



PROJECTO DE RESOLUÇÃO N.º 312/ X

Recomenda ao Governo que adopte um Sistema Integrado de Recuperação de Listas de Espera para Consulta (SIRLEC)

O Sistema de Saúde português confronta-se com problemas que, a não serem atalhados com urgência, põem em causa a própria essência e continuidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), desde logo, no que se refere à sua sustentabilidade financeira, mas também no que concerne à resposta digna e competente que proporciona.

Ao não serem introduzidas alterações de fundo no financiamento do SNS, a escalada dos custos resultante, em larga medida, de aspectos virtuosos como longevidade de vida e o progresso das tecnologias, gera uma ruptura que apenas é diferida através de reforços desmedidos via Orçamento do Estado.

Ao longo dos anos, foram-se de tal modo avolumando e agravando constrangimentos a três níveis da prestação de cuidados de saúde, que dificilmente se poderá reconhecer a pretendida equidade e universalidade do SNS.

Não é equitativa e universal a prestação de cuidados de saúde primários, porquanto, pelo menos 750.000 portugueses não têm médico de família. Este número só poderá pecar por defeito devido à falta de um sistema integrado de informação na área da saúde. Aliás, a Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde apresentada pelo Tribunal de Contas em 27 de Setembro de 2007 aponta para 1.164.635 utentes sem médico de família em 31.12.2006, contra 1.130.623 de utentes em 2005.

As Unidades de Saúde Familiares poderão, a médio prazo, modificar a resposta a essa carência, desde que exista empenhamento político em assumir as responsabilidades do Estado para com as mesmas. Também a formação e dignificação dos clínicos gerais deve ser uma prioridade sob pena de, nos próximos dez anos, a escassez se revelar inultrapassável.

Não é equitativo e universal o acesso dos doentes à intervenção cirúrgica hospitalar. O Governo de coligação PSD/CDS constatou a insuficiência de resposta do SNS para um atendimento de qualidade e em tempo útil. Assumindo a necessidade de recorrer ao sector público, privado e social, foi desenvolvido o Plano Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC) e, posteriormente, o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia (SIGIC).

De acordo com o Relatório da Primavera de 2007 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, o balanço de três anos de SIGIC é claramente positivo: segundo dados do Ministério da Saúde, em 31 de Dezembro de 2005, encontravam-se em lista de espera para cirurgia 240.000 doente; em 31 de Dezembro de 2006, 226.113; Hoje, a lista de espera para cirurgia encontra-se ligeiramente acima dos 200.000. Também os tempos de espera baixaram sensivelmente.

O Ministro Correia de Campos congratulava-se em Outubro de 2007 da decisão “ao ter chegado, em Março de 2005, não destruir o SIGIC, antes aplicá-lo bem e aperfeiçoá-lo” tendo em conta que “até 31/12/2006, após a aplicação do SIGIC, diminuíram a média e a mediana dos tempos de espera dos inscritos para cirurgia”

Por forma a impulsionar a recuperação das listas de espera cirúrgicas, o CDS/PP apresentou um Projecto de Resolução que recomenda ao Governo a promoção da cirurgia em ambulatório, reconhecidamente eficaz na redução das listas de espera e com inegáveis vantagens sanitárias, sociais e financeiras. A maioria PS rejeitou-o sumariamente.

Não é, certamente, universal o acesso dos destinatários do SNS a consultas de especialidade. Na verdade, o número crescente de utentes e os tempos de espera para consulta são um problema humano e social. Multiplicam-se os números de cidadãos que aguardam até 5 anos por uma consulta de especialidade no SNS. O relatório da Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS) de 2006 indicava uma lista de 380.000 cidadãos à espera de primeira consulta de especialidade, dos quais 98.000 para consulta de oftalmologia. No início de 2008, a IGAS regista 474.000 utentes em lista de espera para primeira consulta, dos quais 116.000 para oftalmologia.

Ou seja, a espera para primeira consulta não pára de se agravar exponencialmente. Dez especialidades médicas são responsáveis pela esmagadora maioria das listas de espera:

- 116.000 para oftalmologia;
- 46.000 para Otorrinolaringologia (ORL);
- 46.000 para ortopedia;
- 40.000 para dermatologia;

- 31.000 para cirurgia geral;
 - 27.000 para urologia;
 - 21.000 para ginecologia;
 - 18.000 para cardiologia;
- e os restantes 119.000 distribuídos por 12 outras especialidades.

No caso mais preocupante, a primeira consulta de oftalmologia, a IGAS assinala que em 13 Hospitais se aguarda mais de um ano. Também em reumatologia, a escassez de clínicos no sector público gera listas de espera até 3 anos. Por sua vez, o relatório da auditoria do Tribunal de Contas sobre o Acesso aos Cuidados de Saúde indica tempos de espera para consulta de especialidade da seguinte ordem:

- Oftalmologia, entre 1 e 17 meses;
- ORL, entre 1 e 16 meses;
- Ortopedia, entre 1 e 12 meses;
- Cirurgia Geral, entre 1 e 6 meses.

Desta realidade são dados exemplos concretos, como o Hospital de Faro, onde o tempo de espera para Ortopedia, Oftalmologia, ORL e Cirurgia Geral oscila entre os 2 e os 5 anos, ou o Centro Hospitalar de Coimbra onde o tempo de espera para as mesmas especialidades se encontra entre os 9 e os 28 meses.

O mesmo Relatório traça um cenário de inúmeros constrangimentos no acesso aos cuidados e chama a atenção para a realidade pré-SIGIC: “o acesso aos cuidados é dificultado pela morosidade na marcação, quer de consulta no centro de saúde, quer da 1.ª consulta hospitalar”.

A este diagnóstico o então Ministro da Saúde, Prof. Correia de Campos, responde: “Judiciosas palavras, de que ninguém discorda e que devem ajudar-nos a encarar o ambiente geral do acesso aos cuidados, que não apenas às cirurgias”

E continua Correia de Campos, “O mais importante, para o signatário, são as recomendações que o Tribunal de Contas directamente lhe endossa: melhorar o acesso já referido aos centros de saúde e à 1.ª consulta do hospital; garantir equidade e universalidade; rentabilizar a capacidade instalada; definir conceitos como o tempo máximo de espera; aprovar manuais de gestão e aperfeiçoar normativos legais”.

O CDS apoia-se precisamente neste diagnóstico para apresentar esta iniciativa. A urgência em criar mecanismos de acesso consultas de especialidade tem, de uma vez por todas, que ser assumida.

O programa “Consulta a Tempo e Horas” apenas está operacional em 40% dos Centros de Saúde e não altera, nem pode, o estrangulamento existente no acesso às primeiras consultas de especialidade no Hospital de Origem. O índice exagerado de consultas no sector privado para um país com SNS e com reduzido poder de compra é, aliás, prova evidente do fracasso do sistema. Estima-se que cerca de 60% das consultas de especialidade são feitas no sector privado, com especial incidência nas especialidades onde a espera no público é maior.

Por outro lado, é de salientar a interacção dos indicadores nos vários níveis de cuidados de saúde, que podem deturpar a sua verdadeira dimensão. A título de exemplo, a dificuldade de acesso a cuidados de saúde primários ou de especialidade, aliviam a pressão sobre listas de espera para cirurgia, reduzindo artificialmente a sua verdadeira procura.

A adopção urgente de um Sistema Integrado que garanta um acesso em tempo aceitável a uma consulta de especialidade é tanto mais relevante porquanto os inaceitáveis tempos de espera penalizam sobretudo os grupos sociais mais desfavorecidos.

Este Sistema, deverá garantir o acesso dos cidadãos a primeira consulta de especialidade em tempo clinicamente aceitável e assegurar que o acompanhamento subsequente seja feito pelo mesmo médico, atendendo à importância da relação de confiança que se estabelece entre médico e paciente.

No mesmo sentido, tem importância estratégica dignificar o papel do médico de família a vários níveis, nomeadamente assegurando que haja comunicação entre este e o Hospital de Origem, mas também que possa acompanhar o percurso do doente no Sistema.

O programa deve agir em várias frentes essenciais:

- Colmatar com urgência a ausência de informação integrada, completa e consistente no âmbito de todo o SNS, nomeadamente quanto aos inscritos para consulta de especialidade;

- Aumento das capacidades instaladas no sector público;
- Aumento das capacidades instaladas no sector privado, nomeadamente através da contratualização;
- Determinar, para cada especialidade, um prazo máximo admissível para espera de primeira consulta e estabelecer um máximo de 90 dias de espera como meta a atingir para qualquer consulta;
- Esgotado o prazo admissível sem que tenha sido marcada consulta no Hospital de Origem, garantir ao utente uma alternativa eficiente e de qualidade;

Tendo em conta a evidente diferença de custo entre uma consulta e uma cirurgia e os valores alcançados por via contratual entre SNS e outros sectores, este Programa será menos oneroso do que o SIGIC.

Face ao exposto, a Assembleia da República, nos termos da alínea b) do artigo 156º da CRP, recomenda ao Governo que:

1. Desenvolva e execute de imediato um Sistema Integrado de Recuperação das Listas de Espera para Consulta (SIRLEC) com os seguintes objectivos:
 - a) Garantir o acesso de todos os cidadãos a consulta de especialidade necessária, com qualidade e em tempo clinicamente aceitável;
 - b) Estabelecer critérios de clareza e uniformidade na inscrição e atendimento dos utentes;
 - c) Reduzir o tempo médio de espera para primeira consulta de especialidade;
 - d) Controlo do tempo máximo de espera para primeira consulta de especialidade;
 - e) Estabelecer um sistema de equilíbrio entre concentração de recursos na cirurgia e concentração de recursos nas primeiras consultas;
 - f) Rentabilizar a capacidade instalada nos hospitais públicos;
 - g) Desenvolver, à semelhança do que sucede com a cirurgia, uma leal concorrência entre os sectores público, privado de prestadores de cuidados de saúde e social, bem como um aperfeiçoamento da sua cooperação em rede;

h) Aperfeiçoar os mecanismos de licenciamento e controlo de qualidade das unidades de saúde do sector privado, social e mutualista, de modo a permitir um alargamento progressivo da capacidade de escolha pelos utentes;

2. A Execução do Sistema deverá incluir, nomeadamente, os seguintes aspectos:

- a) Incumbir o Ministério da Saúde de, em articulação com a Ordem dos Médicos e respectivos Colégios de Especialidade, estabelecer os prazos clinicamente aceitáveis do tempo de espera, estabelecendo-se como meta que nenhum desses tempos exceda os 90 dias;
- b) Incumbir as Administrações Regionais de Saúde de, no prazo máximo de 60 dias, proceder a um levantamento exaustivo, por doente e especialidade médica, de todas as situações que se encontrem em lista de espera para primeira consulta nos hospitais públicos da respectiva área de competência;
- c) Determinar a proibição expressa, sob pena de sanção, de recusa de inscrição para consulta a pedido de qualquer unidade de cuidados de saúde primários;
- d) Encontrar mecanismos que garantam a comunicação entre o médico de família e os hospitais e entidades pertencentes à rede;
- e) Incumbir o Ministério da Saúde de dar prioridade ao desenvolvimento de um sistema informático integrado em todo o SNS, com uma base de dados credível que permita uma eficaz monitorização das inscrições para consulta;
- f) Motivar as equipas de médicos e demais profissionais de saúde do SNS, nomeadamente através de incentivos e prémios de produtividade;
- g) Estabelecer mecanismos para melhor organização dos profissionais, pleno aproveitamento de sinergias, maior utilização dos equipamentos do SNS, menos desperdício e adequada gestão de tempos de trabalho;
- h) Mediante autorização prévia, libertar os Conselhos de Administração dos hospitais públicos dos limites da contratualização anual da produção, no que respeita ao número de consultas;
- i) Criar uma estrutura funcional, ou aproveitar a já existente para o SIGIC, que assente numa Unidade Central, em Unidades Regionais e Unidades Hospitalares

que monitorizem, acompanhem e controlem, nos respectivos níveis, os processos de transferência dos utentes;

- j) Executar o programa por forma a que as primeiras consultas sejam prioritariamente resolvidas em unidades de saúde públicas, bem como em unidades de saúde privadas ou do sector social, designadamente misericórdias e outras IPSS e entidades de natureza mutualista, mediante respectivamente, contratos-programa, convenções, contratos e protocolos a celebrar na área de cada administração regional de saúde;
- k) Em função das necessidades locais e regionais, contratualizar com consultórios médicos a sua integração no Sistema;
- l) Definir os protocolos de transferência de utentes entre as diferentes unidades hospitalares do SNS e entre estas e as unidades externas convencionadas, desenhar circuitos associados e assegurar mecanismos de acompanhamento dos utentes e de comunicação entre as unidades;
- m) Estabelecer um regime de atendimento dos cidadãos em correspondência inversa aos tempos de espera;
- n) Decorrido 75% do tempo de espera admissível para a especialidade em questão sem que tenha sido marcada a primeira consulta pelo Hospital de Origem, a Unidade Central emite um vale-consulta a favor do utente que o habilita a marcar consulta directamente numa das entidades sociais ou consultório;
- o) Promover o alargamento progressivo da rede, de modo a habilitar o utente maior capacidade de opção;
- p) Na medida do possível, assegurar que a referenciação seja feita de acordo com critérios de proximidade da área de residência do utente;
- q) Definir os termos do vale-consulta;
- r) Regulamentar a organização, gestão e fiscalização do SIRLEC;
- s) Determinar a tabela de preços a praticar em cada especialidade, para primeira consulta e para consultas subsequentes, no âmbito das contratualizações com o sector privado, social ou mutualista;
- t) Afectar uma instância eficaz, a criar ou já existente, para a qual o cidadão possa reclamar em caso de prejuízo do seu direito a consulta de especialidade;

u) Divulgar anualmente o balanço da aplicação do Sistema.

3. O SIRLEC deverá ser objecto de avaliação intercalar ao fim de um ano e de permanente avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

S. Bento, 11 de Abril de 2008

Os Deputados