervenções cirúrgicas no triénio). Nas regiões do Alentejo e do Algarve não existem hospitais protocolados.

Os tempos médios de espera das cirurgias realizadas nos hospitais do setor social e privado que participam no SIGIC como Hospitais de Origem foram no triénio substancialmente inferiores aos verificados nos hospitais do SNS.

Quadro 10 – TME das cirurgias em hospitais protocolados

Tipo de Hospital	2014	2015	2016
H. Protocolado	57	46	42
H. SNS	84	90	96

Elaboração própria, Fonte: ACSS, IP

O tempo médio de espera foi, no triénio, de 48 dias, que comparam com os 88 dias verificados nos hospitais do SNS.

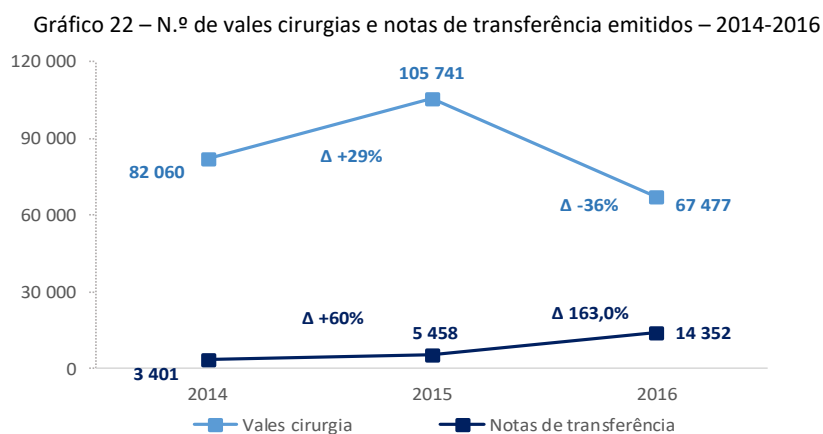
Quanto aos Protocolos com o setor social e privado, esclarece a Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP, que se encontram "(...) em curso diversas iniciativas que visam o reforço dos recursos físicos e humanos existentes no SNS, o aumento da rentabilização da capacidade instalada e a melhoria da coordenação e da articulação entre as instituições públicas do SNS, o que não impede que possam continuar a existir, ou até vir a ser reforçados em algumas zonas do país (dependendo da necessidade das estruturas do SNS), os Acordos e Convenções estabelecidos com entidades privadas e do setor social ou cooperativo que, em complementaridade, colaborem com as instituições do SNS na resposta às necessidades cirúrgicas dos utentes."

Os hospitais do setor social e privado participam ainda no SNS enquanto hospitais de destino, no âmbito do SIGIC, através de convenções celebradas com as ARS. Esta produção, que resulta da transferência de utentes que não vêm a sua situação resolvida atempadamente no SNS.

Nos casos em que o hospital de origem (HO), com os seus recursos próprios, não consiga garantir a realização da cirurgia dentro do TMRG estabelecido para os níveis de prioridade⁶², a transferência para outras unidades hospitalares integradas no SNS ou entidades convencionadas é obrigatória. Esta obrigação cessa, entre outras situações⁶³, se o HO considerar que a transferência pode ser, clinicamente ou socialmente, prejudicial para o utente e, neste caso, se o utente der o seu consentimento, fica classificado como intransferível⁶⁴.

Em 2016, foram emitidos um total conjunto de 81.829 vales cirurgia e notas de transferência, em linha com os números globais de 2014, mas bastante abaixo do verificado em 2015, em que aquele número havia disparado para os 111.189.

Para tal contribuiu a diminuição de 36% verificada no número de vales cirurgia emitidos, que não foi compensada pelo aumento verificado nas emissões de notas de transferência. Esta evolução traduz a opção do Ministério da Saúde de promover a internalização da atividade cirúrgica no SNS, diminuindo o recurso a unidades prestadoras dos setores sociais ou privado⁶⁵.



A eficácia destes mecanismos de transferência de utentes no apoio à resolução da procura cirúrgica tem-se revelado, consistentemente, muito baixa, quando se analisam os dados relativos à efetiva utilização das notas de transferência e vales-cirurgia.

Em sede de contraditório, a Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP, refere que o aumento da emissão do número de notas de transferência em contraste com a diminuição do número de vales cirurgias “(...) foi possível devido ao aumento da disponibilidade dos hospitais do SNS para receberem essas transferências, em resposta à criação do Programa de Incentivo à Realização da Atividade Cirúrgica no SNS (...)” Ora, esta justificação parece contradizer a afirmação que consta no texto das alegações sobre o ponto 48 das Conclusões e Observações da Auditoria, em que é dito que “*Conforme se depreende, os objetivos do PIRAC são estruturais pelo que a sua avaliação ao fim de poucos meses é prematura.*”

A taxa de cancelamento dos vales cirurgia emitidos em 2016, foi de 69%, o que significa que, da totalidade dos vales cirurgia emitidos, apenas em 31% dos casos (menos de um terço) os utentes

⁶² Cfr. Portaria n.º 87/2015, de 23 de março.

⁶³ Para além do referido a obrigação cessa também quando ocorre: a) Oponibilidade do utente à transferência; b) quando o hospital de origem proceda à marcação da cirurgia até ao limite de 100% do TMRG; d) Inexistência de oferta para a realização do procedimento proposto (vg. ponto 92 da Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro).

⁶⁴ Os motivos que determinam essa classificação devem ser registados no SIGLIC (vg. Portaria 45/2008, de 15 de janeiro, ponto 91).

⁶⁵ Cf. Pontos 10.1.2 e 11.



manifestaram a sua intenção de optar pela realização do procedimento cirúrgico em causa num hospital distinto do HO (hospital de origem).

Quadro 11 - % de vales cirurgia cancelados (não utilizados), 2014-2016

Anos	Nº de VC emitidos	Nº VC cativados	Nº de VC cancelados	% VC cancelados ou não utilizados
2014	82 061	21 203	60 858	74%
2015	105 741	26 069	79 672	75%
2016	67 209	20 644	46 565	69%
Total do triénio	255 011	67 916	187 095	73%

Elaboração própria. Fonte: ACSS

No quadro seguinte estão listados os motivos de cancelamento com maior expressão no período analisado.

Como se observa, o principal motivo de cancelamento, no triénio, reside na recusa, por parte do utente, da transferência que lhe é proposta, formalizada através da comunicação expressa do seu desejo de permanecer em lista de espera no hospital de origem.

Quadro 12 – Principais motivos de cancelamento dos vales cirurgia, 2014-2016

Motivos de cancelamento	2 014		2015		2016	
	VC cancelados	% total	VC cancelados	% total	VC cancelados	% total
Recusa transferência	39 588	65%	46 159	58%	22 151	48%
VC/NT expirado	10 842	18%	14 620	18%	14 594	31%
Já agendado H.O	2 408	4%	3 277	4%	3 236	7%
Erro Adm. UCGIC	112	0%	8 420	11%	3 265	7%

Elaboração própria. Fonte: ACSS

O segundo motivo com maior expressão respeita à perda de validade da nota de transferência ou do vale cirurgia. Nestes casos, os utentes veem o seu registo na Lista de Inscritos para Cirurgia no hospital de origem (HO) ser cancelado⁶⁶, ou seja, vêem-se excluídos da lista de espera cirúrgica.

O “Erro Adm. UCGIC” é motivo relevante de cancelamento de vales cirurgia nos anos de 2015 e de 2016, representando 11% e 7 %, respetivamente, do total de cancelamentos desses anos (8.420 cancelamentos em 2015 e 3.236 em 2016).

A inexistência deste tipo de erro em 2014, e o seu aparecimento nos anos de 2015 e de 2016, não deixará de estar relacionada com a progressiva rutura, até à total descontinuidade, dos procedimentos de emissão de vales cirurgia e de notas de transferência, por parte da ACSS, entre 2014 e 2016, conforme descrito no ponto 10.1.2.

De facto, relativamente à emissão de vales concentrada em outubro de 2016:

- i. quase 11 mil vales cirurgia foram cancelados por expiração do seu prazo, isto é, sem que houvesse sequer uma decisão do utente sobre a aceitação ou não do vale (representaram 35% dos cancelamentos, quando em 2014 esse peso havia sido de 18%).
- ii. abrangeu utentes já agendados no hospital de origem, o que perturbou a organização e o normal funcionamento da área cirúrgica das unidades hospitalares do SNS (8% dos cancelamentos, que compara com o peso de 4% em 2014).

⁶⁶ Cfr. ponto 116 do Regulamento do SIGIC.



A eficácia das transferências de utentes dentro do SNS, através de notas de transferência, cuja emissão cresceu significativamente em 2016 por opção política, foi ainda menor que a dos vales cirurgia.

Quadro 13 - % de notas de transferência canceladas (não utilizadas), 2014-2016

Anos	N.º NT emitidas	N.º de NT cativadas	N.º de NT Canceladas	% de NT canceladas ou não utilizadas
2014	3 401	268	3 133	92%
2015	5 458	337	5 121	94%
2016	14 352	1 338	13 014	91%
Total do triénio	23 211	1 943	21 268	92%

Elaboração própria, Fonte: ACSS

A taxa de cancelamento das notas de transferência foi de 92% no triénio, pelo que apenas 8% dos utentes a quem foi proposta a transferência para outro hospital público, resolveu o seu problema de saúde por este meio.

Quadro 14 – Principais motivos de cancelamento das notas de transferência, 2014-2016

Motivos de cancelamento	2014		2015		2016	
	NT canceladas	% total	NT canceladas	% total	NT canceladas	% total
Recusa de transferência	2 294	73%	3 328	65%	7 818	60%
NT expirada	390	12%	645	13%	2 527	19%
Erro admn. UCGIC			656	13%	847	7%
Já agendado HO					1 004	8%

Elaboração própria, Fonte: ACSS

Tal como nos vales cirurgia, o principal motivo de cancelamento é a recusa da transferência por parte do utente, representando em média cerca de 63% dos cancelamentos de notas de transferência no triénio.

9.2.3. CANCELAMENTOS NA LIC E RESPETIVAS CAUSAS

A falta de consentimento escrito do utente para inscrição na LIC e a falta de utilização, quer da nota de transferência ou do vale cirurgia, dentro dos prazos estabelecidos, sem comunicação, pelo utente, da sua decisão de manutenção no hospital de origem, determinam o cancelamento da inscrição na LIC, conforme dispõe o ponto 143 do Regulamento do SIGIC. Contudo, existem outros movimentos de saída da LIC por expurgo (cfr. ponto 136 do RGIC). Os motivos destes movimentos são registados no SIGLIC.

Ocorreram entre 2014 e 2016 um total de 272.536 expurgos, correspondendo a 14% do número de saídas de utentes da LIC⁶⁷.

Quadro 15 - Expurgos da LIC – 2014-2016

Região de Saúde	2014	2015	2016	Δ%14-15	Δ%15-16	Δ%14-16
Norte	35 077	35 573	36 817	1,41%	3,50%	4,96%
Centro	19 546	18 487	17 046	-5,42%	-7,79%	-12,79%
LVT	29 619	28 221	30 369	-4,72%	7,61%	2,53%
Alentejo	3 851	4 343	4 211	12,78%	-3,04%	9,35%
Algarve	3 207	2 978	3 191	-7,14%	7,15%	-0,50%
Total	91 300	89 602	91 634	-1,86%	2,27%	0,37%

Elaboração própria, Fonte: ACSS

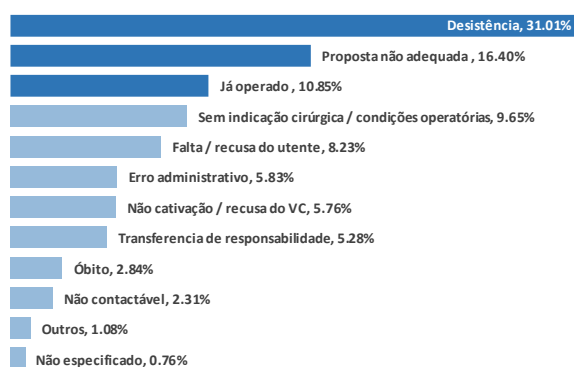
⁶⁷ As restantes saídas ocorreram pela realização da cirurgia.

O ano de 2015 registou uma diminuição de 1,86%, face a 2014. Já em 2016, verifica-se um aumento de 2,27%, no número de registos, i.e., mais 2.032 episódios cancelados. Este aumento resulta da evolução verificada nas Regiões de Saúde do Norte (3,50%), de Lisboa e Vale do Tejo (7,61%) e do Algarve (7,15%).

Os motivos de cancelamento das inscrições que são registados no SIGLIC não constituem um conjunto exaustivo e mutuamente exclusivo, pelo que não permitem caracterizar com rigor o que originou o movimento de saída destes utentes⁶⁸.

A distribuição por motivo, identificados no SIGLIC e o respetivo peso percentual, são os que constam do gráfico seguinte.

Gráfico 23 - Motivos de cancelamento de inscrição na LIC



Elaboração própria, Fonte: ACSS

Os motivos de saída do utente da LIC com maior peso percentual são a “desistência” (31,01%) e a “proposta não adequada a situação clínica do utente” (16,4%).

Quanto ao primeiro motivo, não será de desconsiderar que parte dos utentes que terão “desistido” de uma cirurgia pela qual aguardavam tenham resolvido o seu problema clínico noutra instituição do sistema de saúde, que não o hospital de origem.

Quanto ao segundo motivo, o mesmo decorrerá de uma avaliação inapropriada do diagnóstico clínico inicial que levou à decisão de inscrição do utente na LIC.

Sobre as situações de cancelamentos de cirurgias, com maior acuidade nos casos em que o motivo é a desistência ou o óbito, a Presidente do Conselho de Administração da ACSS, IP, vem, em sede de contraditório, apresentar a evolução do peso dos cancelamentos nos últimos seis anos. O Tribunal considera, no entanto, que o essencial é apurar os motivos/causas que levaram à desistência por parte do cidadão/utente mais do que analisar se o padrão se mantém inalterado ou não, ou se a evolução foi ascendente ou descendente.

10. A gestão das Listas de Espera

Os regulamentos dos sistemas Consulta a Tempo e Horas e Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia preveem os procedimentos a adotar a nível de cada unidade prestadora de cuidados de saúde e a nível central para a gestão das inscrições dos utentes.

Nos pontos seguintes são analisadas as práticas de gestão utilizadas em ambos os níveis e a sua conformidade com as previsões regulamentares.

⁶⁸ A título de exemplo, o motivo desistência da inscrição pode ser resultado de uma decisão, por parte do utente, de adiar a resolução do problema, pode resultar da melhoria da situação clínica do utente, ou pode estar associada à resolução do problema por outras formas, como o recurso à prestação privada de cuidados de saúde.



10.1. Gestão das listas de espera a nível central

A gestão das listas de espera para 1ª consulta de especialidade hospitalar e para cirurgia, a nível central, é feita pelas respetivas unidades centrais (UCCTH e UCGIC), sediadas na ACSS, tendo por base os respetivos regulamentos aprovados⁶⁹.

10.1.1. CTH - LIMPEZA DAS LISTAS DE ESPERA –CORREÇÃO DE ERROS E TRATAMENTO DE REGISTOS

A ACSS desenvolveu, com especial incidência em 2016, ações transversais junto dos hospitais procurando a validação da informação detida centralmente no sistema CTH, relativa aos pedidos inscritos em lista de espera, por comparação com a informação residente nos sistemas de informação e aplicações locais de cada entidade.

Estas validações transferiram para os hospitais o ónus de verificação e validação da informação da LICO detida e publicitada pela ACSS⁷⁰, com uma elevada carga administrativa associada, que provocou consideráveis constrangimentos ao normal desenvolvimento dos trabalhos em cada entidade. As entidades auditadas referiram e evidenciaram ter recebido pedidos de validação de listas de espera massivas, na maioria dos casos com milhares de linhas de registos⁷¹, cuja verificação se revelou, em algumas situações, de execução muito difícil, não sendo exaustivamente levado a cabo, por manifesta incapacidade de resposta ao solicitado pela UCCTH.

Os problemas de integração da informação entre os sistemas de informação locais e o sistema SICTH deveriam ser analisados centralmente, obtendo conhecimento acerca dos motivos subjacentes aos erros existentes e desencadeando iniciativas para a sua resolução, assegurando soluções de caráter

⁶⁹ Regulamento do Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso a Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar no SNS – Consulta a Tempo e Horas (CTH), aprovado pela Portaria n.º 95/2013, de 4 de março e Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), aprovado pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, entretanto revogados pela Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril.

⁷⁰ O e-mail abaixo transcrito, datado de final de julho de 2016, e solicitando resposta até 2 de agosto, é ilustrativo do pedido de validação de lista de espera que terá sido feito à generalidade dos hospitais do SNS, a fim de corrigir a informação da lista de espera respeitante ao primeiro semestre de 2016 (nosso negrito e sublinhado):

“Caro Coordenador Local da CTH

Enviamos, em anexo, o ficheiro com a informação da lista de todos os pedidos – NÃO CONCLUIDOS - que se encontram no CTH, a 30 de junho de 2016.

(...)

2 – Estados da responsabilidade dos hospitais

Para proceder à correção do estado dos pedidos, da responsabilidade do hospital, que por algum erro não integraram, deve ser identificado qual o estado no vosso sistema de informação para centralmente se proceder à correção. Não deve ser efetuada intervenção local, para não assumir a data atual e prejudicar assim os tempos de resposta do vosso hospital.

Procedimentos a efetuar para cada estado que não esteja coincidente com o Sonho/SIH:

- Emitido –devem ser indicadas as datas e estados no Sonho/SIH, ou deve ser dada indicação de recusa.
- Em triagem / Reencaminhamento - devem ser indicadas as datas e estados no Sonho/SIH, ou deve ser dada indicação de recusa
- Em marcação / Pronto para agendamento – devem ser indicadas as datas de agendamento, data de efetivação, falta ou motivo de recusa
- Agendados / Reagendados - devem ser indicadas as datas de efetivação, falta ou motivo de recusa

Os problemas de integração identificados deverão **ser reportados aos SPMS (...) até ao dia 2 de agosto de 2016 (...)**

Chamamos a atenção para que após o prazo supracitado esta informação será considerada validada pela respetiva instituição hospitalar e publicada com base nos dados recolhidos, após a sua correção. (...)”

⁷¹ Atente-se na resposta dada por e-mail pela ULSAM, em 04/08/2016, ao pedido efetuado pela ACSS a esta entidade, também por e-mail, em 26/07/2016 (nosso negrito e sublinhado):

“A Direção da Consulta Externa da ULSAM, conjuntamente com a responsável local da CTH, está neste momento a analisar parte da listagem que nos enviaram com designação de "pedidos de consulta não concluídos", uma vez que são muito numerosos os casos apresentados (**no total 13.175, (...), datando o mais antigo do ano de 2007 e o mais recente de 30 de junho de 2016.**

Dada a extensão da lista, torna-se praticamente impossível completar a verificação da data de conclusão para cada uma das 13.175 referencias com a brevidade desejada.

Contudo, **envia-se em anexo alguns exemplos** (34 casos assinalados a amarelo) da incongruência (???) entre ALERT P1 e SONHO retirados da vossa listagem **onde figuram consultas consideradas como não concluídos apesar de, nos nossos registos serem todos eles processos finalizados** com marcação/efetivação da consulta ou com recusa/anulação por desistência do utente.

Desconhece-se qual(ais) a(s) anomalia(s) responsáveis pelos erros detetados, o que seria importante descobrir para evitar futuras falhas.”



duradouro quanto à fiabilidade e aderência à realidade dos dados obtidos através da aplicação informática de suporte ao CTH⁷².

Relativamente aos inúmeros constrangimentos informáticos existentes em torno da aplicação informática de suporte ao programa CTH, e que servem de justificação, de acordo com a ACSS, para a maioria das situações de desconformidades e anómalas detetadas, refere a Presidente do Conselho Diretivo nas suas alegações, em nota de rodapé, que *“Em abril de 2014, o Ministério da Saúde, através da SPMS, E.P.E. decidiu não manter os contratos existentes com a entidade proprietária do sistema de informático que suporta o programa CTH (a Alert Life Sciences Computing S.A.), tendo daí resultado um litígio do Estado com esta empresa, cuja ação se encontra ainda em curso. Nesta sequência, o sistema informático que suporta o programa CTH, denominado Alert P1, tornou-se num programa bloqueado, não havendo capacidade técnica, nem possibilidade legal, face à subsistência de direitos de propriedade intelectual, de se efetuarem desenvolvimentos ou de se resolverem os constrangimentos que têm sido identificados no mesmo, nomeadamente, os problemas de integração de dados entre os sistemas locais e centrais e o alargamento da medição dos tempos de resposta aos pedidos de primeiras consultas intra e inter hospitalares.”*

Atendendo à justificação apresentada, questiona-se, com razoabilidade, a adequação do processo decisional relativo a este processo, tendo em conta que o mesmo implicou que o Ministério da Saúde:

- i. tem vindo a assentar a gestão do acesso à primeira consulta hospitalar numa aplicação informática que não responde aos requisitos do programa CTH, não permite desenvolvimentos adicionais ou corretivos, e que não garante a fiabilidade da informação, pela existência contínua de problemas de integração de dados;
- ii. tem a necessidade de desenvolver, interna e paralelamente, uma nova solução tecnológica, que substitua a anterior ferramenta, enquanto aplicação informática de suporte ao CTH.

Paralelamente a estas verificações solicitadas às unidades hospitalares, foram centralmente cancelados milhares de pedidos de consulta que se encontravam em lista de espera – só em 2016, cerca de 98.000 pedidos e 233.935 no total do triénio – em função de critérios como a antiguidade dos pedidos, critérios esses definidos administrativamente por parte da UCCTH.

Estas iniciativas centralizadas, transversais ao universo de unidades hospitalares do SNS, cancelaram, sem respeito pelos direitos dos utentes, milhares de pedidos de consultas, na presunção de que a sua maior antiguidade teria já ditado: i) a sua resolução no próprio hospital, sem reflexo no sistema Consulta a Tempo e Horas, por erros de integração entre aplicações informáticas; ii) sua resolução fora do SNS; ou iii) a sua perda de propósito e /ou justificação clínica.

Foram ainda cancelados administrativamente pedidos de consulta hospitalar no estado “pendente”, por falta de resposta das unidades de cuidados de saúde primários às solicitações dos médicos triadores hospitalares.

Para além destas ações transversais, foram também identificadas situações em que a ACSS, através da UCCTH, instruiu formalmente as unidades hospitalares para que estas recusassem “administrativamente” pedidos de primeira consulta em lista de espera⁷³, com o único intuito de influenciar a medição dos tempo de espera associados.

Veja-se, a este respeito, a indicação dada por *e-mail* ao CH do Algarve por parte da UCCTH, em início de setembro de 2016:

⁷² Esta questão assume particular importância se se tiver em atenção que, desde meados de 2016, é feita a publicitação dos tempos de espera na saúde em plataformas eletrónicas do Ministério da Saúde, e que, na situação específica da primeira consulta de especialidade hospitalar, a informação publicitada é utilizada aquando da escolha do hospital em que o utente realizará a sua consulta, no âmbito da medida relativa ao Livre Acesso e Circulação (LAC) dos utentes.

⁷³ Sem que existisse justificação efetiva para a sua recusa clínica, a única possível de acordo com o regulamento vigente do CTH. Isto é, tratava-se de pedidos reais, clinicamente justificados e ainda em espera.



“(...) Os pedidos até ao ano de 2013 (que não tenham indicação específica), têm como proposta ser atribuído o estado de recusa, para não estarem indefinidamente no sistema. Existem pedidos de 2013 agendados para 2016, mas, face ao tempo de resposta que isso irá ter como resultado, sugerimos que os mesmos sejam também recusados e sejam criadas no Sonho novas referências. (...)”

O referido e-mail reportava-se a dados de início de setembro de 2016 e, num universo de 16.767 pedidos em lista de espera, propunha ao CHA que procedesse à falsa recusa de 2.154, cerca de 13% daquele total.

A informação disponibilizada pelo Ministério da Saúde relativa ao acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar apresentava assim, em 2016, **diversas falhas** que não permitem concluir pela sua fidedignidade, considerando:

- i. As divergências relevantes entre os dados constantes dos sistemas de informação de cada hospital e os disponíveis centralmente e reportados publicamente, que motivam frequentes pedidos, pela UCCTH, de validação de listagens pelas unidades hospitalares;
- ii. A produção de falsos resultados no âmbito da gestão centralizada da lista de espera levada a cabo pela UCCTH, que favoreceram a melhoria das estatísticas e dos indicadores de acesso reportados.

Note-se que o Despacho nº 5911-B/2016, de 02 de maio de 2016, relativo à medida recentemente introduzida do Livre Acesso e Circulação do Utente, refere que *“O poder do cidadão só será efetivo se este tiver acesso a informação relevante para a sua tomada de decisão (...)”*. Considerando as falhas detetadas, o poder do cidadão parece, assim, muito pouco efetivo e ferido na sua concretização. A informação disponível, ao invés de adequadamente suportar aquela tomada de decisão, pode, *a contrario*, induzir o utente em erro na sua escolha.

Em sede de contraditório, a Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP, esclarece ter definido e implementado, em conjunto com a SPMS, um plano de ação com vista à correção da informação das listas de espera das unidades hospitalares, necessidade nascida, em larga medida, da introdução da LAC, em meados de maio de 2016, e da publicitação dos dados destas listas de espera, essencialmente, na *Internet*, para consulta por parte dos utentes, o que, decorrente dos erros significativos que apresentavam face às diferentes realidades hospitalares, gerou expressivo número de alertas e de reclamações por parte destas, determinando uma intervenção mais exaustiva e massiva da ACSS, IP, no tocante à identificação e correção daqueles erros.

Assim, *“(...) com o intuito de garantir a veracidade dos dados divulgados, tornou-se necessário o desenvolvimento pela ACSS, I.P. de uma ação coordenada a nível nacional⁷⁴, focada na correção dos “pedidos não concluídos” e correspondentes a erros administrativos e de integração entre sistemas de informação, acumulados ao longo dos anos de funcionamento do CTH e que não correspondiam a utentes em espera, de modo a falar-se de listas de espera para primeira consulta hospitalar que fossem fiáveis e que refletissem a realidade das instituições do SNS (...)”*

Resulta das alegações proferidas, que a informação das listas de espera para primeira consulta de especialidade hospitalar não era, até final de 2016, tida por fiável, credível e traduzindo de forma verdadeira a realidade das unidades hospitalares a que respeitava. E, que apenas o desenvolvimento de procedimentos administrativos, centralizados na ACSS, IP, de validação e de limpeza das listas de espera permitiu, de acordo com aquela entidade, que, no final de 2016, a informação das listas de espera estivesse coincidente e fosse fiel à realidade das várias unidades hospitalares.

⁷⁴ As fragilidades dos sistemas de informação de suporte obrigaram, ao longo do tempo, a ações pontuais de expurgo institucional e casuístico dos erros detetados.



10.1.2. SIGLIC - PROCESSO DE EMISSÃO DE NOTAS DE TRANSFERÊNCIA E VALES CIRURGIA

A emissão de notas de transferência e de vales cirurgia surge, no contexto do SIGIC, como um mecanismo central e integrado – porque supra-hospitalar e gerido e operado pela ACSS – de salvaguarda dos tempos de resposta aos utentes. Por essa via, é também um mecanismo de promoção de uma maior equidade no acesso a estes cuidados de saúde, visando atenuar diferenças na capacidade de resposta, dentro do SNS, quando estas colocam em risco o cumprimento dos tempos de resposta considerados clinicamente adequados.

Deste modo, importa analisar a evolução e a adequação, entre 2014 e 2016, dos procedimentos da gestão centralizada das emissões de notas de transferência e vales cirurgia.

Conforme descrito no ponto 9.2.2.2, o ano de 2016 caracteriza-se não só pela acentuada redução das emissões de notas de transferência e vales cirurgia face a 2015 (uma quebra global de 26%), mas, sobretudo, pela alteração dos pesos relativos de cada agregado no total.

O aumento substancial na emissão de notas de transferência (+163%) e a diminuição do número de vales cirurgia emitidos (-36%) enquadram-se na mudança de estratégia, a nível central e tutelar, no sentido da internalização, no SNS, da produção cirúrgica, diminuindo o recurso a unidades hospitalares dos setores social e privado.

Neste âmbito, em 2016, o Programa de Incentivo à Realização da Atividade Cirúrgica (PIRAC)⁷⁵, que estabelecia como seu objetivo, entre outros, “(...) Melhorar os tempos de resposta no acesso à cirurgia programada (...)”, reduziu de 4 para 3 meses o prazo de transferência dos utentes entre instituições do SNS, quando presumida, com base em critérios regulamentares, a incapacidade do HO de dar resposta adequada à sua Lista de Inscritos para Cirurgia, nesse esforço de internalização da produção.

Assim, se em 2014 e em 2015 as notas de transferência foram pouco mais do que marginais no total, pesando 4% e 5%, respetivamente, em 2016 passaram a representar 17,5% do total de notas e vales emitidos, em resultado do efeito conjugado do forte crescimento das notas de transferência emitidas (+163%), e da redução na emissão de vales cirurgia (-36%).

Tendo em conta os tempos médios de espera à data de emissão quer das notas de transferência, quer dos vales cirurgia, conclui-se que o PIRAC não atingiu os objetivos inicialmente propostos⁷⁶ porquanto:

- As notas de transferência registaram um aumento do tempo médio de espera à data da sua emissão de 4 meses e 24 dias, em 2014, para 7 meses e 20 dias em 2016, num movimento totalmente contrário às intenções expressas pela Tutela que determinou, em 2016, a redução deste prazo de 4 para 3 meses;
- Os vales cirurgia registaram um tempo médio de espera à data da sua emissão, em 2014, de 8 meses e dois dias; este tempo médio subiu em 2015, para 8 meses e 27 dias e, em 2016, manteve-se, ainda que com uma redução apenas ligeira, nos 8 meses e 24 dias.

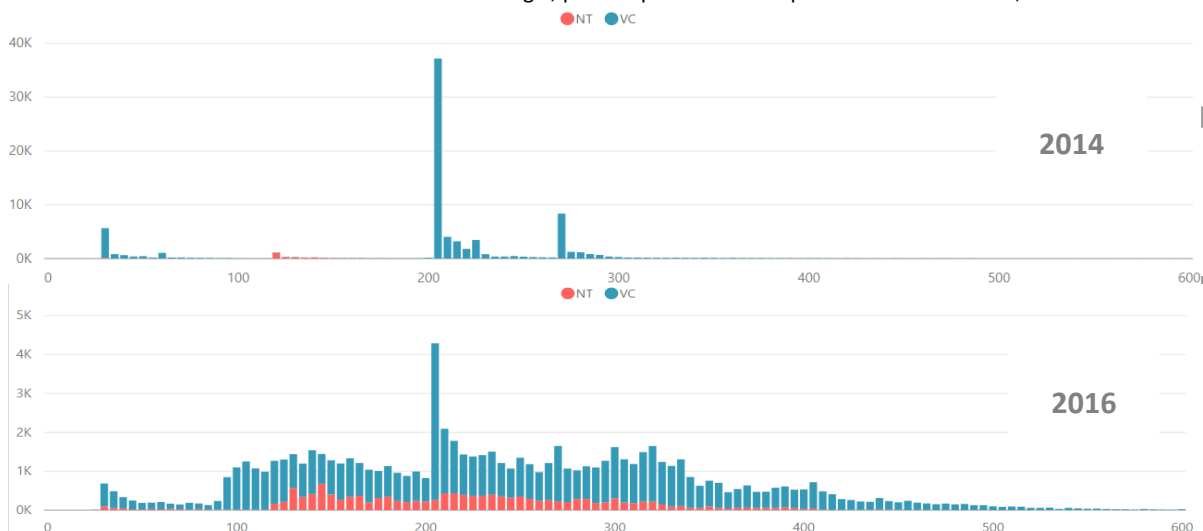
Este tempo médio de espera à data de emissão de vales cirurgia incumpe com o prazo estabelecido de 6 meses e 23 dias, fixado pelo regulamento do SIGIC, em cerca de 2 meses.

Os gráficos seguintes mostram a evolução verificada, entre 2014 e 2016, na distribuição do tempo de espera dos utentes à data da emissão do vale cirurgia.

⁷⁵ Cfr. Circular Normativa n.º 12/2016/DPS-UGA/ACSS, de 19 de maio de 2016.

⁷⁶ Para situações de prioridade clínica normal e sem sinalizador oncológico, que representaram 87%, 89% e 94% do total em 2014, 2015 e 2016, respetivamente.

Gráfico 24 – Notas de transferência e vales cirurgia, por tempo médio de espera à data da emissão, 2014 vs 2016



Elaboração própria, Fonte: ACSS

É visível a degradação verificada nos tempos de espera à data da emissão: se em 2014 as emissões ocorriam na proximidade dos tempos de espera previstos no regulamento do SIGIC, em 2016 existe uma acentuada dispersão das emissões de vales cirurgia, associada a uma descontinuidade nos procedimentos de emissão automática e regular dos mesmos, conforme descrito na Caixa 3.

O tempo médio de espera dos utentes à data da emissão dos vales cirurgia só não sofreu adicional degradação, em 2016, em virtude de ações centralizadas de emissão de vales cirurgia concentradas no mês de outubro desse ano.

Os movimentos que ocorreram no último trimestre de 2016, com maior incidência no mês de outubro, foram desconcertados, indiscriminados, sem critério e com desrespeito pelos direitos dos utentes e regras definidas para a transferência destes para outra unidade hospitalar (hospital de destino - HD). Neste “pacote” de episódios transferidos foram abrangidos os utentes que já haviam ultrapassado o tempo regulamentar para a obtenção de nota de transferência ou vale cirurgia, os que já estavam agendados no hospital de origem (HO) e os que ainda não tinham atingido o tempo de espera para a transferência.

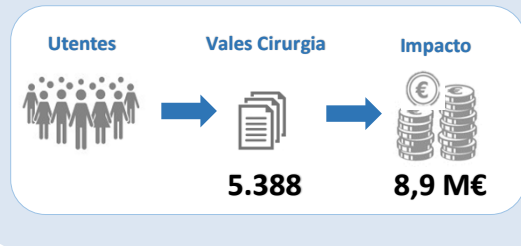
De facto, parte significativa desses vales foram emitidos antes do tempo de espera regulamentar previsto pelo SIGIC, o que influenciou a média anual no sentido da sua descida:

- O tempo médio de espera dos utentes a aguardar cirurgia, à data de emissão dos respetivos vales cirurgia, era de 10 meses e 15 dias, a 30/09/2016;
- Em outubro de 2016 ocorre a emissão de 43.375 vales cirurgia, inédita pelo seu volume (60% das emissões do ano);
- Destes, cerca de 41,4%, ou seja, 17.941 vales cirurgia são emitidos antes do tempo de espera regulamentar previsto, com um tempo médio de espera de 4 meses e 24 dias.

CAIXA 3 –VALES CIRURGIA EMITIDOS ANTES DO TEMPO REGULAMENTAR

Os vales cirurgia emitidos antes do tempo regulamentar previsto, resultaram, até 31/03/2017, na realização de 804 cirurgias, com um valor estimado de cerca de **1,3M€**.

Estavam ainda nessa data cativados 4.584 vales cirurgia, com um valor estimado de **7,6M€**.



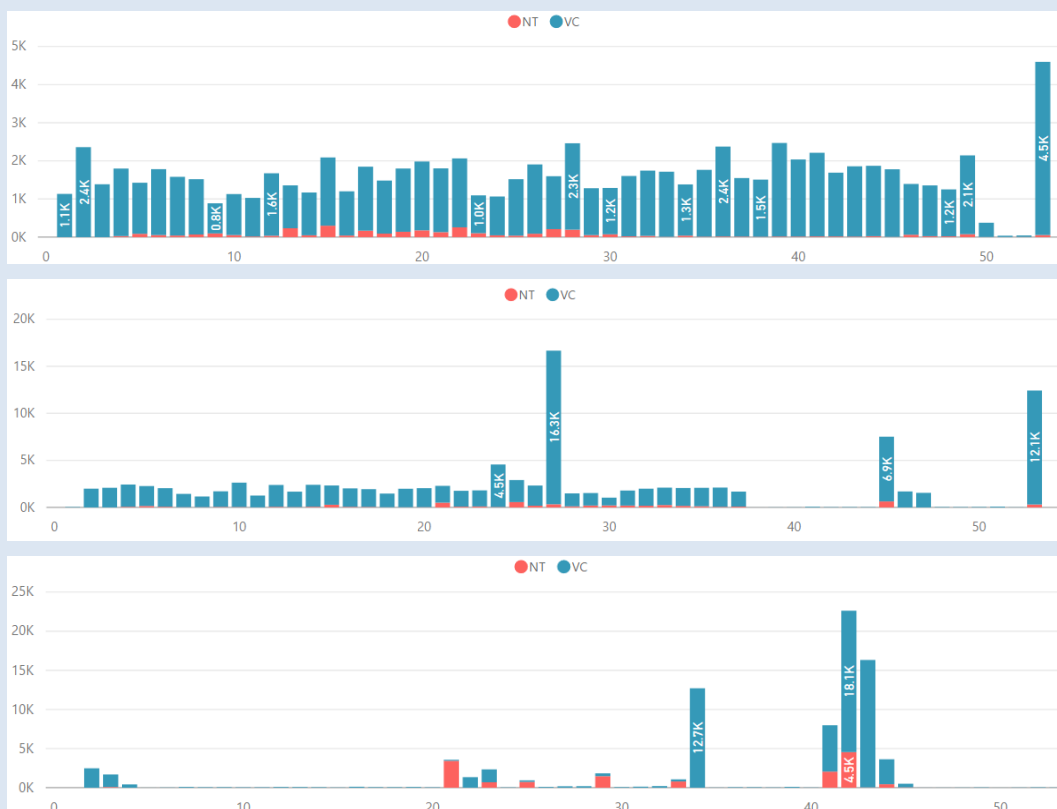
CAIXA 4 – RUTURA NA EMISSÃO DE VALES CIRURGIA E DE NOTAS DE TRANSFERÊNCIA

Entre 2014 e 2016 é evidente a progressiva rutura até à total descontinuidade dos procedimentos de emissão de vales cirurgia e de notas de transferência por parte da ACSS, que deixam de ocorrer de forma automática e regular ao longo do ano, o que ainda é observável em 2014, e caminham para uma concentração cada vez maior destes movimentos num reduzido número de momentos, em 2015 e, particularmente, em 2016.

A situação mais extrema ocorreu no último trimestre de 2016, quando num período de apenas 23 dias, entre 03 e 26 de outubro, foram emitidos cerca de 61% do total de vales cirurgia e notas de transferência desse ano (49.495).

A rutura observada nos procedimentos de emissão de vales cirurgia e de notas de transferência fere gravemente o propósito deste mecanismo, enquanto salvaguarda do acesso a cuidados de saúde e ao cumprimento dos TMRG na sua prestação – a sua descontinuidade e aparente arbitrariedade é totalmente contrária aos objetivos que visa alcançar, constituindo-se, antes, como um constrangimento ao acesso, pelo desrespeito pelos tempos regulamentares previstos, pela amplificação dos erros ocorridos que resulta de ações em larga escala e pelas acrescidas dificuldades que aporta à gestão hospitalar e ao planeamento da respetiva atividade cirúrgica.

Gráfico 25 – N.º de vales cirurgia emitidos por semana do ano, 2014, 2015 e 2016



O tempo médio de espera dos utentes à data de emissão do seu vale cirurgia, em 2016, encerra, assim, realidades distintas, para um mesmo nível de prioridade clínica: 21% dos vales cirurgia desse ano foram emitidos até aos 5 meses de tempo médio de espera, inclusive, antecipando os 6 meses e 23 dias regulamentares; 58% dos vales emitidos respeitavam a utentes que já se encontravam a aguardar cirurgia há mais de 8 meses (inclusive).

O cancelamento, por motivos burocráticos, do procedimento de gestão automática da emissão de vales cirurgia e notas de transferência da LIC, teve como consequência direta o aumento do número de utentes a aguardar uma cirurgia e dos respetivos tempos médios de espera.



A concentração das emissões de notas de transferência e vales cirurgia no mês de outubro de 2016 implicou ainda que os registos dos utentes inscritos selecionados para a emissão fossem transferidos das unidades hospitalares para a responsabilidade da UCGIC. Embora este seja um procedimento normal no âmbito da emissão de notas de transferência ou vales cirurgia, a dimensão da emissão teria justificado uma prévia comunicação às unidades hospitalares, até porque:

- i. Como referido, foram incluídos utentes cuja espera não tinha ainda atingido o tempo regulamentar para a emissão de NT (3 meses) ou de VC (50% ou 75% do TMRG);
- ii. Foram incluídos utentes com cirurgia já agendada, dentro do TMRG.

Na sequência destes procedimentos, as unidades hospitalares verificaram a existência de movimentos de readmissões na LIC de utentes que haviam sido transferidos para a UCGIC, sem que lhes tivesse sido emitido nota de transferência ou vale cirurgia.

Relativamente aos utentes com cirurgia já agendada, o erro da sua inclusão nos utentes selecionados para a emissão de nota de transferência ou vale cirurgia foi reconhecido pela ACSS/UCGIC, que informou as unidades hospitalares "(...) *que a maioria dos episódios foram devolvidos automaticamente pelo sistema, por já apresentarem data de agendamento registada no SIH.*"

No entanto, dada a dimensão do movimento de utentes ocorrido, tal não deixou de causar constrangimentos na gestão dos agendamentos cirúrgicos das unidades hospitalares do SNS, uma vez que os registos de utentes inscritos, uma vez "transferidos" para a UCGIC, para emissão de nota de transferência ou vale cirurgia, deixam de estar acessíveis às unidades hospitalares para efeitos de registo das intervenções cirúrgicas.

Por outro lado, alguns dos utentes transferidos nem receberam o vale cirurgia ou receberam o mesmo depois de expirado o prazo de aceitação, conforme reportado pelas unidades hospitalares e reconhecido pela ACSS/Unidade de Gestão do Acesso, num e-mail datado de 15 de novembro de 2016, ao CHCB, onde se refere que "(...) *temos conhecimento de constrangimentos junto dos CTT na impressão e entrega de NT/VC emitidos no mês de outubro. No entanto a situação deverá ser regularizada no decorrer da presente semana.*"

É, ainda, referido noutro e-mail que "*Foi detetado que foram emitidos e enviados aos utentes alguns NT/VC durante o período do mês de outubro de 2016 em duplicado, ainda que mantendo o mesmo número de impressão do documento. Também foi verificado que parte dos NT/VC foram expedidos sem o envelope RSF necessário ao envio da justificação de recusa.*"

Em face da situação ocorrida, a UCGIC emitiu a Linha Direta n.º 07/2016, datada de 15 de dezembro, considerando que "*Esta situação incomum, decorrente de um problema técnico, está a gerar dificuldades junto dos utentes e das instituições hospitalares.*" Determinando "(...) *que as instituições hospitalares por meio das Unidades Hospitalares de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UHGIC) deverão apoiar os utentes em questão (...).*"

As situações relatadas, indiciam a existência de um número elevado de erros na informação detida pela ACSS e, igualmente, demonstra a incapacidade de resolução, a montante, dos problemas que originaram esses mesmos erros.

As desconformidades e as intercorrências que sucederam no ano de 2016, com maior amplitude no último trimestre, são da responsabilidade da ACSS, por não ter exercido, na qualidade de entidade contratante, um controlo efetivo sobre a execução das normas constantes do Contrato-Programa celebrado com a SPMS⁷⁷, que respeitam ao acompanhamento e monitorização dos aspetos

⁷⁷ Nos termos previstos na cláusula 3ª do contrato-programa, para o triénio 2015-2017, compete à SPMS:

"(...)

b) *garantir o funcionamento articulado do sistema de saúde, ao nível dos sistemas e tecnologias de informação*";



relacionados com os sistemas de informação, designadamente quanto à veracidade, consistência e fiabilidade da informação registada, tratada e transmitida.

Perante os acontecimentos, não houve por parte da ACSS qualquer tomada de posição face à SPMS, nem foram providenciadas diligências no sentido de evitar reincidências. Somente a UCGIC emitiu uma Linha Direta⁷⁸ com orientações às unidades hospitalares.

A não atuação da ACSS é, aliás, menos compreensível se tivermos em conta a obrigação contratual da SPMS de efetuar uma avaliação periódica de desempenho⁷⁹ identificando as “*principais dificuldades (...), que careçam de uma decisão ou atuação da ACSS*” (cfr. alínea c) da Cláusula Nona do Contrato-Programa).

A ACSS não acautelou nem os interesses nem o direito de acesso aos cuidados de saúde do cidadão/utente. A “fatura” desta omissão foi, assim, paga pelos utentes que viram agravado o tempo de espera para resolução do seu problema de saúde.

Quanto à não transferência atempada de notas de transferência e vales cirurgia, esclarece a alegante que “*Ao longo do triénio em análise (...) verificaram-se problemas administrativos e operacionais que (...) impediram a emissão linear e atempada das Notas de Transferência e dos Vales de Cirurgia, nos termos da regulamentação vigente.*” Esclarecendo, ainda, que “*Estes problemas relacionaram-se com os serviços de impressão e expedição das cartas e com a transferência de ficheiros entre sistemas de informação que suportam aquela emissão (...)*”.

Em resposta a esta ocorrência a ACSS, IP, efetuou “*(...) uma emissão extraordinária de Vales de Cirurgia, em outubro de 2016, procurando responder às necessidades cirúrgicas identificadas e repondo o mecanismo de circulação dos utentes para hospitais de destino, nas situações em que existia evidência de que os TMRG não seriam cumpridos nos hospitais.*”

Estando identificada a causa do constrangimento na emissão regular e atempada de notas de transferência e de vales cirurgia há cerca de três anos, não é aceitável que a ACSS, IP, enquanto entidade com responsabilidade na gestão dos sistemas de acesso aos cuidados de saúde, designadamente o SIGIC, tenha protelado durante todo este tempo a resolução dos problemas técnicos e operacionais.

Acresce que se, em anos anteriores, os constrangimentos verificados podem ter apenas pontualmente afetado a emissão linear e atempada dos Vales Cirurgia, o seu efeito desde setembro de 2015 tem sido o de praticamente impedir em absoluto esta emissão, sendo incompreensível que a ACSS, IP, tenha permitido a manutenção desta situação sem uma rápida e efetiva solução. Só em janeiro de 2017 foi lançado um procedimento concursal para a aquisição de serviços de impressão e envelopagem.

10.2. Gestão das listas de espera nas Unidades Hospitalares auditadas

O cumprimento das normas constantes do regulamento do CTH e do SIGIC, bem como das orientações emitidas pelas Unidades Centrais do CTH e do SIGIC, é assegurado nas unidades hospitalares pelos respetivos conselhos de administração, através de unidades de gestão locais do

c) *manter a operacionalidade e segurança das infra-estruturas tecnológicas e dos sistemas de informação do Ministério da Saúde e promovendo a definição e utilização de normas, metodologias e requisitos que garantam a interoperabilidade e interconexão dos sistemas de informação da saúde entre si e com os sistemas de informação transversais à Administração Pública.*”

Esta competência está igualmente plasmada nos Estatutos da SPMS quanto às atribuições cometidas no âmbito dos serviços partilhados de sistemas e tecnologias de informação.

⁷⁸ Linha Direta n.º 07/2016, de 15 de dezembro, com assunto: “Vales de Cirurgia e Notas de Transferência em Duplicado”

⁷⁹ Relatório trimestral da Execução do Contrato-Programa.



acesso à 1ª consulta de especialidade⁸⁰ (UHCTH) e à atividade cirúrgica programada (UHGC), integradas na estrutura organizativa da unidade hospitalar.

A composição da UHCTH⁸¹ e da UHGIC⁸² e respetiva direção são definidas pelos conselhos de administração.

Em todas as unidades hospitalares auditadas existiam unidades locais UHCTH e UHGIC, com estruturas organizativas similares, sendo apenas de destacar a inexistência de um coordenador da UHGIC formalmente designado no CHMT.

A este respeito veio o Conselho de Administração do CHMT, em sede de contraditório, referir-se à “*recém-criada Unidade Local de Gestão do Acesso (ULGA)*”, indicando que a mesma “*já integrou a UHGIC, e pretenderá ir integrando as demais áreas, nomeadamente, a CTH.*”

Já quanto aos procedimentos de gestão das listas de espera, verificou-se alguma heterogeneidade entre as unidades hospitalares selecionadas para a realização de testes substantivos e de conformidade. Os indicadores de risco subjacentes à amostra de unidades hospitalares selecionada constam do quadro seguinte.

Quadro 16 – Indicadores de risco selecionados

Indicadores	Área
1. Taxa de recusas: % de recusas (pelo hospital) no total de pedidos concluídos	CTH
2. Operados com TE < 1 e Prioridade < 4	SIGIC
3. % de cirurgias codificadas com o GDH 470 (erro – não agrupável)	
4. Suspensão de contagem de tempo, medida pela diferença entre o tempo de espera (oficial) das cirurgias realizadas e o tempo de espera em dias corridos.	

Na seleção desses indicadores, foi tida em consideração a informação recolhida junto da ACSS, relativa aos movimentos ocorridos nas listas de espera para a prestação de cuidados de saúde (CTH e do SIGIC) e, ainda, junto das unidades hospitalares, relativas a relatórios de auditoria e de outras entidades públicas⁸³ que identificaram situações de desconformidades na gestão dos utentes no âmbito do SIGIC.

10.2.1. CTH

Os procedimentos instituídos do circuito de receção dos pedidos de primeira consulta e respetiva tramitação até à sua realização são relativamente uniformes entre as unidades hospitalares auditadas.

Os maiores desvios em termos do cumprimento dos procedimentos do sistema CTH reportam-se à atividade de triagem dos pedidos de consulta, cujo desempenho não é uniforme entre as entidades.

⁸⁰ Cfr. Art.º 2º e 3º da Portaria n.º 95/2013, de 4 de março e Parte IV, Ponto 54, do Regulamento do SIGIC, aprovada pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro.

⁸¹ Cfr. N.º 2, do art.º 5º da Portaria n.º 95/2013, de 4 de março e Ponto 7.1 do Regulamento do CTH.

⁸² Cfr. Parte IV, Ponto 55 do Regulamento do SIGIC.

⁸³ ACSS, Entidade Reguladora da Saúde.

Quadro 17 – Triagem dos pedidos de consulta nas unidades hospitalares selecionadas

Unidade Hospitalar	Demora média da triagem	% cumprimento do prazo de triagem	% pedidos triados para além do TMRG da prioridade atribuída
Centro Hospitalar do Algarve	55	36%	10%
Centro Hospitalar da Cova de Beira	4	99%	0%
Centro Hospitalar do Médio Tejo	75	38%	16%
Hospital de Cascais	24	70%	4%
Hospital Garcia da Orta	21	47%	1%
Unidade Local de Saúde do Alto Minho	4	76%	0%
Total	30	57%	5%

Elaboração própria, Fonte: Unidades hospitalares

Os tempos de triagem em algumas unidades hospitalares, particularmente no Centro Hospitalar do Médio Tejo, são inaceitáveis, podendo inclusive apresentar riscos para a saúde dos utentes, uma vez que vários utentes aguardaram a avaliação da sua situação por um médico triador muito para além daquele que seria o TMRG associado à sua prioridade.

A este propósito, os membros do Conselho de Administração do CHMT, no exercício do contraditório, reconhecem *“a necessidade de melhorar o controlo do processo de triagem e marcação dos pedidos de consulta, nomeadamente, por ter sido apresentado como o hospital auditado com piores tempos de triagem.”*

Neste ponto, apenas reiterar que, para o Tribunal, a questão crítica prende-se com os potenciais riscos para a saúde dos utentes que resultam do expressivo incumprimento, por parte desta unidade hospitalar, do tempo médio de execução do procedimento de triagem, determinado pelo Regulamento do CTH (75 dias de demora média, em 2016, que comparam com os 5 dias regulamentares), e, por esta via, também do TMRG para a consulta, em detrimento da questão, que se entende menor, do posicionamento relativo do CHMT face às demais entidades auditadas.

Proseguem os membros do Conselho de Administração, ainda a este respeito, que *“face às insuficiências do quadro clínico, tem tido dificuldades em manter uma equipa de triadores que consiga dar resposta às necessidades de triagem dos pedidos de consulta”* e acrescenta que *“O Planeamento e Controlo de Gestão irá desenvolver um conjunto de indicadores de tempos de triagem, marcação e realização de consulta que integrará nos seus reportes aos serviços, como forma de alerta para os tempos de resposta”*.

Da análise do indicador de risco selecionado (% de recusas de pedidos de primeira consulta hospitalar), verificou-se que existem práticas distintas entre as várias unidades hospitalares, resumidas na figura seguinte.

Figura 7 - Resultados do indicador de risco – CTH

Indicador	Resultados
% de recusas de pedidos de consultas	Por falta de capacidade de resposta da unidade hospitalar (CHMT e CHCB)
	Por permanecerem na LICO em estado de "pendente" em consequência da falta de resposta do médico assistente da unidade funcional dos cuidados de saúde primários (emissora do pedido), dentro do tempo regulamentar - 3 dias, ao triador da unidade hospitalar que efetuou a devolução do registo (ULSAM e CHA)
	Por existência de critérios de acesso pré definidos e de regras de referência estabelecidas com as unidades funcionais dos cuidados de saúde primários emissoras dos pedidos (HGO e HJA-Cascais)

Algumas unidades hospitalares recusaram pedidos de primeira consulta, justificando-as com a incapacidade de resposta, em tempo adequado.



O CHMT recusou, em 2015 e 2016, os pedidos de consulta na especialidade de Fisiatria, por não dispor de vagas suficientes para a marcação de iniciação de tratamentos de reabilitação de utentes com patologias médicas incapacitantes e co-morbilidade ou para a continuidade dos tratamentos.

No CHCB, foram recusados pedidos na especialidade de Cirurgia Plástica, por falta de capacidade de resposta no agendamento das consultas, motivada pela ausência ao serviço, por períodos prolongados, de um profissional médico.

A recusa dos pedidos de primeira consulta, por motivos de falta de capacidade de resposta, em tempo adequado, da unidade hospitalar, não é admissível à luz do regulamento do CTH, e impede o conhecimento das necessidades de saúde dos cidadãos, reveladas pelas listas de espera.

No âmbito do exercício do direito de contraditório, o Presidente do Conselho de Administração do CHCB salienta que *“(...) tem-se deparado com limitações impostas pela tutela à contratação de recursos humanos”, acrescentando “também que, na generalidade dos concursos que são abertos, grande parte das vagas ficam por preencher, situações estas que inviabilizam qualquer diligência no cumprimento da medida prevista no ponto 6.6 do Regulamento do CTH”.*

Especificamente, no que concerne à especialidade de cirurgia plástica, indica ter sido reportado à Tutela *“(...) entre outras, a carência de especialistas de Cirurgia Plástica, mas que não foi considerada pela tutela, aquando da elaboração e publicação do Despacho nº I 788-B/2017, de 27 de Fevereiro.”*

Verificou-se ainda a existência de **recusas administrativas de pedidos de consulta pelas unidades hospitalares, sempre que os pedidos**, após uma devolução, inicial, à unidade de cuidados de saúde primários, por motivos clínicos, **permaneciam nestas unidades sem resposta do médico assistente às solicitações do médico triador** hospitalar.

Na ULSAM e no CHA, os pedidos de consulta eram fechados por recusa “administrativa”, nos casos em que se mantinham no estado de “pendente” por mais de 15 ou 30 dias, respetivamente, por falta de resposta do médico assistente da unidade funcional dos cuidados de saúde primários dentro dos três dias regulamentares⁸⁴.

Esta situação ocorre, na maioria das vezes, por ausência do médico assistente por motivo de doença prolongada, reforma ou saída para outra unidade. Contudo, tal não deveria acontecer, tendo em conta que está prevista no ponto 6.6 do Regulamento do CTH que *“sempre que se verifique a ausência do médico assistente, a direção ou coordenação da unidade de saúde promove a sua substituição, de forma a garantir o acompanhamento dos pedidos de primeira consulta de especialidade pendentes de realização de consulta”*. Como tal, a responsabilidade pela não resposta atempada às devoluções efetuadas pelos triadores das unidades hospitalares é, nestes casos, das unidades emissoras de pedidos.

A permanência no estado de “pendente” dos pedidos de primeira consulta devolvidos pelos médicos triadores aos médicos assistentes dos cuidados de saúde primários não é admissível, prejudicando, por meras razões burocráticas, o acesso dos utentes a uma primeira consulta de especialidade hospitalar. No entanto, o cancelamento destes pedidos pelos hospitais de destino, motivado apenas pelo seu efeito nos indicadores de desempenho do hospital, é também prejudicial para os utentes, e não é admissível à luz do regulamento do CTH.

Nos hospitais que mantêm protocolos com os cuidados de saúde primários, fixando os critérios pré-definidos e regras de referência para uma primeira consulta hospitalar da especialidade, **verificou-se uma menor proporção de recusas de pedidos de consulta**. São de destacar as seguintes práticas de agilização da gestão e do acompanhamento do acesso no âmbito do CTH, identificadas nos hospitais selecionados para a realização de trabalho de campo:

⁸⁴ Cfr. Ponto 7.4 do Regulamento do CTH.



- a. No Hospital José de Almeida – Cascais, no CHCB e na ULSAM, foram celebrados protocolos com os ACES, definindo critérios de acesso e regras de referência das unidades funcionais dos CSP para as unidades hospitalares, permitindo diminuir as devoluções e recusas de pedidos por motivos clínicos.
- b. Na ULSAM, foi celebrado, em setembro de 2016, com as unidades funcionais dos CSP, um Protocolo de Acompanhamento do utente no pós-operatório de cirurgia de catarata não complicada, em regime de ambulatório, nestas unidades funcionais⁸⁵. Com este protocolo pretende-se:
 - diminuir o número de consultas hospitalares de especialidade (i) aos utentes operados, no pós-operatório, promovendo o seguimento dos utentes nos CSP, (ii) aos utentes operados e que necessitem de inscrição para cirurgia à catarata, para o olho adelfo, promovendo a referência direta pelos CSP, e libertando capacidade para a realização de primeiras consultas de especialidade que assegurem maior acesso;
 - promover consultas de proximidade, dispensando a necessidade de nova deslocação do utente ao hospital.
- c. No HGO, a articulação entre os cuidados hospitalares e os primários permite realizar as 1^{as} consultas da especialidade de Oftalmologia⁸⁶ junto de uma unidade funcional dos CSP. Sem esta colaboração não seria possível ao HGO internalizar a totalidade das consultas, por insuficiência de espaço físico no hospital para a sua realização.

10.2.2. SIGIC

Os procedimentos instituídos pelas unidades hospitalares no âmbito do SIGIC apresentam igualmente alguma uniformidade entre as unidades hospitalares auditadas. Subsistem, no entanto, práticas distintas em cada unidade hospitalar, e inclusive entre diferentes especialidades da mesma unidade hospitalar, pela não centralização dos procedimentos na UHGIC.

⁸⁵ Face ao crescente volume anual de doentes inscrito para cirurgia da catarata e a insuficiente resposta da ULSAM foi criado este Projeto com o fim de incrementar a produção cirúrgica conservando os recursos existentes. Tratando-se de uma cirurgia em regime de ambulatório em que o utente regressa ao domicílio no próprio dia em que é submetido a intervenção cirúrgica, acompanha-se o utente durante o 1º mês pós-cirurgia ajustando a intervenção às suas necessidades específicas.

É feita uma avaliação nas 1^{as} 24 horas, pelo enfermeiro responsável pelo doente no Bloco de ambulatório, seguindo-se a subsequente referência para o enfermeiro de família com a avaliação efetuada. O enfermeiro de família estabelece o contacto telefónico para avaliação ao 7º dia e marca consulta presencial ao 28º, conforme procedimento definido.

⁸⁶ O HGO apesar de não ter formalizado por escrito protocolos de cooperação/colaboração com o ACES Almada-Seixal, mantém uma boa relação institucional e uma abertura de comunicação com a Direção Clínica dos ACES e com os Coordenadores das Unidades Funcionais.

Os principais resultados apurados no âmbito do SIGIC foram os seguintes.

Figura 8 - Resultados dos indicadores de risco – SIGIC

Indicadores	Resultados
Operados com TE < 1 e Prioridade < 4	Procedimentos cirúrgicos realizados em regime de ambulatório fora do BO, com particular relevância nas especialidades de oftalmologia (injeção intra ocular - intravítreas), de cirurgia geral (remoção de sinais), de estomatologia (extração de dentes), de ginecologia (remoção de pólipos) e de cardiologia (pacemaker).
% de cirurgias com GDH provisional 470 (erro – não agrupável)	Identificado como erro no registo da inscrição da proposta cirúrgica pelo médico que de forma incompleta (código inválido) ou incorreta (erro de codificação) do código do diagnóstico e de procedimento gera GDH 470 (inexistente na lista de códigos válidos da ICD-9-CM). Transversal às diversas especialidades, mas com maior incidência nas especialidades de Cirurgia Geral, ginecologia, Oftalmologia e Dermatologia.
Suspensão de contagem de tempo, medida pela diferença entre o tempo de espera (oficial) das cirurgias realizadas e o tempo de espera em dias corridos	Na maioria dos casos, as pendências analisadas correspondiam a transferências e readmissões da responsabilidade da UCGIC/ACSS, mas também se observaram situações de pendências pessoais.

Tal como descrito no ponto 9.2.2.1, a **atividade cirúrgica programada das unidades hospitalares do SNS inclui procedimentos cirúrgicos cujo tempo decorrido entre a inscrição do utente e a realização da cirurgia não configura um efetivo tempo de espera.**

Por um lado, existem inscrições não prioritárias cuja inclusão em LIC, agendamento e realização de intervenção cirúrgica ocorrem no mesmo dia, seja por uma desadequada classificação da prioridade, pela inscrição em LIC em momento posterior ao da identificação da necessidade cirúrgica, ou pela inscrição em LIC de procedimentos cirúrgicos para os quais, em rigor, não se verifica a existência de um verdadeiro tempo de espera.

Sobre a existência de práticas incorretas no registo da inscrição dos utentes em LIC, nomeadamente de utentes não urgentes inscritos e operados no mesmo dia, alega a Presidente do Conselho de Administração da ACSS, IP, em sede de contraditório, que por se tratar de “(...) *uma matéria importante para avaliar a qualidade dos processos associados à gestão da LIC (...) importa perceber a evolução registada nos últimos anos.*” E que “(...) *os valores têm vindo a reduzir-se de forma sustentada desde 2012 (...)*” o que “(...) *não inviabiliza que continuem a ser reforçados os mecanismos de controlo nos hospitais, contribuindo assim para que esta prática continue a reduzir-se.*”

Ora, salvo melhor opinião, embora seja relevante analisar a evolução dessa ocorrência ao longo do tempo, mais relevante é constatar que existem práticas incorretas de registo de inscrição dos utentes em LIC identificadas há vários anos e sobre as quais ainda não foram tomadas medidas efetivas no sentido de impedir o seu acontecimento.

Foram identificadas as seguintes situações:

- Injeção intraocular no vítreo, seguindo um plano de tratamentos calendarizado. Verificaram-se casos de inscrição e realização no próprio dia, com tempo de espera igual a zero, mas também casos de inscrição prévia do utente para intervenções a realizar posteriormente. Em ambos os casos, os tempos decorridos não configuram efetivos tempos de espera.
- Procedimentos realizados em gabinete de consulta, no âmbito da avaliação médica, de que são exemplo a extração de dentes, a remoção de sinais ou de pólipos. Considerando os conceitos de “intervenção cirúrgica” e de “cirurgia programada”⁸⁷ tal como se encontram

⁸⁷ Ponto 10 “Dá-se o nome de “intervenção cirúrgica” ao acto ou mais actos operatórios realizados por um ou mais cirurgiões no bloco operatório na mesma sessão”; Ponto 11 “Uma “cirurgia programada” é aquela que é efetuada no bloco operatório com data e realização previamente marcada e não inclui a pequena cirurgia”.



definidos nos pontos 10 e 11, da Parte II do Regulamento do SIGIC, é de questionar a inclusão destes procedimentos no SIGLIC.

- Colocação de pacemaker cardíaco.

A este respeito os membros do Conselho de Administração do CHMT, EPE, reconhecem, em sede de contraditório, existirem estas situações, *“concretamente, na realização do procedimento relativo à injeção intraocular no vítreo”* justificando tratar-se *“(…) de um procedimento considerado urgente, que requer o preenchimento da informação de cirurgia segura, requerendo para tal a inscrição na LIC.”*

No decurso dos trabalhos de auditoria verificou-se que a urgência destes procedimentos, conforme alegada em contraditório, não tem correspondência com a prioridade clínica atribuída a estes episódios cirúrgicos, classificados, na sua larga maioria, com o mais baixo nível de prioridade clínica existente (prioridade 1). Em 2016, no CHMT, 89% da totalidade de episódios cirúrgicos com tempo médio de espera inferior a 1 dia estava classificado com a prioridade 1 (e em linha com o sucedido em 2015, em que essa percentagem havia sido de 87%).

Adicionalmente, refere ainda aquela entidade que *“Como não existe pressão de procura para este procedimento, o doente pode realizar o tratamento no próprio dia da consulta. O tratamento obedece a um calendário pré-estabelecido de injeções, podendo, em teoria, ser feito o agendamento dos tratamentos. Mas este procedimento requeria que fosse possível fazer a inscrição em LIC para vários tratamentos idênticos, situação que exigiria a intervenção da SPMS na reparametrização para o efeito.”*

Relativamente a esta questão pronunciou-se, também, o Presidente do Conselho de Administração do CHCB, EPE, afirmando que *“Não obstante se reconhecer que este procedimento influencia de forma positiva os tempos médios globais de espera, entende o Conselho de Administração que, nestas situações particulares, se promove melhor acesso aos cuidados de saúde, na medida em que se evitam deslocações posteriores dos utentes para uma intervenção que pode ser efetuada de imediato e sem prejuízo de outros utentes que se encontram em lista de espera (por se tratar de casos clínicos mais complexos, independentemente, do nível de prioridade de urgência estabelecida)”*.

Verificou-se a existência, nas listas de espera dos utentes a aguardar cirurgia, de um conjunto relevante de inscrições sem um GDH previsional atribuído, de 7,23%, em 2016. Este tipo de ocorrência foi apurado em 43 das 46 unidades hospitalares analisadas para efeitos de seleção das unidades hospitalares para a realização de trabalho de campo.

Apurou-se que estas situações resultam de uma codificação insuficientemente detalhada dos diagnósticos e dos procedimentos associados à situação clínica do doente, aquando da criação da proposta cirúrgica pelo médico cirurgião⁸⁸.

Estas situações de erro podem impedir a emissão de notas de transferência ou de vales cirurgia, penalizando os utentes em lista de espera que aguardam por uma cirurgia e cujo tempo regulamentar foi ultrapassado no hospital de origem.

O sistema de informação disponibilizado pela SPMS aos Hospitais do SNS não prevê qualquer controlo que previna esta ocorrência, o que não se compreende. No sistema de informação de gestão da atividade clínica utilizado no Hospital José de Almeida-Cascais, gerido em regime de PPP, não é possível a inscrição de propostas cirúrgicas preenchidas com códigos incompletos, o que previne a ocorrência deste tipo de erros.

⁸⁸ Para que um código seja inválido basta que: i) a categoria correspondente não exista na ICD-9-CM; ii) o 4º dígito da subcategoria registada não exista para a categoria (de 3 dígitos) (do diagnóstico) respetiva; iii) o 5º dígito da subclassificação registada não exista para a subcategoria (do diagnóstico) respetiva; iv) o 3º dígito registado não exista para a categoria (de 2 dígitos) (do procedimento) respetivo; ou v) o 4º dígito registado não exista para a subcategoria (de 3 dígitos) (do procedimento) respetivo.



Em resultado da informação transmitida pelos auditores no trabalho de campo, o órgão de gestão do CHMT, a fim de evitar reincidência desta situação, diligenciou pela aplicação de um sistema de bloqueio no momento da inserção do código do diagnóstico e de procedimento da inscrição da proposta cirúrgica.

No CHCB, foi recolhida evidência de procedimento instituído pelo Coordenador da UHGIC, através de informação dirigida aos Diretores dos Serviços Cirúrgicos, em 2006, de uma listagem dos Códigos de Diagnóstico e Procedimentos, segundo o ICD-9, de modo a facilitar o preenchimento da proposta cirúrgica. No entanto, o elevado número de erros de codificação das propostas cirúrgicas (897 de um total de 4173 episódios, em 2015), revela que nem todos os profissionais médicos estão a cumprir este procedimento.

É de notar que a ocorrência deste erro não é novidade para a UCGIC nem para as unidades hospitalares, pelo que não se compreende a sua contínua existência ao longo dos anos. Sobre a ocorrência deste erro, o Coordenador Nacional do SIGIC, em janeiro de 2011, alertou para a situação através da Linha Direta n.º 3/2011, informando “(...) *que se encontra disponível um novo alarme dinâmico que chama à atenção para a existência de propostas cirúrgicas com GDH 470 (erro).*” Alertando, ainda, que as UHGIC “*deverão promover a correção dos códigos das propostas cirúrgicas até 4 de fevereiro de 2011, impreterivelmente, sob pena de ser aplicada uma não conformidade sujeita a penalização.*”

Não se verificou nas unidades hospitalares que este “alarme dinâmico” fosse efetivo, nem se apurou qualquer aplicação de penalidade pela não conformidade associada à manutenção destas situações. As situações de propostas cirúrgicas com GDH 470 existiam, em 2016, em cerca de 89% das unidades hospitalares.

No que respeita à existência de propostas cirúrgicas que geram um GDH previsual inválido, responde a Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP, em sede de contraditório que irão continuar a reforçar “(...) *os mecanismos de controlo nos hospitais, contribuindo assim para que esta realidade continue a esbater-se (...).*” Informando que, na sequência da recomendação proposta, “*A ACSS, I.P. irá trabalhar com a SPMS, E.P.E. no sentido de ser estabelecido um plano que permita assegurar que as propostas cirúrgicas são criadas nos sistemas locais com os códigos de diagnóstico e de procedimentos completos para permitir o agrupamento em GDH.*”

Relativamente às **diferenças verificadas entre os tempos de espera oficiais, que incluem pendências na contagem do tempo, e os tempos de espera corridos**, verificou-se que cerca de 95% das situações analisadas correspondiam a suspensões de contagem do tempo por efeito das transferências e readmissões efetuadas centralmente (ACSS/UCGIC) e não de “registos pendentes” por razões clínicas ou por motivo plausível a pedido do utente.

Para efeitos de testes de conformidade e validação de dados, foi consultada a informação administrativa de processos de cirurgias realizadas, em quatro unidades hospitalares auditadas⁸⁹, tendo-se verificado que alguns processos não estavam devidamente organizados e instruídos (processual e documental), registando-se a ausência de proposta cirúrgica em 10,34% dos processos (46) e a falta de nota de consentimento informado em 8,54% (38)⁹⁰.

Em nenhum dos processos consultados constava a documentação de prova de notificação ao utente da pendência ou suspensão administrativa da inscrição, contrariando o disposto na alínea e), do ponto 56, Parte IV, do Regulamento do SIGIC.

Relativamente a esta questão pronunciaram-se em sede de contraditório os membros do Conselho de Administração do CHMT, EPE, esclarecendo que “*A aplicação internamente desenvolvida*

⁸⁹ CHMT, CHCB, ULSAM e CHA.

⁹⁰ De um total de 445.

designada "Gestão de Blocos", já está a garantir a emissão de uma carta normalizada que é enviada pela UHGIC aos utentes cujo estado foi alterado". Contudo, esta entidade indica, em nota de rodapé, que tal se aplica às situações de entrada em LIC, cancelamento ou saída da LIC, ou seja, permanecendo "fora" desta solução as situações de pendência, suspensão administrativa e readmissão em LIC.

Também sobre a mesma matéria de facto, pronunciou-se o Presidente do Conselho de Administração do CHCB, EPE, reconhecendo *"a existência de alguns constrangimentos na informação regular e atempada dos utentes, relativamente à sua situação na LIC, propondo-se ponderar a aquisição de uma aplicação que permita notificar automaticamente os utentes."* Esclarecendo, no entanto, que esta decisão *"não inviabiliza a elaboração de um procedimento interno que determine a informação imediata ao utente, decorrente de qualquer alteração à sua situação na lista de espera para cirurgia programada."*

A análise dos registos dos sistemas de informação hospitalar utilizados nas unidades objeto de trabalho de campo⁹¹, não permitiu obter uma associação fiável entre o registo cirúrgico e o registo de consulta externa no qual foi identificada a necessidade cirúrgica. Esta falta de integração da informação dificulta a auditabilidade do cumprimento dos prazos iniciais de inscrição dos utentes⁹².

Quadro 18 – Inscrição dos utentes para cirurgia

Unidade Hospitalar	% de inscrições para cirurgia com data...		
	anterior à data de consulta	do dia de consulta	posterior à data de consulta
Centro Hospitalar do Algarve	27%	40%	33%
Centro Hospitalar da Cova de Beira	13%	38%	50%
Centro Hospitalar do Médio Tejo	11%	61%	28%
Hospital Garcia da Orta	13%	45%	42%
Unidade Local de Saúde do Alto Minho	14%	59%	28%
Total	16%	50%	34%

Elaboração própria, Fonte: Unidades hospitalares

Verifica-se que 34% das datas de inscrição dos episódios cirúrgicos são posteriores às datas dos episódios de consulta que lhes estão associados, o que poderá indiciar o incumprimento dos procedimentos previstos no regulamento do SIGIC para a inscrição dos utentes.

A fiabilidade da informação é, no entanto, questionável, tendo em conta que em 16% das inscrições cirúrgicas a respetiva data é anterior à data da consulta associada.

Assim, não é possível garantir que as datas de inscrição dos utentes utilizadas para o apuramento dos tempos de espera efetivos e para aferir o cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos constituam a data da identificação da necessidade cirúrgica.

Tendo em conta os objetivos definidos para o programa SIGA (Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril), nomeadamente o da *"visão holística do percurso dos utentes no SNS e a determinação de tempos de resposta globais e transversais"*, será importante assegurar a correta interligação entre os episódios cirúrgicos e os episódios de consulta que lhe estiveram subjacentes, garantindo que aos registos dos sistemas de informação correspondem as datas efetivas das decisões clínicas de referência dos utentes.

⁹¹ Que incluem a aplicação disponibilizada pela SPMS à generalidade das unidades hospitalares de gestão pública do SNS, o SONHO, e a aplicação utilizada no Hospital de Cascais, gerido em PPP.

⁹² Dados de 24% dos episódios cirúrgicos de 2016, os que foram associados a episódios de consulta subjacentes. Nos restantes não foi possível a associação, seja por esta não constar do sistema de informação ou por o episódio de consulta ser anterior a 2014. No Hospital de Cascais não foi possível a associação destes dados. Nas restantes unidades, a análise reporta às seguintes % de episódios cirúrgicos: 23% no Centro Hospitalar do Algarve, 21% no Centro Hospitalar de Cova da Beira, 37% no Centro Hospitalar do Médio Tejo, 21% no Hospital Garcia de Orta e 34% na Unidade Local de Saúde do Alto Minho.



10.3. Qualidade da informação dos sistemas CTH e SIGIC

A responsabilidade pela execução dos Regulamentos do CTH e do SIGIC é partilhada por todas as entidades envolvidas, em função das competências atribuídas a cada nível (central, regional e local), em conformidade com o que dispõe o art.º 3º da Portaria n.º 95/2013, de 4 de março, e Parte IV, da Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro.

Contudo, compete à ACSS, enquanto entidade coordenadora que centraliza e integra toda a informação do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar⁹³ e à atividade cirúrgica programada, assegurar a fiabilidade e credibilidade da informação, assim como, a segurança e confidencialidade dos dados.

Ainda, no âmbito do SIGLIC, compete igualmente à ACSS “garantir a atualização permanente do registo dos utentes na lista de inscritos, assegurando a coerência dos dados transferidos pelos hospitais para o SIGLIC e a sua correta integração”, conforme previsto no ponto 49, da Parte IV do Regulamento do SIGIC.

Conforme é referido ao longo do presente Relatório, foram observadas ocorrências de erros e de não conformidades ao nível dos sistemas que suportam a CTH e o SIGIC, pelo que estas competências não estão a ser devidamente executadas.

Sem prejuízo de competir às unidades regionais (administrações regionais de saúde) e às unidades locais (unidades hospitalares) a monitorização e a identificação de eventuais desconformidades, assim como, a definição de medidas corretivas a serem adotadas nos casos concretos, a verdade é que os erros identificados radicam, em larga medida, em problemas de interface e de integração de dados, entre as aplicações locais e a aplicação nacional, geridas pela ACSS.

As falhas de integração entre os registos existentes nos sistemas de informação dos hospitais e os sistemas SICTH e SIGLIC, que prejudicam a qualidade da informação disponibilizada publicamente sobre as listas de espera, são um problema há muito conhecido, e não têm sido resolvidas pela ACSS.

Já em novembro de 2013, a ocorrência de erros e de não conformidades era mencionada no relatório “Ponto da situação de manutenção SIGLIC, BI e SIGIC”, elaborado pelo responsável da UCGIC, conforme se transcreve na Caixa 5(sublinhados nossos).

⁹³ O ponto 11.1 da Portaria n.º 95/2013, de 4 de março, refere que “A ACSS, IP, dispõe de uma solução tecnológica de apoio à decisão, planeamento e decisão que centraliza toda a informação e permite a sua análise, com base em indicadores, bem como uma monitorização atualizada, global e objetiva do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar.” Esta Portaria foi, entretanto, revogada pela Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, que entrou em vigor no dia 1 de maio. Contudo, ainda não foi aprovado e publicado o regulamento específico da 1ª consulta hospitalar (assim como o dos cuidados de saúde hospitalares cirúrgicos programados).



CAIXA 5 – Erros e desconformidades do sistema SIGLIC

“No início de 2012, com a transferência do SIGLIC para a SPMS, os recursos afetos à manutenção do SI foram drasticamente diminuídos e a capacidade de uma comunicação efetiva entre a UCGIC e os técnicos foi limitada. Começaram-se a integrar erros que não eram conhecidos, as falhas detetadas não eram atempadamente corrigidas e acumulavam-se, as extrações de dados para controlo das instituições e publicação foram sendo espaçadas, a determinação de não conformidades foi suspensa em Novembro e não mais retomada de forma correta.

A UCGIC passou a ter de depender parte significativa dos seus recursos para dirimir as insuficiências com os hospitais e ARS, ainda a detetar e solicitar a correção de dados e processos – esta situação coibiu-a de cumprir com múltiplas funções que, por via das competências atribuídas, lhe estavam consignadas. A compilação do relatório anual 2012 esteve comprometida e a sua publicação foi tardia. Os indicadores necessários ao acompanhamento do contrato-programa não puderam ser apurados, os erros no cálculo dos valores a faturar comprometiam a atividade convencionada e a gestão por parte das ARS da faturação.

Só para ilustrar algumas falhas observadas apresenta-se o caso dos erros nos processos de transferência, decorrentes de integrações defeituosas, que criaram embaraços nacionais, plasmados nas primeiras páginas dos jornais, com emissão de vales para doentes já operados ou falecidos, com cirurgias que deixaram de se poder fazer por incapacidade de processar corretamente as transferências e devoluções.

Na enunciada reunião foi-nos explicado que a SPMS estava em processo de mudanças organizacionais e estratégicas, mas que iria agora concentrar os esforços na recuperação das funcionalidades e na correção dos processos e dados do SIGIC. Previram que até ao final de setembro os principais problemas do sistema estariam resolvidos e para tal iriam alocar os recursos necessários.

Findado setembro e analisado o que durante os últimos três meses ocorreu, constata-se que nunca os sistemas de informação do SIGLIC estiveram tão comprometidos, nunca a sequência de erros e omissões fora tão extensa e presente, nunca a capacidade de comunicar fora tão marcada.

Estivemos mais de um mês sem qualquer interlocutor válido. Atualmente o interlocutor indigitado ainda não reuniu connosco e temos razões para presumir que não domina a matéria. Hospitais e ARS inundam-nos com reclamações, às quais não sabemos dar resposta, utentes não são transferidos nos tempos consignados, não dispomos de nenhuma informação válida sobre o 1º semestre de 2013, não conformidades, indicadores de contrato, módulo de BI, extrações, pois estão bloqueados. A conformidade com regulamentos e portarias em vigor, nomeadamente as de faturação e contrato-programa não estão conformes, os testes em curso das novas funcionalidades foram suspensos.

Perante a gravidade da situação apresentada que interfere gravosamente com a gestão das instituições, a articulação com a DGS, os direitos consignados dos doentes, a capacidade da ACSS cumprir com as suas obrigações, sendo certo que o arrastar deste problema, poderá comprometer os esforços desenvolvidos que recolocaram Portugal numa posição cimeira na Europa, em matéria de ACESSO, como recentemente foi reconhecido pela OCDE, tendo em conta o desperdício financeiro, humano e até moral, que seria aviltar tudo o que nos últimos 10 anos se conquistou com o SIGIC entendemos efetuar o ponto de situação que agora se apresenta e solicitar uma reunião de cariz urgente com responsáveis e decisores da SPMS e ACSS.”

Não obstante as observações feitas terem por referência o ano de 2012, verifica-se que muitos dos erros e das não conformidades se mantinham, ainda, em 2016.

A Presidente do Conselho de Administração da ACSS, IP, reconhece em sede de contraditório a existência de *“(…) problemas relacionados com os registos de atividade nos vários hospitais e com os sistemas de informação que o suportam, essencialmente associados à existência de um interface entre os sistemas locais e o sistema central que apresenta diversas fragilidades e que exige um esforço de manutenção técnica e operacional significativo.”* Referindo que *“Esta é uma realidade há muito identificada, que exige a substituição tecnológica do interface e que tem vindo a ser amplamente sinalizada como prioritária pela ACSS, I.P. junto da SPMS, E.P.E. (…).”*

Também neste caso, apesar de o problema ser reconhecido há muito pela ACSS, IP, e tratar-se uma prioridade como é referido nas alegações, as medidas “avulsas” implementadas não foram nem suficientes nem eficazes por forma a solucionar em definitivo o problema.



Ainda sobre a matéria *sub judice*, a alegante refere que é “(...) um constrangimento que ainda persiste e que é colmatado com a realização de trabalhos técnicos adicionais de validação da qualidade da informação disponível, no sentido de assegurar a sua fiabilidade e utilização pública.” Acrescentando que “(...) tem vindo reiteradamente a solicitar à SPMS (sublinhado nosso), entidade que tem a competência de efetuar a gestão dos sistemas de informação que suportam o acesso ao SNS, a resolução destes problemas, quer seja através do reforço da negociação e acompanhamento das metas estabelecidas no Contrato-Programa anualmente estabelecido, quer seja através de reuniões que se têm realizado entre os conselho diretivos e entre as equipas técnicas responsáveis em ambas instituições pela gestão operacional destas áreas (...)”

Apesar disso, considera “(...) que só a implementação plena dos instrumentos que constituem a componente VAI do SIGA permitirá solucionar, definitivamente, os diversos constrangimentos técnicos associados à validação da informação sobre o acesso ao SNS, e que são destacados no presente relato de auditoria.”

Ora, decorre dos esclarecimentos prestados que as diligências encetadas pela ACSS, IP, junto da SPMS, EPE, falharam e que esta, enquanto entidade contratada responsável pela gestão dos sistemas de informação que suportam o acesso ao SNS, incumpriu o estipulado no Contrato-Programa, por falta de capacidade para a resolução das falhas de integração ocorridas entre os sistemas de informação. O protelar durante anos a resolução do problema não é compreensível nem aceitável tendo em conta o efeito negativo causado no funcionamento das unidades prestadoras de cuidados de saúde.

Assim, pese embora as virtudes assinaláveis nos sistemas de informação referidos (SICTH e SIGLIC), as situações observadas e auditadas revelam, de forma consistente, falta de fiabilidade e de credibilidade nos registos, pelo que existem reservas sobre a qualidade dos registos.

De facto, existem diferenças entre os dados relativos ao acesso a cuidados de saúde disponíveis a nível central⁹⁴ (e divulgados publicamente) e os constantes dos sistemas de informação das unidades hospitalares auditadas. Foram identificadas diferenças na produção efetiva, número de utentes a aguardar cuidados de saúde e nos tempos de resposta das consultas realizadas. Estas diferenças são mais acentuadas e ocorrem com maior frequência ao nível da CTH.

No quadro seguinte são observáveis as diferenças apuradas no número de 1^{as} consultas realizadas com proveniência nos cuidados de saúde primários, nos anos de 2015 e de 2016, em todas as unidades hospitalares auditadas. Os dados nacionais que constam do sistema central da ACSS são inferiores quando comparados com os dados locais, obtidos dos sistemas internos das unidades (SIH), com exceção do CHA nos dois anos e do CHMT em 2016, em que o registo de episódios é superior.

Quadro 19 – Diferenças apuradas no n.º de consultas realizadas -2015-2016

Unidade Hospitalar	2015			2016		
	ACSS-UCCTH	SIH	Diferenças	ACSS-UCCTH	SIH	Diferenças
Centro Hospitalar do Algarve	30 019	29 789	230	30 369	29 774	595
Centro Hospitalar da Cova de Beira	6 947	7 474	-527	8 548	8 603	-55
Centro Hospitalar do Médio Tejo	18 642	18 932	-290	19 610	19 515	95
Hospital de Cascais	21 017	21 997	-980	21 351	21 985	-634
Hospital Garcia da Orta	30 392	31 190	-798	32 985	32 996	-11
Unidade Local de Saúde do Alto Minho	35 036	35 646	-610	36 606	36 479	127

Elaboração própria. Fontes: ACSS e entidades auditadas

⁹⁴ Informação remetida pela ACSS, constante dos sistemas SIGLIC e SICTH. A informação foi previamente tratada e disponibilizada pela SPMS, enquanto entidade responsável pelos sistemas e tecnologias de informação e comunicação na área da saúde.



Da comparação dos dados acerca do número de consultas realizadas, assim como acerca do tempo médio de resposta (cfr. quadro seguinte), as diferenças assinaladas são, em termos relativos, pouco relevantes (com exceção do CHCB, em 2015), tendo em conta tratar-se de informação de atos de saúde efetivamente prestados.

Quadro 20 – Diferenças apuradas no tempo médio de resposta de 1^{as} consultas CTH 2015-2016

Unidade Hospitalar	2015			2016		
	ACSS-UCCTH	SIH	Diferenças	ACSS-UCCTH	SIH	Diferenças
Centro Hospitalar do Algarve	197,84	196,08	1,76	142,58	143,24	-0,66
Centro Hospitalar da Cova de Beira	100,57	115,86	-15,29	146,50	150,52	-4,02
Centro Hospitalar do Médio Tejo	148,70	147,97	0,73	167,17	167,43	-0,26
Hospital de Cascais	100,54	98,55	1,99	111,19	109,69	1,50
Hospital Garcia da Orta	104,25	99,06	5,19	118,43	117,61	0,82
Unidade Local de Saúde do Alto Minho	80,16	79,60	0,56	76,46	76,05	0,41

Elaboração própria. Fontes: ACSS e entidades auditadas

Ao contrário, os dados sobre as listas de espera podem incorporar utentes que, por erro, não foram retirados das listas, apesar de terem visto o seu problema de saúde resolvido.

De facto, a análise comparativa dos dados acerca da LICO (lista de espera para primeira consulta, CTH) e do respetivo tempo médio de espera, entre sistemas nacional e locais, em 2016, demonstra diferenças mais expressivas.

Quadro 21 – Diferenças apuradas na dimensão e no TME da LICO, a 31.12. 016

Unidade Hospitalar	Pedidos em lista de espera a 31.12.2016			TME, em LICO, a 31.12.2016		
	ACSS-UCCTH	SIH	Dif. (%)	ACSS-UCCTH	SIH	Dif. (%)
Centro Hospitalar do Algarve	18 696	18 510	1,0%	268,34	227,75	17,8%
Centro Hospitalar da Cova de Beira	3 552	3 105	14,4%	116,12	127,84	-9,2%
Centro Hospitalar do Médio Tejo	10 143	9 011	12,6%	137,01	125,46	9,2%
Hospital de Cascais	----	n.d.	----	----	n.d.	----
Hospital Garcia da Orta	22 418	16 971	32,1%	250,84	297,42	-15,7%
Unidade Local de Saúde do Alto Minho	9 532	8 172	16,6%	61,16	73,48	-16,8%

Elaboração própria. Fontes: ACSS e entidades auditadas

Nota: O CHA remeteu dados do CTH e não do SIH (SONHO), pelo que a informação da LICO é coincidente com a dada pela ACSS.

O Hospital Garcia da Orta e a Unidade Local de Saúde do Alto Minho são as unidades que apresentam diferenças mais significativas, quer na dimensão da respetiva lista de espera (32,1% e 16,6%, respetivamente), quer no que respeita aos tempos médios de espera em lista, onde estas diferenças são de -15,7% para o HGO e de -16,8% para a ULSAM.

Embora com menor expressão do que nas consultas CTH, foram também apuradas diferenças no número de utentes operados no âmbito do SIGIC, nos anos de 2015 e de 2016. Na maioria das unidades hospitalares (com exceção da ULSAM, nos dois anos analisados, e no CHA, em 2016) o número que consta do sistema central da ACSS é inferior aos dados locais registados no sistema interno das unidades, cfr. quadro infra.



Quadro 22 – Diferenças apuradas no n.º de utentes operados 2015-2016

Unidade Hospitalar	2015			2016		
	ACSS-UCCTH	SIH	Diferenças	ACSS-UCCTH	SIH	Diferenças
Centro Hospitalar do Algarve	9 431	9 451	-20	9 608	8 714	894
Centro Hospitalar da Cova de Beira	4 173	4 207	-34	4 781	4 875	-94
Centro Hospitalar do Médio Tejo	7 773	8 052	-279	8 933	9 570	-637
Hospital de Cascais	6 672	6 678	-6	6 852	6 853	-1
Hospital Garcia da Orta	12 380	12 499	-119	13 454	13 578	-124
Unidade Local de Saúde do Alto Minho	10 866	10 864	2	11 979	11 979	0

Elaboração própria. Fontes: ACSS e entidades auditadas

As unidades hospitalares auditadas manifestaram uma opinião negativa sobre a fiabilidade da informação constante dos sistemas de informação centrais e publicitada no sítio <http://tempos.min-saude.pt/>, comparativamente com a informação disponível nos sistemas internos dessas unidades⁹⁵.

Cerca de 50% das unidades hospitalares auditadas avaliou como “média”⁹⁶ a fiabilidade da informação disponível no CTH e 83% considerou que os dados oficiais publicitados não informam corretamente os utentes acerca dos tempos médios de espera. As discrepâncias mais frequentemente apontadas pelas unidades hospitalares, entre os dados locais e os centrais, são as relativas à permanência de pedidos em LICO com consulta já realizada⁹⁷.

No âmbito do SIGIC, os resultados apurados são semelhantes aos do CTH, com 50% das unidades hospitalares a considerarem “média” a fiabilidade da informação, e 83% a referirem que os dados oficiais publicitados não refletem a realidade da unidade hospitalar.

Quanto às não conformidades, todas as unidades reportaram a existência de situações de reentrada de utentes em LIC, quando as suas inscrições já haviam sido resolvidas, pela realização da cirurgia, sendo a situação considerada recorrente por 50% dos respondentes.

11. Medidas implementadas pela tutela

A produção legislativa do Ministério da Saúde nos XX e XXI Governos Constitucionais sobre a matéria em análise é a que se sintetiza no quadro seguinte.

⁹⁵ Em resposta a questionários preenchidos no decurso do trabalho de campo sobre: a) se os dados disponibilizados quer pelo CTH quer pelo SIGLIC refletem de forma apropriada e verdadeira a realidade da unidade hospitalar; b) incorreções e omissões; c) frequência das ocorrências; e d) evidências dos registos dos incidentes.

⁹⁶ Opções: fiabilidade alta, média ou baixa.

⁹⁷ Situação considerada muito relevante por 66,67% das unidades auditadas (outras opções: pouco ou nada relevante).



Quadro 23 – Medidas legislativas

Ano	Área	Legislação	Descrição da medida
2012	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)	Portaria n.º 271/2012, de 04.09 - Ministério da Saúde	Aprova o Regulamento e as tabelas de preços a praticar para a produção adicional realizada no âmbito do SIGIC pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas e entidades privadas e sociais e revoga a Portaria n.º 852/2009, de 7 de agosto
	Consulta Especialidade Hospitalar	Portaria n.º 95/2013, de 04.03 – Ministério da Saúde (revoga a Portaria n.º 615/2008, de 11.07)	Aprova o Regulamento do Sistema Integrado de Referência e de Gestão do acesso à 1ª consulta de especialidade hospitalar nas instituições do SNS
2013	União Europeia e Espaço Económico Europeu	Portaria n.º 191/2014, de 25.09 Lei n.º 52/2014, de 25.08	Define os cuidados de saúde transfronteiriços sujeitos a autorização prévia. Estabelece normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, transpondo a Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, e a Diretiva de Execução n.º 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012.
	Direitos de Acesso	Lei n.º 15/2014, de 21.03 (revoga a Lei n.º 41/2007, de 24.08)	Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde.
2014	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)	Portaria n.º 260-B/2015, de 24.08 – Ministério da Saúde Portaria n.º 179-A/2015, de 16.06 - Ministério da Saúde	Altera o Regulamento das Tabelas de Preços a praticar para a produção adicional realizada no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia aprovado como Anexo I à Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro
	Direitos de Acesso	Portaria n.º 87/2015, de 23.03	Aprova o Plano de Intervenção em Cirurgia (PIC)
2015	Direitos de Acesso	Despacho n.º 6170-A/2016, de 09.05 - MS	Define os tempos máximos de resposta garantidos para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência, publica a Carta de Direitos de Acesso e revoga a Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro.
	Referenciação	Despacho n.º 5911-B/2016, de 03.05 – Gabinete do SES	Determina que a ACSS, em colaboração com a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS), assegure que o sistema de informação de apoio permita a referenciação para a primeira consulta de especialidade em qualquer uma das unidades hospitalares do SNS onde exista a especialidade em causa.
	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)	Portaria n.º 18/2016, de 08.02	Estabelece disposições para a referenciação do utente, para a realização da primeira consulta de especialidade hospitalar, em qualquer das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde onde exista a especialidade em causa - Livre Acesso e Circulação
	Direitos de Acesso/Publicidade	Despacho n.º 987/2016, de 20.01 Gabinete do Ministro da Saúde	Procede à alteração do Regulamento das Tabelas de Preços a praticar para a produção adicional realizada no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia aprovado como anexo I à Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro
2016	Direitos de Acesso	Portaria n.º 153/2017, de 04.05	Estabelece disposições sobre a disponibilização pública de informação completa e atualizada sobre o cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG), incluindo os tempos de resposta dos serviços de urgência, nos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS).
	Direitos de Acesso	Portaria n.º 147/2017, de 27.04	Define os tempos máximos de resposta garantidos para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência e aprova e publica a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS.
		Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20.04	Regulamenta o Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS).
2017			Procede à primeira alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que visa a consolidação dos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, e cria o Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS).

Em 2015, destaca-se a aprovação do Plano de Intervenção em Cirurgia (PIC)⁹⁸, com o objetivo de evitar riscos de incumprimento dos tempos máximos de resposta e combater, assim, o tempo de espera cirúrgico, internalizando a produção no âmbito do SNS.

O PIC previa a realização de 16 mil cirurgias a executar em produção adicional, pelas unidades hospitalares aderentes⁹⁹, entre 1 de julho e 31 de dezembro de 2015, com um valor máximo de financiamento de 22 milhões de euros.

⁹⁸ Aprovado através da Portaria n.º 179-A/2015, de 16 de junho.

⁹⁹ Abrangia as áreas/patologias de: i) cirurgia em patologia neoplásica (mama e próstata); ii) cirurgia da hérnia discal; iii) artroplastia da anca, e iv) cirurgia da catarata.



Ao Plano aderiram vinte e quatro unidades hospitalares¹⁰⁰, as quais contratualizaram 9.925 cirurgias pelo valor de € 14.665.378, o que representa cerca de 62% da previsão para a produção cirúrgica face ao objetivo fixado no Plano e cerca de 67% do valor máximo atribuído para o financiamento.

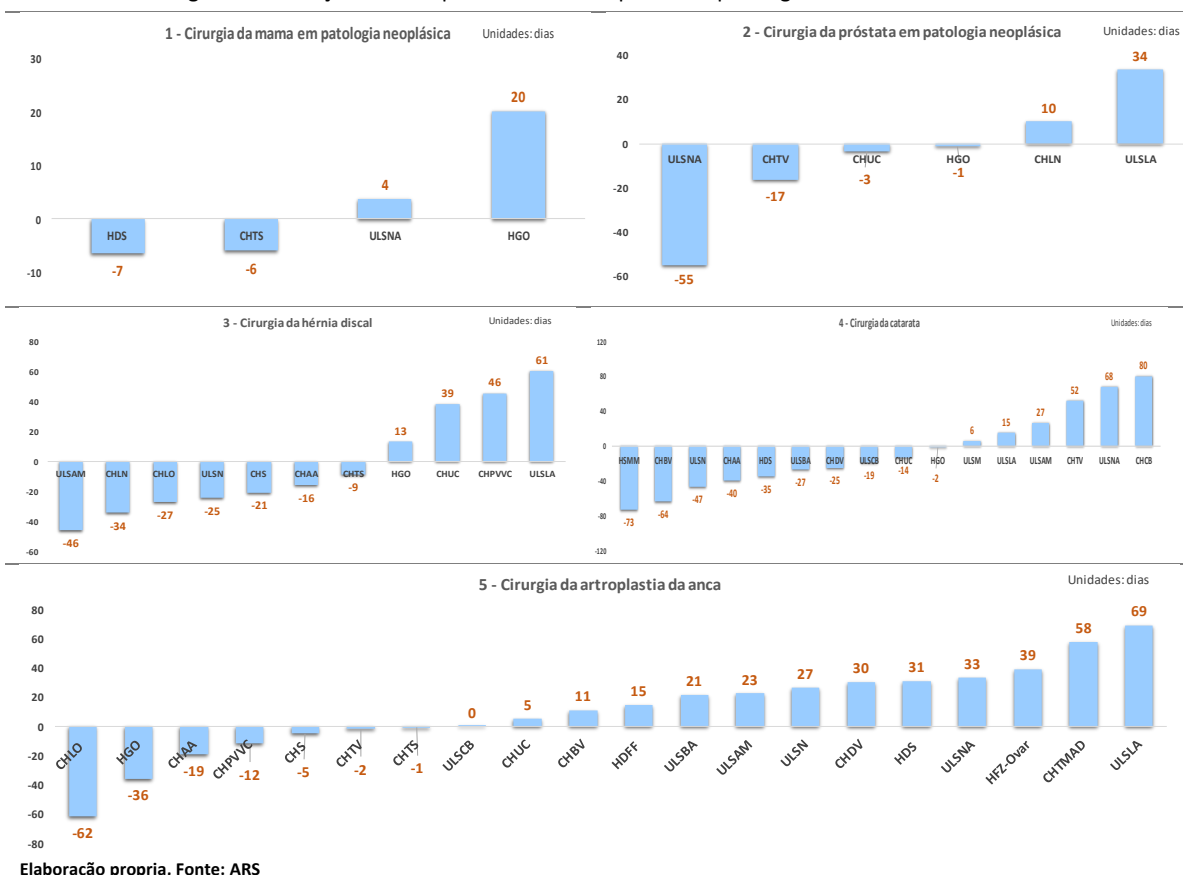
Quadro 24 - PIC: nº de cirurgias e valor contratados, taxa de execução

Região de Saúde	Cirurgia da mama em patologia neoplásica	Cirurgia da próstata em patologia neoplásica	Cirurgia da hérnia discal	Cirurgia da artroplastia da anca	Cirurgia da catarata	N.º total de cirurgias contratadas (1)	Valor contratado (M€)	Produção adicional realizada PIC (2)	Taxa de execução da produção (2)/(1)
Norte	40	0	166	570	3 951	4 727	6 192 801,34	3 988	84,37%
Centro	0	102	60	502	2 453	3 117	4 645 779,92	1 948	62,50%
LVT	78	30	225	325	200	858	2 561 398,85	588	68,53%
Alentejo	20	15	11	77	1 100	1 223	1 265 398,16	345	28,21%
Total	138	147	462	1 474	7 704	9 925	14 665 378,27	6 869	69,21%

Elaboração própria, Fonte: ARS's

A produção realizada pelas unidades hospitalares não atingiu as quantidades contratualizadas, ficando a taxa de execução em 69,21%. Considerando que um dos objetivos estratégicos¹⁰¹ era o de reduzir o tempo de acesso nas patologias referenciadas, efetuou-se uma análise comparativa dos tempos de resposta dos doentes operados no 2º semestre de 2014 com o período homólogo de 2015 das unidades hospitalares aderentes.

Figura 9 – Variação dos tempos médios de resposta nas patologias contratualizadas - PIC



Elaboração própria, Fonte: ARS

¹⁰⁰ A adesão foi operacionalizada através da celebração de Adendas ao Acordo Modificativo 2015 do Contrato Programa 2013-2015 das unidades hospitalares do SNS.

¹⁰¹ O PIC tinha, ainda, como objetivos estratégicos o de: i) reforçar o papel do SNS na resposta às necessidades da população e o de ii) reforçar a regulação da atividade cirúrgica.



Desta análise, resulta o seguinte:

- i. Na cirurgia da mama em patologia neoplásica, das quatro unidades hospitalares aderentes, apenas duas melhoraram os seus tempos de resposta (CHTS e HDS);
- ii. Na cirurgia da próstata em patologia neoplásica, das seis unidades aderentes apenas quatro melhoraram os seus tempos de resposta (CHTV, CHUC, HGO e ULSNA);
- iii. Na cirurgia da hérnia discal, das onze unidades aderentes apenas sete conseguiu melhorar os seus tempos de resposta (ULSAM, CHLN, CHLO, ULSN, CHS, CHAA E CHTS);
- iv. Na cirurgia da catarata, apenas dez, das dezasseis unidades hospitalares aderentes, melhoraram os seus tempos de resposta (HSMM, CHAA, ULSN, CHDV, CHBV, CHUC, ULSCB, HDS, HGO e ULSBA);
- v. Por último, na cirurgia da artroplastia da anca, das vinte unidades hospitalares aderentes, sete unidades conseguiram melhorar os seus tempos de resposta (CHPVCV, CHTS, CHAA, CHTV, CHLO, CHS e HGO).

Ou seja, das vinte e quatro unidades hospitalares que aderiram ao PIC, cerca de 42% conseguiu reduzir e melhorar os seus tempos médios de resposta, enquanto que as restantes unidades hospitalares 58%, pioraram os seus tempos nas patologias contratadas.

Mais uma vez se volta a referir, que o SIGIC¹⁰² enquanto instrumento de gestão surge em termos temporais na sequência de programas especiais de recuperação de listas de espera que tinham como objetivo resolver situações “acumuladas” através da realização de produção adicional. Mesmo o SIGIC prevê a possibilidade de ser realizada produção adicional, com incentivos financeiros, para responder a dificuldades de resolução da lista de espera. Assim, não era expectável que surgisse um programa colateral ao SIGIC com características em tudo semelhantes a programas de intervenções pontuais¹⁰³ sobre as listas de espera que produzem resultados de curto prazo, mas que não alteram de forma sensível a dinâmica da lista de espera.

Já em 2016, salienta-se a criação do Sistema Integrado de Gestão do Acesso – SIGA SNS, com o objetivo de facilitar e agilizar o acesso aos cuidados de saúde, com base em quatro iniciativas:

- i. *“Desenvolvimento do “Livre Acesso aos Cuidados de Saúde” (LAC) - adaptação dos sistemas de informação das unidades de prestação de cuidados de saúde para facilitar a escolha da unidade hospitalar em processos de referenciação dos cuidados de saúde primários, disponibilizando um indicador de tempo médio de espera;*
- ii. *Operacionalização do “Voucher de acesso e integração de cuidados de saúde” (VAI) - produção de um Formulário de Indicação de Cuidados e Acessos (FIC) pelos profissionais de saúde, no âmbito da Plataforma de Dados de Saúde (PDS), com a informação clínica que originou a necessidade de referenciação, e com a possibilidade de notificação eletrónica da entidade de destino;*
- iii. *Implementação dos “Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) sem papel (MSP)” - desmaterialização do fluxo de pedido de MCDT e de acesso aos resultados;*
- iv. *Desenvolvimento do “Voucher eletrónico de transporte de doentes não urgentes” - desmaterialização de processos de requisição eletrónica, gestão de pedidos e rotas, e gestão dos processos de conferência da faturação; desenvolvimento de aplicação móvel para controlo da localização do doente e do estado do processo.”*

Para além das medidas enunciadas, a ACSS, através da Circular Normativa n.º 12/2016/DPS-UGA/ACSS, de 19 de maio de 2016, deu início ao Programa de Incentivo à Realização da Atividade

¹⁰²Que 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.

¹⁰³ 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.). Também o Programa de Intervenção em Oftalmologia (PIC), com âmbito temporal de 1 de julho a 31 de dezembro de 2008.



Cirúrgica no SNS (PIRAC), com o objetivo de melhorar a capacidade de resposta cirúrgica das unidades hospitalares públicas, pretendendo: “i) *melhorar os tempos de resposta no acesso à cirurgia programada*; ii) *rentabilizar a capacidade cirúrgica instalada na rede de estabelecimentos públicos*; iii) *criar mecanismos competitivos para a realização de atividade cirúrgica no SNS*, e iv) *aumentar a produtividade das instituições do SNS*.”

O Livre Acesso e Circulação (LAC), que permite ao cidadão/utente optar pela instituição do SNS onde pretende ser assistido, fica, desde logo, comprometido na marcação da 1ª consulta de especialidade hospitalar referenciada pelas unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, tendo em conta a falta de fiabilidade dos indicadores relativos ao acesso à consulta externa, que podem induzir em erro o utente e o médico assistente, no momento da escolha da unidade hospitalar.

Por outro lado, o incentivo à internalização como reconhecimento da existência de capacidade efetiva disponível dentro do perímetro do SNS, contrasta com a insuficiência de recursos humanos médicos, particularmente de anestesistas, reportado pela generalidade das unidades hospitalares auditadas, que condiciona a capacidade de cada unidade cumprir os TMRG¹⁰⁴.

Embora na incapacidade de a unidade hospitalar responder dentro do TMRG, o utente tenha a opção de escolher outra unidade, esse direito de opção não é exercido de forma igual em todas as regiões de saúde. De facto, a concentração de unidades hospitalares de gestão pública em perímetros geográficos que permitam uma maior escolha do utente apenas se verifica nos grandes centros urbanos. Em regiões como a do Algarve, não existem unidades hospitalares do SNS alternativas senão a vários quilómetros da residência do utente.

Assim, verifica-se que as iniciativas da tutela não têm resolvido as assimetrias observáveis nas diferentes regiões de saúde quanto à real capacidade disponível das unidades hospitalares.

VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO

Do projeto de Relatório foi dada vista ao Ministério Público, nos termos do art.º 29º, n.º 5, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, alterada e republicada pela Lei n.º 20/2015, de 9 de março, e alterada pela Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro.

¹⁰⁴ Apesar da existência de subutilização dos blocos operatórios, o planeamento da capacidade instalada deve obrigatoriamente ser acompanhado por um planeamento em recursos humanos de forma a garantir um equilíbrio entre ambas.



IV – EMOLUMENTOS

De acordo com o disposto nos art.ºs 1º, 2º, 10º, n.º1 e 11º, n.º 1, do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de maio¹⁰⁵, são devidos emolumentos no valor global de € 17.164,00, a suportar pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP. e pelas seis unidades hospitalares auditadas – Hospital Garcia de Orta, EPE, Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida, Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE e Centro Hospitalar do Algarve, EPE.

V – DETERMINAÇÕES FINAIS

Os juízes do Tribunal de Contas deliberam, em subsecção da 2ª Secção, o seguinte:

1. Aprovar o presente Relatório, nos termos da alínea a), do nº 2, do art.º 78º, da Lei nº 98/97, de 26 de agosto.
2. Que o presente Relatório seja remetido, às seguintes entidades:
 - * Ministro da Saúde;
 - * Presidente da Comissão Parlamentar de Saúde;
 - * Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
 - * Presidente do Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE;
 - * Presidente do Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta, EPE;
 - * Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida;
 - * Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE;
 - * Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE;
 - * Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE;
 - * Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Algarve, EPE.
3. Que, após a entrega do Relatório às entidades supra referidas, o mesmo seja colocado à disposição dos órgãos de comunicação social e divulgado no sítio do Tribunal.
4. Expressar aos responsáveis, dirigentes e funcionários das entidades envolvidas e/ou auscultadas o apreço pela disponibilidade revelada e pela colaboração prestada no desenvolvimento desta ação.
5. Que as entidades destinatárias das recomendações comuniquem, no prazo de três meses, após a receção deste Relatório, ao Tribunal de Contas, por escrito e com a inclusão dos respetivos documentos comprovativos, a sequência dada às recomendações formuladas.
6. Que um exemplar do presente Relatório seja remetido ao Ministério Público junto deste Tribunal, nos termos dos art.ºs 29º, nº 4, 55º nº 2, da Lei nº 98/97, de 26 de agosto, na redação dada pela Lei nº 48/2006, de 29 de agosto.

¹⁰⁵ Com as alterações introduzidas 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, em 12 de setembro de 2017.

O Juiz Conselheiro Relator



(Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes)

Os Juízes Conselheiros Adjuntos



(António Augusto Pinto dos Santos Carvalho)



(José Luís Pinto Almeida)

Fui presente

A Procuradora-Geral Adjunta





Tribunal de Contas

**Auditoria ao
Acesso a Cuidados de Saúde no
Serviço Nacional de Saúde**



**Relatório nº 15/2017 – 2ª Secção
Volume II - Alegações e Emolumentos
Processo n.º 32/2016 – Audit**

Visão

*Promover a verdade, a boa gestão, a
legalidade e a responsabilidade nas
finanças públicas*



Índice

ALEGAÇÕES.....	5
I. MINISTRO DA SAÚDE	7
II. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP	13
III. SERVIÇOS PARTILHADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, EPE.....	47
IV. HOSPITAL DE CASCAIS – DR. JOSÉ DE ALMEIDA	49
V. CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO, EPE	51
VI. CENTRO HOSPITALAR DA COVA DA BEIRA, EPE	57
VII. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE.....	61
NOTAS DE EMOLUMENTOS.....	63



ALEGAÇÕES



I. Ministro da Saúde

Ofício N.: 5910
Data: 07-08-2017



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**

GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE

TRIBUNAL DE CONTAS

E 12876/2017
2017/8/7



Exmo. Senhor
Dr. José F. F. Tavares
Diretor-Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, nº 61
1069-045 Lisboa

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
Ofício nº. 23165 Proc. 32/2016 - Audit DA VI - UAT.1	11/07/2017	Nº: ENT.: 10700/2017 PROC. Nº: 208/2017	12/07/2017

Assunto: Relato de Auditoria de resultados ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde

Encarrega-me o Sr. Ministro da Saúde, no âmbito do processo identificado em epígrafe, de informar o que segue, conforme sistematização das Recomendações emitidas em projeto por esse Tribunal e as alegações tidas pertinentes no que concerne às conclusões e observações constantes do documento identificado em epígrafe.

Recomendação 1. Garantir a qualidade/rigor dos dados divulgados respeitantes ao acesso à primeira consulta hospitalar e à cirurgia programada, sujeitando-os a verificações regulares à sua qualidade, por uma entidade externa à ACSS, eventualmente a IGAS.

O Despacho n.º 987/2016, publicado no Diário da República, 2º Série de 20 de janeiro, determinou que passaria a ser disponibilizada ao público informação completa e atualizada sobre o cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) nos estabelecimentos hospitalares do SNS até final do ano de 2016.





REPÚBLICA
PORTUGUESA

GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE

Ao aumentar a transparência, através da publicitação dos dados, o Ministério da Saúde tem como objetivo garantir a sua qualidade e rigor. Na verdade, nos termos do referido Despacho (5) “Todos os intervenientes no processo de divulgação devem assegurar que a informação fornecida ao público é a mesma que os estabelecimentos e os organismos centrais utilizam, de forma a promover uma política e uma cultura de transparência e a reforçar a confiança dos cidadãos no SNS”.

Para alcançar os objetivos de transparência e confiança foi necessário realizar vários trabalhos de melhoria nos sistemas e fluxos de informação, a implementar pela ACSS e pela SPMS, e, como o ponto de partida em matéria de qualidade dos dados e transparência da informação para o utente não era apropriado, foi previsto um prazo de implementação até ao final do ano de 2016.

Assim, as conclusões retiradas na Auditoria do Tribunal respeitam a processos que se encontravam ainda em transição à data da análise, visando a implementação de procedimentos muito mais transparentes, quer para o utente, quer para o público em geral.

A recomendação do Tribunal, vem, neste enquadramento, ao encontro de uma política que o Ministério da Saúde vem prosseguindo desde fevereiro de 2016 e que pretende ser reforçada.

Recomendação 2. Averiguar as causas e os responsáveis pelas decisões que geraram a manipulação de registos das listas de espera para consulta, deturpando o reporte dos tempos de resposta no acesso à primeira consulta hospitalar.

O Ministério da Saúde não concorda com esta recomendação na medida em que não reconhece existir qualquer manipulação de registos, pois tudo tem sido feito para melhorar os fluxos de informação e a qualidade dos dados quer da Consulta a Tempo e Horas (CTH), quer do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).



Neste enquadramento, as dificuldades na implementação das novas políticas, para assegurar maior transparência, obrigaram porventura a ajustamentos sucessivos de processos e rotinas, mas isso não consiste nem implica manipulação de dados.

Acresce referir que, de acordo com a informação prestada pela ACSS, no CTH não pode existir recusa administrativa de pedidos em espera sem motivo objetivo e demonstrado.

Ainda na 1ª quinzena de Agosto irá ser entregue à Assembleia da República o Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas em 2016, de que enviaremos cópia a esse Tribunal.

Recomendação 3. Considerar na avaliação do desempenho dos membros dos conselhos de administração dos hospitais o cumprimento das regras de funcionamento dos sistemas CTH e SIGIC, no quadro de execução dos contratos-programa.

A avaliação do desempenho encontra-se prevista para prossecução das orientações da tutela e integra os “Termos de referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS”, sendo também legalmente enquadrada no estatuto do gestor público. O Governo considera o incumprimento destas regras como fator de penalização.

Note-se ainda que a implementação do Sistema Integrado de Gestão do Acesso ao SNS (SIGA SNS) que se iniciou em 2016 visa assegurar o acesso equitativo, atempado e transparente às instituições do SNS, contribuindo para o cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), para alterar o paradigma da oferta de cuidados de saúde e para reorganizar o Sistema em torno do cidadão, das suas necessidades e das suas expetativas.

O SIGA SNS reúne não só informação que se encontrava dispersa por vários sistemas de informação que apoiavam a gestão do acesso ao SNS - designadamente o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), o Sistema de Referência para Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar - designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH) ou o aplicativo da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) -,



REPÚBLICA
PORTUGUESA

GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE

como abrange também informação relativa a outras áreas que até agora não eram monitorizadas, como sejam os meios complementares de diagnóstico terapêutica (MCDT), as consultas subsequentes de especialidade hospitalar, os cuidados de saúde primários, os serviços de urgência, entre outras.

O Governo acompanha, pois, a Recomendação.

Recomendação 4. Melhorar a capacidade disponível a nível hospitalar, principalmente na Região de Saúde do Algarve, por forma garantir a convergência, para a média nacional, dos tempos de acesso a consultas e cirurgias (121 e 94 dias, respetivamente, em 2016), estabelecendo um plano de ação calendarizado.

O combate às assimetrias regionais na resposta cirúrgica do SNS constitui uma preocupação para o Ministério da Saúde. O Despacho n.º 3796-A/2017, publicado na 2ª Série do Diário da República n.º 87, de 5 maio, prevê no n.º 4 que as “instituições que ainda não cumpram integralmente os TMRG no acesso às consultas, cirurgias e MCDT devem articular com outras instituições do SNS no sentido de reunirem condições para responder com eficácia e de forma atempada a estas prestações de saúde.”. No n.º 5 do mesmo despacho prevê-se que “na componente da atividade cirúrgica, devem ser utilizados os mecanismos de transferência de episódios cirúrgicos entre instituições do SNS que estão definidos no Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), que foi integrado no SIGA SNS, nomeadamente a emissão de notas de transferência aos três meses e as transferências de responsabilidade por acordo.”

Pretende-se, com esta iniciativa regulamentar, reduzir as assimetrias regionais, assegurando ao mesmo tempo a maximização da capacidade instalada no SNS e operacionalizar os respetivos mecanismos colaborativos, criando condições para que as instituições do SNS possam reforçar os processos de afiliação, de gestão partilhada dos recursos e de trabalho em rede colaborativa no SNS, centrando a organização dos cuidados nas necessidades e percursos do utente e incentivando a cooperação entre os vários serviços.

4



REPÚBLICA
PORTUGUESA

GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE

A região do Algarve tem merecido especial atenção, dada a sazonalidade de grande concentração de pessoas.

Em conformidade, foi publicado, no dia 7 de junho de 2017, o Despacho nº 7222-A/2016, que define um modelo excecional de mobilidade de pessoal médico, visando reforçar os cuidados de saúde no Algarve, até 30 de setembro de 2017. Efetivamente, o Ministério da Saúde pretende reforçar, durante o período estival de 2017, a assistência médica da região do Algarve, sem, no entanto, comprometer o regular e normal funcionamento dos demais serviços e estabelecimentos de saúde.

Nesse sentido, a Administração Regional de Saúde do Algarve (ARS Algarve) irá sinalizar as necessidades prioritárias que detete, publicitando-as e assegurando a respetiva atualização, por forma a permitir, por um lado, que as necessidades sejam suprimidas em tempo útil e, por outro, avaliar o impacto das decisões que, neste âmbito, venham a ter que se tomar, que, em todos os casos, procurarão acautelar o interesse público nacional.

Recomendação 5. Avaliar os resultados da participação de unidades de saúde dos setores social e privado enquanto hospitais protocolados, no âmbito do SIGIC, ponderando a possibilidade da generalização e extensão desta modalidade de contratação, tendo em conta os melhores tempos de acesso verificados nestes hospitais e na Região de Saúde do Norte, onde a participação dos mesmos tem maior expressão.

Conforme referido na recomendação anterior, o Ministério da Saúde prioriza em primeiro lugar a utilização da capacidade disponível no SNS, recorrendo à contratualização de entidades privadas, apenas quando não for possível garantir os TMRG.

A criação do Sistema Integrado de Gestão do Acesso ao SNS (SIGA SNS), concretizado através do Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, e da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, visa aumentar a equidade, a transparência e a circulação livre e informada dos utentes no SNS, contribuindo para o cumprimento integral dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG).



Em conclusão, o XXI Governo Constitucional assume como um dos principais objetivos a redução das desigualdades entre os cidadãos no acesso à prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Neste âmbito, têm vindo a ser implementadas diversas medidas que visam alterar o paradigma da oferta de cuidados de saúde no SNS, reorganizando o sistema em torno do cidadão, das suas necessidades e das suas expectativas, promovendo a acessibilidade, a celeridade, a equidade e a humanização dos serviços, sem perder de vista a qualidade, a viabilidade e a sustentabilidade deste serviço público.

Os mecanismos colaborativos no SNS baseiam-se numa plataforma eletrónica denominada GPR_SNS, a qual permite tornar visível, num único portal, informação sobre as disponibilidades de resposta existentes nas instituições do SNS (oferta) e sobre as necessidades existentes noutras instituições (procura), potenciando a aproximação entre estas duas realidades e possibilitando a partilha dos recursos físicos, técnicos e humanos para responder de forma mais eficaz e adequada às necessidades em saúde de toda a população servida pelo SNS a nível nacional.

Com os melhores cumprimentos,

A Chefe do Gabinete

(Paula Maia Fernandes)



II. Administração Central do Sistema de Saúde, IP



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Sreferência: 5317

Nreferência: 7945/2017/CD-P/ACSS

Exmo. Senhor
Dr. José F. F. Tavares
Diretor-Geral da Direção-Geral do
Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Assunto: Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde

Relativamente ao assunto identificado em epígrafe, vem a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS, I.P.) apresentar as suas alegações referentes ao salientado no relato de auditoria, em especial no que concerne às conclusões, observações e projecto de recomendações, nos seguintes termos:

Enquadramento

A qualidade da gestão do acesso aos cuidados de saúde é uma prioridade para o Ministério da Saúde que, ao longo dos anos, tem desenvolvido diversas estratégias e programas que visam a melhoria contínua da informação existente em Portugal sobre o acesso dos utentes aos cuidados de saúde que são prestados pelas instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

De entre estes, destacam-se os dois programas de acesso analisados na presente Auditoria, i.e., o Sistema Integrado de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar, criado em 2008 e revisto em 2013 – Programa Consulta a Tempo e Horas (CTH) e o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), criado em 2004.

Aqueles programas representaram um avanço na introdução de direitos e garantias relativos ao acesso dos utentes ao SNS, permitindo a disponibilização de informação clínica e de gestão e promovendo a implementação de práticas organizacionais que valorizem a resposta equitativa e atempada às necessidades clínicas identificadas. Apesar dos ganhos alcançados, era reconhecido

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.nim-saude.pt | www.acss.nim-saude.pt

Página 1 de 33



SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

ACSS ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.

que os referidos programas apresentavam uma visão parcelar do acesso ao SNS e que continham fragilidades operacionais, essencialmente, ao nível dos sistemas de informação de suporte, que foram sendo apenas parcialmente solucionadas ao longo do tempo, apesar das inúmeras iniciativas desencadeadas pela ACSS para o efeito.

É neste quadro que se encontra em curso – fruto da alteração introduzida pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 Abril, que alterou a Lei n.º 15/2014, de 21 de março e que, entre outros aspetos, procedeu à criação do Sistema Integrado de Gestão do Acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS), e da publicação da Portaria n.º 147/2017, de 27 abril que regula o SIGA SNS – a implementação de um novo quadro regulamentar e operacional que permitirá a melhoria da gestão do acesso aos serviços de saúde por parte dos cidadãos, numa perspetiva integrada e contínua, que contribuirá para aumentar a transparência e para induzir ganhos ao nível do acesso, da qualidade e da eficiência nas instituições prestadoras de cuidados.

Neste contexto, sublinha-se, desde já, que a ACSS solicitou à SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., no âmbito do Contrato-Programa estabelecido entre as partes para 2017, uma reformulação dos sistemas de informação que suportam o acesso ao SNS que, à medida que for sendo implementada, melhorará a exaustividade e a fiabilidade da informação disponível, resolverá diversas fragilidades identificadas e permitirá obter maior capacidade de controlo e de monitorização em proximidade do acesso dos cidadãos ao SNS.

Sublinha-se, igualmente, que, apesar de se reconhecer o mérito e a importância do trabalho que, ao longo dos anos foi desenvolvido pela Unidade Central da CTH (UCCTH) e pela Unidade Central de gestão do SIGIC (UCGIC) da ACSS, I.P. que, desde sempre, trabalharam em articulação estreita com as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e com as instituições prestadoras de cuidados de saúde (primários e hospitalares) no processo de gestão do acesso dos utentes ao SNS, nomeadamente, interagindo em proximidade com estas, enviando relatórios periódicos, alertando para desconformidades dos registos ou desvios relativamente ao legislado nas várias subáreas do acesso, encontra-se em implementação um novo modelo de governação do acesso ao SNS, plasmado no artigo 15.º da já referida Portaria n.º 147/2017, de 27 abril, que regula o SIGA SNS, através do qual se pretendem criar melhores condições para uma gestão ativa e rigorosa do acesso dos cidadãos às respostas do SNS. Tal como importa sublinhar que, no organograma da ACSS, I.P. se procedeu à reformulação do nível intermédio de gestão desta área, com a criação da Unidade de Gestão do Acesso (UGA).

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.min-saude.pt | www.acss.min-saude.pt

Página 2 de 33



Conclusões e Observações de Auditoria

“No triénio 2014-2016 ocorreu uma deterioração do acesso dos utentes a consultas de especialidade hospitalar. O tempo de espera aumentou 5%, mais 6 dias, e, em 2016, 29% das primeiras consultas foram realizadas para além dos tempos máximos definidos, o que constituiu um bloqueio ao acesso às consultas hospitalares no SNS.

- 1. O aumento do tempo médio de espera para a realização de uma primeira consulta de especialidade hospitalar de 115 para 121 dias, entre 2014 e 2016, interrompeu a tendência de redução dos tempos que se observava desde 2011.**
- 3. O incumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos aumentou, no triénio, de 25% em 2014 para 29% em 2016, invertendo a tendência de melhoria que se verificava desde 2011 (31% nesse ano).**

O número de primeiras realizadas no âmbito do Programa CTH tem vindo a aumentar ao longo dos anos, tal como tem aumentado o número de pedidos de consulta efetuados através do CTH. Em 2016, registou-se o valor mais elevado desde que existe CTH em cada uma destas áreas, conforme quadro infra.

Evolução da atividade realizada no Programa CTH

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2016/2015	
								Valor	%
Pedidos de consulta inscritos no CTH	696 435	1.193.924	1.352.143	1.507.982	1.595.838	1.694.646	1.766.264	71.618	4,2%
Pedidos não concluídos (LICO)	602 256	708.712	794.303	724.174	842.406	954.366	736.201	-218.165	-22,9%
Pedidos concluídos	802 785	1.101.091	1.274.271	1.557.570	1.477.671	1.579.037	1.774.237	195.200	12,4%
Consultas realizadas	361 655	810.949	938.376	1.061.646	1.146.849	1.194.080	1.285.912	91.832	7,7%

Fonte: Relatório do Acesso 2016, com base na informação do SI CTH

Este facto, ausente de referência, não permitiu reduzir o tempo médio de espera para a realização de consultas em 2016, também por que, nesse mesmo ano, os hospitais melhoraram a resposta aos pedidos há mais tempo em lista de espera, intensificando a realização das

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.mn-saude.pt | www.acss.mn-saude.pt



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

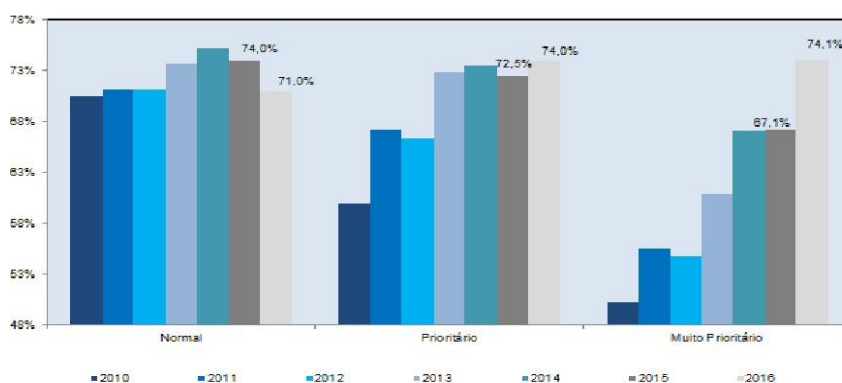


ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

consultas por ordem de prioridade clínica e de antiguidade da inscrição em lista e contribuindo para a reduzir o tempo médio da lista de espera das instituições.

Em qualquer caso, importa ter presente que o aumento do incumprimento dos TMRG ocorreu nas consultas triadas com nível de prioridade normal, dado que, em 2016, aumentou o grau de cumprimento dos TMRG dos níveis de prioridade clínica mais elevados, conforme quadro infra.

Evolução do cumprimento dos TMRG, por nível de prioridade



Fonte: Relatório do Acesso 2016, com base na informação do SI CTH

Esta realidade demonstra que a avaliação da qualidade do acesso às primeiras consultas hospitalares requer uma análise global e multifatorial, que permita relacionar a média/mediana do tempo decorrido até à data em que foi realizada a consulta hospitalar com a média/mediana do tempo dos pedidos em lista de espera (i.e., “pedidos não concluídos”), visto que podem ocorrer situações em que se registre uma boa média/mediana para a realização da consulta e uma elevada percentagem de pedidos observados dentro do TMRG mas à custa do incorreto agendamento prioritário dos pedidos mais recentes.

Em concreto, se determinado hospital tiver uma lista de espera com muitos episódios que já se encontram inscritos para além dos TMRG definidos na legislação e se, por hipótese, apenas realizar as consultas dos episódios inscritos há menos tempo, poderá ter um grau de cumprimento de 100% em relação aos TMRG das consultas realizadas, apesar de ter deixado sem resposta utentes há mais tempo à espera com prejuízo da equidade no acesso.

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.min-saude.pt | www.acss.min-saude.pt



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

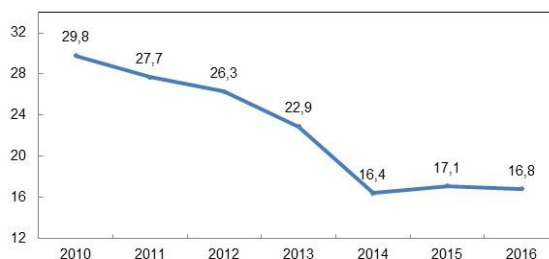
ACSS ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.

Apesar de o corpo do relato de auditoria ter identificado estes factos, os mesmos acabam por não ser refletidos na proposta de Conclusões e Observações, o que, salvo melhor opinião, prejudica a amplitude da leitura que daqui se pode efetuar.

- 2. Os pedidos de consulta, cuja prioridade deveria ser determinada por um profissional médico, no hospital, no prazo de 5 dias, permaneceram em 2016, em média, entre 10 dias na Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte e 53 dias na ARS do Algarve, sem uma prioridade associada, demora que constitui um risco para a saúde dos doentes.**

Efetivamente, o prazo médio de triagem dos pedidos de primeira consulta no CTH tem vindo a registar, ao longo dos anos, valores acima dos 5 dias definidos na legislação, conforme demonstra o gráfico seguinte, tendo alcançado em 2016 um valor de 16,8 dias, inferior a 2015 e já muito distante do que acontecia em 2010.

Evolução do tempo médio de triagem (em dias)



Fonte: Relatório do Acesso 2016, com base na informação do SI CTH

Esta é uma área em que a ACSS, I.P., através da sua UCCTH, tem vindo a trabalhar com as unidades regionais e locais de coordenação do CTH mas que, no futuro próximo, será alvo de intervenção prioritária por parte da UGA¹, para que seja possível resolver as desconformidades que se verificam nesta matéria, garantindo-se o cumprimento integral dos tempos de triagem definidos na legislação.

¹ Conforme atrás referido, encontra-se em implementação um novo modelo de governação do acesso ao SNS, constante do artigo 15.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 abril, que regula o SIGA SNS, pelo que a ACSS, I.P. já procedeu à redefinição do nível intermédio de gestão desta área, com a criação da UGA e a designação de uma nova coordenação única para a área do acesso aos cuidados prestados no SNS (substituindo a coordenação nacional do CTH e do SIGIC).

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss-min-saude.pt | www.acss-min-saude.pt



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

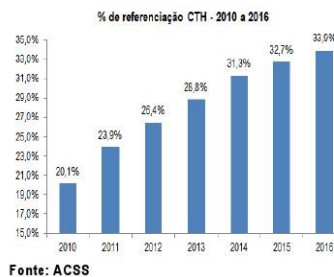
ACSS ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

O sistema Consulta a Tempo e Horas, gerido pela Administração Central do Sistema de Saúde, não dispõe de informação completa e fiável, que garanta o respeito pelos tempos máximos de resposta aos utentes do SNS, podendo induzir em erro os profissionais médicos, os utentes e os cidadãos em geral.

4. Em 2016, o sistema Consulta a Tempo e Horas (CTH) cobriu apenas 33,9% do total de primeiras consultas de especialidade hospitalar realizadas no SNS (1.117.912 de 3.478.511 consultas). Ao não ser universal, o CTH não garante a todos os utentes as mesmas condições de acesso.

O atual sistema de informação que suporta o Programa CTH, devido a questões jurídicas que têm inviabilizado nos últimos anos a sua evolução tecnológica², apenas permite a monitorização da referenciação dos pedidos de primeira consulta com origem nos cuidados primários, apesar de a Portaria que regulamenta o programa CTH prever de forma expressa, desde 2010, e reforçada em 2013, que essa monitorização deve abranger também os pedidos *intra* e *inter* hospitalares.

Esta realidade conduziu a que o CTH tenha permitido monitorizar 33,9% do total de primeiras consultas realizadas em 2016, valor em linha com o crescimento gradual que tem ocorrido nos últimos anos, conforme se evidencia no quadro ao lado, demonstrando assim o trabalho contínuo que tem sido realizado para valorização do acesso dos utentes aos cuidados hospitalares a partir dos cuidados de saúde primários.



Fonte: ACSS

Sem prejuízo desta limitação, o facto de o Programa CTH não permitir a monitorização central da referenciação dos pedidos de primeira consulta *intra* e *inter* hospitalares não implica, por si só, que o acesso a estas consultas esteja comprometido nos hospitais, apenas significando que estes não são ainda medidos a nível central, regional e local da forma que se pretende implementar.

² Em abril de 2014, o Ministério da Saúde, através da SPMS, E.P.E. decidiu não manter os contratos existentes com a entidade proprietária do sistema de informático que suporta o programa CTH (a *Alert Life Sciences Computing S.A.*), tendo daí resultado um litígio do Estado com esta empresa, cuja ação se encontra ainda em curso. Nesta sequência, o sistema informático que suporta o programa CTH, denominado *Alert P1*, tornou-se num programa bloqueado, não havendo capacidade técnica, nem possibilidade legal, face à subsistência de direitos de propriedade intelectual, de se efetuarem desenvolvimentos ou de se resolverem os constrangimentos que têm sido identificados no mesmo, nomeadamente, os problemas de integração de dados entre os sistemas locais e centrais e o alargamento da medição dos tempos de resposta aos pedidos de primeiras consultas *intra* e *inter* hospitalares.

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.min-saude.pt | www.acss.min-saude.pt



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.

Destaque-se que esta é uma área de intervenção prioritária em termos de desenvolvimento do sistema de informação que suporta o CTH, há muito identificada pela ACSS, I.P. junto da SPMS, E.P.E., sendo que, devido aos constrangimentos acima referidos, a mesma só será concretizada na sequência da operacionalização do SIGA³, que permitirá, a curto/médio prazo, contemplar todas as referências para prestações de cuidados no SNS, nomeadamente:

1. **Referenciação Cuidados de Saúde Hospitalares – Cuidados de Saúde Primários** – entrada em produção a 31/08/2017 (a fase de testes inicia-se no dia 11 de agosto, no Hospital de Santa Maria Maior, EPE em Barcelos e em 3 unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde de Barcelos);
2. **Referenciação *intra* e *inter* hospitalar** – entrada em produção até 30/11/2017;
3. a) **Referenciação Cuidados de Saúde Primários – Cuidados de Saúde Hospitalares**, substituindo-se, nesta altura, o atual sistema informático de apoio ao CTH (o designado *Alert P1*) – entrada em produção até 31/01/2018;
b) **Referenciação dos e para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)** – entrada em produção até 31/01/2018;
c) **Referenciação da Linha de Saúde 24** – entrada em produção até 31/01/2018.
5. ***A diminuição verificada no número de utentes a aguardar uma primeira consulta de especialidade hospitalar nos anos de 2013 a 2016, resultou de procedimentos administrativos, centralizados na Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), de validação e limpeza das listas de espera, que pelo seu caráter extraordinário e pela falta de explicitação dos critérios, prejudicam a transparência do sistema.***

O rigor e a exaustividade dos registos administrativos e clínicos efetuados pelas várias entidades do SNS, em paralelo com a melhoria contínua da fiabilidade dos indicadores de acesso aos cuidados de saúde, são uma preocupação inquestionável para a ACSS, I.P., patente nas orientações e normativos emitidos institucionalmente, bem como na informação sobre o desempenho do SNS que tem como fonte de dados esta administração central e que tem vindo a ser divulgada de forma transparente e escrutinável (v.g., Portal do SNS, Portal da ACSS).

³ Conforme atrás referido, encontra-se em curso a implementação do SIGA SNS, fruto da alteração introduzida pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, que alterou a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, e da publicação da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, que se constituiu como um novo quadro regulamentar e operacional que permitirá a melhoria da gestão do acesso aos serviços de saúde por parte dos cidadãos, numa perspetiva integrada e contínua, que contribuirá para aumentar a transparência e para induzir ganhos ao nível do acesso, da qualidade e da eficiência nas instituições prestadoras de cuidados de saúde do SNS. No âmbito do SIGA, será implementado o título de acesso integrado referido no artigo 19.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, denominado “Via de Acesso Integrado” ao SNS (VAI SNS), que suportará a referenciação para consultas no SNS.

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.min-saude.pt | www.acss.min-saude.pt



SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ACSS ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.

Esta preocupação exige um trabalho de melhoria contínua da qualidade dos dados, que tem sido efectuado apesar das dificuldades tecnológicas já referidas, e que incidiu, desde 2015 e na área do CTH, nas áreas com mais fragilidades historicamente identificadas, destacando-se:

- Variabilidade de comportamento das várias instituições face à informação existente no CTH, existindo uma larga maioria de entidades que não tinham qualquer atuação para corrigir os erros administrativos detetados, que influenciavam essencialmente os “pedidos não concluídos”, acumulados, ao longo do tempo, nos sistemas de informação;
- Dificuldade de correção sistemática e atempada dos erros de integração de dados entre os sistemas de informação, por parte do *Service Desk do CTH*⁴, que originou a acumulação de erros nos sistemas de informação que descredibilizavam a informação fornecida (conforme referido pelas várias instituições hospitalares mencionadas no ponto 9.3 deste relato de auditoria);
- Existência de critérios de correção inadequados⁵, conforme identificado por diversas instituições em documentos que fazem parte do arquivo institucional (cfr, reporte efetuado pelo Hospital Garcia D’Orta, em Almada, constante em anexo).

O reconhecimento destas fragilidades fez com que, até final de 2015, a informação pública utilizada no âmbito do Programa CTH se cingisse à monitorização do tempo de resposta das consultas efetivamente realizadas (onde não se registavam problemas reconhecidos de fiabilidade dos dados), não se valorizando a utilização dos dados dos “pedidos não concluídos” que constavam do sistema de informação do CTH⁶, e que representavam as “listas de espera” para primeira consulta hospitalar proveniente dos cuidados de saúde primários.

Esta realidade veio a alterar-se radicalmente em 2016⁷ quando, por um lado, passou a disponibilizar-se para o público em geral, no Portal do SNS⁸, a informação proveniente do CTH e

4 O *Service Desk* do CTH foi da responsabilidade da ACSS, I.P. até abril de 2014, no âmbito de um contrato existente com a *Alert Life Sciences Computing S.A.*, e a partir dessa data passou a ser assegurado pela SPMS, E.P.E.

5 As correções de erros realizadas pelo *Service Desk* assumiam a data em que era feita a correção e não a data em que o evento foi realizado na instituição.

6 Até ao final de 2015, os “pedidos não concluídos” no CTH não eram coincidentes com os constantes dos sistemas de informação dos hospitais, uma vez que o CTH agregava, nesta classificação, 3 grupos de situações distintas:

1. Pedidos verdadeiramente em espera para consulta;
2. Pedidos não concluídos da responsabilidade dos cuidados de saúde primários, originados, por exemplo, em elementos adicionais ao pedido de consulta solicitados pelos hospitais e não respondidos.
3. Pedidos resolvidos/concluídos mas cuja informação não passara do sistema informático local para o *Alert P1* e que por isso constavam no sistema como estando em espera quando na verdade correspondiam a consultas já realizadas.

7 Até 2016, a existência de discrepância de dados entre o CTH e os sistemas de informação dos hospitais não acarretava consequências reais, uma vez que muitas deles efetuavam a gestão do acesso com base nos resultados que extraíam dos seus sistemas de informação locais, desvalorizando o facto de não terem os dados corretos no programa informático do CTH, na medida em que estes não tinham utilização prática para a sua resposta à população.

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.min-saude.pt | www.acss.min-saude.pt

Página 8 de 33



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

ACSS ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.

quando, por outro lado, se implementou o mecanismo de Livre Acesso e Circulação (LAC)⁹ dos utentes no SNS, apoiado pela visualização dos tempos e da capacidade de resposta das várias instituições hospitalares, para as especialidades médicas.

Nesta sequência, a ACSS foi confrontada com alertas e reclamações por parte das instituições em relação aos resultados de acesso às primeiras consultas que estavam a ser divulgados, conforme é bem evidenciado no corpo do relato de auditoria mas desconsiderado na proposta de Conclusões e Observações, com provas documentadas nos nossos arquivos de que muitos dos pedidos caracterizados como estando em espera no CTH já tinham, na verdade, sido resolvidos nos hospitais e representavam erros administrativos.

Perante estes factos, com o intuito de garantir a veracidade dos dados divulgados, tornou-se necessário o desenvolvimento pela ACSS, I.P. de uma ação coordenada a nível nacional¹⁰, focada na correção dos “pedidos não concluídos” e correspondentes a erros administrativos e de integração entre sistemas de informação, acumulados ao longo dos anos de funcionamento do CTH e que não correspondiam a utentes em espera, de modo a falar-se de listas de espera para primeira consulta hospitalar que fossem fiáveis e que refletissem a realidade das instituições do SNS, ação essa totalmente desprovida de qualquer intenção de “manipulação dos registos” ou de “adulteração das listas e tempos de espera”, que por completo se repudia.

**Plano de correção
de erros administrativos no CTH**

a) Intervenção da ACSS:

Envio de informação para hospitais e ACES efetuarem análise e comparação com os dados dos seus sistemas de informação. Posterior reporte à SPMS das divergências, para resolução.

b) Intervenção dos ACES:

Análise e correção dos erros administrativos, identificando as razões das desconformidades dos pedidos e documentando motivo do erro administrativo registado.

c) Intervenção dos hospitais:

Identificação dos possíveis erros associados a “pedidos não concluídos”, reportando o verdadeiro estado dos pedidos, por apenas os próprios hospitais conseguirem identificar com rigor esta informação, assegurando inexistência de cancelamentos de pedidos que correspondessem a utentes efetivamente em espera.

d) Intervenção da SPMS:

Adotação de uma rotina de correção, em tempo útil, dos dados reportados.

Fonte: Plano definido pela ACSS e SPMS, implementado no 2.º semestre de 2016

* O Portal do SNS ficou disponível a partir de fevereiro de 2016, possibilitando a partilha de informação pública e transparente sobre os tempos de resposta das instituições do SNS, por exemplo.

⁹ O mecanismo de Livre Acesso e Circulação de utentes no SNS foi implementado a partir de maio de 2016, na sequência do Despacho n.º 5911-B/2016, de 3 de maio, permitindo assim que o utente possa optar livremente pela instituição hospitalar onde existe a especialidade em causa e onde pretende ser assistido, não ficando circunscrito às unidades hospitalares que estavam pré definidas administrativamente no CTH e que limitavam as opções dos utentes.

¹⁰ As fragilidades dos sistemas de informação de suporte obrigaram, ao longo do tempo, a ações pontuais de expurgo institucional e casuístico dos erros detetados.

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.mn-saude.pt | www.acss.mn-saude.pt

Página 9 de 33



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.

Refira-se ainda que, sem prejuízo da persistência no cumprimento, pela ACSS, I.P., da recomendação que lhe é dirigida, no sentido de “produzir relatórios contendo os critérios adotados e os resultados obtidos”, “sempre que, para correção de erros, as bases de dados dos sistemas (CTH e SIGIC) sejam modificadas a nível central”, afigura-se ter-se, ainda assim, demonstrado que as operações realizadas foram suportadas num enquadramento explícito.

6. *Entre 2014 e 2016 houve um crescimento de 46% da conclusão de pedidos de primeira consulta, por via administrativa, que resultaram de alterações nas políticas de gestão da lista de espera, com impacto significativo nos indicadores.*
7. *Sem esta alteração das políticas de gestão da lista de espera, o número de utentes a aguardar a realização de uma primeira consulta teria crescido no triénio, ceteris paribus, cerca de 4,7% (+38.733 utentes), o que contrasta com a diminuição de 9,4% registada (-76.610 utentes).*

Não se verificou nenhuma alteração das regras e normas de gestão das listas no âmbito do CTH; pelo contrário, apenas se reforçou o controlo e o rigor da aplicação dessas mesmas regras e normas, intensificando a monitorização do grau de cumprimento do princípio da priorização da realização das consultas por ordem de antiguidade e prioridade clínica (com o impacto nos TMRG que já se analisou) e assegurando que a informação que consta do sistema de informação do CTH sobre “pedidos não concluídos” corresponde à verdadeira lista de espera das instituições, libertada dos erros administrativos e de integração que o atual sistema de informação ainda mantém, devido às fragilidades explicadas.

Reforça-se que o número de “pedidos não concluídos” no final de 2016 corresponde à verdadeira lista de espera do CTH nesse período, ao contrário do que, como já se demonstrou, acontecia em anos anteriores. Assim, efetuar qualquer tipo de exercício de extrapolação sobre eventuais listas de espera com base nos dados, reitera-se, incorretos que constavam do sistema de informação só servirá para perpetuar esses erros e para desvalorizar o trabalho de melhoria da fiabilidade da informação que foi efetuado e que contribuiu para credibilizar o CTH junto das instituições do SNS e do público em geral.

8. *A falta de fiabilidade dos indicadores é especialmente grave por estes serem utilizados, por médicos e utentes, no âmbito da medida introduzida em 2016 de Livre Acesso e Circulação do Utente no SNS, na escolha do hospital de destino aquando da referência para uma primeira consulta hospitalar.*

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.min-saude.pt | www.acss.min-saude.pt

Página 10 de 33



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ACSS ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.

Conforme já explicitado, a correção de erros administrativos que foi executada em 2016 permitiu obter uma maior fiabilidade da informação disponibilizada publicamente sobre o acesso às primeiras consultas hospitalares no âmbito do CTH, que se tem revelado uma mais-valia para apoiar a tomada de decisão por parte dos utentes e dos seus médicos de família no âmbito do LAC no SNS (entre 1 de junho e 31 de dezembro de 2016, foram 100.355 os utentes que, a nível nacional, escolheram um hospital fora da rede de referência hospitalar que, até então, estava pré-definida do ponto de vista administrativo no sistema CTH, o que equivale a 10,2 % do total de utentes referenciados pelo CTH).

Reforça-se que ao contrário do que as Conclusões e Observações do relato de auditoria parecem indiciar, a ACSS, I.P. tem pugnado e desenvolvido esforços, atempadamente e em sede própria, para assegurar a fiabilidade da informação disponível no CTH, apesar dos diversos constrangimentos que enfrenta para esse efeito.

As medidas centralizadas, desenvolvidas pela Administração Central do Sistema de Saúde, de validação e limpeza das listas de espera para primeiras consultas de especialidade hospitalar, incluíram manipulação dos registos, pela eliminação administrativa dos pedidos com maior antiguidade, distorcendo os indicadores de desempenho reportados.

A ACSS, I.P. rejeita frontalmente qualquer referência a adulteração administrativa das listas e dos tempos de espera no SNS, por esta ser manifestamente incorreta, infundada e por colocar em causa o bom nome de uma entidade que tem desenvolvido um trabalho de melhoria contínua da exaustividade, do rigor e da fiabilidade dos registos e das informações disponíveis sobre o desempenho das entidades do SNS, também na área do acesso aos cuidados de saúde, e que é reconhecido pelos vários agentes do setor da saúde, nacional e internacionalmente.

A recusa administrativa de pedidos em espera sem motivo plausível não é permitida no CTH e que as unidades nacionais, regionais e locais do acesso têm a obrigação de assegurar que tal não acontece, pelo que a afirmação que consta desta proposta de Conclusões e Observações de auditoria não representa a realidade da governação do CTH, nem traduz as práticas de gestão em vigor.

9. Foram em 2016 dadas instruções, pela ACSS, a unidades hospitalares, no sentido de serem recusados administrativamente pedidos com tempos de espera muito elevados, incluindo

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.mn-saude.pt | www.acss.mn-saude.pt

Página 11 de 33



pedidos já agendados, e ser promovida uma nova inscrição a nível hospitalar, o que mascara o tempo de espera efetivo do utente.

Esta afirmação encontra-se descontextualizada, induzindo um juízo de valor errado e contrário aos objetivos que se alcançaram com a realização dos procedimentos administrativos referidos no relato de auditoria, concretamente, no Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. (CHA), que visaram, única e exclusivamente, assegurar o acesso mais célere dos utentes ao SNS, conforme em seguida se clarifica inequivocamente.

Antes de mais, importa recordar que o atual sistema de informação que suporta o Programa CTH não permite realizar transferências de pedidos de consulta entre as listas de inscritos nas várias especialidades ou subespecialidades médicas do hospital, nem tão pouco entre os vários hospitais, como acontece no SIGIC, por exemplo, mesmo quando existem soluções alternativas que permitem melhorar o tempo de resposta aos utentes.

Esta limitação técnica do sistema de informação do CTH, que não é referida em momento algum do presente relato de auditoria e que não é passível de resolução no atual contexto (conforme detalhadamente referido na nota de rodapé 2), impossibilita a realização dos procedimentos administrativos de transferência, mesmo quando estes visam melhorar a resposta prestada aos utentes, como foi objetivamente o caso da situação particular relatada e que está relacionada com a especialidade de dermatovenerologia no CHA.

Sobre esta matéria em concreto, sublinha-se que tem vindo a ser implementada, em várias instituições do SNS, a possibilidade de referenciação de utentes para telerastreio dermatológico como alternativa à referenciação para uma consulta presencial de dermatovenerologia (que tem um dos tempos de espera mais elevados a nível nacional, conforme quadro ao lado), com ganhos substanciais em termos de acessibilidade e com os mesmos níveis de qualidade.

Primeira consulta de Dermatologia - Tempo médio de espera		
	Tempo médio de espera em 2015 (em dias)	
	Nacional	CHA
1ª Consulta de dermatologia - presencial	225,0	752,8
1ª consulta de dermatologia - telerastreio	26,5	20,8

Fonte: ACSS

Foi neste contexto que a implementação do telerastreio dermatológico no CHA abriu a possibilidade de que, parte significativa dos utentes que tinham critérios clínicos para a realização



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ACSS ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.

do telerastreio dermatológico e que aguardavam por uma consulta presencial, pudessem ser mais rapidamente diagnosticados ao passarem para a lista de inscritos para telerastreio dermatológico (com a concordância do médico dermatologista em observá-los por esta via, conforme atestam os documentos que constam do arquivo institucional), que tem um tempo médio de resposta incomparavelmente inferior.

Assim, perante a impossibilidade técnica de se efetuar esta transferência entre especialidades no sistema de informação que suporta o CTH, sem qualquer intenção de “mascarar o tempo de espera efectivo”, procurando não prejudicar os utentes que já se encontravam inscritos para consulta presencial de dermatovenerologia e que por esse facto se viam inibidos de aceder a uma resposta igualmente efetiva e mais célere, foram articulados, entre os responsáveis técnicos das entidades centrais e locais de gestão do acesso às primeiras consultas, os procedimentos administrativos excecionais e de aplicação pontual que permitiram aceder a uma resposta adequada às necessidades assistenciais (que, sem esta instrução, permaneceria por satisfazer).

10. A necessidade de validação dos registos disponíveis no sistema de informação central com os registos dos sistemas locais das unidades hospitalares, resulta da existência de um elevado número de erros de integração da informação, com aparente incapacidade de resolução, na origem, das causas desses erros, por meras razões burocráticas.

A ACSS, I.P. em conjunto com a SPMS, E.P.E. tem procurado, de forma pró-ativa e atempada, encontrar soluções preventivas para fazer face aos vários constrangimentos existentes no sistema de informação que suporta o Programa CTH, relacionados com problemas de integração dos dados entre os sistemas locais e o central (múltiplas vezes reportados à SPMS para correção definitiva, tendo muitos deles sido alvo de medidas concretas, de que são exemplo a criação de automatismos para o registo da falta injustificada, o impedimento técnico de agendar antes de triar), mas também com práticas de registo local não conformes com as regras instituídas a nível nacional.

Reitera-se que existem ainda outros constrangimentos identificados ao nível da melhoria do sistema de informação que suporta o CTH mas que não podem ser corrigidos, fruto da já referida impossibilidade de se efetuarem alterações ao atual *Alert P1*, pelas razões anteriormente referidas e que transcendem a esfera de competências desta administração central.

Atualmente, e fruto dos desenvolvimentos em curso para implementação do SIGA (nomeadamente, da sua componente VAI), prevê-se uma melhor interoperabilidade entre os diversos sistemas de informação associados à gestão do acesso e uma consequente diminuição

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.min-saude.pt | www.acss.min-saude.pt

Página 13 de 33



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

dos erros associados, estando todas estas dimensões sob a responsabilidade técnica exclusiva da SPMS, E.P.E. conforme clarificado pela Portaria n.º 147/2017, de 27 abril, no n.º 5 do seu artigo 14.º, que refere expressamente que compete àqueles serviços partilhados desenvolver a plataforma e os sistemas de informação previstos no SIGA, bem como prestar apoio logístico e tecnológico à ACSS, I.P. sobre as questões associadas ao acesso.

11. Em vez de diligenciar pela eliminação das causas dos erros, a ACSS transferiu para os hospitais o ónus de verificação e validação da informação, com uma elevada carga administrativa associada, que provocou consideráveis constrangimentos ao normal desenvolvimento dos trabalhos em cada entidade.

Conforme já explicitado, o plano de correção dos erros administrativos do CTH que foi executado e que permitiu aumentar a fiabilidade dos dados disponíveis, essencialmente na vertente dos “pedidos não concluídos”, envolveu intervenções por parte da ACSS, I.P., da SPMS, E.P.E., dos ACES e dos próprios hospitais, já que apenas estes conseguiriam identificar com rigor o verdadeiro estado dos pedidos de primeira consulta (percebendo se já estavam realizadas, por exemplo), assegurando a inexistência de cancelamento errado de pedidos de consulta.

No triénio 2014-2016 houve uma degradação do acesso à cirurgia programada no SNS que se traduziu no aumento da lista de espera em 27 mil utentes (+15%), do tempo médio de espera até à realização das cirurgias em 11 dias (+13%) e do incumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (de 7,4% em 2014 para 10,9% em 2016).

12. A produção cirúrgica do SNS no triénio (1.679.153 cirurgias programadas) não deu resposta à procura (1.982.941 novas inscrições de utentes para cirurgia), pelo que a lista de espera aumentou 15%. Esta tem vindo a crescer desde 2012 (26% até 2016), invertendo a tendência de descida verificada de 2006 a 2010.

13. No final de 2016, 14,92% dos 210.906 utentes da Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), encontravam-se a aguardar cirurgia para além do tempo máximo de resposta garantido (TMRG) definido para o respetivo nível de prioridade. Na doença oncológica, o TMRG estava já a ser incumprido em mais 27% dos utentes inscritos (1.214 utentes).

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.min-saude.pt | www.acss.min-saude.pt

Página 14 de 33



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ACSS ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.

No ano de 2016 foram efetuadas 568.765 cirurgias programadas no âmbito do SIGIC, +1,5% do que em 2015, +3,4% do que em 2014 e +17,5% do que em 2010, o que representa um aumento sustentado da resposta cirúrgica programada no SNS.

Número utentes operados - SIGIC



Fonte: ACSS

Por outro lado, o acesso dos utentes à resposta cirúrgica no SNS, medido pelo número de entradas em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), tem também vindo a aumentar ao longo dos anos, tendo em 2016 crescido +1,2% do que em 2015, +3,3% que em 2014 e +17,0% que em 2010. O crescimento das novas inscrições em lista cirúrgica (entradas) representa uma evidência objetiva da maior disponibilidade dos serviços públicos para acolher os utentes com necessidades cirúrgicas.

Número de entradas em LIC

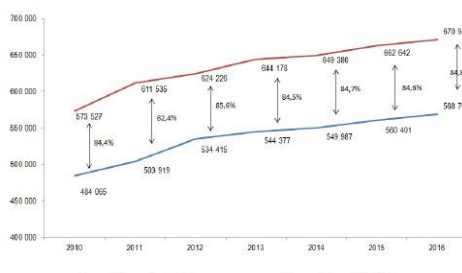


Fonte: ACSS

Esta evidência demonstra que, numa perspetiva global, o SNS aumentou a sua disponibilidade para acesso a cirurgias em 2016, recebeu mais doentes e operou mais doentes.

Ainda assim, o aumento da atividade cirúrgica realizada no SNS em 2017 foi inferior ao aumento da procura, numa relação que se tem mantido ao longo dos vários anos de implementação do SIGIC, conforme se demonstra no gráfico ao lado, o que originou o aumento da LIC referido no presente relato de auditoria.

Número de utentes operados e entradas em lista de inscritos cirúrgicos



Fonte: ACSS

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.mun-saude.pt | www.acss.mun-saude.pt



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.

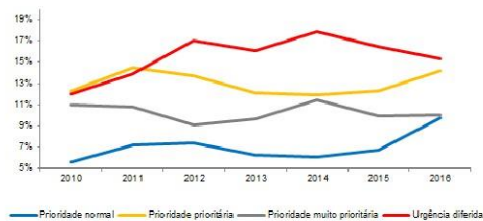
- 14. A tendência de evolução do tempo médio de espera dos utentes operados apresenta uma inflexão em 2010, passando a crescer cerca de 2,1 dias, em média, ao ano. Este aumento reverteu parcialmente o ganho que havia ocorrido entre 2006 e 2010 (de 147 para 78 dias, em média um decréscimo de 17,4 dias ao ano). O maior aumento anual, de 6 dias, ocorreu em 2016.**

De sublinhar ainda que, quer a procura (entradas em LIC), quer a capacidade de resposta cirúrgica no SNS (número operados), aumentou de forma muito significativa entre os anos de 2010 e de 2016, com +17,0% de entradas em LIC e com +17,5% de operados.

- 15. O incumprimento dos TMRG nos utentes operados aumentou no triénio e foi maior nos casos mais prioritários. Em 2016, foi de 9,9% na prioridade normal e de 14,1% em prioridades mais elevadas.**
- 16. O incumprimento foi particularmente elevado nos doentes com intervenções cirúrgicas associadas à doença oncológica: em 2016, quase 20%, 8.621 utentes, foram operados para além do tempo que seria recomendável.**
- 17. A capacidade de resposta dos hospitais do SNS na doença oncológica deteriorou-se face a 2014, ano em que o incumprimento havia sido de 16%.**

Conforme se evidencia no gráfico ao lado, a percentagem de incumprimento dos TMRG do período em análise tem sido superior nos níveis de prioridade mais elevados, que também têm tempos de resposta mais curtos, sendo que em 2016 se registou uma diminuição do grau de incumprimento da prioridade de “urgência diferida”, uma manutenção na “prioridade muito prioritária” e um aumento nos níveis de “prioridade prioritária” e de “prioridade normal”.

Percentagem de incumprimento dos TMRG



Fonte: ACSS

Foram bloqueios ao acesso à cirurgia programada no SNS, não só uma produção cirúrgica insuficiente face à procura, mas também a não transferência atempada, por parte da ACSS, para outros hospitais, dos utentes que permaneciam em lista para

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.min-saude.pt | www.acss.min-saude.pt

Página 16 de 33



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

ACSS ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.

além dos tempos máximos definidos, em incumprimento das regras do SIGIC.

18. Em 2016 a ACSS interrompeu, por razões burocráticas, a transferência automática e regular dos utentes em LIC quando a sua espera ultrapassasse os tempos máximos de resposta garantidos, o que agravou o tempo de espera para resolução dos seus problemas de saúde, condicionando o direito de acesso aos cuidados de saúde dos utentes.

No quadro das competências que legalmente lhe são conferidas, a ACSS, I.P. tem estado empenhada em garantir todas as condições técnicas e materiais que permitam cumprir integralmente, em tempo útil e sem interrupções, as normas de emissão de Notas de Transferência e de Vales de Cirurgia para hospitais de destino públicos ou convencionados, numa atitude totalmente incompatível com qualquer intenção de “bloqueio do acesso” que se refere na proposta de Conclusões e Observações que integra o presente relato de auditoria.

Ao longo do triénio em análise, conforme já tinha acontecido em anos anteriores, verificaram-se problemas administrativos e operacionais que, durante determinados períodos circunscritos no tempo (como aconteceu em novembro/dezembro de 2014, em setembro/outubro de 2015, em novembro/dezembro de 2015, em janeiro/fevereiro/março de 2016, em outubro de 2016, por exemplo), impediram a emissão linear e atempada das Notas de Transferência e dos Vales de Cirurgia, nos termos da regulamentação vigente.

Estes problemas relacionaram-se com os serviços de impressão e expedição das cartas e com a transferência de ficheiros entre os sistemas de informação que suportam aquela emissão, que foram sendo resolvidos ao longo do tempo, conforme comprovam os documentos que constam do arquivo institucional.

Adicionalmente, em maio de 2016, foi criado o Programa de Incentivo à Integração de Cuidados no SNS, que permitiu antecipar, de 4 para 3 meses, o prazo de transferência de episódios cirúrgicos entre instituições do SNS e que visou aumentar a rentabilização da capacidade instalada nas instituições públicas.

Este programa teve uma resposta imediata por parte das instituições públicas do SNS, que aumentaram a sua capacidade de receção de notas de transferência, passando de 14 serviços com disponibilidade para receber transferências em maio de 2016, para 62 serviços em agosto

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.mn-saude.pt | www.acss.mn-saude.pt

Página 17 de 33



desse mesmo ano, o que permitiu que aumentasse de forma considerável a emissão de notas de transferência no SNS.

- 19. No último trimestre de 2016, num período de apenas 23 dias (entre 3 e 26 de outubro) foram emitidos 49.495 vales cirurgia e notas de transferência, 60,5% do total de emissões do ano. O mesmo não se havia verificado nos anos anteriores (2014 e 2015), nos quais a emissão de notas e vales cirurgia ocorreu, como seria expectável, ao longo de todo o ano.**
- 20. A emissão realizada nessa data não respeitou os direitos dos utentes e as regras definidas para a sua transferência para outra unidade hospitalar. Foram abrangidos utentes que ainda não tinham atingido o tempo de espera regulamentar que determinaria a sua transferência, utentes que já haviam há muito ultrapassado esse tempo, utentes que já estavam agendados no hospital de origem e outros já operados.**

Perante os problemas técnicos referidos e as alterações introduzidas pelo Ministério da Saúde, e de forma a não colocar em causa os direitos de acesso dos utentes, foi efetuada uma emissão extraordinária de Vales de Cirurgia, em outubro de 2016, procurando responder às necessidades cirúrgicas identificadas e repondo o mecanismo de circulação dos utentes para hospitais de destino, nas situações em que existia evidência de que os TMRG não seriam cumpridos nos hospitais.

Ainda relativamente aos problemas técnicos e operacionais acima referidos, importa referir que a ACSS, I.P. tem vindo a assegurar os procedimentos administrativos de contratação dos serviços de impressão e envelopagem que permitem a expedição das Notas de Transferência e dos Vales de Cirurgia e que lançou, ainda durante o ano de 2016, um concurso público internacional (anúncio de procedimento n.º 579/2017, publicado no Diário da República de 25 de janeiro de 2017) que permitirá a aquisição de uma solução integrada de serviços de impressão, envelopagem e expedição de correspondência emitidos pelo SIGIC.

Para além destas iniciativas operacionais, e procurando resolver esta questão em definitivo, o Conselho Diretivo da ACSS, I.P. determinou ainda a desmaterialização de todo o processo de emissão de Notas de Transferência e de Vales de Cirurgia, contribuindo assim para que este tipo de problema técnico não venha a repetir-se no futuro.

- 21. Este processo de transferência dos utentes não foi efetivo:**
 - a. Quase 11 mil vales cirurgia foram cancelados por expiração do seu prazo, isto é, sem que houvesse sequer uma decisão do utente sobre a aceitação ou não do vale**



(representaram 35% dos cancelamentos, quando em 2014 esse peso havia sido de 18%).

- b. Abrangeu utentes já agendados no hospital de origem, o que perturbou a organização e o normal funcionamento da área cirúrgica das unidades hospitalares do SNS (8,67% dos cancelamentos, que compara com o peso de 4,08% em 2014).**

O cancelamento de Notas de Transferência ou de Vales de Cirurgia por expiração do prazo de validade é, a seguir à recusa de transferência (cerca de 60% dos cancelamentos), o segundo motivo de cancelamento,

A análise da tabela seguinte mostra que não houve, em 2016, nenhuma alteração estrutural na hierarquia da distribuição dos motivos de cancelamento de Notas de Transferência ou de Vales de Cirurgia, apesar das ligeiras alterações de peso relativo de cada uma delas que todos os anos ocorrem de forma natural.

Notas de transferência e vales de cirurgia cancelados por motivo

Motivo de cancelamento	Nº de NT/VC cancelados 2010	Nº de NT/VC cancelados 2011	Nº de NT/VC cancelados 2012	Nº de NT/VC cancelados 2013	Nº de NT/VC cancelados 2014	Nº de NT/VC cancelados 2015	Nº de NT/VC cancelados 2016
Recusa transferência	60,1%	50,0%	63,6%	50,0%	64,9%	60,1%	54,0%
NT/VC expirado	20,7%	19,7%	18,6%	17,6%	17,9%	17,9%	26,3%
Já agendado HO	0,0%	0,6%	1,7%	2,1%	3,9%	4,0%	7,0%
Erro Adm. UCGIC	1,3%	0,0%	0,0%	0,3%	0,2%	11,1%	6,2%
Desistência	2,6%	3,2%	3,8%	2,0%	2,8%	2,6%	1,9%
Já operado HO	3,7%	4,9%	2,0%	2,2%	1,7%	1,8%	1,8%
Devolução dos CTT	1,8%	2,0%	1,4%	1,4%	1,6%	1,1%	1,0%
Já operado	0,2%	0,3%	0,4%	0,4%	0,3%	0,4%	0,6%
Já operado noutra Instituição	1,0%	1,1%	1,1%	0,0%	1,0%	0,6%	0,6%
A pedido do utente	1,6%	1,5%	1,6%	0,0%	0,9%	0,4%	0,6%
Óbito	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%
Utente s/ condições operatórias	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Sem indicação cirúrgica	0,3%	0,2%	0,4%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%
Erro Adm. HO	2,3%	2,3%	1,9%	1,8%	1,8%	0,8%	0,2%
Uso indevido utente	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Não existe HD disponível	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Portaria 45/2008	3,2%	4,7%	1,9%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
Já operado urgência	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%
Erro Adm. HD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Erro Adm. URGIC	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Proposta não adequada	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não contactável	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%
Por duplicação	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Méd HD pertence serviço HO utente	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Falha no processamento do SI	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%	1,4%	0,0%	0,0%
NT/VC emitido não expedido	0,0%	0,0%	0,0%	7,8%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	91 288	91 332	81 061	66 496	63 783	81 334	65 777

Fonte: ACSS

Existem marcasadas assimetrias regionais no acesso a consultas hospitalares e cirurgias e nos tempos de espera associados, que traduzem desigualdades no acesso a cuidados de

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.mun-saude.pt | www.acss.mun-saude.pt



- 22. Existem diferenças substanciais no acesso dos utentes a cuidados de saúde hospitalares, medido pela utilização efetiva dos cuidados pela população de cada Região de Saúde e pelos tempos médios de espera das consultas e cirurgias realizadas.**
- 23. A Região de Saúde do Norte destaca-se como aquela em que o número de primeiras consultas de especialidade e o número de cirurgias programadas, face à população residente, são mais elevados.**
- 24. Pelo contrário, a Região de Saúde do Algarve apresenta os mais baixos índices de prestação de cuidados de saúde à população residente, menos de metade das consultas e cirurgias realizadas na região Norte.**
- 25. Na primeira consulta de especialidade hospitalar, os tempos médios de espera em 2016 variaram entre os 76 dias verificados na Região de Saúde do Centro e os 130 e 136 dias registados nas regiões de saúde do Algarve e do Norte, respetivamente.**
- 26. Os tempos médios de espera para cirurgia programada variaram entre os 87 dias da Região de Saúde do Norte e os 162 dias da Região de Saúde do Algarve.**

A existência de assimetrias regionais no acesso à atividade cirúrgica no SNS é uma realidade que tem percorrido os vários anos de implementação do SIGIC e que tem vindo a ser alvo de intervenção por parte das estruturas envolvidas na gestão desta área de atividade no SNS.

Estas intervenções têm contribuído para a redução paulatina, mas sustentada, dessas assimetrias, com exceção para a região do Algarve, conforme é destacado no presente relato de auditoria e pode também ser comprovado por uma análise cronológica comparada dos indicadores de acesso no SNS.

O Algarve permanece uma região prioritária em termos da necessidade de reformulação das respostas de saúde do SNS, nomeadamente a nível hospitalar, pelo que têm vindo a ser reforçados os recursos humanos afetos ao CHA (essencialmente, ao nível de pessoal médico e de enfermagem) e têm sido aprovados diversos investimentos em instalações e equipamentos que permitam aumentar a capacidade de resposta da instituição.

Para além deste reforço da resposta na região, foram já estabelecidos protocolos de afiliação entre o CHA e o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E., patrocinados pela ARS Algarve e pela ARS Lisboa e Vale do Tejo, designadamente, nas áreas de Cirurgia Vasculuar, Oncologia, Ortopedia e Reumatologia, com o objetivo de aumentar a articulação e a partilha de recursos



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.

entre estas instituições e de melhorar a resposta assistencial aos utentes daquela região de saúde.

Ainda sobre a região Algarve, importa referir que o Conselho Diretivo da ACSS irá propor, à ARS Algarve e ao CHA, a realização de um trabalho dedicado de consultoria, a realizar até final do primeiro trimestre de 2018, que permita melhorar o acesso às consultas hospitalares e à atividade cirúrgica neste Centro Hospitalar, alavancando a capacidade de resposta do SNS às necessidades dos utentes da região.

Finalmente, em matéria de combate às assimetrias regionais na resposta cirúrgica do SNS, destaca-se que a implementação plena dos mecanismos de Gestão Partilhada dos Recursos no SNS (GPR SNS) que têm vindo a ser criados (conforme determinado no Despacho n.º 3796-A/2017, publicado na 2.ª Série do Diário da República n.º 87, de 5 maio, na Circular Informativa Conjunta n.º 06/2016/ACSS/SPMS, de 8 de julho, e na Circular Normativa Conjunta n.º 11/2017/ACSS/SPMS, de 26 de maio), visam o aumento da produtividade global dos recursos do SNS e o reforço da gestão colaborativa e articulada entre todas as estruturas públicas, de forma a esbater as diferenças regionais no acesso aos cuidados de saúde e a aumentar o grau de cumprimento dos TMRG em todas as instituições do SNS a nível nacional.

Os protocolos e convenções com unidades hospitalares do setor social ou privado para a realização de cirurgias no âmbito do SIGIC não cobrem de igual modo todas as regiões do país, contribuindo para as marcadas desigualdades no acesso a cuidados de saúde cirúrgicos.

- 27. Os Hospitais do setor social ou privado realizaram cerca de 8,1% do total de intervenções cirúrgicas programadas do SNS entre 2014 e 2016 (135.965 de 1.679.153 cirurgias), mas a sua atividade concentra-se no litoral do país.***
- 28. A Região de Saúde do Algarve é a que apresenta a maior dependência dos hospitais do setor social ou privado, e é a única em que essa dependência se agravou no triénio: em 2016, realizaram 30,51% das cirurgias programadas da região (4.221 cirurgias).***
- 29. Na Região de Saúde do Norte existe uma participação significativa (cerca de 9,5% das cirurgias no triénio) de hospitais do setor social, enquanto hospitais protocolados, que recebem diretamente utentes referenciados pelas unidades de cuidados primários do SNS, sem necessidade de emissão de vale cirurgia. Nas regiões do Alentejo e do Algarve não existem hospitais protocolados.***

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.mn-saude.pt | www.acss.mn-saude.pt

Página 21 de 33



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.

30. Nestes hospitais protocolados, cuja presença é residual nas regiões do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo, o tempo médio de resposta no triénio (48 dias) foi substancialmente inferior ao verificado nos hospitais do SNS (88 dias) revelando-se vantajoso para a satisfação das necessidades dos utentes.

Conforme referido, encontram-se em curso diversas iniciativas que visam o reforço dos recursos físicos e humanos existentes no SNS, o aumento da rentabilização da capacidade instalada e a melhoria da coordenação e da articulação entre as instituições públicas do SNS, o que não impede que possam continuar a existir, ou até vir a ser reforçados em algumas zonas do país (dependendo da necessidade das estruturas do SNS), os Acordos e Convenções estabelecidos com entidades privadas e do setor social ou cooperativo que, em complementaridade, colaborem com as instituições do SNS na resposta às necessidades cirúrgicas dos utentes.

Em qualquer circunstância, e sem prejuízo do respeito pelos inultrapassáveis direitos de acesso dos utentes, importa insistir no esforço de rentabilização da capacidade instalada no SNS, alicerçada, designadamente, no *benchmarking* dos desempenhos hospitalares (em termos de doentes operados por médico e enfermeiro equivalentes em tempo completo, da utilização das salas operatórias ou de demora média, por exemplo) e na melhoria da produtividade no SNS.

De resto, o maior ou menor recurso ao contributo do sector social não constitui indicador de maior ou menor acesso aos cuidados de saúde por parte dos utentes, pois, consabidamente, tal deve ser subsidiário e dependente da capacidade concreta dos estabelecimentos do SNS.

Embora o sistema de gestão das listas de espera cirúrgicas seja universal, e a sua informação apresente uma maior fidedignidade face à disponível sobre as listas de espera para primeira consulta hospitalar, subsistem falhas na integração com os sistemas locais e práticas de registo incorretas nas unidades hospitalares.

Ao longo dos anos, o processo de gestão dos inscritos para cirurgias tem revelado inúmeras virtuosidades, mas também alguns problemas relacionados com os registos de atividade nos vários hospitais e com os sistemas de informação que o suportam, essencialmente associados à existência de um interface entre os sistemas locais e o sistema central que apresenta diversas fragilidades e que exige um esforço de manutenção técnica e operacional significativo¹¹.

¹¹ Até à data em que o SIGLIC passou para a gestão operacional da SPMS, E.P.E., o que ocorreu em 2013/2014, existiam diversos técnicos na ACSS, I.P. que estavam exclusivamente dedicados à correção dos problemas de integração originados pelo interface do SIGLIC.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ACSS ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.

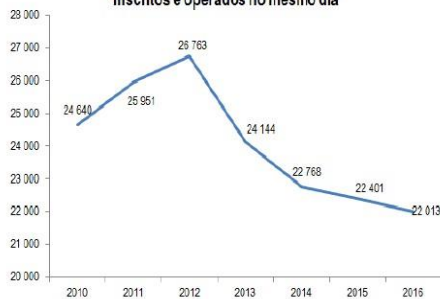
Esta é uma realidade há muito identificada, que exige a substituição tecnológica do interface e que tem vindo a ser amplamente sinalizada como prioritária pela ACSS, I.P. junto da SPMS, E.P.E., conforme demonstra a documentação que faz parte do arquivo institucional, entidade que tem a responsabilidade de efetuar a manutenção e o desenvolvimento dos sistemas de informação que suportam o acesso ao SNS, mediante um Contrato-Programa negociado com a ACSS e homologado pela Tutela.

- 31. Em 2016, cerca de 4% (22.013) dos utentes não urgentes (níveis de prioridade entre 1 e 3) foram inscritos e operados no mesmo dia, isto é, com um tempo de espera igual a zero, revelando a existência de práticas incorretas no registo da inscrição dos utentes em LIC.**

Esta é uma matéria importante para avaliar a qualidade dos processos associados à gestão das LIC, pelo que importa perceber a evolução registada nos últimos anos.

O gráfico ao lado apresenta, para o período 2010 a 2016, a evolução do número de utentes não urgentes inscritos e operados no mesmo dia, permitindo concluir que os valores têm vindo a reduzir-se de forma sustentada desde 2012, tendo alcançado em 2016 o valor mais baixo do período analisado.

Utentes não urgentes (níveis de prioridade entre 1 e 3) inscritos e operados no mesmo dia



Fonte: ACSS

Esta evidência não inviabiliza que continuem a ser reforçados os mecanismos de controlo nos hospitais, contribuindo assim para que esta prática continue a reduzir-se.

- 32. Existe falta de transparência sobre os motivos de cancelamento das inscrições dos utentes da Lista de Inscritos para Cirurgia (em 2016, 14% do total de saídas dos utentes da lista). Os motivos que são registados não permitem perceber com rigor o que originou o movimento de saída destes utentes da LIC, uma vez que não constituem um conjunto exaustivo e mutuamente exclusivo de causas dessas saídas.**
- 33. Os motivos de cancelamento mais frequentes foram a "desistência" (31,01%), a "proposta não adequada" (16,4%), e a realização da cirurgia noutra âmbito, seja no âmbito de um episódio de urgência no próprio hospital ou em qualquer outro local alternativo (10,85%).**

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.mn-saude.pt | www.acss.mn-saude.pt



REPÚBLICA PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

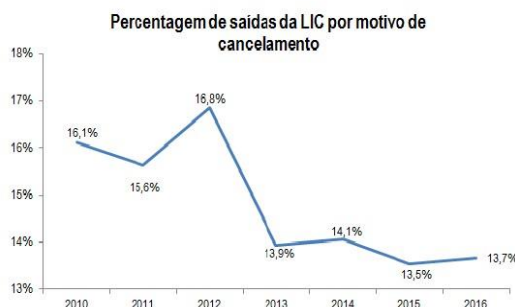


ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.

34. Em 2016 houve 2.605 inscrições na lista de espera cirúrgica que foram canceladas devido ao óbito do utente (2,84% do total de cancelamentos).

Os motivos de cancelamento das inscrições dos utentes em LIC estão definidos no Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia (MGIC), publicado em 2011, nomeadamente no Volume IV – Área Administrativa deste MGIC.

Em 2016, a percentagem de episódios que saíram da LIC por motivo de cancelamento foi 13,7%, o que representa uma diminuição em relação ao período 2010 a 2016, conforme demonstra o gráfico ao lado.



Fonte: ACSS

Por outro lado, analisando, no quadro ao lado, o peso dos cancelamentos de acordo com a distribuição dos motivos admissíveis, constata-se essa distribuição se mantém praticamente inalterada ao longo do período em análise, com a maior parte dos cancelamentos a ocorrer por desistência ou recusa do utente em ser transferido para outro hospital (42%, em 2016), seguindo-se a perda de indicação cirúrgica (26%) e o motivo associado ao facto do utente já se encontrar operado num hospital fora do SIGIC (11%).

	Cancelados						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Desistência	34%	27%	30%	36%	30%	41%	42%
Perda de indicação cirúrgica	16%	15%	13%	17%	23%	25%	26%
Operado fora do SIGIC	6%	6%	7%	7%	9%	11%	11%
Erro processual	7%	13%	10%	8%	10%	9%	8%
NT/VC expirado/ não utilizado	11%	7%	6%	3%	5%	0%	0%
Transferência de responsabilidade	7%	13%	18%	7%	8%	5%	6%
Óbito	2%	2%	2%	2%	2%	3%	3%
Outros	18%	17%	17%	20%	4%	0%	0%
Total	92 361	95 557	105 146	89 728	91 300	90 334	91 634

Fonte: ACSS

Face ao exposto, considera-se que o padrão se mantém inalterado, assumindo-se, contudo, a oportunidade de investimento, pela ACSS, I.P., numa maior exaustividade dos motivos de cancelamento.

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.min-saude.pt | www.acss.min-saude.pt



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



35. Nas inscrições associadas à doença oncológica, 231 utentes foram retirados da lista devido ao seu óbito ter ocorrido enquanto aguardava a realização da intervenção cirúrgica (4,99% do total de cancelamentos de inscrições com indicadores oncológicos).

Número de episódios cancelados - Neoplasias Malignas

Conforme se apresenta no quadro ao lado, o número de episódios de neoplasias malignas que foram cancelados por motivo de óbito em 2016 foi inferior ao que se registou nos últimos 2 anos.

Motivo Cancelamento	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Óbito	205	196	188	209	237	280	231

Fonte: ACSS

36. Apesar de nos contratos programa assinados com os hospitais do SNS se prever a existência de penalizações associadas a falhas no cumprimento, pelas unidades hospitalares, das regras de funcionamento dos sistemas CTH e SIGIC, a ACSS não tem efetuado uma monitorização adequada nem tem aplicado eventuais penalizações.

Em 2016, foram introduzidas nos Contratos-Programa estabelecidos com as instituições hospitalares do SNS um conjunto de penalizações associadas à qualidade da gestão das listas de inscritos para cirurgia (e também para primeiras consultas hospitalares), evidenciando assim a prioridade que tem sido atribuída a esta matéria.

A ACSS, I.P. tem vindo a diligenciar repetidamente, junto da SPMS, para que seja resposto o módulo informático que foi desligado para reparação, em 2014, e que permite monitorizar as não conformidades na gestão das listas de inscritos (inscrições, cancelamentos, entre outros). Este módulo revela-se de especial importância para a monitorização da qualidade da gestão das listas de inscritos nos vários hospitais, assim como para concretizar a avaliação das penalizações financeiras que foram introduzidas nos Contratos-Programa.

As falhas de integração entre os registos existentes nos sistemas de informação dos hospitais e os sistemas SICTH e SIGLIC prejudicam a qualidade da informação disponibilizada publicamente sobre as listas de espera, e não têm sido resolvidas pela ACSS.

37. Todas as unidades hospitalares auditadas reportaram problemas na integração da informação, que permanecem ao longo dos anos, o que demonstra a incapacidade da

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss-min-saude.pt | www.acss-min-saude.pt

Página 25 de 33



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.

ACSS em providenciar pela resolução, a montante, dos problemas que originaram esses mesmos erros.

38. As constantes falhas de integração da informação, que por vezes incluem inscrições cujos erros já haviam sido detetados e corrigidos no passado, implicam uma elevada carga administrativa, quando o problema seria facilmente solucionável com um adequado desenvolvimento corretivo dos sistemas de informação.

As falhas de integração entre os atuais sistemas de informação que suportam a gestão do acesso são, como tem vindo a referir-se, um constrangimento que ainda persiste e que é colmatado com a realização de trabalhos técnicos adicionais de validação da qualidade da informação disponível, no sentido de assegurar a sua fiabilidade e utilização pública.

Considerando os problemas que decorrem destas falhas de integração, a ACSS, I.P. tem vindo reiteradamente a solicitar à SPMS, entidade que tem a competência de efetuar a gestão dos sistemas de informação que suportam o acesso ao SNS, a resolução destes problemas, quer seja através do reforço da negociação e acompanhamento das metas estabelecidas no Contrato-Programa anualmente estabelecido, quer seja através de reuniões que se têm realizado entre os conselho diretivos e entre as equipas técnicas responsáveis em ambas instituições pela gestão operacional destas áreas, como se pode evidenciar em todas as atas e reportes de informação sobre o desempenho destes sistemas de informação que fazem parte do arquivo institucional.

Sem prejuízo das melhorias que têm vindo a ser sinalizadas, considera-se que só a implementação plena dos instrumentos que constituem a componente VAI do SIGA permitirá solucionar, definitivamente, os diversos constrangimentos técnicos associados à validação da informação sobre o acesso ao SNS, e que são destacados no presente relato de auditoria¹².

Apesar de os hospitais auditados cumprirem genericamente os procedimentos instituídos para a gestão de inscritos em listas de espera para consulta e cirurgia, existem práticas distintas em cada unidade hospitalar, e inclusive entre diferentes especialidades da mesma unidade hospitalar, que carecem de harmonização.

¹² O SIGA permitirá ainda proceder ao congelamento dos dados para os períodos de tempo validados e encerrados, ao contrário do que ocorre hoje, em que a ferramenta de exploração de dados do sistema CTH (ADW-CTH) corre diretamente sobre a base de dados, considerando assim qualquer alteração que possa ter sido efetuada em relação à informação já encerrada para efeitos de avaliação e de divulgação de resultados.

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.min-saude.pt | www.acss.min-saude.pt

Página 26 de 33



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.

- 39. Apenas algumas das unidades hospitalares auditadas celebraram protocolos com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da sua área de influência, definindo critérios de acesso e regras de referenciação dos utentes (o HJA-Cascais, o CHCB e a ULSAM) no processo de referenciação, dos cuidados de saúde primários, para uma primeira consulta hospitalar. Estes protocolos permitem uniformizar e melhorar a resposta aos pedidos, evitando devoluções e cancelamentos dos pedidos de consulta.**
- 40. Verificou-se a existência de recusas de pedidos de consultas, provenientes das unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, justificadas com a falta de capacidade de resposta das unidades hospitalares em tempo adequado, motivo não enquadrável no regulamento do sistema Consulta a Tempo e Horas, e que mascara a procura de cuidados de saúde da população servida, relevada pelas listas de espera.**
- 41. Foram também recusados pedidos de consulta, pelas unidades hospitalares, quando, na sequência de uma devolução inicial do pedido, pelo médico triador, para obtenção de informação adicional junto do médico assistente da unidade funcional dos cuidados de saúde primários, este não respondia dentro do tempo regulamentar (3 dias). Esta falta de articulação entre diferentes níveis de cuidados, também evidente na existência de pedidos duplicados para o mesmo utente, põe em causa o acesso dos utentes à consulta de especialidade hospitalar.**

Esta administração central tem vindo a reforçar, junto das ARS e das instituições prestadoras de cuidados de saúde do SNS (primários e hospitalares), a necessidade de serem estabelecidos protocolos de referenciação para todas as especialidades médicas existentes nos hospitais do SNS, conforme comprovam os compromissos assumidos por estas entidades, na sequência das reuniões de trabalho que têm sido realizadas sobre esta matéria nos vários hospitais do país.

Relativamente à duplicação de pedidos, como já mencionado, o atual sistema *Alert P1* não permite qualquer *upgrade*. Este constrangimento é conhecido mas apenas poderá ser colmatado quando for implementado o VAI, que já contempla, nas suas especificações, esta funcionalidade.

Até lá, a ACSS, semanalmente, identifica os pedidos duplicados e envia essa informação para os responsáveis dos cuidados de saúde primários que efetuaram o pedido de consulta, conforme documentação que consta do arquivo institucional.

- 42. As cirurgias que são inscritas no SIGLIC como cirurgias programadas, incluem procedimentos não urgentes realizados em regime de ambulatório, por vezes fora do bloco operatório, realizados no próprio dia em que o utente é inscrito. Estes episódios,**

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.mn-saude.pt | www.acss.mn-saude.pt

Página 27 de 33



cujo tempo de espera é de 0 dias, influencia positivamente os tempos médios globais, sem que esteja associado efetivamente a um melhor acesso aos cuidados de saúde. Em 2016, o tempo de espera, desconsiderando estes episódios, seria superior ao apurado a nível nacional em 5 dias. Em alguns hospitais o efeito é mais pronunciado, como é o caso do HGO (15 dias).

43. *Existem propostas cirúrgicas que, por incompletas, geram um GDH previsional inválido (470). Estas propostas impedem a emissão de notas de transferência ou de vales cirurgia, penalizando os utentes em lista de espera, que podem ver o respetivo TMRG ser ultrapassado sem conseguirem a transferência para outra unidade hospitalar, como seria seu direito.*
44. *O sistema de informação disponibilizado pela SPMS aos Hospitais do SNS não prevê qualquer controlo que previna esta ocorrência.*
45. *Nos hospitais auditados não se obteve evidência da existência de procedimentos que assegurem a informação regular e atempada do utente sempre que ocorram alterações na sua situação na lista de espera para cirurgia programada (pendência, suspensão administrativa da inscrição ou readmissão), em incumprimento do previsto no Regulamento do SIGIC.*

A análise do número de propostas cirúrgicas que geram um GDH previsional inválido, e que por isso dificultam o processo de emissão de Notas de Transferência ou de Vales Cirurgia, permite concluir que os valores registados nos últimos anos (2015 e 2016) são os mais baixos do período analisado neste relatório anual do acesso, conforme demonstra o quadro abaixo, o que não inviabiliza que continuem a ser reforçados os mecanismos de controlo nos hospitais, contribuindo assim para que esta realidade continue a esbater-se e pugnando pela ativação de procedimentos que garantam a informação ao utente sempre que ocorram alterações na sua situação na lista de espera.

Indicadores - GDH 470 *	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Entradas c/ GDH 470	46 915	60 212	58 520	63 143	55 920	49 004	50 230
% Entradas c/ GDH 470	8,2%	9,8%	9,4%	9,8%	8,6%	7,4%	7,5%

Fonte: ACSS

Apesar de os hospitais auditados cumprirem genericamente os procedimentos instituídos para a gestão de inscritos em listas de espera para consulta e cirurgia, existem práticas distintas em cada unidade hospitalar, e inclusive entre diferentes especialidades da mesma

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.min-saude.pt | www.acss.min-saude.pt

Página 28 de 33



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.

unidade hospitalar, que carecem de harmonização.

46. Apenas dez das vinte e quatro unidades hospitalares aderentes ao Plano de intervenção em Cirurgia (PIC), programa criado em 2015, atingiram o objetivo de melhoria dos tempos médios de resposta nas patologias contratualizadas. Nas restantes unidades apurou-se, inclusive, agravamento dos tempos de resposta em algumas unidades e patologias.

47. Tendo em conta a natureza universal do SIGIC, e o facto de o mesmo já prever mecanismos institucionais de incentivo à "produção adicional" nos hospitais do SNS, não era expectável que surgisse um programa sobreposto ao mesmo, de caráter pontual e não permanente, e por isso sem efeitos na dinâmica da lista de espera.

O Plano de Intervenção em Cirurgia (PIC) foi proposto ao Conselho Diretivo da ACSS, em 18 de março de 2015, pelo então Coordenador da Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia, conforme documentos que constam do arquivo institucional, tendo merecido a aprovação do Senhor Secretário de Estado da Saúde e a publicação da Portaria n.º 179-A/2015, de 16 de junho.

O PIC pretendeu reforçar a realização de atividade cirúrgica dos hospitais do SNS em 2015, respondendo assim de forma mais efetiva à procura acrescida que se tem vindo a registar nos últimos anos em relação a diversas patologias, nomeadamente as seguintes:

- Cirurgia em patologia neoplásica (mama e próstata);
- Cirurgia da hérnia discal;
- Artroplastia da anca;
- Cirurgia da catarata.

48. Em 2016, o incentivo à internalização da produção cirúrgica, com o objetivo de maximizar a utilização da capacidade efetiva disponível dentro do perímetro do SNS, traduziu-se em maiores tempos de espera para os utentes.

Ao contrário do que aconteceu com o PIC que decorreu em 2015, o qual se limitava ao horizonte temporal e aos objetivos concretos definidos na Portaria n.º 179-A/2015, de 16 de junho, o Programa de Incentivo à Realização da Atividade Cirúrgica no SNS (PIRAC) constituiu-se como uma alteração estrutural e permanente do perfil da oferta cirúrgica no SNS, o qual tem como objetivo a melhoria da capacidade de resposta cirúrgica das unidades hospitalares públicas, pretendendo: i) *melhorar os tempos de resposta no acesso à cirurgia programada*; ii) *rentabilizar a capacidade cirúrgica instalada na rede de estabelecimentos públicos*; iii) *criar mecanismos*

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.min-saude.pt | www.acss.min-saude.pt

Página 29 de 33



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.

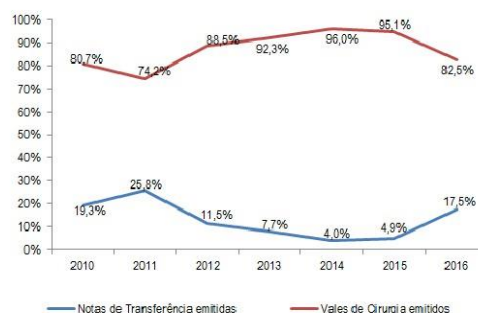
competitivos para a realização de atividade cirúrgica no SNS, e iv) aumentar a produtividade das instituições do SNS.

Conforme se depreende, os objetivos do PIRAC são estruturais pelo que a sua avaliação ao fim de poucos meses é prematura.

49. Neste ano, para além de ter sido interrompida a emissão automática e regular de vales, foi privilegiada a sua substituição pela emissão de notas de transferência para unidades hospitalares do SNS.
50. Foram emitidas 14.352 notas de transferência, (+163% face a 2015, +8.899). Já o número de vales cirurgia emitidos foi 67.477 (-36% face ao ano anterior, -38.232).
51. Esta opção teve efeitos negativos sobre os tempos de espera dos utentes, que poderiam ter visto a sua situação resolvida mais rapidamente se lhes tivesse sido dada a opção de optarem por uma unidade hospitalar do setor social ou privado, através da emissão atempada de um vale cirurgia. Em 2014, ano que que a emissão de vales cirurgia decorreu de acordo com o regulamento do SIGIC, o tempo médio de espera dos utentes transferidos foi de 259 dias. Em 2016, o tempo médio de espera situou-se nos 300 dias, um aumento de mais de 40 dias de espera.

Em 2016, foi emitido um total de 81.829 Notas de Transferência e Vales de Cirurgia, sendo que 82,5% destes foram Vales de Cirurgia emitidos para o setor convencionado (67.477) e os restantes 17,5% foram Notas de Transferência emitidas entre instituições públicas do SNS (14.352).

Conforme demonstra o gráfico ao lado, o peso relativo entre as Notas de Transferência e os Vales de Cirurgia emitidos em 2016 voltou a atingir os valores que se registavam em 2010 e 2011 e que, de 2012 a 2015, tinha sido alterado em favor dos Vales de Cirurgia.



Fonte: ACSS

Reitera-se que o crescimento da emissão de Notas de Transferência emitidas entre hospitais do SNS que se registou em 2016 foi possível devido ao aumento da disponibilidade dos hospitais do SNS para receberem essas transferências, em resposta à criação do Programa de Incentivo à

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.min-saude.pt | www.acss.min-saude.pt

Página 30 de 33



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.

Realização de Atividade Cirúrgica no SNS que tinha como objetivos o aumento da articulação entre as instituições públicas e a rentabilização da capacidade instalada no SNS.

Esta realidade fez com que, em 2016, tenham sido transferidos 1.338 utentes entre hospitais do SNS para a realização de intervenções cirúrgicas (correspondendo à cativação efetiva de notas de transferência), quando em 2015 tinham sido transferidos apenas 337 utentes e, em 2014, 268 utentes, por exemplo.

Recomendações

Face ao exposto e salvo melhor opinião, o Conselho Diretivo da ACSS, I.P. considera que o projecto de recomendações de auditoria deverá ainda ater-se aos seguintes aspectos:

Relativamente ao projecto de recomendações dirigidas ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. e ao Conselho de Administração da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.

1. O sistema de informação que suporta o programa CTH está bloqueado a atualizações e/ou desenvolvimentos, pelas questões jurídicas explicitadas, sendo que a criação das várias componentes do SIGA, atualmente em curso, permitirá cumprir os regulamentos e monitorizar todas as modalidades de acesso à primeira consulta hospitalar nas instituições do SNS.

O interface do SIGLIC está obsoleto e será substituído no âmbito do processo de implementação do SIGA, que permitirá incorporar as diversas áreas de melhoria já identificadas e reforçadas neste relato de auditoria.

Entretanto, e no imediato, a ACSS, I.P. irá reiterar insistência junto da SPMS, E.P.E. no sentido de serem introduzidas as alterações tecnicamente possíveis em termos do processo de gestão da lista de inscritos para cirurgia.

2. No âmbito dos trabalhos em curso na ACSS, I.P. para elaboração dos regulamentos das diversas vertentes do SIGA estão previstas as especificações que visam impedir a duplicação de pedidos, para o mesmo utente e para a mesma especialidade, resolvendo-se assim, automaticamente, esta desconformidade.

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss-min-saude.pt | www.acss-min-saude.pt

Página 31 de 33



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.

3. A ACSS, I.P. irá trabalhar com a SPMS, E.P.E. no sentido de ser estabelecido um plano que permita assegurar que as propostas cirúrgicas são criadas nos sistemas locais com os códigos de diagnóstico e de procedimentos completos para permitir o agrupamento em GDH.

Relativamente ao projecto de recomendações dirigidas ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

1. e 2. A ACSS, I.P., através da UGA, irá reforçar os seus procedimentos internos no sentido de assegurar as regras de transferência de utentes entre as instituições, assim como divulgar periodicamente os relatórios, que já efetua, com a execução e o enquadramento explícito dos processos administrativos associados à gestão do acesso, refletindo assim os trabalhos de correção dos erros de integração que resultam dos constrangimentos associados aos atuais sistemas de informação que suportam o acesso aos cuidados de saúde no SNS, sem qualquer transigência quanto a “adulteração de listas e tempos de espera” e pugnando pela melhoria contínua dos registos e pelo respeito pelos direitos de acesso dos utentes.
3. A ACSS, I.P. lançou um concurso público internacional (Anúncio de procedimento n.º 579/2017, publicado no Diário da República de 25 de janeiro de 2017) que permitirá a aquisição de uma solução integrada de serviços de impressão, envelopagem e expedição de correspondência emitidos pelo SIGIC. Para além destas iniciativas, e procurando resolver o problema definitivamente, o Conselho Diretivo determinou ainda a desmaterialização de todo o processo de emissão de Notas de Transferência e de Vales de Cirurgia, contribuindo assim para que este tipo de problema técnico não se venha a repetir no futuro. Reforça-se o empenho da ACSS em garantir todas as condições técnicas e materiais que permitam que sejam integralmente cumpridos, em tempo útil e sem interrupções, as normas de emissão de Notas de Transferência e de Vales de Cirurgia para hospitais de destino públicos ou convenionados que permitam responder em tempo útil às necessidades cirúrgicas dos utentes do SNS.
4. 5. e 6. A ACSS irá ainda reforçar os mecanismos de articulação e de trabalho em proximidade com as unidades de gestão do acesso a nível regional e local, no sentido de assegurar que são monitorizados e cumpridos os procedimentos de gestão das listas de inscritos para primeira consulta e para cirurgia, nomeadamente, ao nível de inscrição, triagem, agendamento, recusa, realização da atividade, assim como são estabelecidos e amplamente divulgados os protocolos de articulação entre as instituições, que clarifiquem os

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.min-saude.pt | www.acss.min-saude.pt

Página 32 de 33



SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.

critérios de acesso e as regras de referênciação para as diversas especialidades hospitalares no SNS.

Para 2018, dar-se-á continuidade ao reforço da vertente do acesso que foi iniciado no âmbito do processo de contratualização nos cuidados de saúde primários em 2017, em que se contratualizou pela primeira vez, de forma explícita, várias dimensões do acesso aos cuidados de saúde primários, passando a considerar-se também indicadores que incentivem o cumprimento integral das normas de referênciação para primeira consulta hospitalar, nomeadamente o cumprimento dos 3 dias para completar os pedidos de consulta que são devolvidos pelos hospitais.

Finalmente, destaca-se que a ACSS se encontra a implementar o SIGA, reformulando, por um lado, o modelo de governação do acesso aos cuidados de saúde no SNS e, por outro, trabalhando na especificação dos normativos técnicos a verter nos sistemas de informação a desenvolver.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho Diretivo

Digitally Signed by Marta Alexandra
Fátima Braga Temido de Almeida Simões
DN: CN=Marta Alexandra Fátima Braga
Temido de Almeida Simões,
OU=Administração Central do Sistema de
Saúde I.P., O=Administração Central do
Sistema de Saúde I.P., C=PT
Reason:
Date: 2017-08-07T19:57:42

(Marta Temido)

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.min-saude.pt | www.acss.min-saude.pt

Página 33 de 33



III. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE



SPMS
EPE
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

TRIBUNAL DE CONTAS

E 12753/2017
2017/8/4



Exmo. Senhor
Juiz Conselheiro José F.F. Tavares
M.I. Diretor-Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 LISBOA

N/ Ref#:
V/ Ref#: **Ofício n.º 23169/2017, de 11 de julho de 2017**

S 020000 *0408.17

Assunto: **RELATO - PROCESSO Nº 32/2016-AUDIT**

Em cumprimento do disposto nos artigos 13.º e 87.º, n.º 3 da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto cumpre, relativamente ao Projeto de Recomendações dirigidas à SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., no âmbito das suas competências, remeter a V. Ex.ª a informação infra.

- No que respeita à **recomendação 1.**, informa-se que a otimização do módulo das “Não Conformidades e Penalizações às Instituições”, será objeto de análise ainda durante o corrente ano, tratando-se de uma meta que reveste grande importância para análise e auditoria do desempenho das instituições hospitalares – Serviço Nacional de Saúde e Convencionadas. Prevê-se que no final do ano corrente, o módulo fique disponível na aplicação do SIGLIC.

- Relativamente à **recomendação 2.**, importa referir que não é possível alterar o código fonte do Alert®P1., uma vez que o código fonte é propriedade da empresa que o desenvolveu, não podendo a SPMS efetuar alterações no mesmo. Atualmente está a ser desenvolvida uma aplicação, VAI (Via de Acesso Integrado), que irá substituir o Alert®P1 e que permitirá ultrapassar algumas das atuais dificuldades e corrigir lacunas há muito identificadas.

- Cumpre por último esclarecer que, relativamente à **recomendação 3.**, com a instalação do catálogo ICD10, o registo dos códigos de diagnóstico vai permitir ter datas de validade, o que impossibilitará que seja possível registar códigos que já estão descontinuados.

TRIBUNAL DE CONTAS
DIRECÇÃO-GERAL
77: 30
4 AGO. 2017
RECEPÇÃO

1/2



SPMS_{EPE}
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

Quanto à possibilidade de apenas poder registar códigos de diagnóstico que produzam Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH's) válidos, a sua implementação deverá enquadrar-se em regras e orientações a emitir por parte da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS).

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Henrique Martins



IV. Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida



Registado c/ aviso de recepção

Exmo. Senhor
Auditor – Coordenador
Dr. José António Carpinteiro
Departamento de Auditoria VI –UAT 1
Direção Geral do Tribunal de Contas
Avª Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Assunto: Relatório de Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde
- Proc. 32/2016-Audit

Data: 26/07/2017

N/Of. 108/CA

Exmo. Senhor Auditor,

Na sequência da análise ao Relatório de Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde, elaborado pelo Tribunal de Contas, vem o Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida pronunciar-se relativamente a alguns aspectos que consideramos pertinentes.

Trata-se de um Relatório de grande importância, no que respeita à avaliação do desempenho das diversas entidades e unidades hospitalares na gestão das listas de espera de consultas (LEC) e cirurgias (LIC). O Hospital de Cascais, gerido em Parceria Público Privada (PPP) tem mantido ao longo dos anos, uma preocupação constante na gestão das listas de espera, tentando contribuir para uma efectiva equidade na gestão do acesso e cumprindo a actividade contratualizada.

Vemos com agrado, a referência ao Hospital de Cascais na celebração de protocolos com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da nossa área de influência, tendo definidos critérios de acesso e regras de referenciação dos utentes.

A este respeito com a introdução em Setembro de 2016 do sistema de Livre Acesso e Circulação de Utentes no SNS (LAC) aprovado pelo Despacho n.º 5911-B/2016, de 3 de maio, permitiu aos utentes em conjunto com o médico de família responsável pela referenciação, optar por qualquer uma das unidades hospitalares do SNS onde exista a consulta de especialidade de que necessita.

A referenciação é efectuada de acordo com o interesse do utente, segundo critérios de proximidade geográfica e considerando os tempos médios de resposta. Este "novo" cenário, embora represente inúmeras vantagens para o utente, não garante a mesma tipologia de referenciação actualmente

Hospital de Cascais - Dr. José de Almeida
Av. Brigadeiro Victor Novais Gonçalves • 2755-009 Alcabideche
Tel.: 214 653 060 • Fax: 214 653 199

LUSIADAS - Parcerias Cascais, S.A. | Rua Laura Alves, 12 - 5ª, 1050-135 Lisboa
Capital Social: € 1.269.936,00 | NIPC 509 436 664





existente entre os ACES da área de influência e o Hospital de Cascais. Através da LAC, actualmente o Hospital de Cascais recebe muitos pedidos de primeira consulta dos ACES da área Metropolitana de Lisboa e até de outros Concelhos mais longínquos (2.400 pedidos através da LAC no 1.º semestre de 2017). Esta situação, para além de criar uma pressão sobre as listas de espera, terá uma condicionante de resposta, de acordo com os níveis de produção contratualizados. A própria referência de outros ACES fora da área de influência, poderá ter que ser revista, atendendo à prática actualmente existente com os ACES da área de influência do Hospital de Cascais e reconhecida pelo Tribunal de Contas no seu Relatório.

Em relação à inscrição de propostas cirúrgicas no sistema de informação de gestão da actividade clínica utilizado no Hospital de Cascais, trata-se efectivamente de uma parametrização no sistema que não permite a introdução de códigos incompletos. Consideramos que teria toda a vantagem que a ACSS/SPMS garantisse que com o ICD10 não se perdesse esta funcionalidade na migração de informação das propostas cirúrgicas para a Unidade de Gestão de Acesso. A implementação futura da codificação em ICD-10 das propostas cirúrgicas, levará a alguma incerteza que deverá também ser acautelada pelas necessárias recomendações da ACSS e Unidade de Gestão de Acesso. A este respeito, a obrigatoriedade previsível de introdução da codificação com a descrição dos códigos de diagnósticos e procedimentos na língua inglesa, não garante a total segurança neste requisito para a inscrição de doentes em LIC.

O Hospital de Cascais irá manter os procedimentos reconhecidos actualmente como boa prática, prevendo, no entanto, dificuldades acrescidas com a utilização da codificação ICD-10 nas propostas cirúrgicas efectuadas por equipas clínicas durante o período de aprendizagem.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração,

(Vasco Antunes Pereira)

MAJ/CL

Hospital de Cascais - Dr. José de Almeida
Av. Brigadeiro Victor Novais Gonçalves • 2755-009 Alcabideche
Tel.: 214 653 060 • Fax: 214 653 199

ESGAD/AS - Planície Central, 12 • 1300-109 Lisboa
Capital Social: € 1 293 919,00 | N.º de Registo: 436 494





V. Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



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

V/ Ref.º: DA VI – UAT.1
Proc. n.º 32/2016 - Audit
Data: 26/06/2017

N/ Ref.º: 17817/2017/DHO
Data: 25/07/2017

ASSUNTO: Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde – Contraditório do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.

Na sequência Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no SNS, desencadeado pelo Processo n.º 32/2016 – Audit do Tribunal de Contas, o CHMT promoveu as diligências internas para a análise do relatório pelos serviços intervenientes, de modo a elaborar o seu contraditório.

O CHMT acata, em termos gerais, as recomendações formuladas aos Conselhos de Administração das Unidades Hospitalares auditadas.

Desta forma, apresentamos os nossos argumentos relativamente a cada uma das recomendações formuladas.

Recomendação 1 - Produzir um plano de ação para redução dos tempos de espera para primeira consulta e realização de cirurgia programada, convergindo para a média dos tempos ou para os menores tempos de espera ocorridos a nível nacional, de acordo com uma calendarização a apresentar em sede do primeiro reporte sobre a implementação das recomendações.

O CHMT desenvolveu em 2016 e mantém para 2017 um plano interno de combate às listas de espera para consulta e cirurgia. Como resultado, assistiu-se a um crescimento da cirurgia programada de 7976 cirurgias em 2015 para 8928 cirurgias em 2016 (+11,9%), sendo que o 1.º semestre de 2017 registou, já, 4510 cirurgias programadas.

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO, E.P.E.
Unidade de Abrantes: Largo Eng.º Bloucas, 2200-202 Abrantes | Unidade de Tomar: Av. Maria de Lourdes de Mello e Castro – Apartado 118, 2304-909 Tomar | Unidade de Torres Novas: Av. Xanana Gusmão - Apartado 45, 2354-754 Torres Novas
Telefone: 249 810 100 | Fax: 249 810 106 | Email: geral@chmt.min-saude.pt www.chmt.min-saude.pt





REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



CHMT
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.

Apresenta-se a visualização do tempo de espera da lista de inscritos para cirurgia, que apresenta uma notória descida ao longo do biénio:

TME para Cirurgia - Evolução Mensal



O Conselho de Administração definiu, em sede de contratualização interna, uma meta de primeiras consultas (CTH) realizadas por serviço tem vindo a reforçar a necessidade de priorizar a resposta aos pedidos de consultas provenientes da CTH.

Ao longo do biénio, observa-se uma tendência crescente da realização de consultas com proveniência da CTH conforme o gráfico que se apresenta:



Handwritten signature and initials
2 / 6

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO, E.P.E.
Unidade de Abrantes: Largo Eng.º Bioucas, 2200-202 Abrantes | Unidade de Tomar: Av. Maria de Lourdes de Mello e Castro - Apartado 118, 2304-909 Tomar | Unidade de Torres Novas: Av. Xanana Gusmão - Apartado 45, 2354-754 Torres Novas
Telefone: 249 810 100 | Fax: 249 810 106 | Email: geral@chmt.min-saude.pt www.chmt.min-saude.pt



PT05/01376



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Este crescendo de consultas teve impacto positivo na evolução da LEC, bem como no tempo médio de espera para consulta.



O CHMT pretende manter a trajetória de melhoria, convergindo para os melhores indicadores assistenciais, de forma a garantir melhor acesso e mais qualidade de cuidados de saúde prestados.

Recomendação 2 - Instituir procedimentos, rotinas e critérios para a ação dos médicos triadores, que garantam a qualidade da triagem e o cumprimento dos prazos regulamentares de triagem dos pedidos de consulta remetidos pelas unidades de saúde dos cuidados primários, responsabilizando os profissionais pelo seu não cumprimento.

O CHMT reconhece a necessidade de melhorar o controlo do processo de triagem e marcação dos pedidos de consultas, nomeadamente, por ter sido apresentado como o hospital auditado com piores tempos de triagem.

[Handwritten signatures and initials]
3/6

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO, E.P.E.
Unidade de Abrantes: Largo Eng.º Biucas, 2200-202 Abrantes | Unidade de Tomar: Av. Maria de Lourdes de Mello e Castro – Apartado 118, 2304-909 Tomar | Unidade de Torres Novas: Av. Xanana Gusmão - Apartado 45, 2354-754 Torres Novas
Telefone: 249 810 100 | Fax: 249 810 106 | Email: geral@chmt.min-saude.pt www.chmt.min-saude.pt





REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



CHMT
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.

A nível administrativo, e aquando da entrada do pedido de consulta no sistema hospitalar, os assistentes técnicos do Serviço de Gestão de Doentes estão devidamente instruídos no sentido de procederem ao controlo diário de todos os pedidos e de garantir que ao final de cada dia não existam pedidos pendentes de envio aos triadores.

Já relativamente à fase de triagem, a Direção Clínica admite, que, face às insuficiências do quadro clínico, tem tido dificuldades em manter uma equipa de triadores que consiga dar resposta às necessidades de triagem dos pedidos de consulta.

No âmbito da articulação com os cuidados primários para definição dos critérios de referenciação dos pedidos de consultas, foram já definidos critérios de referenciação nas áreas da diabetologia, neurologia e oftalmologia. Nem sempre são cumpridas estas linhas de atuação, enviesando o sistema e potenciando o aumento de pedidos devolvidos ou recusados aos centros de saúde.

O Planeamento e Controlo de Gestão irá desenvolver um conjunto de indicadores de tempos de triagem, marcação e realização de consulta que integrará nos seus reportes aos serviços, como forma de alerta para os tempos de resposta.

Mais se acrescenta, que a recém criada Unidade Local de Gestão do Acesso (ULGA), já integrou a UHGIC, e pretenderá ir integrando as demais áreas, nomeadamente, a CTH. A ULGA pretende realizar reuniões periódicas com os serviços para tentar agilizar a resposta às situações mais críticas e melhorar os tempos de espera agindo de forma ativa no sentido de resolver potenciais problemas.

Recomendação 3 - Não recusar administrativamente pedidos de consulta com justificação na falta de capacidade de resposta atempada da unidade hospitalar.

O CHMT encontra-se a analisar a situação reportada e implementará as medidas que se venham a mostrar necessárias de forma a ultrapassar o teor da recomendação em apreço.

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO, E.P.E.
Unidade de Abrantes: Largo Eng.º Bioucas, 2200-202 Abrantes | Unidade de Tomar: Av. Maria de Lourdes de Mello e Castro - Apartado 118, 2304-909 Tomar | Unidade de Torres Novas: Av. Xanana Gusmão - Apartado 45, 2354-754 Torres Novas
Telefone: 249 810 100 | Fax: 249 810 106 | Email: geral@chmt.min-saude.pt www.chmt.min-saude.pt





SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Recomendação 4 - Instituir procedimentos que garantam que os médicos introduzem códigos de procedimento e diagnósticos completos nas propostas cirúrgicas, responsabilizando-os pelo seu não cumprimento.

O CHMT confirma que manteve este problema, de geração de GDH previsual inválido, aquando da proposta cirúrgica durante vários anos. No início de 2015 o CHMT conseguiu identificar e resolver o problema.

A proposta cirúrgica é realizada através de um interface no SClínico com a aplicação de Gestão dos Blocos. Neste interface, os médicos têm hipótese de selecionar os diagnósticos e procedimentos associados à proposta. Acontece que as tabelas de códigos que carregavam os campos que permitiam a seleção de diagnósticos e procedimentos, não estavam devidamente atualizados com a ICD-9. A solução passou por integrar as tabelas da ICD-9 disponíveis no SONHO diretamente na aplicação, por forma a que os médicos pudessem selecionar os códigos de diagnósticos e procedimentos adequados, obrigando o sistema a que fosse sempre escolhido o código completo do procedimento. Desta forma, o agrupamento para geração do GDH proposto, deixou de gerar uma elevada quantidade de erros.

Com a entrada em vigor da ICD-10, o sistema será reparametrizado para que a proposta cirúrgica seja feita de acordo com os códigos de diagnósticos e procedimentos da IDC-10.

Recomendação 5 - Informar atempadamente o utente sempre que ocorram alterações na sua situação em lista de espera para cirurgia programada (pendência, suspensão administrativa da inscrição ou readmissão), tal como previsto no Regulamento do SIGIC.

O CHMT reconhece que houve falhas pontuais na comunicação devida aos utentes das alterações do seu estado na lista de espera, mas evidencia que desenvolveu esforços no sentido de colmatar esta falha.

A aplicação internamente desenvolvida designada “Gestão de Blocos”, já está a garantir a emissão de uma carta normalizada que é enviada pela UHGIC aos utentes cujo estado foi alterado¹ (sem aviso de receção). Deste modo, acreditamos que esta falha se encontra ultrapassada.

¹ Quando o doente entra na LIC, quando é cancelado e quando sai da LIC.





REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



CHMT
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.

O relatório aponta para a existência de doentes inscritos em LIC e operados no mesmo dia, com tempo de espera de zero dias. O CHMT reconhece a existência destes casos, concretamente, na realização do procedimento relativo à “injeção intraocular no vítreo”. Trata-se de um procedimento considerado urgente, que requer o preenchimento da informação de cirurgia segura, requerendo para tal a inscrição na LIC. Como não existe pressão de procura para este procedimento, o doente pode realizar o tratamento no próprio dia da consulta. O tratamento obedece a um calendário pré-estabelecido de injeções, podendo, em teoria, ser feito o agendamento dos tratamentos. Mas este procedimento requeria que fosse possível fazer a inscrição em LIC para vários tratamentos idênticos, situação que exigiria a intervenção da SPMS na reparametrização para o efeito.

Ficando disponíveis para os esclarecimentos que venham a entender necessários, apresentamos os nossos melhores cumprimentos,

O Conselho de Administração

Vogal Executivo
Bruno dos Santos Ferreira

Vogal Executivo
Carlos Gil

Diretora Clínica
Cristina Gonçalves

Enfermeira Diretora
Ana Paula Eusébio

6 / 6





VI. Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE



Exmo(a) Senhor(a)
Diretor Geral do Tribunal de Contas
Sr. Juiz Conselheiro José Fernandes
Farinha Tavares
Av. Barbosa Du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

2487 17 7-26 14:48

TRIBUNAL DE CONTAS

E 12292/2017
2017/7/27



Registada com aviso de recepção

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA N.º	DATA
		CE_980/2017	26/07/2017

ASSUNTO: Processo n.º 32/2016-Audit – Exercício de contraditório

Em cumprimento do despacho de Sua Ex.^a, o Juiz Conselheiro Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes, e no âmbito do exercício do contraditório relativamente à auditoria realizada ao **Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS)**, cumpre-nos exarar os seguintes esclarecimentos, relativamente às constatações apresentadas no Relatório:

- Conforme consta do Relatório, foram recusados pedidos de primeira consulta na especialidade de Cirurgia Plástica, em resultado da ausência prolongada do único médico especialista (Ponto 9.2.1) da instituição, traduzindo-se num incumprimento do Regulamento do CTH.

De uma forma geral, o CHCB tem-se deparado com limitações impostas pela tutela à contratação de recursos humanos verificando-se também que, na generalidade dos concursos que são abertos, grande parte das vagas ficam por preencher, situações estas que inviabilizam qualquer diligência no cumprimento da medida prevista no ponto 6.6 do Regulamento do CTH.

Ainda assim, em dezembro de 2016, o CHCB reportou, entre outras, a carência de especialistas de Cirurgia Plástica, mas que não foi considerada pela tutela, aquando da elaboração e publicação do Despacho n.º 1788-B/2017, de 27 de Fevereiro.

Porém, importa referir que as consultas da especialidade de Cirurgia Plástica são pouco significativas, na totalidade das consultas do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, representando apenas 1,3% e 0,8%, em 2014 e 2015, respetivamente.





- Tendo sido identificado no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, 13% de cirurgias (sem indicador oncológico) “*com um tempo de espera igual a zero*”, em resultado da realização de cirurgias a utentes inscritos no próprio dia, sendo que estas situações advêm, quase exclusivamente, da especialidade de estomatologia.

Não obstante se reconhecer que este procedimento influencia de forma positiva os tempos médios globais de espera, entende o Conselho de Administração que, nestas situações particulares, se promove melhor acesso aos cuidados de saúde, na medida em que se evitam deslocações posteriores dos utentes para uma intervenção que pode ser efetuada de imediato e sem prejuízo de outros utentes que se encontram em lista de espera (por se tratar de casos clínicos mais complexos, independentemente, do nível de prioridade de urgência estabelecida).

Importa ainda realçar que a especialidade de estomatologia trata doentes com, pelo menos, uma segunda patologia associada, nomeadamente infectocontagiosas, tratando igualmente reclusos e doentes com patologias muito específicas, como doentes com SIDA e doentes de alto risco, sem resposta noutros hospitais. Outros casos ainda, são os doentes com Trissomia 21, cujo atendimento é imediato, por forma a garantir a colaboração do utente na prestação dos cuidados que necessita.

- Ainda prevalecem no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE situações de propostas cirúrgicas com GDH previsual inválido (470), conforme o reportado no Relatório (Ponto 9.2.2), não obstante a divulgação interna de uma listagem de Códigos de Diagnóstico e Procedimentos, para eliminar a ocorrência destes erros.

Convém contudo realçar-se que, pelo facto das propostas cirúrgicas serem preenchidas e inscritas na LIC por médicos-cirurgiões, que de uma forma geral não são médicos codificadores, subsistem erros de codificação que a própria aplicação também não previne. O CHCB procurará obviar esta situação, promovendo formação interna a todos os médicos que ainda não procedem ao correto preenchimento das propostas cirúrgicas.

Considerando ainda as conclusões expressas no relatório apresentado, importa referir o seguinte:

- O Conselho de Administração reconhece a existência de alguns constrangimentos na informação regular e atempada dos utentes, relativamente à sua situação na LIC, propondo-se ponderar a aquisição de uma aplicação que permita notificar automaticamente os utentes. Todavia, esta decisão não inviabiliza a elaboração de um





procedimento interno que determine a informação imediata ao utente, decorrente de qualquer alteração à sua situação na lista de espera para cirurgia programada.

- As não conformidades apontadas no Relatório quanto à inscrição de utentes para cirurgia em datas posteriores às dos episódios de consulta que lhe estão associados, são, de uma forma geral, situações de doentes que não reúnem condições clínicas para serem intervencionados de imediato (designadamente, doentes com diabetes descompensada, insuficiência cardíaca descompensada, insuficiência renal descompensada...), e que só posteriormente, após estabilização clínica são inscritos na LIC. O Conselho de Administração dará orientações para que sejam desenvolvidas ações de sensibilização dos colaboradores para a obrigatoriedade de efetuar os registos nos sistemas de informação nas datas efetivas das decisões clínicas de referência dos utentes, alertando para o cumprimento dos procedimentos previstos no regulamento do SIGIC para a inscrição de utentes.
- O Conselho de Administração, por se encontrar sensibilizado e preocupado com esta temática, realiza impreterivelmente reuniões semanais (todas as quintas-feiras) com todos os serviços cirúrgicos, a direção do bloco operatório, a direção de enfermagem e a direção de anestesia, para programação da atividade cirúrgica da semana seguinte, com o objetivo de uma melhor gestão das listas de espera e de evitar riscos de incumprimento nos tempos de espera cirúrgicos.

Apesar do exposto a V.ªs Ex.ªs, o Conselho de Administração procurará com afincado dar cumprimento à implementação das recomendações constantes no Relatório, e encontra-se disponível para acolher outras orientações que V.ªs Ex.ªs considerem pertinentes dever colocar, no sentido de assegurar a legalidade processual dos procedimentos praticados no CHCB, nesta e noutras matérias.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração
(Dr. João José Casteleiro Alves)





VII. Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE



TRIBUNAL DE CONTAS

E 12003/2017
2017/7/21



Exmo Senhor
M.I. Diretor - Geral
Do Tribunal de Contas
Avª Barbosa do Bocage, 61
1069-045 Lisboa

ULSAM EPE 19JUL'17 0834

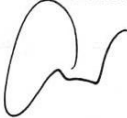
SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
DA VI-UAT.1 Proc.nº32/2016 - Audit		CA	19.07.2017

Assunto: Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde

Em resposta ao solicitado e sobre o assunto "Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde", foi apreciado o referido Relatório, nada tendo a acrescentar, em particular, no que diz respeito às conclusões e recomendações.

Muitos cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração


Franklin Ramos
Presidente do
Conselho de Administração

Mod. 0001.4 ULSAM Ago/2016

Estrada de Santa Luzia – 4901-858 VIANA DO CASTELO
Telf: 258 802 100 Fax: 258 802 511 – Linha Azul: 258 828 888
Email: administracao@ulsam.min-saude.pt
N.I.P.C. 508 786 193 Capital Estatutário: 57 270 523€





NOTAS DE EMOLUMENTOS



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

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Proc.º nº 32/16 – Audit	
		Relatório nº 15/17 – 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

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Ações fora da área da residência oficial.....	€ 119,99	0		€0,00
- Ações na área da residência oficial.....	€ 88,29	1.155		€ 101.974,95
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€101.974,95
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 17.164,00
Emolumentos a pagar				€ 2.451,02

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

Pedro Fonseca



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

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Proc.º nº 32/16 – Audit	
		Relatório nº 15/17 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar do Algarve, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar do Algarve, EPE		
Regime jurídico:			AA AAF X

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	Custo Standard a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Ações fora da área da residência oficial.....	€ 119,99	32		€ 3.839,68
- Ações na área da residência oficial.....	€ 88,29	139		€ 12.272,31
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 16.111,99
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 17.164,00
Emolumentos a pagar				€ 2.452,74

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

Pedro Fonseca



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

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Proc.º nº 32/16 – Audit	
		Relatório nº 15/17 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE		
Regime jurídico:			
			AA
			AAF
			X

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Ações fora da área da residência oficial.....	€ 119,99	32		€ 3.839,68
- Ações na área da residência oficial.....	€ 88,29	139		€ 12.272,31
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 16.111,99
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 17.164,00
Emolumentos a pagar				€ 2.452,74

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

Pedro Fonseca



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

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Proc.º nº 32/16 – Audit	
		Relatório nº 15/17 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE		
Regime jurídico:			AA
			AAF
			X

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	Custo Standard a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Ações fora da área da residência oficial.....	€ 119,99	40		€ 4.799,60
- Ações na área da residência oficial.....	€ 88,29	139		€ 12.272,31
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 17.071,91
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 17.164,00
Emolumentos a pagar				€ 2.452,74

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

Pedro Fonseca



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

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Proc.º nº 32/16 – Audit	
		Relatório nº 15/17 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida, EPE		
Entidade devedora:	Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida, EPE		
Regime jurídico:			
			AA
			AAF
			X

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Ações fora da área da residência oficial.....	€ 119,99	28		€ 3.359,72
- Ações na área da residência oficial.....	€ 88,29	139		€ 12.272,31
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 15.632,03
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 17.164,00
Emolumentos a pagar				€ 2.451,02

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

Pedro Fonseca



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

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Proc.º nº 32/16 – Audit	
		Relatório nº 15/17 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Hospital Garcia de Orta, EPE		
Entidade devedora:	Hospital Garcia de Orta, EPE		
Regime jurídico:			
			AA
			AAF
			X

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Ações fora da área da residência oficial.....	€ 119,99	34		€ 4.079,66
- Ações na área da residência oficial.....	€ 88,29	139		€ 12.272,31
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 16.351,97
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 17.164,00
Emolumentos a pagar				€ 2.451,02

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

Pedro Fonseca



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

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Proc.º nº 32/16 – Audit	
		Relatório nº 15/17 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE		
Entidade devedora:	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE		
		Regime jurídico:	AA
			AAF
			X

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	Custo Standard a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Ações fora da área da residência oficial.....	€ 119,99	28		€ 3.359,72
- Ações na área da residência oficial.....	€ 88,29	139		€ 12.272,31
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 15.632,03
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 17.164,00
Emolumentos a pagar				€ 2.452,74

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria