V. AVALIAÇÃO DOS SISTEMAS DE GESTÃO DO ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE NO SNS

O direito de acesso à prestação de cuidados de saúde no SNS prevê o dever de garantia e promoção, em cada situação, do direito de acesso àqueles cuidados, por via designadamente: da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde; da consagração de Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) a serem respeitados pelos estabelecimentos do SNS no acesso dos doentes/utentes aos cuidados de saúde; da criação e definição de um Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos doentes/utentes ao Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS).

O SIGA SNS visa acompanhar, controlar e disponibilizar informação integrada, destinada a permitir um conhecimento transversal e global sobre o acesso à rede de prestação de cuidados de saúde do SNS, assim como aumentar a equidade no acesso, a transparência, bem como a circulação livre e informada dos doentes/utentes na escolha dos prestadores de cuidados de saúde e a resposta atempada de cuidados.

A gestão do acesso e respetiva monitorização encontra-se sob responsabilidade e governação da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Para concretização daquele desiderato, o SIGA SNS comporta uma componente de integração de informação de gestão (SIGA SI), que permite a visão integrada e de todo o percurso do doente/utente no SNS e a determinação de indicadores e de tempos de resposta globais no processo de prestação de cuidados de saúde.

Contudo, constata-se que a medição da dimensão acesso à prestação de cuidados de saúde não se encontra uniformizada nem sistematizada num único sistema de monitorização e avaliação de desempenho do Ministério da Saúde. Porém, existem várias iniciativas do Ministério, sobretudo conduzidas por parte da ACSS, que contribuem para a divulgação pública dos resultados alcançados.

De entre as várias as fontes de informação disponibilizadas por parte da ACSS e onde se podem encontrar indicadores que pretendem medir o acesso aos cuidados de saúde, destacam-se as seguintes fontes: *benchmarking* dos hospitais, relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas (2016), portal da transparência, termos de referência dos contratos-programa (2017)

Na perspetiva da qualidade e robustez dos indicadores utilizados importa distinguir dois planos de análise: o primeiro plano que se consubstancia na apreciação global do conjunto de indicadores utilizados no SNS, e um segundo plano que se foca nas características técnicas desejáveis que, tipicamente, os indicadores de monitorização e avaliação de desempenho devem apresentar. Assim, numa apreciação qualitativa baseada na identificação dos aspetos positivos e negativos mais relevantes, poder-se-á salientar:

a) A apreciação global do conjunto de indicadores apresenta:

Aspetos positivos:

i) Das fontes de informação desenvolvidas pela ACSS, a dimensão acesso encontra-se explícita e individualizada e num nível razoável;

ii) A multiplicidade de informação existente e disponibilizada publicamente nas diferentes fontes de informação é um sinal positivo de divulgação pública e de tentativa de transparência das atividades desenvolvidas. Regista-se, inclusivamente, um esforço de divulgação também partilhado pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde;

iii) A capacidade para exportação e interoperabilidade de alguns conjuntos de dados, sendo estes trabalháveis em suporte informático são também uma característica positiva e incentivadora da sua utilização para os mais diversos fins;

iv) A criação do Sistema de Informação de Gestão do Acesso permitiu compilar informação que se encontrava dispersa por vários outros sistemas de informação direcionados para a medição do acesso a entidades prestadoras de cuidados de saúde incorporadas no SNS, nomeadamente: o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) e o Sistema de Referenciação para Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar (CTH).

Aspetos negativos sinalizados:

v) A existência e coexistência de diferentes ferramentas em distintos momentos no tempo conduziu a uma acumulação de dados e informação que, apesar de apresentarem propósitos e objetivos distintos, padecem de falta de harmonização, o que conduz à repetição de indicadores ou à existência de fenómenos semelhantes, medidos através de métricas distintas;

vi) De forma transversal existe uma separação clara ao nível da maturidade nos indicadores de acesso considerados para avaliação do acesso ao SNS, quando avaliados por nível de cuidados de saúde. O espartilho latente e cada vez mais acentuado entre os níveis de prestação de cuidados de saúde traduz-se numa lógica de construção, apresentação e utilização de indicadores de acesso que não se encontra uniformizada, sendo notório este distanciamento, particularmente ao nível dos indicadores de contratualização;

vii) Esta fragmentação é resultado de uma lógica distinta por nível de cuidados de saúde que não contribui para uma abordagem global e conjunta da medição do acesso no sistema de saúde. Estas diferenças também não permitem uma centralização da medição do acesso no doente/utente, tornando pouco provável a medição individual e no *continuum* de cuidados de saúde;

viii) Globalmente, não é explícito o conceito de acesso utilizado em cada uma destas referências, na medida em que o conceito de acesso não é comum com um escopo definido entre os vários painéis de indicadores utilizados para monitorização e avaliação da dimensão pelo Ministério da Saúde. Assim, por exemplo, a área da transparência do portal do SNS incorpora indicadores, cuja classificação na dimensão acesso pode ser discutível;

ix) Apesar do relatório anual sobre o acesso aos cuidados de saúde constituir um bom exemplo de análise e divulgação sobre a gestão do acesso, a monitorização em diferentes locais é potenciadora de uma desconexão, cujo objetivo maior entre esses sistemas de monitorização e avaliação é semelhante;

x) Existem atualmente fluxos entre diferentes prestadores de cuidados de saúde, nos diferentes níveis de cuidados que não são ainda analisados da mesma forma (detalhe, periodicidade e frequência) no SIGIC ou CTH;

xi) A gestão do acesso não se esgota nos programas CTH e SIGIC. Todas as relações de transição entre prestadores de cuidados de saúde sejam de natureza horizontal ou vertical, interdisciplinar e multidisciplinar são potencialmente geradoras de fragmentação ao nível da prestação de cuidados de saúde e criadoras de listas de espera, pelo que importa realçar que a avaliação do acesso do doente/utente não pode ter em conta apenas o tempo de espera. A evolução natural da patologia em causa, os níveis de ansiedade, a quantidade e multiplicidade de contactos necessários com o sistema de saúde, as consequências de custos diretos e indiretos como a perda de produtividade daí decorrentes não se encontram refletidos no atual modelo.

b) As características técnicas desejáveis que, tipicamente, os indicadores de monitorização e avaliação de desempenho devem apresentar, precisam ter como referencial: a validade, adequação, uniformidade, relevância, fiabilidade, comparabilidade, exequibilidade e estabilidade.

Tendo presente aquelas características, avaliou-se os aspetos positivos identificados nos indicadores de avaliação de desempenho:

i) A existência de um bilhete de identidade ao nível dos cuidados de saúde primários que permita identificar as principais características técnicas tidas em consideração para a sua obtenção (os indicadores de desempenho passíveis de serem escolhidos no processo de contratualização dos CSP fazem parte de uma lista predefinida elaborada por parte da ACSS, a que se denomina "Bilhete de Identidade dos Indicadores de Contratualização dos CSP");

ii) O reconhecimento da necessidade de garantir um conjunto de características técnicas desejáveis. Realça-se que, apenas nos indicadores relativos aos cuidados de saúde primários, são identificadas algumas características importantes para garantir a qualidade dos indicadores utilizados;

iii) Os indicadores utilizados para medir o acesso permitem uma comparação com o histórico entre entidades prestadoras de cuidados de saúde, bem como tornam possível a partilha de dados e informação a nível internacional.

Contudo, registam-se aspetos negativos a melhorar:

iv) Não foi possível reunir documentação onde se encontre descrito o processo realizado nem o suporte técnico utilizado para a validação científica dos indicadores escolhidos, sendo que a conexão entre a estratégia, dimensões, objetivos e indicadores não se encontra claramente estipulada;

v) A utilização do bilhete de identidade dos indicadores noutras fontes de informação, fora do âmbito dos processos de contratualização de cuidados de saúde primários, não é garantido, ou seja, não foi dada evidência ao GTI de que esse bilhete de identidade existisse para os demais níveis de cuidados de saúde;

vi) Os indicadores atualmente publicados só transmitem parte da informação, pelo que a concretização da liberdade de acesso e circulação é comprometida pela impossibilidade de tomar decisões informadas. Sem informação sobre a capacidade de resposta instalada e o respetivo nível de utilização, por exemplo, o tempo médio de resposta é um indicador que poderá levar à perversão do seu objetivo, provocando maior procura de unidades que se encontram no limite de resposta, aliviando outras que estejam a funcionar de forma menos eficiente;

vii) Na definição da capacidade instalada deverão ser consideradas, também, as seguintes variáveis:

a) Estrutura física (local de instalação de pessoas e equipamentos);

b) Capital humano (número de médicos de cada especialidade, número de outros profissionais de saúde, incluindo profissionais administrativos; pessoal que operacionaliza a higienização, bem como a segurança e as atividades técnicas especializadas de apoio na manutenção informática, laboratorial, transporte, entre outros);

c) Tempo de trabalho (a título de exemplo, o número total de horas de consulta por tipo de consulta; a percentagem de tempo efetivo de consulta e o percentual alocado a registos em sistemas de informação, com a agravante de se encontrarem dispersos por diferentes sistemas; *ratio* de horas totais de trabalho alocadas a serviço de urgência);

d) Equipamento "pesado" em uso (inventário, incluindo a data da aquisição, e listagem de equipamentos temporariamente indisponíveis, por motivo de manutenção ou avaria);

viii) Também a associação de indicadores qualitativos, que será objeto de recomendação em sede própria, permitiria avaliar o acesso de forma qualitativa e confortavelmente balizada, evitando-se a subjetividade da análise e que permitiria perceber se há maior procura de serviços pelas mesmas populações ou se passou a haver acesso, também, por populações que anteriormente escolhiam outra unidade de saúde ou não conseguiam ter acesso ao SNS.

O resultado desta análise da robustez e qualidade dos indicadores de acesso utilizados no SNS mostra de forma clara uma insuficiência notória que urge corrigir para melhorar a qualidade do acesso através de melhor informação, monitorização e avaliação do desempenho e resultados clínicos.

Por exemplo, a publicação de informação, passível de ser auditada sobre indicadores de qualidade de desempenho por especialidade e por grande patologia, associada a uma nova política de contratualização hospitalar que valorizasse a qualidade dos resultados, seria um bom princípio para melhorar a qualidade do acesso a cuidados de saúde. Na realidade, a quase ausência de informação transparente sobre a qualidade de resultados, que possa ser confrontada e valorizada face à qualidade indiciada pelos números, inspira que sejam definidas métricas adequadas de quantidade e velocidade que possam ser integradas com métricas de qualidade claramente definidas, ou seja, para a avaliação adequada do acesso é desejável que se conjuguem com os atuais indicadores de acesso, indicadores de qualidade.

Os indicadores de acesso relevam pelo impacto que apresentam na capacidade de resposta de prestação de cuidados de saúde no SNS, integrando informação de gestão, suportada numa plataforma informática integrada comum.

Nos últimos anos têm vindo a ser implementadas medidas para a promoção e monitorização do acesso dos doentes/utentes a serviços de saúde.

Nessa esteira, o SIGA SNS pretende recolher a informação atualmente dispersa por vários sistemas de informação, designadamente, mas não exclusivamente os que suportam:

a) Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar, vulgo, *Consulta a Tempo e Horas* (CTH); e

b) *Sistema Integrado de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia* (SIGLIC).

Não obstante esta plataforma comum pretende o controlo e transparência, transpondo em tempo real para um sistema de informação centralizado a nível nacional, à informação relevante sobre o acesso aos cuidados de saúde, subsistem dificuldades no acesso atempado dos doentes/utentes ao SNS, não se conseguindo, ainda, uma visão integrada do percurso de cada doente/utente para obtenção daqueles cuidados.

As entidades que integram o SNS e o Ministério da Saúde são apoiadas por uma multiplicidade de sistemas de informação e comunicação desenvolvidos em épocas diferentes, com tecnologias díspares e sob paradigmas distintos, o que conduz a dificuldades de integração de informação e dependência de entidades externas para a concretização e sucesso daquela integração.

No âmbito dos sistemas de informação que suportam a gestão do acesso a cuidados de saúde, no contexto da referenciação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) para os Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH) e primeira consulta de especialidade, aquela é realizada via base de dados central no sistema de informação CTH.

Acresce que o paradigma atual é composto pela existência de diversos sistemas de informação nos hospitais, o que implica que, para cada um deles, seja necessária uma integração de informação com o CTH.

Daquelas integrações e da constatação de erros no processo existem procedimentos de monitorização e validação do CTH como forma de mitigar:

a) Comportamentos desconformes do utilizador, nomeadamente o agendamento de consulta no sistema de informação hospitalar sem a conexão ao CTH;

b) O comprometimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG);

c) A falta de registo em sistema ou realização em momento diferido da data da consulta no hospital.

Os registos em plataforma e a introdução manual de informação pelos utilizadores, se resultar de um ato pouco rigoroso, poderá dar origem a erros e/ou desconformidades, implicando limitações ou constrangimentos nas validações automáticas, claudicando a qualidade da informação.

O subfinanciamento crónico da Saúde por parte do Estado, para além das consequências conhecidas e reportadas ao nível das dívidas acumuladas pelos hospitais e das carências que limitam fortemente a capacidade de resposta do SNS, tem também resultado num financiamento inadequado dos sistemas informáticos e do parque informático. Esta situação, já reportada em relatório realizado pelo Tribunal de Contas e referida com frequência, nas audições e contactos com profissionais de saúde e administrações hospitalares, tem implicações na eficiência das consultas externas.

Regista-se incompletude, ainda que residual, de cobertura da rede informática da saúde (RIS), existindo extensões prestadoras de cuidados de saúde, sobretudo em zonas rurais identificadas, de atendimento semanal ou quinzenal aos utentes, sem acesso àquela rede, pelo que se encontram impossibilitadas de referenciar via CTH. Porém, o GTI apurou que já terá sido solicitada a instalação de circuitos.

Acresce, na lógica da capacitação e das condições e recursos disponíveis para a prestação de cuidados de saúde a existência de parque informático obsoleto em algumas entidades prestadoras daqueles cuidados, dificultando o trabalho dos profissionais de saúde, advindos de equipamentos que dificilmente suportam tecnologia mais atual ao nível de sistemas de informação e comunicação. Do levantamento realizado pelo GTI foi possível apurar que a renovação do parque informático, nas situações que o exigem, encontra-se em fase de contratação e de entrega, na sequência de um levantamento prévio, realizado por ARS.

Portanto, o equipamento informático, condição prévia à ligação à RIS, na perspetiva de referenciação e acesso a cuidados de saúde por via dos sistemas de informação, potencialmente viabiliza condições universais e equitativas de acesso àqueles cuidados.

Regista-se, ainda, que por constrangimentos de natureza contratual, apenas são realizadas intervenções de manutenção, de forma a garantir a continuidade funcional do sistema. Pelo que a impossibilidade de introdução de alterações no sistema consubstancia um constrangimento ao nível da manutenção evolutiva e implementação de soluções e recomendações de melhoria.

Constatou-se que, a referenciação para primeira consulta de especialidade tem múltiplas proveniências além do *software* Alert P1, sistema informático de apoio ao sistema CTH, designadamente em suporte de papel, oriundas de CSP, urgências hospitalares, de consultas intra-hospitalares e inter-hospitalares, de estabelecimentos prisionais e de outras instituições públicas e privadas. Estas referenciações concorrem com as provenientes do Alert P1, contudo, como não é sempre possível a correta atribuição de prioridade pelo triador, os pedidos efetuados pelas outras plataformas podem criar, ou ser alvo, de desigualdade no acesso a cuidados de saúde.

Portanto, as referenciações intra-hospitalar e inter-hospitalar não se encontram, ainda, garantidas informaticamente de forma centralizada, gerando morosidade e erros na informação e constrangimentos no acesso aos referidos cuidados.

O outro sistema informático de gestão de acesso a cuidados de saúde, objeto de avaliação pelo GTI é o designado Sistema Integrado de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), que permite o suporte ao SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia.

No âmbito do SIGLIC subsistem práticas distintas nos hospitais, no que se refere à gestão de inscritos, quer para consulta de especialidade, quer para cirurgia, que carecem de harmonização. De outra forma, a gestão interna de cada entidade poderá favorecer ou desfavorecer o doente/utente e respetivo acesso aos cuidados de saúde, dependendo dos critérios internamente instituídos, potenciadores de iniquidade no acesso. Acresce que, tais critérios de gestão, deverão ser do conhecimento público para que, no âmbito do Livre Acesso e Circulação (LAC), o doente/utente tenha a possibilidade de tomar uma decisão cabalmente informada. Mais uma vez a informação atempada para os doentes/utentes sobre os processos de gestão de inscritos para consulta ou cirurgia deve ser uma ferramenta essencial que assegure a transparência de todo o sistema. O que não acontece no momento atual.

Continuam a registar-se pedidos duplicados para mais do que uma instituição para o mesmo doente/utente e recusa de pedidos de consulta, em clara violação do direito do acesso a cuidados de saúde. Tal facto é agravado pelas falhas na articulação entre Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Hospitais, que transcendem os sistemas de informação.

De acordo com a informação fornecida pela SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde têm sido agilizadas respostas e reforçadas equipas de suporte técnico para fazer face aos constrangimentos informáticos reportados, assim como sido realizadas visitas a hospitais, procurando esclarecer questões técnicas, bem como o desenvolvimento de mecanismos de validação e de alarme para o correto funcionamento da aplicação e respetivas integrações, reduzindo erros entre os sistemas de informação hospitalares e os dados constantes no SIGLIC.

Contudo, esta necessária e constante intervenção humana, por si só, não convola o sistema de informação numa solução definitivamente mais capaz e menos atreita a erros. Antes sim, o esforço encetado pelas equipas de suporte, para além dos recursos humanos e financeiros consumidos, apenas consegue, no imediato e caso a caso, solucionar ou remediar. Portanto, esta prática carece da visão holística da solução como um todo e centrada no doente/utente.

À semelhança do que sucede no CTH, os atos que requerem intervenção humana, designadamente, o registo manual em sistema, de consulta ou um exame médico, ultrapassam o controlo e eficácia dos sistemas de informação e, por conseguinte, poderá originar situações de desigualdade no acesso a cuidados de saúde no SNS, assim como o claudicar da qualidade e fiabilidade da informação. A título de exemplo, neste momento torna-se fundamental a integração automática dos relatórios e das imagens dos exames complementares de diagnóstico e terapêutica, realizados no sector convencionado, no processo clínico eletrónico do doente, o que implica investimento adicional para aumentar a capacidade de resposta ao nível dos recursos técnicos e humanos.

Ou seja, se por um lado existem práticas de utilização e gestão que transcendem os sistemas informáticos, por outro, aqueles sistemas ainda permitem práticas desconformes dos utilizadores.

A prestação de serviços integrados de sistemas de informação no sector da saúde realiza a monitorização meramente técnica, competindo assegurar a disponibilidade e performance dos sistemas, de acordo com os níveis de serviço definidos pela entidade gestora daqueles sistemas de informação e do financiamento que tem adstrito.

Os mecanismos de gestão da informação comportam medidas de acompanhamento e monitorização dos sistemas, tendo em vista a promoção da análise detalhada dos mesmos e a possibilidade de correção, nomeadamente, por via de solicitações às entidades que realizam a gestão e a manutenção das plataformas.

Além da manutenção técnica às aplicações, encontra-se prevista, ao abrigo de atribuições de gestão das plataformas CTH e SIGIC, uma análise crítica, ou seja, uma monitorização qualitativa dos dados, por via da deteção de padrões e anomalias na perspetiva da resposta e acesso a cuidados de saúde. No entanto, não há evidência de uma efetiva prática para atingir os resultados regulamentados, de informação integrada e fiável.

A ACSS, de acordo com as suas atribuições, tem acesso à informação (dados), tendo a prerrogativa e o dever de acompanhar e monitorizar, designadamente, a estrutura e conteúdo, tendo em vista, designadamente, a fiabilidade da informação registada e transmitida podendo, para tal, e ao abrigo das suas atribuições, realizar auditorias aos sistemas de informação.

Acresce que a ACSS e as ARS acompanham, igualmente, os processos nos sistemas de informação com a faculdade de emitir indicações aos hospitais, criando a necessidade de resolução de processos sinalizados em sistema.

Para asseverar a gestão e controlo da informação sobre as diferentes áreas do acesso a cuidados de saúde no SNS, suportada informaticamente por uma plataforma integrada e regulamentada no âmbito do CTH e SIGIC, importa considerar o modelo de governação instituído no SIGA SNS, previsto na Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril.

O modelo de governação assenta numa estrutura de responsabilidade partilhada a três níveis: central, regional e local, com destaque para a responsabilidade pela gestão e monitorização central na ACSS.

O nível central é assegurado pela Unidade de Gestão do Acesso (UGA) e pela Unidade Funcional da ACSS; o nível regional assenta nas Unidades Regionais de Gestão do Acesso (URGA), que integram a orgânica de cada Administração Regional de Saúde (ARS) e que reportam ao nível central; por fim, o nível local assenta nas Unidades Locais de Gestão do Acesso (ULGA), que integram a orgânica de cada instituição do SNS.

A salvaguarda da qualidade da informação atribui ao coordenador nacional da Unidade de Gestão do Acesso (UGA) e às unidades regionais (URGA) e locais (ULGA), a competência de validação da informação com origem nas referenciações. No entanto, não há evidência de uma efetiva prática corrente, passível de resultar em qualidade e fiabilidade da informação de acesso a cuidados de saúde, na ótica do SIGA.

Ainda no contexto da monitorização e gestão da informação, destacam-se as seguintes atribuições daquelas Unidades:

a) Monitorização da atividade assistencial realizada nas instituições do SNS, relativa ao acesso, à equidade e aos tempos de resposta garantidos;

b) Colaboração em auditorias às instituições do SNS para determinar se o registo de informação, os processos estabelecidos e as demais obrigações legais estão a ser cumpridas;

c) Emissão e envio de notas de transferência e de vales cirurgia, nos termos previstos;

d) Reporte às entidades competentes de situações desconformes, detetadas em sede de auditoria;

e) Monitorização e intervenção em relação às não conformidades registadas nas instituições da região;

f) Gestão do acesso aos cuidados de saúde e do cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) em cada serviço da instituição, reportando à URGA da ARS respetiva;

g) Garantia da disponibilidade, atualidade e qualidade da informação requerida pela plataforma informática SIGA SNS.

Porém, das atribuições levadas a efeito pelas referidas Unidades, constata-se:

i) Ausência de evidência de realização de auditorias necessárias para assegurar o correto funcionamento do sistema CTH que garantisse que os sistemas utilizados pelos estabelecimentos prestadores permitem uma efetiva monitorização do cumprimento dos TMRG;

ii) A informação ao doente/utente sobre aqueles Tempos, para os diferentes tipos de prestação e grupos de patologia, imposta aos estabelecimentos do SNS e ao sector convencionado, nem sempre se encontra atualizada;

iii) Incumprimento do direito à informação acerca da posição relativa na lista de inscritos para os cuidados de saúde, assim como do direito à informação sobre a capacidade ou falta da mesma para dar resposta de acordo com os TMRG aplicáveis, e ainda, do direito de ser assegurado ao doente/utente, um serviço alternativo de qualidade comparável e no prazo adequado, através da referenciação para outra entidade do SNS ou do sector convencionado;

iv) Ineficácia dos mecanismos de controlo e monitorização da evolução de inscritos para primeira consulta de especialidade hospitalar e para cirurgia nas unidades hospitalares, incluindo a análise dos tempos de espera.

No âmbito da gestão e monitorização do acesso a cuidados de saúde, relativos à atividade cirúrgica e de acordo com a regulamentação em vigor, na perspetiva do acompanhamento e monitorização dos doentes/utentes, da análise do funcionamento do SIGIC podemos concluir que existem:

> Sucessivos adiamentos e cancelamentos de cirurgias, nomeadamente por lapso do hospital e pendências da inscrição em Lista de Inscritos em Cirurgia (LIC), para além do previsto no Regulamento do SIGIC, bem como constrangimentos relativos à inscrição e gestão da LIC, e ainda os atrasos na emissão dos VC/NT, ou mesmo a sua não emissão, que contribuem para o aumento dos tempos de espera para o acesso a cirurgia programada.

Nesta senda, identificam-se os principais constrangimentos relativos à inscrição e gestão da LIC:

i) O cancelamento do registo em LIC por "lapso do hospital", o que leva a nova inscrição em LIC e nova contagem dos tempos de espera;

ii) A inclusão em LIC de doentes/utentes contendo erros de codificação das respetivas propostas cirúrgicas;

iii) A utilização indevida do expediente de pendência de inscrição como forma de suspender o TMRG aplicável, obviando à emissão de NT ou VC, após decurso do TMRG fixado para o nível de prioridade atribuído;

iv) O uso impróprio do expediente de não inscrição imediata em LIC (registo em sistema), na data da consulta em que foi tomada a decisão da cirurgia, tendo-se verificado em algumas unidades de saúde uma dilação anormal entre a última consulta e a data de inscrição para cirurgia.

Transversalmente, são identificados constrangimentos em diversos momentos de funcionamento do SIGIC, bem como, problemas de falta de informação por parte dos prestadores ou das entidades responsáveis (UCGIC, URGIC e UHGIC) aos doentes/utentes, impactando na sua esfera de direitos, sendo os principais aqueles que se referem à data prevista para realização da cirurgia, à explicitação dos critérios que definem a posição em LIC e que podem motivar oscilações nessa posição, concretamente, o nível de prioridade atribuída e o TMRG associado e os motivos de ordem clínica que podem justificar o adiamento da cirurgia.

De entre as atribuições da ACSS, encontra-se a de que deve coordenar as atividades no Ministério da Saúde para a gestão da rede de instalações e equipamentos de saúde, designadamente, definindo normas, metodologias e requisitos a satisfazer para a melhoria e o desenvolvimento equilibrado no território nacional dessa rede.

Para concretização daquelas atribuições, aquela entidade gestora, implementa medidas que se pretende terem impacto real na gestão do acesso e resposta efetiva do SNS.

Atento o *Sistema Integrado de Gestão do Acesso*, a resposta efetiva do SNS é assegurada pela rede constituída pelas várias entidades prestadoras de cuidados de Saúde.

No âmbito específico da gestão do acesso e adoção de medidas que o promovam, quer no quadro normativo anterior a 2017, quer no atual são atribuídas responsabilidades tripartidas à ACSS, às Administrações Regionais de Saúde e às entidades que compõem a rede do SNS, conforme o modelo de governação do SIGA, anteriormente tratado.

Acresce que se considera a existência de diferentes *intervenientes/atores* com distintas atribuições e responsabilidades, consoante a abordagem que é efetuada ao processo *Gestão do Acesso*.

Numa perspetiva de:

a) Resposta do SNS assumem responsabilidade na qualidade de intervenientes no sistema, os profissionais que prestam cuidados de saúde;

b) Controlo e monitorização da resposta, assume essencialmente a responsabilidade a ACSS e as ARS quanto à disponibilidade de sistemas de informação e gestão eficiente, dos recursos necessários à prestação de cuidados de saúde;

c) Política económica, releva-se a responsabilidade do Governo e da Assembleia da República, no que se reporta à dotação financeira atribuída para obtenção dos meios necessários – recursos humanos e físicos para fazer face à procura de cuidados de saúde.

Do levantamento e avaliação realizada pelo GTI, regista-se uma influência direta sobre a capacidade de resposta do SNS que a entidade gestora do sistema de gestão do acesso e os prestadores de cuidados, têm sobre 3 variáveis daquela gestão: o CTH, o SIGIC e a emissão VC/NT.

Avaliaram-se as medidas que contribuíram para um acréscimo da resposta do SNS, seja através do aumento da oferta de cuidados, seja por uma otimização da gestão de acesso.

Neste sentido, a atuação exclusiva e direta da referida entidade gestora quanto à resposta efetiva do SNS, isto é, quanto à possibilidade de influenciar diretamente o aumento de produção clínica, é realizada através da emissão de VC a serem utilizados em entidades do sistema de saúde, mas externas ao SNS.

No âmbito das atribuições do dever de assegurar a qualidade da informação de gestão do acesso a cuidados de saúde, registou-se a adoção de medidas de limpeza ou expurgo de listas de espera. No entanto, não foi possível determinar o impacto real que o expurgo de doentes/utentes das listas do CTH teve sobre a redução efetiva do TME, por não terem sido fornecidos, pela ACSS, elementos que permitissem avaliar:

> No procedimento de expurgo, o número de doentes/utentes a quem foi atribuído o estado "recusa", em virtude de não ser possível dar resposta no hospital, por ter ficado sem recursos humanos na valência médica e que foram reinscritos noutra unidade;

> Dos utentes reinscritos, qual o TME que tinham quando foi atribuída a "recusa" e qual o novo TME com a nova inscrição;

> Quantos doentes/utentes foram simplesmente eliminados das listas de espera.

Na sequência das conclusões e recomendações emitidas em sede de auditorias e fiscalização da Inspeção Geral das Atividades em Saúde (IGAS), e do Relatório n.º 15/2017 da 2.ª Secção do Tribunal de Contas, relativo ao Processo *Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional da Saúde*, a entidade gestora dos sistemas de gestão daquele acesso elaborou um plano de ação. Aquele documento sistematiza um conjunto de 13 iniciativas, associando-lhes ações específicas que visam cumprir as recomendações efetuadas ou corrigir as fragilidades relatadas nas conclusões daqueles relatórios.

O quadro infra foi elaborado com base no referido plano de ação e contém a seleção das iniciativas que mais diretamente se relacionam com o acesso a cuidados de saúde no SNS, ou seja, com a possibilidade de aumento da resposta efetiva do SNS, no âmbito da avaliação realizada pelo GTI e respetiva avaliação do impacto/efeito real das medidas implementadas pela ACSS para a gestão do acesso.

A avaliação sistematizada no quadro que se segue foi realizada no primeiro trimestre de 2018.

Medida	Objetivo	Tipo	Efeito na capacidade de resposta do SNS	(Grau)
Emissão de Vales Cirurgia	Proporcionar ao utente a possibilidade de ter acesso a cirurgia em tempo inferior ao estimado nas entidades do SNS.	Direto, sobre a produção clínica.	Elevado. Todavia a taxa de utilização pelos utentes é baixa.	
Emissão de Notas de Transferência	Proporcionar ao utente a possibilidade de ter acesso a cirurgia em tempo inferior ao estimado na entidade do SNS onde está inscrito.	Direto, sobre a produção clínica.	Médio. Está limitado à capacidade de resposta das entidades do SNS.	
Expurgo de utentes em LIC	Em sede da audição realizada pelo GTI com a ACSS terá sido explicado que, genericamente, se pretendia uma aproximação ao real número de utentes em espera.	Indireto, através da eficiência dos processos administrativos, não aumentando a capacidade de resposta nem o acesso aos cuidados.	Baixo. A gestão das LIC e decisão de internamento são efetuadas de forma regular pelas entidades hospitalares, não se tendo evidenciado ineficiências por desaproveitamento de tempo disponível.	
Operacionalizar o módulo de gestão de *não conformidades*	As situações de incumprimento das regras relativas ao SIGIC e MGIC dão lugar a penalizações.	Indireto, através da eficiência dos processos internos administrativos, na medida em que, por si só, não aumenta a capacidade de resposta.	Não é passível de avaliação, na medida em que o módulo das *não conformidades* se mantém inoperacional, por instrução da entidade responsável pela gestão do acesso a cuidados de saúde. O GTI entende que se as penalizações previstas vierem a ter reflexo direto na receita do hospital, aquela medida poderá prejudicar o utente, em virtude de reduzir os recursos afetos à atividade do hospital.	

Medida	Objetivo	Tipo	Efeito na capacidade de resposta do SNS	(Grau)
Suprimir dos indicadores de espera do SIGIC os registos de atos, cujo tempo não configure efetivo tempo de espera, designadamente, os utentes agendados e operados no próprio dia	Anular distorções no indicador, designadamente, por via da eliminação de situações que não configurem o conceito de *tempo de espera*, em virtude de terem resposta imediata.	Indireto, sobre a produção/capacidade de resposta.	Nulo. Uma melhoria do indicador, quando comparado no tempo, não reflete uma melhoria da capacidade de resposta do SNS. Se não for criado um indicador de risco que sinalize os utentes agendados e operados no próprio dia, que não tenham origem exclusiva em situações emergentes/urgentes, pode gerar um efeito perverso de ocultar a transparência no processo de acesso.	
Publicação dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG)	Dar a conhecer ao utente onde pode obter melhor tempo de resposta no acesso a cuidados de saúde	Indireto, sobre o acesso a cuidados de saúde. Atua ao nível da transparência da informação disponibilizada publicamente.	Baixo. O cálculo dos TMRG não contempla, designadamente o acesso dos utentes que obtêm a primeira consulta de especialidade no hospital por via diferente da referenciação, através da plataforma informática Consulta a Tempo e Horas (CTH), nem permite aceder à qualidade/performance dos prestadores de cuidados de saúde, por via de simples consulta aos TMRG.	

As medidas com efeito direto sobre a oferta clínica visavam uma melhoria com impacto na capacidade de resposta e acesso a cuidados de saúde, designadamente, as medidas conducentes à redução dos inscritos em cirurgia, por via da possibilidade de acesso a outros prestadores de cuidados de saúde, dentro ou fora da rede SNS.

Considerando o triénio 2014 – 2016:

Em 2016 ocorreram constrangimentos no processo de impressão de VC/NT[1], originando uma redução na quantidade emitida, podendo concluir-se pelo impacto negativo sobre a redução da capacidade de resposta.

Da correlação entre os VC e NT emitidos e os cativados, evidencia-se uma forte relação entre as duas variáveis; VC/NT emitidos e cativados, ou seja, as duas variáveis apresentam comportamentos semelhantes e de igual sentido nas suas variações. Assim, poder-se-ia concluir que aumentando a emissão de VC, aumentaria o número de cativações, verificando-se desta forma um impacto positivo sobre a capacidade de resposta, originando uma redução das listas de espera.

De igual forma, conclui-se que a maior ou menor utilização dos VC e NT é explicada, na maioria dos casos, pela maior ou menor variação ocorrida na emissão daqueles documentos.

A explicação no comportamento da taxa de utilização dos VC e NT, considerando a estatística das duas variáveis (VC/NT emitidos e cativados) é expectável uma utilização média de apenas cerca de 21%, ou seja, baixa.

Da relação da taxa de utilização dos VC/NT, face à quantidade emitida, o coeficiente de determinação indica que a variação das taxas de utilização mensais é explicada em apenas 19% pelas variações da maior ou menor quantidade emitida daqueles.

Assim, considerando que o doente/utente é um agente racional e que procura maximizar o seu bem-estar, pode considerar-se que:

A taxa de utilização é uma função da perceção do nível de confiança que ele tem sobre as instituições de saúde, assim como sobre a equipa médica que o segue clinicamente ou da informação, ou falta dela, que lhe é prestada.

Constata-se que o total de VC/NT não utilizados no triénio 2014/2016, por *recusa de transferência* e por *expiração da data de validade*, representou cerca de 80% dos doentes/utentes em LIC no ano de 2016. A emissão de VC/NT teve um impacto limitado (subaproveitamento) sobre a melhoria na resposta do SNS, que seria obtida através da redução efetiva das listas de espera para cirurgia.

Relativamente ao impacto dos VC e NT recusados e expirados, face ao défice acumulado em LIC (considerando o triénio 2014/2016), conclui-se que a emissão daqueles, quando necessária, apenas será eficaz se forem adotadas medidas que promovam a efetiva otimização deste instrumento de aumento da oferta clínica, nomeadamente ao nível da informação prestada aos doentes/utentes.

No âmbito da análise cometida ao GTI, o Grupo considerou as medidas com efeito indireto sobre a oferta clínica, designadamente:

> Gestão das listas de espera.

Conforme referido anteriormente, a entidade gestora do sistema de gestão do acesso a cuidados de saúde, deve contribuir para a melhoria da oferta clínica.

[1] Motivo apresentado nas alegações da ACSS no exercício do contraditório, no âmbito do Relatório do Tribunal de Contas, bem como na reunião do GTI no qual foi ouvida a ACSS.

A impossibilidade da ACSS obter informação quanto ao número de doentes/utentes a quem foi atribuído o estado "recusa", em virtude de não ser possível dar resposta no hospital, fruto da perda do recurso humano na valência médica e que foram reinscritos noutra unidade, não permite avaliar qual foi o impacto direto sobre o acesso destes utentes, ou seja, se obtiveram resposta para o seu problema de saúde em instituições do SNS.

Assim, uma vez que não foram fornecidos elementos que permitissem apurar, com rigor, o impacto quantitativo das medidas adotadas com efeito sobre as listas de espera para cirurgia e para consulta, a avaliação foi efetuada de forma qualitativa com base nos questionários que o GTI remeteu aos Conselhos de Administração das entidades hospitalares públicas do SNS, cujas perguntas e respostas se encontram disponíveis no dossier digital.

Das respostas recebidas conclui-se que há margem para uma maior intervenção da ACSS na melhoria da gestão do acesso visando a eficiência organizacional, que por sua vez permita às entidades prestadoras de cuidados de saúde melhorar a capacidade de resposta.

Inclusivamente, registou-se que aquelas entidades hospitalares apresentam diferentes perceções e respostas acerca da intervenção da ACSS. Conclui-se, das respostas ao questionário, que a intervenção da ACSS, enquanto entidade central, não é uniforme, designadamente e a título exemplificativo, à questão colocada no referido questionário:

> ***A sua entidade hospitalar recebe com regularidade o relatório da ACSS, relativo a indicadores/informação de Gestão do Acesso CTH e SIGIC. Desde quando e com que regularidade?***

O GTI recolheu diferentes respostas, relativamente à periodicidade e em função do sistema de informação de gestão do acesso em causa, o que traduz, em casos semelhantes, um acompanhamento e monitorização divergente.

Ainda relativamente às medidas adotadas pela entidade gestora do sistema de acesso a cuidados de saúde, foi objeto de análise a utilização da capacidade instalada.

Os relatórios elaborados pela UGA permitem concluir, de forma global, pela subutilização da capacidade instalada física do SNS, no que se refere ao bloco operatório. Neste sentido, qualquer ação da ACSS, relativamente à melhoria e correção das fragilidades nos sistemas de informação terá um maior efeito sobre a transparência do processo de utentes inscritos na LIC e sobre a fiabilidade dos indicadores e menor na capacidade de resposta.

Assim, a redução dos TMRG por determinação legal, sem que previamente se otimize e aumente a capacidade instalada de todas as estruturas hospitalares do SNS, irá originar uma distribuição dos utentes pelo sector convencionado. Desta forma, os hospitais do SNS serão penalizados financeiramente por fatores externos que não controlam, designadamente o acesso a profissionais de saúde, o que aparenta ser uma subversão do sistema.

Extrapolando este enunciado, mas mantendo o *ratio* do tema, poder-se-á admitir que aquelas penalizações poderão conduzir a práticas desconformes para efeito de manutenção ou não degradação da *performance* de desempenho dos hospitais, bem como as associadas questões de impacto de reputação negativo, nas quais, os prestadores de cuidados de saúde não se reveem.

Através de um questionário enviado às entidades hospitalares, e analisadas as respostas às questões relacionadas com o possível desaproveitamento da capacidade instalada imputado a fragilidades no sistema de gestão de acesso, foi possível constatar que tal aconteceu no que se refere à Consulta a Tempo e Horas em 24 entidades hospitalares de um total de 32 respostas.

Os principais motivos elencados para a não comparência dos utentes às consultas, no âmbito do CTH, relacionam-se com a necessária e proactiva intervenção do doente/utente, mas que não se verifica em alguns casos, outros atinentes à falta de resposta ao doente/utente em tempo útil. Aqueles motivos são:

- *Óbito do doente/utente;*
- *Duplicação de pedidos;*
- *Desatualização das moradas para onde são enviadas as convocatórias;*
- *A não receção do pedido de consulta pelo hospital, devidos a erros de interface dos sistemas de informação;*
- *Não receção de pedidos de consulta por não ter sido realizada integração de informação no sistema do hospital;*
- *Doente/utente a ser seguido noutra unidade hospitalar / situação resolvida de outra forma;*
- *No âmbito da LAC, os utentes (ainda que residam longe do hospital/fora da área geográfica) aceitam a consulta, mas não comparecem à mesma.*

Por outro lado, as entidades que referem que tal não sucede (8) e portanto, que os doentes/utentes comparecem às consultas recebidas via CTH, relacionam-se com o sistema de informação de gestão do acesso, que no caso das fragilidades é suprido por via de trabalho administrativo, o que implica a requisição e afetação de mais meios humanos. Na hipótese contrária, os sistemas de informação contêm a informação.

VI. CONCLUSÕES

O Sistema Integrado de Gestão do Acesso a cuidados de saúde, sob gestão da ACSS tem hoje, subjacente a responsabilidade partilhada entre diferentes unidades orgânicas de gestão, tendo em vista uma operacionalização mais eficaz, com partilha de recursos e com competências transversais aos cuidados de saúde.

Aquele sistema é gerido e monitorizado com base em indicadores definidos por aquela entidade e encontra-se assente em diferentes sistemas de informação que requerem integração de dados e suportam a gestão daquele acesso.

Para concretização do sistema, a ACSS, adota medidas que se pretende que tenham impacto no acesso a cuidados de saúde.

Na sequência deste introito e da avaliação realizada pelo GTI, conclui-se.

1) A medição do acesso à prestação de cuidados de saúde não se encontra implementada de forma uniformizada nem sistematizada num único sistema de monitorização e avaliação de desempenho do Ministério da Saúde.

2) A constituição de diferentes ferramentas informáticas em diferentes momentos, tornaram a respetiva existência numa acumulação de dados não harmonizados, havendo lugar à repetição de indicadores ou à existência de fenómenos semelhantes, medidos através de métricas distintas e/ou em sistemas de informação diferentes.

3) De uma forma transversal existe uma separação clara entre os indicadores de acesso considerados para avaliação do acesso ao SNS por nível de cuidados de saúde.

4) A lógica de construção, apresentação e utilização de indicadores de acesso não se encontra uniformizada, sendo notório particularmente ao nível dos indicadores de contratualização.

5) Existem atualmente fluxos entre diferentes prestadores de cuidados de saúde, nos diferentes níveis de cuidados, que não são ainda analisados da mesma forma (detalhe, periodicidade, frequência) que o SIGIC ou CTH.

6) A evolução social, tecnológica e organizacional poderá tornar alguns indicadores obsoletos ou poucos úteis e determinar a necessidade de outros, pelo que a qualidade e robustez dos indicadores de acesso deve ser avaliada periodicamente e também por entidade externa à entidade gestora do sistema de gestão do acesso a cuidados de saúde.

7) A dimensão do impacto sobre o doente não se circunscreve ao tempo de espera, conforme atual ênfase no sistema de indicadores de acesso.

8) Atualmente, o sistema de gestão do acesso assenta em diferentes sistemas centrais de informação que dependem de sistemas de informação externos, daí resultando constrangimentos vários de integração da informação sobre o acesso a cuidados de saúde, fazendo claudicar a qualidade da informação.

9) A fim de ultrapassar aqueles constrangimentos, encontra-se implícita uma carga administrativa, que conduz a embaraços ao normal desenvolvimento da atividade das entidades prestadoras de cuidados de saúde.

10) Portanto, é uma realidade menos expedita e atreita a falhas, que requer intervenção humana, no processo de suprimento daqueles erros informáticos.

11) Deste modo, os problemas de integração causam constrangimentos vários no acesso a cuidados de saúde e não afiançam a fiabilidade da informação e da gestão do acesso àqueles cuidados.

12) O funcionamento eficiente depende de uma atuação articulada de todas as entidades do SNS e da conjugação da intervenção humana com os sistemas de informação.

13) A desmaterialização integral não resolve, por si só, o acesso a cuidados de saúde, apesar de ser um instrumento essencial na gestão do acesso.

14) Para implementação técnica dos sistemas de informação e comunicação de acesso aos cuidados em apreço, compete à entidade gestora do sistema de gestão do acesso, prover, em tempo útil, a entidade prestadora de serviços partilhados de sistemas de informação no Ministério da Saúde, dos recursos financeiros indispensáveis à prossecução das atribuições que lhe estão cometidas, sem os quais ou se tardiamente disponibilizados, a contratação de recursos para fazer face às solicitações de manutenção corretiva e evolutiva, bem como a implementação de recomendações emitidas por entidades inspetivas ou de regulação, como a Inspeção Geral das Atividades

em Saúde, Entidade Reguladora da Saúde e o Tribunal de Contas, é comprometida.

15) Também por este facto, o sistema continua a registar fragilidades e a apresentar menos robustez.

16) O registo manual e alimentação dos sistemas de informação CTH e SIGLIC, em particular a multiplicidade de agentes utilizadores é atreito a erros e passível de manipulação, não garantindo o acesso a cuidados de saúde em condições de equidade e transparência.

17) Sabe-se que há comportamentos desviantes, por intermédio dos utilizadores daqueles sistemas de informação que precludem o direito à equidade e transparência no acesso aos cuidados de saúde.

18) Transversalmente, são identificados constrangimentos em diversos momentos do funcionamento do SIGIC, bem como problemas de não prestação ou parca informação por parte dos prestadores ou das entidades responsáveis pela gestão do acesso à prestação de cuidados cirúrgicos (UCGIC, URGIC e UHGIC) aos doentes/utentes, impactando na sua esfera de direitos, sendo os principais aqueles que se referem à data prevista para realização da cirurgia, à explicitação dos critérios que definem a posição em LIC e que podem motivar oscilações nessa posição, concretamente o nível de prioridade atribuída e o TMRG associado e os motivos de ordem clínica que podem justificar o adiamento da cirurgia.

19) No âmbito do SIGLIC regista-se um elevado número de erros de integração, motivados pela complexidade de implementação operacional dos normativos existentes sobre o sistema.

20) Registam-se situações em que, aquando do agendamento ou referenciação para acesso a cuidados de saúde se constata, por via de consulta aos TMRG que tais tempos não serão passíveis de ser cumpridos. Em casos semelhantes, não é razoável sujeitar o doente/utente à espera da premonição da emissão de vale cirurgia ou nota de transferência, na medida em que se sabe, *ab initio*, da possibilidade remota ou impossibilidade do atendimento naqueles tempos.

21) Inexiste procedimento / norma que uniformize a forma de realização da referenciação ou da triagem, permanecendo por concretizar detalhes práticos de quem executa e pratica tais normativos.

22) A gestão do acesso não se esgota nos programas CTH e SIGIC, pelo que todas as relações de transição entre prestadores de cuidados de saúde, sejam de natureza horizontal ou vertical, interdisciplinar e multidisciplinar são potencialmente geradoras de fragmentação ao nível da prestação de cuidados de saúde e criadoras de listas de espera.

23) Existem registos (pedidos de consulta, atos intermédios – como a triagem e marcação) que não se realizam, exclusivamente, através de suporte informático. Portanto há constrangimentos no acesso a cuidados de saúde no SNS, decorrentes do recurso à referenciação em papel, dado que os estabelecimentos hospitalares, continuam sem poder operacionalizar, informaticamente, a referenciação inter-hospitalar e intra-hospitalar para pedidos de consultas de especialidade, uma vez que o sistema operativo que lhe subjaz não o permite.

24) Constata-se a existência de elevados tempos de espera para o acesso a cirurgia programada, bem como a existência de sucessivos atrasos, adiamentos e cancelamentos de cirurgias, nomeadamente por lapso do hospital e pendências da inscrição em Lista de Inscritos em Cirurgia (LIC), para além do previsto no Regulamento do SIGIC.

25) Sinaliza-se a incapacidade da UCGIC proceder à seleção dos prestadores com real capacidade de resposta para a situação concreta a que o vale cirurgia se destina, e proceder à devida atualização dos dados cronológicos do episódio cirúrgico em causa.

26) Confirma-se a não emissão do vale cirurgia pela UCGIC dentro dos prazos definidos na lei, conforme previsto no Regulamento do SIGIC, e a falta de informação aos doentes/utentes.

27) Verifica-se a existência de limitações e morosidade subjacentes aos procedimentos de transferência por inexistência de hospitais de destino para emissão de VC/NT.

28) Atendendo a que a resposta do SNS está limitada aos recursos das entidades que prestam cuidados de saúde e que a taxa de utilização dos VC/NT é baixa, num contexto de contenção financeira, as medidas de eficiência organizacional ou de aumento de recursos humanos em especialidades que produzem abaixo da capacidade instalada poderão ter maior impacto sobre a resposta do SNS[2].

29) Ainda que se verifique um aumento da produção clínica ela não está otimizada, nomeadamente a nível das consultas, tendo em conta as ineficiências dos sistemas de informação que acarreta tempos exagerados despendidos pelos profissionais, e excesso de trabalho burocrático e administrativo realizado pelos médicos. Neste sentido, há margem para o aumento da resposta do SNS, através de medidas que garantam a maximização da capacidade instalada (atualização do parque informático e integração das múltiplas aplicações existentes, trabalho burocrático e administrativo a realizar por outros profissionais de saúde).

30) Não se evidenciou que a ação da ACSS, através do Sistema Integrado de Gestão do Acesso tenha tido

[2] Por exemplo, no âmbito da visita efetuada ao CHLC, foi transmitido a este Grupo Técnico que o constrangimento que resulta da escassez de recursos humanos na área de Anestesiologia não permite otimizar a capacidade do Bloco Operatório.

um impacto relevante na melhoria da capacidade de resposta do SNS, atendendo a que:

a) Subsistem desde 2013 fragilidades identificadas em relatórios elaborados por entidades de cariz inspetivo ou de regulação na área da saúde, como a IGAS ou a ERS, designadamente quanto: à não interoperabilidade entre sistemas de informação; à emissão de VC; à integridade da informação subjacente ao cálculo de indicadores associados ao CTH; à inoperacionalidade do módulo de não conformidades;

b) O aumento do acesso a cuidados de saúde, através das cativações dos VC deriva de um maior aumento da emissão destes e não do aumento da taxa de utilização. Assim, há apenas uma maior utilização associada ao incremento de novas emissões que resultam do incumprimento dos TMRG, não se verificando uma efetiva recuperação do número (*stock*) de doentes/utentes em lista de espera;

c) A menos que os estabelecimentos de saúde aumentem a sua capacidade de resposta, com ganhos de eficiência, a redução legal dos TMRG acarreta o aumento das emissões de VC/NT (pelo facto de as entidades do SNS não aumentarem a capacidade de resposta na mesma proporção) que apesar de ter um impacto absoluto esperado no aumento das cativações, através da correlação anteriormente identificada entre as duas variáveis, tem um impacto relativo e menos relevante na redução do número de doentes/utentes nas LIC (por via do comportamento da taxa de utilização).

d) O aumento da utilização dos VC/NT poderá contribuir para uma redução da resposta hospitalar em virtude dos constrangimentos financeiros que lhe estarão associados (aumento da dívida dos hospitais e consequente restrição para a contratação de recursos humanos ou equipamentos/materiais clínicos);

e) Também na sequência das inconsistências dos sistemas de informação da gestão do acesso, há subaproveitamento da capacidade instalada originada pelas faltas dos doentes/utentes às consultas;

f) Não pode haver lugar à emissão de vales cirurgia para hospitais de destino que não podem realizar o ato médico, em virtude de a equipa médica incluir profissionais que apresentam relação contratual com o hospital de origem do doente/utente a intervencionar.

VII. RECOMENDAÇÕES

Na sequência da análise e respetivas conclusões, o Grupo Técnico Independente procede às seguintes recomendações, em cumprimento da alínea d) do Despacho n.º 9317/2017, de 19 de outubro, para a melhoria da transparência, coerência e qualidade da informação neste contexto, bem como para uma melhor gestão do acesso a cuidados de saúde no SNS:

1) Concretizar o mais célere possível o Sistema de Informação de Gestão do Acesso, com a conclusão o mais breve possível, de toda a regulamentação prevista no Decreto-Lei n.º 147/2017, de 27 abril, como forma de efetivamente garantir a compilação de toda a informação que se encontrava dispersa por vários outros sistemas de informação direcionados para a medição do acesso a entidades prestadoras de cuidados de saúde incorporadas no SNS, nomeadamente: O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) e o Sistema de Referenciação para Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar (CTH);

2) Nesse sentido, recomenda-se o mais breve quanto possível, a substituição dos atuais sistemas de gestão do acesso pela efetiva implementação do SIGA SNS, que se encontra em desenvolvimento e implementação faseada, com a visão holística do percurso do doente/utente no SNS e a determinação dos tempos de espera globais e transversais, assegurando 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 referenciação dos doentes/utentes, com vista a garantir a fiabilidade da informação e equidade no tratamento e no acesso a cuidados de saúde pelo doente/utente. A efetiva integração de todos os sistemas informáticos em utilização assegurará a real verificação do cumprimento dos TMRG em todos os prestadores de cuidados de saúde do SNS;

3) Criar condições, junto dos prestadores de serviços e cuidados de saúde para que o único veículo de alimentação da base de dados CTH seja via informática, permitindo a correta atribuição de prioridade a todas as solicitações;

4) Integração automática dos relatórios e das imagens dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, realizados no sector convencionado, no processo clínico eletrónico do doente/utente.

5) A ACSS deve proceder à simplificação das regras do SIGLIC, de forma a viabilizar uma mais fácil implementação por todos os *softwares* (administrativos e clínicos) integrados com este sistema;

6) Integrar todos os sistemas com o SIGLIC eliminando-se a utilização de interfaces, com vista à garantia da equidade e transparência no acesso a cuidados de saúde, evitando-se os erros advindos da necessidade e viabilidade informática do registo manual e alimentação daquele sistema de informação;

7) Integrar todos os sistemas de informação com o Registo Nacional de Utentes (RNU), para evitar ou mesmo impedir erros de informação, relativos ao estado de referenciação e pedidos do doente/utente, designadamente a duplicação de referenciação, por via da garantia da correta e unívoca identificação do utente e respetiva informação;

8) Financiar de forma adequada os sistemas de informação para que seja possível atualizar o parque informático, melhorar os sistemas de identificação e simplificar e integrar as múltiplas aplicações informáticas, e libertar os médicos de tarefas administrativas e burocráticas para aumentar a eficiência ao nível das consultas externas e humanizar os cuidados de saúde. Estas medidas são essenciais para melhorar o acesso e a qualidade;

9) Promover a qualidade do acesso através da humanização da relação médico-doente e da relação doente/utente com o sistema de saúde, consagrando o tempo efetivo adequado para melhorar o grau de satisfação, empatia e confiança da relação médico-doente e que os doentes/utentes sejam atendidos de forma a melhorar o grau de satisfação e confiança com o sistema de saúde e os profissionais de saúde;

10) Definir os TMRG de forma fundamentada e com base em critérios clínicos face às melhores práticas nacionais e internacionais, designadamente avaliando a efetividade dos prazos definidos, sem prejuízo de decisão política que tenha como objetivo combater as desigualdades sociais em saúde e garantir o acesso aos cuidados de saúde em condições de equidade para todos os cidadãos;

11) Introduzir mais níveis de estratificação de prioridades nos TMRG, com definições robustas baseadas num maior número de critérios, especialmente qualitativos;

12) No âmbito dos indicadores de acesso, recomenda-se a criação, aplicação e divulgação de *guidelines*

comuns que descrevam os procedimentos a ter em consideração para a definição das métricas utilizadas, com o objetivo de dar conhecimento sobre o acesso aos cuidados de saúde no âmbito do SNS;

13) Associar novos indicadores qualitativos que complementem as métricas quantitativas de produção, melhorando a qualidade do acesso através de melhor informação, monitorização e avaliação do desempenho e resultados clínicos;

14) Nesse sentido, recomenda-se a publicação de informação que possa ser auditada sobre indicadores de qualidade de desempenho e resultados por especialidade e por grande patologia, a que deverá ser associada uma nova política de contratualização hospitalar que valorize a qualidade dos resultados;

15) Os indicadores de acesso devem contemplar a existência de situações de vulnerabilidade e risco de exclusão social no desenho do quadro de procedimentos e minimizar, tanto quanto possível, o recurso a entidades externas ao SNS para validação dessas situações. Devem, de igual modo, e numa perspetiva *simplex*, aceitar como bastante, as informações oriundas de cruzamento de dados com outras entidades, a título de exemplo, Autoridade Tributária, Segurança Social, Direção Geral de Serviços Prisionais e outros, sempre que técnica e legalmente possível;

16) Aumentar a *performance* da análise dos indicadores de acesso, tendo em vista a qualidade da informação recolhida e publicada e, complementarmente, continuar a incrementar e evoluir a capacidade analítica sobre todos os dados inerentes à dimensão acesso, por via do desenvolvimento e aperfeiçoamento das respetivas plataformas de *business intelligence* e análise de dados que potenciam estas funções;

17) Avaliar, periodicamente, e por entidade externa à ACSS, a qualidade e robustez dos indicadores de acesso, atendendo a que a evolução social, tecnológica e organizacional dos indicadores, com o decurso do tempo, poderá torná-los obsoletos ou poucos úteis e determinar a necessidade de outros;

18) Recomenda-se que a avaliação do acesso do doente/utente não seja circunscrita ao tempo de espera. Deve ter-se em consideração a evolução natural da patologia em causa, os níveis de ansiedade, a quantidade e multiplicidade de contactos necessários com o sistema de saúde, as consequências de custos diretos e indiretos como a perda de produtividade daí decorrentes, que não se encontram refletidos no atual modelo;

19) Implementar indicadores de qualidade relativamente à utilidade dos relatórios de gestão e monitorização das listas de espera elaborados pela ACSS, medindo o real impacto destes instrumentos de gestão;

20) Capacitar devidamente as unidades de saúde com os adequados meios informáticos e de comunicação, a fim de evitar que apenas uma percentagem de pedidos de primeira consulta de especialidade seja recebida em suporte informático;

21) Investir na capacidade e qualidade de resposta dos hospitais do SNS, reforçando o capital humano, as instalações, os equipamentos, a disponibilidade de dispositivos e materiais clínicos, utilizando de forma mais competente e humanizada a capacidade instalada (a taxa de utilização dos VC/NT é baixa - 21%, devido ao nível de confiança que o doente/utente tem nas instituições de saúde e nas equipas clínicas de origem);

22) Adotar as medidas adequadas para que a garantia da qualidade da informação de gestão do acesso a cuidados de saúde não seja o resultado de medidas de limpeza ou expurgo de listas de espera, das quais resulte, como aconteceu no passado, a eliminação de doentes/utentes das listas de espera do CTH;

23) As entidades hospitalares devem agilizar a emissão de expedito *feedback* (ponto de situação/estado) ao doente/utente, relativamente aos pedidos de primeira consulta e alteração de estado, no mais curto período de tempo possível;

24) Informar o doente/utente das situações em que, aquando do agendamento ou referenciação se percebe, por via de consulta aos TMRG, que os tempos não serão passíveis de ser cumpridos, e não sendo razoável sujeitar o doente/utente à espera da premonição da emissão de VC ou NT, ser apresentada outra alternativa que responda atempadamente às suas necessidades, devendo ser a decisão final devidamente expressa pelo doente/utente (procedimento a agilizar pela ULGA e equipa do doente/utente);

25) Incluir a participação dos doentes/utentes acerca da sua perceção na avaliação do funcionamento dos serviços de saúde e do sistema de saúde no seu todo, sempre que possível, tendo em vista o aperfeiçoamento dos sistemas de gestão e controlo da informação sobre as diferentes áreas do SNS;

26) Promover a transparência no acompanhamento, pelo próprio doente/utente, dos pedidos de acesso através dos mecanismos de interação entre o cidadão e o SNS, cumprindo o direito à informação acerca da posição relativa na lista de inscritos para os cuidados de saúde, assim como do direito à informação sobre a capacidade ou falta da mesma para dar resposta de acordo com os TMRG aplicáveis, e ainda, o direito de ser assegurado ao doente/utente, um serviço alternativo de qualidade comparável e no prazo adequado, através da referenciação para outra entidade do SNS ou do sector convencionado – recomendação extensível aos casos em que há lugar a emissão de VC/NT;

27) Promover informação, por parte dos prestadores ou das entidades responsáveis (UCGIC, URGIC e UHGIC), aos doentes/utentes, sobre a data prevista para realização da cirurgia, a explicitação dos critérios que definem a posição em LIC e que podem motivar oscilações nessa posição, concretamente o nível de prioridade atribuída e o TMRG associado e os motivos de ordem clínica que podem justificar o adiamento da cirurgia;

28) Monitorizar, de forma efetiva, a atividade assistencial realizada nas instituições do SNS, com especial ênfase para o acesso, a equidade e os tempos de resposta garantidos para as prestações de saúde integradas no SIGA SNS. Tal monitorização deverá prever:

i) A realização das necessárias auditorias para assegurar o correto funcionamento do SIGA SNS e para garantir que os sistemas utilizados pelos estabelecimentos prestadores permitam uma efetiva monitorização do cumprimento dos TMRG;

ii) A definição de protocolos de transferência de doentes/utentes entre instituições do SNS, bem como elaboração dos circuitos associados, assegurando os mecanismos de acompanhamento dos doentes/utentes e de comunicação entre aquelas instituições;

29) Criar, internamente, condições, ao nível do funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS e através da formação e informação dos seus funcionários e profissionais de saúde, para garantir a eliminação de falhas de natureza estrutural, organizacional e informática, bem como o adequado registo informático do estádio dos pedidos de consulta, tal como lhes é legalmente imposto;

30) Garantir a articulação entre entidades do SNS de forma a permitir resolver imediatamente os erros, incoerências e/ou imprecisões detetados, bem como a disponibilização de informação, fomentando e facilitando a autonomia dos estabelecimentos na monitorização, pelos próprios, do estádio de cada pedido de primeira consulta de especialidade hospitalar;

31) Dotar de condições adequadas os prestadores de cuidados, com vista à organização dos respetivos serviços clínicos e administrativos, garantindo procedimentos internos para o agendamento de cirurgias e ocupação do bloco operatório, que evitem sucessivos adiamentos de cirurgias aos mesmos doentes/utentes;

32) Garantir o devido e justo acompanhamento e tratamento dos doentes/utentes no período pós-operatório, especialmente nas entidades convencionadas;

33) Informar, no âmbito do SIGIC, a ARS e respetiva UCGIC de quaisquer obstáculos, orçamentais ou outros, que se coloquem ao cumprimento das regras do SIGIC, nomeadamente a realização de cirurgia no âmbito de VC emitido pela UCGIC;

34) Garantir a emissão de VC dentro dos prazos definidos;

35) Assegurar o dever da ACSS proceder, em articulação com as cinco Administrações Regionais de Saúde, a uma análise e ponderação da necessidade, em casos específicos urgentes ou atrasos inaceitáveis, de celebração de convenções para determinados procedimentos cirúrgicos, de modo a garantir uma capacidade de resposta adequada e tempestiva e em respeito pelos TMRG legalmente vigentes;

36) Adotar medidas que permitam aumentar a taxa de utilização dos VC/NT emitidos, permitindo desta forma uma redução do número de doentes/utentes inscritos nas listas de espera;

37) Não penalizar financeiramente os hospitais que tenham:

1) Demonstrado que adotaram medidas de reorganização dos serviços de afetação eficiente dos recursos disponíveis visando a maximização da produção clínica cirúrgica e de consultas;

2) Efetuado um diagnóstico detalhado das necessidades de recursos humanos, equipamentos e infraestruturas que permitam atingir os TMRG que se encontrem determinados;

Na medida em que, como já foi referido, a redução dos TMRG por determinação legal, sem que previamente se otimize e aumente a capacidade instalada de todas as estruturas hospitalares do SNS, determina uma distribuição dos doentes/utentes pelo sector convencionado, penalizando financeiramente os hospitais do SNS devido a fatores externos que não controlam, designadamente o acesso a profissionais de saúde, e que aquelas penalizações poderão conduzir a práticas desconformes para efeito de manutenção ou não degradação da performance de desempenho dos hospitais, e que o aumento da utilização dos VC/NT poderá contribuir para uma redução da resposta hospitalar em virtude dos constrangimentos financeiros que lhe estarão associados (aumento da dívida dos hospitais e consequente restrição para a contratação de recursos humanos ou materiais);

38) Promover os procedimentos necessários à implementação de um adequado sistema de gestão (autonomia e flexibilidade) que permita a utilização de toda a capacidade instalada, de forma a reduzir as listas de espera;

39) Eliminar a utilização indevida do expediente de pendência de inscrição para cirurgia como forma de suspender os TMRG aplicáveis, obviando à emissão

de notas de transferência ou vales cirurgia, após decurso dos TMRG fixados para o nível de prioridade atribuído, e a utilização abusiva do expediente de não inscrição em LIC na data da consulta em que foi verificada a necessidade cirúrgica, na medida em que se verificou existir em algumas unidades de saúde uma dilação anormal entre a última consulta e a data de inscrição para cirurgia;

40) Recomenda-se que a fixação ou revisão futura dos TMRG, tenha em linha de conta as necessidades de recursos humanos, equipamentos, dispositivos e materiais, e recursos financeiros dos hospitais, sem os quais não será possível assegurar o cumprimento dos TMRG. Assim, deve ser feito um levantamento que:

1) Demonstre quais as medidas já implementadas de reorganização dos recursos que originaram ganhos de eficiência, medindo a capacidade efetiva face à capacidade realizada;

2) Identifique fragilidades associadas a recursos humanos que não permitem a utilização plena das instalações ou as insuficiências de instalações e equipamentos que não viabilizam a maximização das horas disponíveis dos recursos humanos, avaliando as capacidades disponível, efetiva e realizada;

3) Identifique as necessidades de recursos para o cumprimento dos TMRG, no horizonte temporal de um ano.

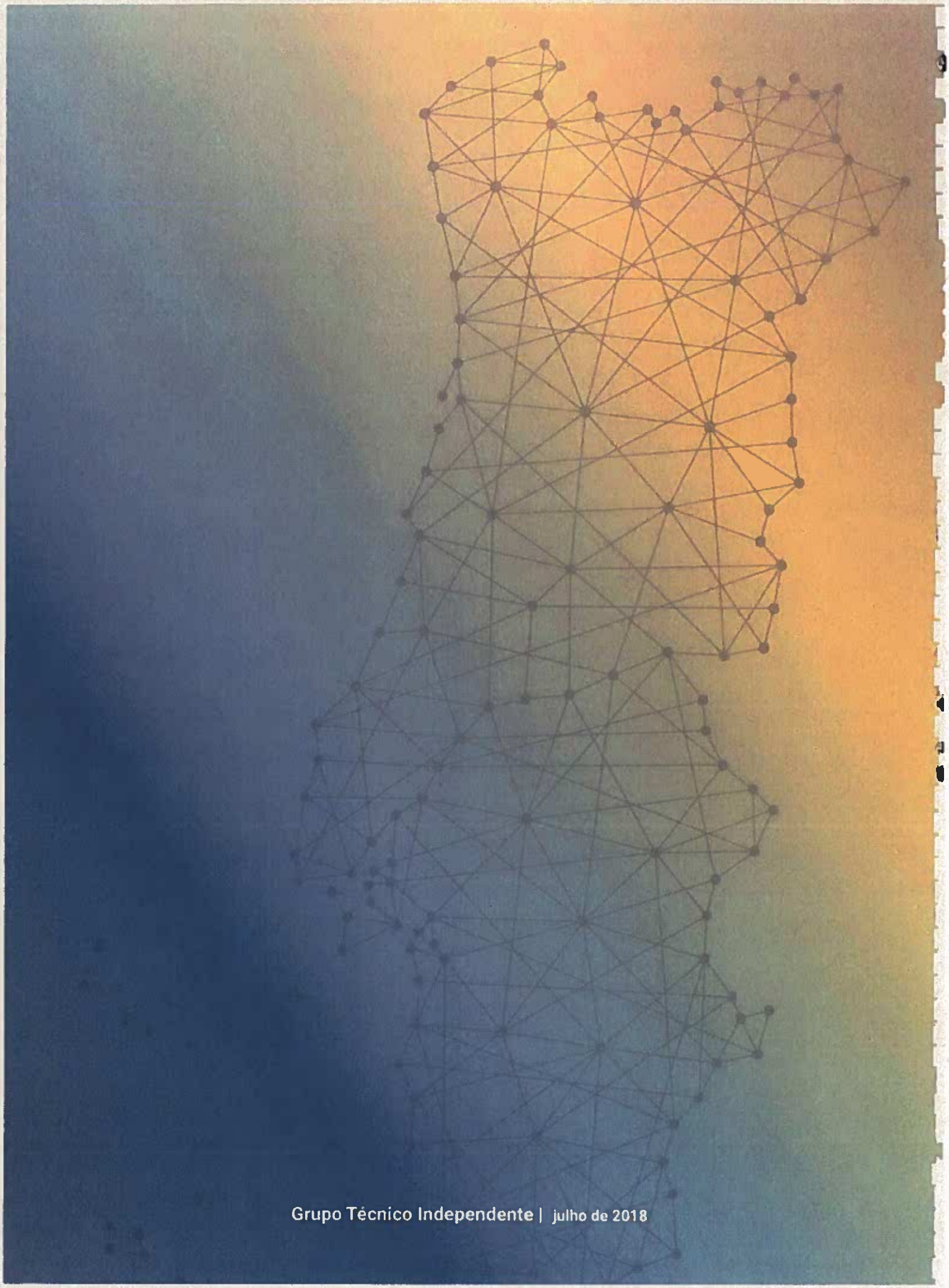
41) Promover a realização de dupla verificação dos dados constantes nas plataformas nos sistemas de informação e comunicação, por via de auditoria(s) de conformidade legal e de qualidade de informação, a realizar por entidade independente, para garantia da coerência e fiabilidade dos dados, de forma que a informação que se encontra registada espelhe a realidade, contribuindo para assegurar o acesso dos doentes/utentes aos cuidados de saúde em condições de igualdade;

42) Implementar, por via das ULGA, mecanismos que permitam filtrar a informação, tendo em vista o retrato real do estado de pedidos e situação dos doentes/utentes, atendendo a que se regista uma subnotificação dos constrangimentos e erros informáticos;

43) A ACSS deve promover, em permanência e de forma continuada, as boas práticas ao nível dos procedimentos e proceder à realização de auditorias de conformidade;

44) A ACSS, as ARS, e demais entidades locais de gestão do acesso, devem proceder a auditorias regulares, com vista ao acompanhamento de proximidade e de conformidade com os normativos instituídos de gestão do acesso.

45) A ACSS deve adotar as medidas necessárias no sentido de definir e objetivar processos e procedimentos que permitam estabelecer regras e orientações homogéneas para a gestão do acesso a cuidados de saúde, minimizando desta forma as questões subjetivas relacionadas com os utilizadores.



Grupo Técnico Independente | julho de 2018