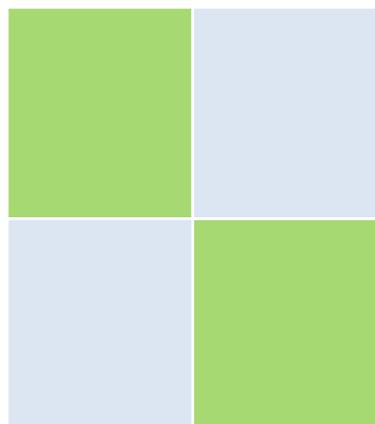


# Tribunal de Contas

Auditoria de Seguimento de Recomendações  
Formuladas no Relatório de Auditoria ao  
Desempenho de Unidades Funcionais de  
Cuidados de Saúde Primários

(UCSP e USF)

(Rel. N.º 17/2014 – 2.ª S)



*Ajudar o Estado e  
a sociedade a  
gastar melhor*



*Promover a  
verdade, a  
qualidade  
e a  
responsabilidade  
nas finanças  
públicas*

**Relatório n.º 11/2016 – 2ª S.**

**Processo n.º 18 /2015 – AUDIT**

Volume I – Introdução, Sumário e Desenvolvimento





## SINOPSE

**As medidas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde no seguimento das recomendações do Tribunal não deram resposta aos principais problemas identificados no anterior relatório.**

No final do 1º semestre de 2015 existiam **1.280.425 utentes sem médico de família.**

Mantém-se a **falta de médicos de medicina geral e familiar**, que resulta:

- da eventual cedência a interesses corporativos (*numerus clausus* restritivos à entrada nos cursos de medicina e condicionamento do acesso à formação pós-graduada);
- da limitação do número de prescretores (médicos), por parte do Governo, com o fim de restringir a oferta de serviços médicos;
- da ausência de incentivos eficazes à adequada distribuição territorial dos recursos humanos.

O **rácio de utentes inscritos por médico degradou-se**. Registou-se uma **diminuição de 71 médicos** nos cuidados de saúde primários entre 2013 e o 1º semestre de 2015.

A ACSS estimava, em junho de 2015, uma **necessidade entre 629 e 770 médicos de família.**

A **carência de médicos tenderá a agravar-se pelo crescimento acentuado das aposentações** previsto para o período 2016-2021, num total de **1.761 aposentações.**

Permanece a **necessidade de libertação do tempo médico** de tarefas administrativas e de outras em que possam ser substituídos por outros profissionais de saúde, tal como recomendado pelo Tribunal.

A **prescrição eletrónica de medicamentos introduziu benefícios, mas igualmente demoras**, associadas a ineficácias dos meios informáticos utilizados, ocupando entre 4 a 10 minutos de cada consulta.

A **partilha de competências com o enfermeiro de família continua por implementar.**

A subscrição de **seguros de saúde tem crescido, em resposta a dificuldades de acesso ao SNS (tempos)**. Existem mais de 4 milhões de subscrições de seguros e de subsistemas de saúde, o que contribui para o facto de mais de 1/3 dos utentes inscritos nos cuidados de saúde primários não terem recorrido às unidades do SNS.

Os **médicos das USF modelo B usufruem de um vencimento superior em 80%** (cerca de € 2.750 mensais) **ao dos médicos que desempenham as mesmas funções noutras unidades.**

Os **restantes profissionais das USF B também usufruem de acréscimos remuneratórios** face aos profissionais das USF modelo A e das UCSP.

Os **incentivos financeiros** pagos a enfermeiros e assistentes técnicos **constituem verdadeiros prémios de desempenho, mas continuam a não ser previstos como tal na letra da lei.**



## ÍNDICE

<b>FICHA TÉCNICA</b> .....	<b>6</b>
<b>RELAÇÃO DE SIGLAS</b> .....	<b>7</b>
<b>GLOSSÁRIO</b> .....	<b>8</b>
<b>I – SUMÁRIO</b> .....	<b>9</b>
<b>1. Conclusões e Observações de Auditoria</b> .....	<b>9</b>
1.1. Utentes sem médico de família.....	9
1.2. Número de profissionais médicos nos CSP .....	9
1.3. Utentes não utilizadores e não frequentadores .....	10
1.4. Processo de atualização da lista de utentes por médico .....	12
1.5. A necessidade de maximização das horas médicas afetas ao atendimento aos utentes.....	12
1.6. Incentivos Financeiros .....	14
1.7. Suplementos e compensações pelo desempenho.....	15
1.8. Unidade de Saúde Familiar – constituição e evolução temporal.....	16
1.9. Tempos de espera.....	17
1.10. Processo de Contratualização – melhorias e condicionantes .....	18
<b>2. Recomendações</b> .....	<b>19</b>
<b>3. Contraditório – Apreciação das alegações de teor global</b> .....	<b>21</b>
<b>II – INTRODUÇÃO</b> .....	<b>27</b>
<b>4. Âmbito e Objetivos</b> .....	<b>27</b>
<b>5. Metodologia e Procedimentos</b> .....	<b>27</b>
<b>6. Condicionantes e Limitações</b> .....	<b>27</b>
<b>7. Audição dos responsáveis em cumprimento do princípio do contraditório</b> .....	<b>27</b>
<b>III – DESENVOLVIMENTO</b> .....	<b>28</b>
<b>8. Enquadramento</b> .....	<b>28</b>
<b>9. Factos relevantes para a apreciação do acolhimento das recomendações</b> .....	<b>29</b>
<b>10. Avaliação do grau de acolhimento das recomendações</b> .....	<b>30</b>
10.1. Acesso aos cuidados de saúde primários .....	30
10.1.1. Utentes sem médico de família.....	31
10.1.2. Número de profissionais Médicos nos CSP .....	34
10.1.3. Utentes não utilizadores e utentes não frequentadores .....	37
10.1.4. Gestão da composição e dimensão das listas de utentes afetos a cada médico.....	41
10.1.5. A necessidade de maximização das horas médicas afetas ao atendimento aos utentes	43
10.1.6. Atividade assistencial.....	48
10.1.7. Tempos de espera .....	50
10.1.8. Divulgação de informação ao cidadão/utente sobre a oferta dos cuidados de saúde..	53
10.2. Estrutura remuneratória do pessoal nas unidades de cuidados de saúde primários .....	54
10.2.1. Incentivos financeiros.....	55
10.2.2. Suplementos e compensações pelo desempenho.....	58
10.3. Unidades de Saúde Familiar – constituição e evolução temporal.....	60
10.3.1. Distribuição de candidaturas e evolução temporal por região de saúde.....	60
10.3.2. Avaliação prévia à constituição de USF .....	65
10.3.3. Unidades de Saúde Familiar de modelo C .....	66
10.4. Processo de contratualização – atualização de lista de utentes e indicadores .....	67
<b>IV – VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO</b> .....	<b>70</b>
<b>V – EMOLUMENTOS</b> .....	<b>70</b>
<b>VI – DETERMINAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>70</b>



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Condicionantes e medidas implementadas .....	31
Quadro 2 – Evolução do número de médicos de Medicina Geral e Familiar e do número de utentes inscritos .....	35
Quadro 3 – Cenários para cálculo do n.º de médicos necessários para cobertura populacional.....	36
Quadro 4 – Utes não utilizadores nas UCSP e USF – 2013- 1ºS2015 .....	38
Quadro 5 – N.º utentes inscritos sem contacto nos últimos 3 anos.....	38
Quadro 6 – N.º de utentes que não ativaram a inscrição passando a “não frequentador” - 2014.....	39
Quadro 7 – Processo de gestão de vagas nas listas de utentes por médico .....	43
Quadro 8 – N.º de consultas presenciais e não presenciais .....	49
Quadro 9 – Perda ocorrida no total das consultas programadas – 1º semestre de 2015.....	53
Quadro 10 – Divulgação de informação nos sítios da Internet .....	54
Quadro 11 – Incentivos financeiros abonados a profissionais de enfermagem e assistentes técnicos .....	57
Quadro 12 – Impacto das alterações propostas ao Decreto-Lei n.º 298/2007.....	59
Quadro 13 – Limites à constituição de USF .....	62
Quadro 14 – N.º de utentes propostos na candidatura a USF de modelo A e B e ganho potencial.....	63
Quadro 15 – Variação anual de entrada de USF em atividade.....	65
Quadro 16 – Resumo do questionário de satisfação – CEISUC.....	69

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução do n.º de utentes inscritos, com e sem médico de família.....	32
Gráfico 2 – Evolução do n.º de utentes c/ e s/ médico de família por região de saúde.....	33
Gráfico 3 – N.º Médicos contratados no triénio 2013-2015 por região de saúde .....	34
Gráfico 4 – N.º de médicos contratados vs médicos aposentados .....	34
Gráfico 5 – Número de médicos por 1000 habitantes: Portugal na OCDE .....	35
Gráfico 6 – Utes utilizadores vs. Utes não utilizadores .....	37
Gráfico 7 – Utes utilizadores com e sem médico de família.....	37
Gráfico 8 – Utes não frequentadores e população residente por intervalo de idades .....	40
Gráfico 9 – Tempo médio de duração de consulta programada de adultos.....	44
Gráfico 10 – Avaliação dos sistemas de informação utilizados nos CSP para suporte da atividade médica.....	45
Gráfico 11 – Avaliação dos sistemas de informação utilizados nos CSP para a prescrição eletrónica .....	46
Gráfico 12 – N.º total de consultas médicas programadas - Nacional .....	48
Gráfico 13 – N.º de consultas médicas programadas nas UCSP e USF.....	48
Gráfico 14 – N.º de consultas de enfermagem.....	49
Gráfico 15 – Total de consultas médicas vs. Total de consultas de enfermagem nas unidades funcionais .....	50
Gráfico 16 – Média do tempo de espera entre o pedido e a realização efetiva da consulta – Regiões de Saúde.....	51
Gráfico 17 - Média do tempo de espera entre o pedido e a realização efetiva da consulta – Unidades Funcionais.....	51
Gráfico 18 - Média do tempo de espera entre a admissão administrativa do doente e o início da consulta - ARS.....	52
Gráfico 19 - Média do tempo de espera entre a admissão administrativa do doente e o início da consulta - UF .....	52
Gráfico 20 – Custo de oportunidade associado ao tempo de espera até atendimento, por consulta.....	53
Gráfico 21 – Situação atual das candidaturas entradas, por ano de entrada .....	60
Gráfico 22 – Candidaturas entradas por ano vs USF atualmente em atividade.....	61
Gráfico 23 – Evolução do n.º de USF de modelo A e B por Região de Saúde no triénio 2012-2014.....	64
Gráfico 24 – Evolução do n.º de USF em atividade – Nacional.....	64



## Auditoria de Seguimento de Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários (Rel. n.º 17/2014 – 2ª Secção)

Ficha Técnica

### Coordenação e Supervisão

#### *Auditor-Coordenador*

**José António Carpinteiro**

*(Licenciado em Direito)*

#### *Auditor-Chefe*

**Pedro Fonseca**

*(Licenciado em Economia)*

### Equipa de Auditoria

**Ana Bravo de Campos** *(Licenciada em Direito)*

**Cristina Dias Anastácio** *(Licenciada em Gestão de Empresas)*



## RELAÇÃO DE SIGLAS

<i>Sigla</i>	<i>Designação</i>
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>
ARSAIg	<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>
CS	<i>Centro de Saúde</i>
CSP	<i>Cuidados de Saúde Primários</i>
DGS	<i>Direção Geral da Saúde</i>
DL	<i>Decreto-Lei</i>
ETC	<i>Em tempo completo</i>
MCDT	<i>Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica</i>
MCSP	<i>Missão para os Cuidados de Saúde Primários</i>
MGF	<i>Medicina Geral e Familiar</i>
OE	<i>Orçamento de Estado</i>
PEM	<i>Prescrição Eletrónica Médica</i>
RIS	<i>Rede Informática da Saúde</i>
RNU	<i>Registo Nacional de Utentes</i>
SAM	<i>Sistema de Apoio ao Médico</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, EPE</i>
TMRG	<i>Tempo máximo de resposta garantido</i>
UCC	<i>Unidade de Cuidados na Comunidade</i>
UCSP	<i>Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados</i>
ULSBA	<i>Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE</i>
URAP	<i>Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados</i>
USF	<i>Unidade de Saúde Familiar</i>
USP	<i>Unidade de Saúde Pública</i>



## GLOSSÁRIO

<b>Acessibilidade</b>	Orientação da procura de acordo com um circuito lógico, mais conveniente para os cidadãos, mais racional para os serviços e mais económico para o sistema.
<b>Agrupamento de Centros de Saúde</b>	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.
<b>Centro de Saúde</b>	Estabelecimento público de saúde, que visa a promoção da saúde, prevenção da doença e a prestação de cuidados, quer intervindo na primeira linha de atuação do Serviço Nacional de Saúde, quer garantindo a continuidade de cuidados, sempre que houver necessidade de recurso a outros serviços e cuidados especializados. Dirige a sua ação tanto à saúde individual e familiar como à saúde de grupos e da comunidade, através dos cuidados que, ao seu nível, sejam apropriados, tendo em conta as práticas recomendadas pelas orientações técnicas em vigor, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo globalmente a sua ação ao indivíduo, à família e à comunidade. Pode ser dotado de internamento.
<b>Consulta Programada</b>	Consulta de saúde de adultos efetuada diariamente, com marcação prévia pelo utente (presencial, telefonicamente ou por via informática), pelo médico ou pelo enfermeiro, tendo a duração aproximada de 20 minutos.
<b>Consulta de Saúde Infantil e Juvenil</b>	Consulta de medicina geral e familiar, em Unidade de Saúde Familiar ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, prestada a menores de 19 anos de idade (excetuam-se as consultas de Saúde Materna, planeamento Familiar e Saúde Pública).
<b>Consulta de Saúde Materna</b>	Consulta médica, em USF ou UCSP, prestada a uma grávida ou no período pós-parto, em consequência de uma gravidez.
<b>Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados</b>	Unidade funcional de prestação de cuidados de saúde que presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.
<b>Unidade de Saúde Familiar</b>	Unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais ou familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C. <b>Modelo A</b> - corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. Compreende as USF do setor público administrativo com regras e remunerações definidas pela Administração Pública. <b>Modelo B</b> - Indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efetiva, e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente e uma participação no processo de acreditação, num período máximo de três anos. Abrange as USF do setor público administrativo com um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho. <b>Modelo C</b> - Modelo experimental, a regular por diploma próprio, com carácter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS, sendo as USF a constituir definidas em função de quotas estabelecidas pela administração regional de saúde e face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído. Abrange as USF dos setores, social, cooperativo e privado, baseando a sua atividade num contrato-programa estabelecido com a administração regional de saúde respetiva.
<b>Utente</b>	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.
<b>Utente inscrito</b>	Um utente que está inscrito numa unidade de cuidados de saúde, mas que não está necessariamente a receber cuidados de saúde.
<b>Utilizador</b>	Cidadão/utente que frequenta a USF/CS, pelo menos uma vez por ano.

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



## I – SUMÁRIO

### 1. Conclusões e Observações de Auditoria

#### **1.1. Utentes sem médico de família**

(Cfr. Ponto 10.1.1)

1. Não foi ainda atingido o objetivo de atribuir médico de família a todos os cidadãos portugueses. O número de utentes sem médico de família, no final do primeiro semestre de 2015, era ainda de 1.280.425 (12,46% do total dos inscritos) um aumento de 7,69% face a dezembro de 2013 (1.189.041). De 2013 para 2014 (1.344.489) o aumento foi de 13,07%. Isto apesar das medidas administrativas de eliminação de utentes das listas, por não utilizarem os serviços ou por terem falecido, e da abertura de 69 USF de modelo A.
2. A diminuição de 377.101 utentes sem médico de família, entre 2012 e 2015, resultou da aplicação integrada de várias medidas, designadamente:
  - medidas administrativas de atualização da base de dados do Registo Nacional de Utentes (RNU);
  - medidas administrativas de eliminação de utentes sem contacto com as unidades há mais de 3 anos, que não manifestassem expressamente vontade de ter médico de família atribuído;
  - início de atividade de 69 USF de modelo A, com o ganho assistencial associado ao aumento da lista de utentes de cada médico.
3. A região de saúde do Norte é a única que, entre 2012 e o 1º semestre de 2015, aumentou o número de utentes com médico de família, ao mesmo tempo que diminuiu o número de utentes sem médico de família. No final do 1º semestre de 2015, 96,72% dos utentes desta região tinham médico de família atribuído.
4. Pelo contrário, as regiões de saúde de Lisboa e Vale do Tejo e do Algarve são as que consistentemente apresentam o menor peso percentual do número de utentes com médico de família atribuído, face ao total de utentes inscritos. No 1º semestre de 2015 apenas 76,84% dos utentes inscritos na região de Lisboa e Vale do Tejo e 72,49% dos utentes inscritos na região do Algarve tinham médico de família atribuído.
5. Apurou-se que existem utentes sem médico de família nas USF, contrariando o princípio subjacente à criação deste tipo de unidade funcional. Esta situação, que apresenta uma tendência de crescimento, verifica-se particularmente nas USF de modelo A, resultando da aposentação de profissionais médicos ou da sua transferência para outras unidades funcionais, sem a devida substituição.

#### **1.2. Número de profissionais médicos nos CSP**

(Cfr. Ponto 11.1.2)

6. As medidas introduzidas pelo Ministério da Saúde do XIX Governo Constitucional para dar resposta à carência de profissionais médicos da carreira de Medicina Geral e Familiar, nomeadamente (i) a abertura de procedimentos para a admissão de profissionais, (ii) a contratação de profissionais médicos aposentados, (iii) a aumento do horário de trabalho normal da carreira especial médica, de 35 para as 40 horas semanais, com o resultante (iv) aumento da dimensão da lista de utentes inscritos, por médico, de 1.550 para 1.900 utentes, e (v) os incentivos à mobilidade geográfica, não foram suficientes para atingir uma cobertura mais abrangente da prestação de cuidados de saúde primários médicos.
7. Foram contratados neste período 592 profissionais médicos da área de Medicina Geral e Familiar<sup>1</sup> (MGF) dos quais 40 são médicos aposentados, contratados ao abrigo do Decreto-Lei n.º 89/2010, de 21 de julho<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> O reforço dos recursos humanos no SNS, designadamente com a abertura de concursos nacionais para 1.500 vagas e o aumento da capacidade assistencial com a passagem da carga horária semanal dos trabalhadores do SNS para 40 horas, é, entre outras, uma das medidas que constam do Relatório “Saúde e Governança em Portugal – Avaliação do contributo do XIX Governo Constitucional para o fortalecimento de práticas de Boa



8. No mesmo período, passaram à aposentação 663 médicos. Somente a região de saúde do Norte apresenta um saldo positivo com a contratação de novos profissionais (+12 contratações). Se considerarmos também as admissões de médicos aposentados, a região norte apresenta um saldo positivo global de 27 médicos, e a região do Centro um saldo positivo de 5 médicos no período analisado.
9. O rácio de utentes inscritos por médico de medicina geral e familiar foi, em 2014, de 2.055, uma ligeira degradação face ao verificado em 2012 (2.046). Apesar de se ter verificado, entre 2012 e 2014 uma diminuição do número de médicos de 7,55%<sup>3</sup>, ocorreu também uma diminuição de 7,12% do número de utentes inscritos nos cuidados de saúde primários, decorrendo das medidas administrativas de limpeza das listas suprarreferidas.
10. Segundo estimativas apresentadas pela ACSS de acordo com cinco cenários sobre o número de profissionais médicos de especialidade de Medicina Geral e Familiar necessários para a cobertura dos utentes inscritos nas unidades funcionais (UCSP e USF), seriam necessários entre 629 e 770 médicos especialistas de MGF adicionais para cobrir os utentes sem médico de família<sup>4</sup>.
11. Este número deve ser lido no enquadramento da existência de efeitos, não considerados, associados:
  - ao aumento da lista de utentes dos médicos atualmente em atividade, que venham a transitar para o regime de trabalho de 40 horas/semanais;
  - à existência de mais de 30% dos utentes inscritos que não frequentaram as unidades de cuidados de saúde primários (UCSP e USF), incluindo os utentes com médico de família atribuído, colocando-se a hipótese de os mesmos poderem vir a ser considerados de forma distinta no apuramento da dimensão da lista de utentes de cada médico;
  - ao facto de o número de horas médicas disponíveis para o atendimento dos utentes poder ser maximizado, diminuindo a carga administrativa associada à atividade médica.

### **1.3. Utes não utilizadores e não frequentadores**

(Cfr. Ponto 10.1.3)

12. Verifica-se que parte significativa dos utentes dos cuidados de saúde primários não recorre aos cuidados de saúde da unidade funcional do SNS em que se encontram inscritos (34,40% dos inscritos, em 2013, e 36,26%, em 2014).
13. Apesar de a percentagem ser expressiva, não estão apuradas as razões pelas quais os utentes não utilizam estes serviços de saúde, nas quais certamente constarão:
  - a. a existência de utentes sem médico de família (em 2014, utilizaram os serviços cerca de 65% dos utentes com médico de família, mas apenas 37% dos utentes sem médico de família);
  - b. a existência de utentes com outras segundas coberturas de saúde, adicionais ao SNS, cujo número pode ascender a mais de 4 milhões, cerca de 40% da população residente (2,3 milhões de utentes subscritores de seguros de saúde<sup>5</sup>, e quase 1,9 milhões de utentes beneficiários de subsistemas de saúde<sup>6</sup>, públicos ou privados). Note-se que a opção pela obtenção de uma segunda cobertura resulta em grande parte de falhas de serviço do SNS, nomeadamente em termos de tempo de acesso, que não pode ser dissociado da ausência de atribuição de médico de família<sup>7</sup>.

Governança na área da Saúde (2011-2015)”, outubro de 2015, elaborado pelo Instituto de Formação e Consultadoria (ISCSP – IFC), com a coordenação científica do Prof. Doutor Manuel Meirinho Martins.

<sup>2</sup> Com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 94/2013, de 18 de julho, e Decreto-Lei n.º 53/2015, de 15 de abril. O Decreto-Lei n.º 89/2010, de 21 de julho, estabelece as condições em que os médicos aposentados podem exercer funções públicas ou prestar trabalho remunerado em estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde.

<sup>3</sup> ETC 40h. Valor calculado com base nos Balanços Sociais do Ministério da Saúde e do SNS - Contagem do pessoal médico, segundo o regime e horário de trabalho.

<sup>4</sup> Com base nos dados extraídos a junho de 2015: no universo de 10.224.609 utentes inscritos ativos, 1.194.587 sem médico de família.

<sup>5</sup> Em 2014, dados da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

<sup>6</sup> Dados constantes do estudo da Entidade Reguladora da Saúde: Os seguros de saúde e o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde”, março de 2015. Disponível em [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1345/2015.03.12\\_Seguros\\_publicar.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1345/2015.03.12_Seguros_publicar.pdf), e validados por consulta de informação recolhida junto das entidades ou de divulgação pública.

<sup>7</sup> Cf. Estudo da Entidade Reguladora da Saúde referido na nota de rodapé anterior. Em inquérito aos utentes, conclui-se que a razão mais frequentemente reportada para subscrever um seguro de saúde é a vontade de conseguir “tempos de espera mais curtos nas consultas”.



14. Algumas medidas do Ministério da Saúde do XIX Governo pretenderam responder aos desafios da existência de utentes não utilizadores e da sua presença nas listas de utentes atribuídas a cada médico. No entanto, o Tribunal considerou, no anterior relatório de auditoria, que os mecanismos instituídos não se coadunam com o carácter preventivo e de promoção da saúde que também caracteriza a atividade dos cuidados de saúde primários, justificando-se uma atitude proativa de captação de doentes sem contactos registados.
15. De facto, o Despacho n.º 13795/2012, de 24 de outubro, definiu os critérios e procedimentos de organização das listas de utentes nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), introduzindo uma nova categoria de utente inscrito nos cuidados de saúde primários: a de “Utente inscrito no ACES sem contacto nos últimos três anos”.
16. Estes utentes, desde que não manifestem explicitamente o seu interesse em permanecer inscritos na lista do médico ou a aguardar médico de família, são classificados como “não frequentadores” e eliminados da lista do seu médico de família ou da lista de utentes a aguardar a atribuição de médico de família.
17. O número de utentes nesta condição tem vindo a crescer: 795.557 em 31 de dezembro de 2013, 818.464, em 31 de dezembro de 2014 (+2,88%, 22.907 utentes) e 823.106 no final do primeiro semestre de 2015. A região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo concentrava, nesta data, 59,60% dos utentes sem contacto nos últimos três anos, com um peso de cerca de 13,15% do total de inscritos na região. Em setembro de 2015, eram já 922.130 os utentes classificados como não frequentadores, resultado dos vários processos desenvolvidos, a nível regional e nacional, desde 2013.
18. É de notar que o maior número de utentes nesta situação se situa entre os 25 e os 54 anos (64%), com uma média aproximada de 42 anos, sendo também nestes grupos etários que se verificam maiores proporções de utentes não frequentadores no total da população ativa, chegando a atingir os 16%no grupo etário entre os 31 e os 36 anos.
19. Tendo em conta que estes utentes são substituídos, nas listas de cada médico, por utentes mais frequentadores que, pelo contrário, pertencem a outros escalões etários, tal resulta no aumento das unidades ponderadas associadas à lista de cada médico numa proporção que varia entre 1,5 e 2,5 o peso dos utentes excluídos, situação que tem impacto nos suplementos remuneratórios atribuídos aos médicos afetos a USF modelo B, que podem assim ser atingidos com um menor número de utentes.
20. O Tribunal de Contas entendeu, no anterior relatório de auditoria, que ao contrário do determinado no Despacho n.º 13795/2012, de 24 de outubro, os utentes não deveriam ser excluídos das listas de utentes de cada médico, simplesmente por inexistirem contactos com os mesmos durante 3 anos.
21. Na sequência das recomendações formuladas pelo Tribunal de Contas no anterior relatório de auditoria foi publicado o Despacho n.º 4389/2015, de 30 de abril, que, segundo o seu preâmbulo, pretendeu responder às recomendações formuladas.
22. No entanto, as alterações introduzidas por este despacho, quanto à gestão dos utentes “não frequentadores”, apenas acrescem a necessidade de a tentativa de comunicação com os utentes estar “comprovadamente não respondida” nos sistemas de informação. Assim, e ao contrário do recomendado pelo Tribunal, os utentes “não frequentadores” continuam a ser eliminados da lista de utentes do seu médico de família, quando deveriam ser considerados, de alguma forma, nas mesmas, ainda que não relevando para o apuramento dos suplementos remuneratórios e para a dimensão ponderada das listas (cf. ponto seguinte).
23. Acresce que o processo de contacto com o utente não frequentador pode ser melhorado e adequado à função do Estado de promover a saúde e ao objetivo de atribuir médico de família a todos os cidadãos:
  - por um lado, considerando a possibilidade de o contacto não ser meramente administrativo, mas clínico, com a intervenção do médico de família junto do utente, que permitiria (i) avaliar, face ao quadro clínico, a manutenção da inscrição ou não do utente na respetiva lista, (ii) obter uma melhor compreensão dos motivos da não frequência dos utentes em questão e (iii) promover captação dos utentes até aí não frequentadores;



- por outro, a manter-se a ativação meramente administrativa, será de considerar a agilização do processo pela sua integração no Portal do Utente do SNS;
- finalmente, o não acompanhamento, preventivo, destes utentes, contribuirá para sobrecarregar os cuidados hospitalares com episódios agudos ou até constituir um incentivo ao recurso às urgências hospitalares como meio de acesso expedito a consultas médicas e a MCDT que não são disponibilizados atempadamente pelos cuidados primários e que se traduzirão certamente em custos futuros associados, que não têm sido avaliados pelo Ministério da Saúde.

#### **1.4. Processo de atualização da lista de utentes por médico**

(Cfr. Ponto 10.1.4)

24. Apesar de considerar inadequada a forma de atualização das listas de inscritos descrita no ponto anterior, pela potencial perda de médico de família por parte dos utentes menos utilizadores, o Tribunal não deixou de reconhecer, no anterior relatório, a importância da atualização das listas de utentes atribuídas a cada médico, tendo em conta que a sua dimensão determina a carga de trabalho que lhes está associada, influenciando por isso:
- a qualidade do serviço prestado;
  - o valor do suplemento remuneratório pago aos médicos afetos a USF modelo B;
  - os limites legalmente estabelecidos para a dimensão da lista de cada médico;
  - e, pela existência desses limites, o acesso de novos utentes aos cuidados de saúde primários.
25. Atualmente, a idade dos utentes, por influir na carga de trabalho que lhes está associada, já é considerada no cálculo da dimensão da lista de cada médico, avaliada em unidades ponderadas, não só para a determinação da sua dimensão máxima mas, também, no caso dos médicos afetos a USF modelo B, para a atribuição de suplemento remuneratório.
26. Considera-se ser de ponderar, também, a efetiva taxa de utilização dos cuidados de saúde, para a determinação da dimensão, ponderada, da lista de utentes de cada médico, tendo em conta o seu impacto na carga de trabalho efetivamente suportada pelo médico.
27. A simples exclusão dos utentes menos utilizadores, da lista de cada médico, por razões administrativas, não se coaduna com o carácter preventivo e de promoção da saúde dos cuidados de saúde primários. A sua manutenção nas listas, embora sem contar para o apuramento da dimensão ponderada da lista<sup>8</sup>, permitiria ao SNS promover uma atitude proactiva na gestão dos utentes não frequentadores dos cuidados de saúde primários, sem prejudicar o acesso dos utilizadores mais frequentes dos cuidados de saúde às listas de utentes abrangidos por médico de família.
28. A consolidação do Registo Nacional do Utente e da correção da informação dele constante tem permitido melhorar a atualização das listas de utentes de cada médico, que também têm vindo a ser atualizadas pelas ARS, permitindo a gestão das vagas libertadas nos ficheiros dos médicos.
29. Não existe, no entanto, uma normalização dos processos de criação e gestão das listas de utentes atribuídas a cada médico, situação que é potenciadora de desigualdades nos procedimentos instituídos, pelo que devem ser estabelecidas normas a nível nacional que enquadrem detalhadamente os procedimentos a adotar na criação e na atualização das listas.

#### **1.5. A necessidade de maximização das horas médicas afetas ao atendimento aos utentes**

(Cfr. Ponto 10.1.5)

30. No anterior relatório de auditoria o Tribunal salientou os ganhos potenciais da valorização do tempo médico, canalizando-o para a realização de consultas, libertando os profissionais médicos de tarefas administrativas e de outras tarefas em que possam ser substituídos por outros profissionais de saúde, nomeadamente pela:

<sup>8</sup> Ou com uma ponderação nula (1 utente não utilizador = 0 utentes ponderados), com uma proporção definida (x% da dimensão da lista), ou com uma ponderação reduzida, que traduza a baixa ou, nalguns casos, inexistente, carga de trabalho associada aos utentes não frequentadores.



- maximização da percentagem de horas dedicadas à atividade assistencial;
  - minimização dos constrangimentos existentes a nível de trabalho administrativo ou da utilização das ferramentas informáticas de registo da atividade clínica e de prescrição eletrónica de medicamentos;
  - reconsideração do papel dos diferentes profissionais de saúde na prestação de cuidados primários, permitindo a libertação de horas médico para a realização de consultas.
31. No âmbito da valorização do tempo médico o Tribunal não recomendou<sup>9</sup> nem sugeriu a fixação de um tempo médio ou máximo por consulta de medicina geral e familiar. Esse tempo deverá ser função das horas totais disponíveis e ser adequado às necessidades dos utilizadores e ao acesso de novos utentes.
32. Relativamente à duração média das consultas, o inquérito de âmbito nacional realizado no início de 2015, no âmbito dos trabalhos de acompanhamento do anterior relatório de auditoria, permitiu aferir que o tempo médio de cada consulta, a nível nacional, se situa nos 18 minutos, sem diferenças de relevo entre o tipo de unidades funcionais. Cerca de 39% das unidades reporta um tempo médio de 15 minutos e 53% reporta um tempo médio de 20 minutos.
33. Relativamente à maximização do tempo médico disponível para o contacto com o utente, salientou-se também no anterior relatório a existência de estudos<sup>10</sup> que estimam que os médicos de família utilizam cerca de 33,4% do seu tempo diário em atividades que não o contacto direto com os utentes<sup>11</sup>, apresentando como passíveis de ser reduzidos os 8,6 minutos diários gastos com comunicações administrativas, os 7,3 minutos de contactos com delegados de propagação médica e os 5,7 minutos perdidos com problemas informáticos.
34. Dada a continuada existência de utentes sem médico de família, é de toda a importância que as horas efetivamente disponíveis sejam afetadas ao atendimento dos utentes, tendo por isso sido recomendado à Tutela que tomasse iniciativas no sentido de maximizar as horas consagradas à consulta por aligeiramento da carga administrativa e não assistencial dos médicos.
35. No entanto, com exceção da publicação do modelo de prestação de cuidados de enfermagem centrado no enfermeiro de família, no âmbito dos cuidados de saúde primários, tendo sido iniciadas experiências piloto em cada Administração Regional de Saúde, bem como da generalização da prescrição eletrónica de medicamento, não foram apresentadas quaisquer outras medidas, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde do XIX Governo, que visassem este propósito.
36. Acontece que, no caso do enfermeiro de família, a implementação da atividade não foi concretizada na sua plenitude por não estarem, ainda, aprovados preceitos essenciais para a identificação das áreas de partilha de responsabilidade na prestação de cuidados de saúde, designadamente o portfólio de normas e orientações de enfermagem e a norma de articulação e complementaridade do enfermeiro de família com os restantes serviços de saúde.
37. De igual forma, quanto aos sistemas de informação em utilização para suporte à atividade clínica dos médicos nas unidades de cuidados de saúde primários, é de salientar a continuidade dos constrangimentos reportados no anterior relatório de auditoria e identificados no estudo supracitado.
38. A necessidade de melhoria dos sistemas de informação, especialmente do que suporta a prescrição eletrónica de medicamentos (PEM – Prescrição Eletrónica Médica<sup>12</sup>) fica bem patente nos resultados do inquérito realizado no âmbito da auditoria, acima referido.

<sup>9</sup> No Relatório de Auditoria n.º 17/2014, 2.ª S.

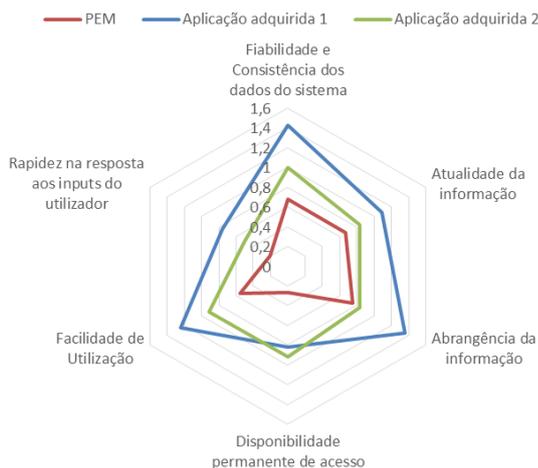
<sup>10</sup> Cfr. Granja M, Ponte C, Cavadas LF, *What keeps family physicians busy in Portugal? A multicentre observational study of work other than direct patient contacts*, BMJ Open 2014;4: e005026. doi:10.1136/bmjopen-2014-005026.

<sup>11</sup> A título de exemplo, são gastos, em média, por dia, 8,6 minutos em comunicação administrativa, 7,3 minutos em contacto com delegados de informação médica, 5,7 minutos com problemas informáticos.

<sup>12</sup> Desenvolvida pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, disponível tanto nas instituições de cuidados de saúde primários como em cuidados hospitalares. O regime jurídico a que obedecem as regras da prescrição eletrónica encontra-se definido na Portaria n.º 198/2011, de 18 de maio.



39. A apreciação dos utilizadores relativamente ao sistema de suporte da atividade do médico (SAM) resulta numa classificação global de 10/20, inferior às atribuídas a sistemas adquiridos externamente por algumas unidades funcionais. O sistema SClinico, que estava em fase piloto em algumas unidades, parece apresentar melhorias face ao sistema SAM, que vem substituir.
40. Quanto à aplicação de suporte à atividade médica de prescrição (PEM), a grande maioria das unidades funcionais de CSP reporta, no início de 2015, que são despendidos entre 4 e 10 minutos de cada consulta com o processo de prescrição eletrónica de medicamentos (30,65% entre 4 a 5 minutos e 29,03%, entre 5 a 10 minutos) no sistema PEM.
41. A apreciação dos utilizadores deste sistema resulta numa classificação global de 6/20, claramente negativa e inferior às classificações atribuídas a sistemas adquiridos externamente por algumas unidades funcionais, em todas as vertentes analisadas.
42. Nas vertentes “disponibilidade permanente de acesso” e “rapidez na resposta aos *inputs* do utilizador”, itens que têm impacto direto no tempo médico disponível para o contato com os utentes, as respostas obtidas foram claramente negativas: 73,66% e 79,93% dos respondentes, respetivamente, classificaram a sua experiência como “pouco satisfatória”.



As várias observações recebidas no âmbito do inquérito refletem a avaliação efetuada sendo recorrente a opinião de que, apesar de a prescrição eletrónica agilizar, em teoria, o processo de prescrição acaba, na prática, por ser mais morosa, pelos problemas associados à sua implementação. A título de exemplo, veja-se a resposta da USF GLOBAL:

*“Com esta aplicação as consultas são mais demoradas; os atrasos para as consultas seguintes aumentam; o tempo despendido na renovação não presencial de prescrição crónica é muito superior; a medicação crónica habitual não foi transferida do SAM para o PEM; inutiliza muito tempo de contacto visual entre o médico e o utente; os computadores não estão todos configurados para esta aplicação; é muito lenta e tem bloqueios recorrentes e diários que perturbam muito o desempenho da atividade assistencial.”*

43. Não obstante as medidas que a SPMS identificou, no âmbito da auditoria, como tendo sido desenvolvidas em 2014 e 2015, para solucionar os problemas do PEM, os problemas mantêm-se, tanto no final de 2014, como o inquérito realizado demonstra, como em setembro de 2015, como decorre das respostas recebidas dos ACES contactados. Mais de 92% da amostra de ACES das cinco regiões de saúde questionados nesta data emitiram uma opinião negativa ao desempenho do PEM, referindo que esta condiciona a realização do trabalho médico.

## 1.6. Incentivos Financeiros

(Cfr. Ponto 10.2.1)

44. O Ministério da Saúde do XIX Governo promoveu uma alteração do enquadramento legislativo dos incentivos financeiros pagos a enfermeiros e assistentes técnicos que foi meramente literal, deixando de os qualificar, na letra da lei, como “compensação pelo de desempenho”, apesar de na realidade se manterem inalteradas as características que os enquadram como prémios de desempenho.
45. Não obstante as reservas expressas pelo Tribunal no anterior relatório de auditoria, sobre o suporte legal do pagamento destes incentivos financeiros, os mesmos foram pagos, em 2014 e 2015, pelas várias Administrações de Saúde e pelas Unidades Locais de Saúde do Baixo Alentejo e do Norte Alentejano.
46. De facto, o Tribunal concluiu no anterior relatório que estes incentivos financeiros configuravam autênticos prémios de desempenho, dado que o respetivo processo de apuramento e atribuição resulta



da verificação do cumprimento de metas estabelecidas anualmente, isto é, os incentivos têm um carácter contingente. O seu pagamento estava, assim, vedado pelas sucessivas LOE, desde 2013. Ainda assim, o Tribunal considerou que, a existir eventual infração financeira, os dirigentes em questão haviam agido sem culpa, não lhes sendo, como tal, imputável qualquer censura, uma vez que se limitaram a cumprir as orientações emanadas da Tutela sobre a matéria.

47. Porém, tendo em conta as conclusões do anterior relatório, e não tendo sido aduzidos novos factos nem alterado o enquadramento jurídico da matéria em questão, deveriam os órgãos de gestão das referidas entidades, em exercício de funções nas gerências de 2014 e 2015, ter solicitado, à tutela, informação sobre o estado do esclarecimento por via legal que tinha sido recomendado pelo Tribunal, antes de autorizarem a despesa e o pagamento dos incentivos financeiros relativos à atividade de 2013 e de 2014, não tendo agido com a prudência e a diligência que lhes são exigidas no desempenho das suas funções.
48. Mantém-se assim a necessidade de clarificação da natureza de prémio destes incentivos financeiros, pela tutela, tendo em conta que a proposta existente de revisão do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, é insuficiente e, até perpetuadora da dissonância identificada entre a letra da lei e a substância desta componente remuneratória: mais uma vez, é efetuada uma mera alteração literal do seu enquadramento, deixando de os qualificar, na letra da lei, como “compensação pelo desempenho”.
49. Até porque a Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março – Lei Orçamento do Estado para 2016, prevê no seu art.º 18º, n.º 1 que “Durante o ano de 2016, como medida de equilíbrio orçamental, são prorrogados os efeitos dos artigos 38º a 43º e 73º da Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro”, mantendo, durante o ano de 2016, a proibição de valorizações remuneratórias.

### **1.7. Suplementos e compensações pelo desempenho**

(Cfr. Ponto 10.2.2)

50. A alteração proposta para o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, terá impacto modesto sobre o regime remuneratório dos profissionais das USF modelo B, não alterando de forma substancial o regime de incentivos instituído, mantendo inalteradas as componentes do atual regime remuneratório, e perpetuando diversas assimetrias entre os profissionais que exercem a sua atividade em USF modelo B e os restantes profissionais dos cuidados de saúde primários.
51. Existe alguma diminuição da assimetria existente entre os profissionais médicos que exercem funções nas USF modelo B e os que estão afetos a USF modelo A ou a UCSP, nomeadamente pela atribuição de um suplemento remuneratório pelo aumento da lista de utentes aos profissionais médicos a exercerem funções em USF de modelo A e nas UCSP e pela extensão, a estes profissionais, dos acréscimos remuneratórios por funções de orientadores de formação do internato de especialidade de MGF ou de coordenador da equipa.
52. No entanto, essa diminuição é insuficiente:
  - O alargamento do suplemento remuneratório pelo aumento da lista de utentes é feito em condições distintas das previstas para os médicos das USF modelo B: um aumento da lista em 44 utentes permite um acréscimo salarial de € 234 mensais a um médico de uma USF modelo B, mas de apenas € 101 a um médico que exerça a sua atividade noutra tipo de unidade funcional;
  - Mantêm-se as assimetrias associadas aos restantes suplementos e compensações pelo desempenho dos profissionais médicos, bem como todas as assimetrias das várias componentes remuneratórias dos profissionais de enfermagem e do pessoal administrativo.
53. A proposta também não aborda (i) o problema suscitado no anterior relatório, de o pessoal médico ser remunerado duas vezes, pelo mesmo utente, através de duas diferentes componentes remuneratórias, com uma correlação de 95%, e (ii) as dúvidas suscitadas relativamente à adequação da atribuição dos acréscimos auferidos pelas funções de orientador de formação e pelas funções de coordenação, no caso de o profissional estar no topo da carreira médica, tendo em conta o seu conteúdo funcional.



## **1.8. Unidade de Saúde Familiar – constituição e evolução temporal**

(Cfr. Pontos 10.1.8 e 10.3)

54. Decorridos 10 anos desde a implementação da reforma dos Cuidados de Saúde Primários despoletada pelo XVII Governo, com a criação das primeiras Unidades de Saúde Familiar (USF), ainda não foi realizada pelo Ministério da Saúde nenhuma avaliação *ex post* cujos resultados revelassem os ganhos de economia, eficiência e eficácia associados a cada tipo de unidade funcional, nem os ganhos em saúde das populações.
55. Apesar da ausência de uma avaliação sobre os efeitos da reforma, o XXI Governo nomeou uma equipa técnica para o “relançamento da reforma dos cuidados de saúde primários”<sup>13</sup>, visando finalidades não suportadas em metas quantificadas, incluindo a demonstração de comportabilidade orçamental e a sustentabilidade do SNS.
56. No triénio de 2012 -2014, verifica-se um crescimento de 16,06% do número de USF de modelo B em funcionamento, comparativamente com o crescimento de 13,33% verificado nas USF de modelo A, traduzindo uma diminuição dos novos projetos de USF.
57. A nível nacional, a variação do número de USF (de modelo A e B) em atividade, entre 2006 e 2015, foi de 89,88%, embora exista uma desaceleração no crescimento ao longo dos anos. No 1º semestre de 2015 foi registado o início de atividade de 11 USF, contrastando com as 49 USF que iniciaram a sua atividade no ano de 2014.
58. Não obstante o Despacho Conjunto n.º 6080-B/2014, de 8 de maio, prever como condição para o lançamento de uma nova USF uma avaliação do custo-benefício, verificou-se não existir de forma homogénea orientação ou circular a definir a metodologia a utilizar nessa avaliação, quer quanto à constituição de USF quer na transição entre modelos de desenvolvimento organizacional.
59. Quanto à modalidade de USF de modelo C, permanecem por estudar os custos e benefícios esperados, mantendo-se a indefinição sobre o calendário da sua eventual introdução.
60. Até 2012, os resultados alcançados com a criação de USF, haviam-se traduzido na atribuição de médico de família a 569.580 utentes. De acordo com a informação prestada pela ACSS, o ganho assistencial com a criação de USF de modelo A e a transição de USF para modelo B, contribuiu para o aumento de 0,47% (+41.735) do número de utentes com médico de família registado no 1º semestre de 2015, face a 2014.
61. O processo de constituição de USF, baseado em candidaturas voluntárias dos profissionais, não é adequado à realidade atual, o que se traduz numa tendência de diminuição do número de novas candidaturas à constituição de USF modelo A, a nível nacional, e numa acumulação, no último triénio, do número de candidaturas na situação de “ativas”, sem que iniciem a sua atividade. Em junho de 2015, existiam 46 candidaturas a USF modelo A nesta situação. Existiam, também, 40 candidaturas ativas, não para constituição de USF, mas para a transição de USF de modelo A para USF de modelo B.
62. De facto, existem constrangimentos que terão influência na diminuição do número de candidaturas apresentadas e suscitam a necessidade de ser ponderada a alteração da forma de constituição das USF, de modo a que esta seja organizada centralmente, nomeadamente o facto de:
  - os profissionais do SNS interessados em apresentar candidaturas já o terem feito ao longo do tempo, limitando as candidaturas a novas entradas de pessoal;
  - as candidaturas mais recentes enfrentarem dificuldades organizativas em termos da disponibilidade de instalações e de afetação de recursos humanos.
63. Acresce que têm sido fixados limites anuais para a constituição de USF, desde 2012, pelos Ministérios da Saúde e das Finanças, que traduzem o reconhecimento do elevado aumento dos custos com pessoal associados às USF modelo B, e que têm sido insuficientes para acomodar as candidaturas a

<sup>13</sup> Cfr. Despacho 200/2016, de 7 de Janeiro, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, publicado no Diário da República n.º 4/2016, Série II, de 2016-01-07.



USF A e as propostas de transição para USF B existentes, particularmente na região de saúde do Norte, e no caso da transição para USF modelo B.

64. A não entrada em atividade das 86 candidaturas (total nacional) a USF de modelo A e B que permaneciam ativas no final do primeiro semestre de 2015, impediu a atribuição de médico de família a pelo menos 11,47% dos utentes sem médico, ou seja, a 147.396 utentes. Só na Região de Saúde do Norte, a percentagem de utentes que não beneficiou da atribuição de médico atinge os 32,53% (54.483 utentes).
65. A situação constatada também estendeu no tempo as condições desiguais, quer de utilização entre os utentes que são assistidos nas diferentes tipologias de unidades funcionais, isto é, nas UCSP e nas USF, quer entre os vários grupos de profissionais de saúde que desempenham funções idênticas com regimes remuneratórios distintos.
66. Tal como resulta do Relatório de Auditoria anterior, quanto à comparação dos custos entre as principais tipologias de unidades funcionais (UCSP; USF A e B), existe um aumento dos custos com pessoal associados às USF modelo B, decorrente da melhoria das condições remuneratórias dos profissionais que integram estas USF<sup>14</sup>, resultante do regime jurídico de suplementos e incentivos a atribuir aos seus profissionais, na sequência da reforma empreendida desde 2006. Esta situação não será alheia à implementação dos limites supra referidos.
67. A melhoria das condições remuneratórias dos profissionais que integram as USF modelo B, no caso dos médicos, traduzem-se num aumento de 80% no vencimento, cerca de € 2.750 mensais (+80%)<sup>15</sup>.
68. Quanto aos meios de comunicação entre as unidades funcionais e os cidadãos, não está, ainda, implementada na sua plenitude a recomendação formulada. A divulgação de informação é feita sobretudo nos sítios próprios das ARS e não dos ACES, sendo a mesma insuficiente e incompleta.

## **1.9. Tempos de espera**

(Cfr. Ponto 10.1.7)

69. Está a ser desenvolvido um Sistema de Informação que cobrirá a área administrativa dos cuidados de saúde primários, que substituirá o atual SINUS, que irá permitir registar a informação referente à data do pedido de marcação da consulta e da sua realização, possibilitando obter de forma sistematizada a informação referente aos tempos de resposta para a realização de consultas, correspondendo à recomendação do Tribunal.
70. Todas as regiões de saúde registam uma média do tempo de espera, entre o pedido de consulta programada (efetuado pelo utente) e a realização efetiva de consulta, superior ao tempo máximo de resposta garantido (TMRG), previsto na Portaria n.º 87/2015, de 23 de março, para os cuidados de saúde primários. Não obstante a diminuição da média do tempo de espera verificada ao longo do triénio, no 1º semestre de 2015, um utente esperava em média por uma consulta numa USF 59 dias, enquanto numa UCSP obteria a consulta em 37 dias.
71. Quanto à média de tempo de espera entre a admissão administrativa do doente e o início da consulta, a Região de Saúde do Alentejo é a que assinala uma média de tempo de espera mais elevada, com o utente a aguardar 73 minutos, no 1º semestre de 2015, contrariamente à Região de Saúde do Norte em que um utente esperou em média 43 minutos para ser observado pelo médico.
72. Tendo em conta a média do tempo de espera verificado nas UCSP (62 minutos) e nas USF (43 minutos) procedeu-se, como mera hipótese de trabalho, ao apuramento do custo de oportunidade associado ao tempo de espera que um utente no ativo enfrenta desde o registo administrativo de confirmação de presença e o início da consulta com o seu médico. Os valores apurados foram de € 17,32, numa UCSP, e de € 10,99, numa USF.
73. Nesse pressuposto, considerando o número de consultas realizadas, em 2014, aos utentes entre a faixa etária dos 18 aos 65 anos (5.568.081), nas unidades funcionais, o tempo de espera terá representado

<sup>14</sup> Cfr. Relatório de Auditoria n.º 17/2014 – 2ª Secção, ponto 5.3 a fls. 34 a 41.

<sup>15</sup> Cfr. Relatório de Auditoria n.º 17/2014 – 2ª Secção, ponto 5.3 a fls. 34 a 41.



um custo de oportunidade global de € 74.684.400, correspondente a 0,04% do PIB de 2014, traduzido na redução da produção de riqueza pelos trabalhadores/utentes que recorreram à prestação de cuidados de saúde nessas unidades.

74. Tendo em conta as diferenças verificadas entre os dois tipos de unidades funcionais e entre unidades de diferentes regiões de saúde, existe margem para obter ganhos significativos pela melhor organização administrativa das unidades, que se possa traduzir na redução dos tempos de espera no dia da consulta.

### **1.10. Processo de Contratualização – melhorias e condicionantes**

(Cfr. Ponto 10.4)

75. Face aos principais constrangimentos identificados no anterior relatório de auditoria, a ACSS introduziu, em 2014, alterações na metodologia do processo de contratualização, na estrutura de contratualização interna, na implementação da operacionalização do Sistema de Informação para a contratualização e acompanhamento dos ACES, tendo ainda promovido o *benchmarking* para comparação do desempenho e publicitação de informação sobre a performance dos ACES.
76. O processo de contratualização foi alargado progressivamente às UCSP, atingindo, em 2015, quase transversalmente todas as unidades.
77. Os indicadores contratualizados não foram reduzidos. No entanto, (i) têm vindo a ser adicionados indicadores de resultados, (ii) foram incluídos indicadores de âmbito regional selecionados a cada três anos, com revisão anual, (iii) foram introduzidas alterações na avaliação do grau de cumprimento das metas contratualizadas e (iv) melhorias na sistematização dos conceitos e no controlo dos registos, que vão no sentido do cumprimento das recomendações do Tribunal.
78. Tem sido desenvolvida a concentração da informação relativa aos utentes inscritos no Registo Nacional de Utentes – RNU, desde 2014, sendo particularmente relevante (i) o acesso à base de dados do Instituto de Registos e do Notariado, sobre informação dos dados constantes no cartão de cidadão, permitindo a eliminação de duplicações e a aceitação de transferências, e (ii) a interoperacionalidade com o sistema de informação de certificados de óbitos – SICO, permitindo melhorar a credibilidade e a fiabilidade da base de utentes inscritos.



## 2. Recomendações

Atentas as observações e conclusões da auditoria, formulam-se as seguintes recomendações, bem como reiteram-se as recomendações enunciadas no Relatório de Auditoria n.º 17/2014 - 2ª Secção, consideradas, no presente relatório, como ainda não acolhidas (destaque em *itálico*).

### *Ao Ministro das Finanças e ao Ministro da Saúde*

- i.* Promover a revisão [urgente] da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, no sentido de repor a [verdadeira] expressão “prémio de desempenho”, tal como constava da redação do n.º 1 do art.º 3.º da Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril [aprovada pelos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde do XVII Governo], e regulamentar as condições de apuramento e pagamento da “compensação pelo desempenho associado ao desenvolvimento de atividades específicas” atribuída aos médicos, no sentido de a mesma adquirir as características processuais e motivacionais associadas a verdadeiros prémios de desempenho, tal como já acontece com os incentivos financeiros pagos a enfermeiros e administrativos.
- ii.* Providenciar junto das entidades processadoras pela suspensão do pagamento de compensações pelo desempenho aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos inseridos nas USF de modelo B, enquanto não for *clarificado, por via legal, o regime remuneratório dos profissionais integrados em USF, designadamente as de modelo B, por forma a não subsistirem dúvidas quanto à natureza dos eventuais suplementos e compensações pelo desempenho.*

### *Ao Ministro da Saúde*

- iii.* Formular um plano de ação com calendarização detalhada para a *atribuição efetiva de médico de família a todos os utentes sem médico de família*, do qual resulte as efetivas necessidades formativas na área da Medicina Geral e Familiar. Estas devem prevenir a existência de uma “correlação de forças” entre os interesses do SNS e das corporações, que tem vindo a fragilizar a posição negocial das instituições do SNS<sup>16</sup>
- iv.* Diligenciar pela realização de uma avaliação *ex-post* da reforma dos cuidados primários iniciada pelo XVII Governo Constitucional, que evidencie os ganhos de economia, eficiência e eficácia resultante da transformação de UCSP em USF, bem como os ganhos em saúde das populações por região de saúde, e avalie a adequação do *trade-off* obtido com a transformação das unidades funcionais em USF modelo B: diminuição de custos com prescrições de medicamentos e MCDT *vs.* aumento de custos com pagamentos ao pessoal.
- v.* Fixar e divulgar metas quantificadas para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários, nos termos do Despacho n.º 200/2016, de 7 de Janeiro, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, incluindo a quantificação e a demonstração de comportabilidade orçamental “...da generalização da prestação de cuidados de saúde primários através de USF de modelo B.”
- vi.* Diligenciar pela conclusão do processo de transição das unidades de cuidados de saúde primários para USF, iniciado há 10 anos, extinguindo ou transformando as UCSP em USF modelo A, através de um planeamento centralizado do processo de criação de USF que abranja todo o território nacional.
- vii.* Tomar as iniciativas apropriadas no sentido de determinar como maximizar as horas consagradas à consulta por aligeiramento da carga administrativa e não assistencial dos médicos. O decorrente aumento do stock de horas permitiria equacionar uma repartição equitativa da capacidade assistencial contribuindo para a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde primários.
- viii.* Neste âmbito, diligenciar pela implementação efetiva do modelo de prestação de cuidados de enfermagem centrado no enfermeiro de família, no sentido de libertar os profissionais médicos de tarefas que podem ser realizadas por outros profissionais de saúde.

<sup>16</sup> Cfr., a este respeito, a recomendação vii a), formulada no âmbito do Relatório de Auditoria n.º 20/2015-2ªS.



- ix.** Rever o Despacho n.º 4389/2015, de 30 de abril, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, por forma a garantir inequivocamente que aquele não possa implicar que os utentes não utilizadores sejam eliminados da lista do seu médico de família, e assegurar, por sua vez, que os mesmos são distribuídos pelas listas dos médicos, sem qualquer efeito (ou com efeito reduzido) no apuramento da dimensão ponderada de cada lista.
- x.** Rever o mecanismo instituído de classificação dos utentes como não frequentadores, ponderando a possibilidade de o processo de contacto com o utente ser efetuado no âmbito da relação médico-utente, e não por mera comunicação administrativa, tendo em conta o carácter de prevenção associado aos cuidados de saúde primários e a importância de conhecer os motivos da sua não utilização pelo utente.
- xi.** Ponderar a possibilidade de agravamento substancial da taxa moderadora que incida sobre a procura de cuidados hospitalares pelos utentes que não correspondam à iniciativa de contacto acima referida.
- xii.** Apurar o impacto da não utilização dos cuidados de saúde primários pelos utentes considerados “não frequentadores”, nomeadamente ao nível da maior utilização dos cuidados hospitalares.
- xiii.** Diligenciar pela adequação da proposta de diploma de alteração ao Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, às recomendações formuladas pelo Tribunal de Contas, nomeadamente:
- Clarificando a natureza de pagamentos a título de prémio de desempenho da componente remuneratória denominada de “incentivos financeiros” atribuída aos profissionais de enfermagem e assistentes administrativos;*
  - Garantindo a equidade interna e a coerência com o modelo de gestão e funcionamento das USF B, tornando a “compensação associada ao desenvolvimento das atividades específicas” atribuída aos médicos, dependente da verificação do cumprimento de objetivos previamente contratualizados;*
  - Ponderando a elevada correlação (95%) existente entre a componente remuneratória de suplementos relativos à dimensão e perfil da lista de utentes e a componente de compensação pelo desempenho associada à realização de atividades específicas, auferidas pelos profissionais médicos.*
  - Ponderando a supressão dos acréscimos auferidos pelas funções de orientador de formação e pelas funções de coordenação, nos casos aplicáveis.*
  - Prevendo que o suplemento remuneratório pelo aumento da lista de utentes seja atribuído de acordo com as mesmas condições, independentemente de os profissionais médicos exercerem as suas funções numa UCSP, numa USF modelo A ou numa USF modelo B, enquanto se mantiver em atividade esta tipologia de unidades.*
- xiv.** Ponderar a instituição de USF modelo C, caso este se venha a revelar benéfico para a solução a curto prazo da existência de cidadãos sem médico de família atribuído e sem prejuízo da sustentabilidade do SNS.

## **Aos Conselhos Diretivos das Administrações Regionais de Saúde**

- xv.** Ponderar a suspensão dos pagamentos de compensações pelo desempenho aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos inseridos nas USF de modelo B, solicitando à tutela e ao Ministério das Finanças a clarificação, *por via legal, [do] regime remuneratório dos profissionais integrados em USF, designadamente as de modelo B, por forma a não subsistirem dúvidas quanto à natureza dos eventuais suplementos e compensações pelo desempenho*, clarificação recomendada pelo Tribunal de Contas no anterior relatório da auditoria.

## **Ao Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE**

- xvi.** Providenciar pela melhoria do desempenho do sistema de Prescrição Eletrónica Médica – PEM, para que a sua utilização concretize as vantagens associadas ao processo de prescrição eletrónica, promovendo a redução do tempo dedicado pelos profissionais médicos a este processo.



### 3. Contraditório – Apreciação das alegações de teor global

#### ▪ Principais matérias abordadas

As alegações apresentadas no âmbito do contraditório abrangem fundamentalmente as seguintes matérias de teor global: a carência de médicos de medicina geral e familiar para a cobertura dos utentes inscritos nos cuidados de saúde primários, a eliminação da lista do médico de utentes “não frequentadores”, os tempos de espera para a realização da consulta e o modelo de prestação de cuidados de enfermagem centrado no enfermeiro de família.

Sobre estas matérias pronunciaram-se o Ministro da Saúde, através da Chefe do Gabinete, os Presidentes dos respetivos Conselhos Diretivos das Administrações Regionais de Saúde do Norte, IP (ARSN), do Centro, IP (ARSC), e de Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARSLVT), a Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE (ULSBA) e o Presidente do Conselho de Administração da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS).

Quanto à **avaliação da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP)**, o Ministro da Saúde refere que “...as Administrações Regionais de Saúde, no seu relatório final de Contratualização, efetuam uma avaliação do impacto da reforma dos Cuidados de Saúde Primários...” e que “...já por duas vezes, desde o início da reforma dos CSP que foram realizados inquéritos de satisfação...”, posição também veiculada pelo Presidente do Conselho Diretivo da ARS Norte. Acrescenta, ainda, o Ministro da Saúde, algumas citações das conclusões do estudo comparativo elaborado pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) sobre o desempenho assistencial das unidades funcionais (USF e UCSP) dos CSP<sup>17</sup>.

Sobre os estudos realizados, é de salientar que nenhum incluiu, na análise do desempenho económico-financeiro, os custos com pessoal, e que o da ERS é o único de âmbito nacional.

Ora, segundo os dados apurados pelo Tribunal de Contas no Relatório n.º 17/2014 – 2ª Secção, os custos com pessoal representam 43% do total dos custos das USF modelo B, mas apenas 34% dos custos das UCSP. De facto, como referido no anterior relatório “as poupanças significativas obtidas no que respeita aos custos unitários com medicamentos e com MCDT, sobretudo face às UCSP, são em parte absorvidas pelos maiores custos com pessoal, particularmente se considerado o custo por utente utilizador. (...) Existe assim um *trade-off* entre a diminuição conseguida em termos de custos com prescrições de medicamentos e MCDT e o aumento de custos com pagamentos ao pessoal resultante da criação das USF modelo B.”

Por outro lado, a análise da comparação de indicadores relativos a custos unitários e ao desempenho assistencial deve ser feita com prudência, tendo em conta que, tal como referido no anterior relatório de auditoria, “existem incentivos implícitos, no sistema de contratualização com as USF, para o registo pormenorizado e completo da sua atividade”, não só associados aos objetivos da unidade funcional, mas também à remuneração dos profissionais médicos, que não existem no caso das UCSP e dos seus profissionais. Será necessário separar, nos indicadores de desempenho, os efeitos resultantes da melhoria dos processos de registo da informação, dos efeitos resultantes de um real melhor acompanhamento dos utentes.

Ainda sobre as avaliações da reforma, o Presidente do Conselho Diretivo da ARSC, refere que “...a inexistência de estudos nacionais de avaliação económica *ex post* ao modelo de desenvolvimento organizacional das Unidades de Saúde Familiar...” fez com que a ARS desenvolvesse, em parceria com o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, uma grelha de indicadores para a avaliação de candidaturas. Acrescenta “ (...) que o eventual benefício obtido pelos diferentes modelos (...) das unidades funcionais não se esgota na determinação da poupança em medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, passando, fundamentalmente, por apurar ganhos em saúde populacionais.”

A preocupação da ARSC sobre a necessidade de não limitar a análise comparativa das unidades à poupança em medicamentos e meios complementares de diagnósticos vai ao encontro das preocupações do Tribunal sobre as análises realizadas neste âmbito.

<sup>17</sup> Vide “Estudo sobre as Unidade de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, fevereiro 2016”.



Sobre a **atribuição de médico de família a todos os cidadãos portugueses**, o Ministro da Saúde salienta que “ (...) o XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridades expandir e melhorar a capacidade da rede de cuidados de saúde primários, prosseguindo o objetivo de garantir que todos os portugueses têm um médico de família atribuído.” Referindo que, neste sentido, foram tomadas medidas, designadamente “ (...) a inserção do artigo 113º na Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março, que aprova o Orçamento do Estado para 2016, no sentido de atrair os médicos aposentados para o desempenho de funções no SNS, principalmente em especialidade de maior carência como a medicina geral e familiar.” Para além desta medida, encontra-se “ (...) previsto desenvolver um decreto-lei que pretende vir a aprovar um regime especial de recrutamento para os médicos que, em cada época de avaliação final do internato médico, adquiram o correspondente grau de especialista, prevendo-se assim um regime de recrutamento célere que permita a imediata contratação dos internos que, em cada época de avaliação final, venham a obter o grau de assistente nas especialidades em que se verifiquem comprovadas carências de recursos humanos, como a medicina geral e familiar.” Por fim, sublinha que “ (...) foi designado o Coordenador Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários e respetiva equipa de apoio.”

Concluindo, assim, que “É por isso evidente o compromisso do Ministério da Saúde em garantir aos portugueses o acesso a um médico de cuidados de saúde primários.”

O Tribunal salienta que as medidas enunciadas nas alegações podem não ser, por si só, suficientes para alcançarem o objetivo fixado no Programa do XXI Governo Constitucional para a área da saúde, designadamente: “Expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados primários - Prosseguir o objetivo de garantir que todos os portugueses têm um médico de família atribuído.” De facto, as medidas não parecem inovar de forma significativa face às que já estavam anteriormente em vigor.

Desde logo, porque a norma respeitante à contratação de médicos aposentados, inserida na Lei do Orçamento do Estado para 2016, não é inovadora, mas antes uma corroboração do previsto nos Decretos-Lei n.ºs 89/2010, de 21 de julho, e 53/2015, de 15 de abril, reajustando somente o valor da remuneração a crescer à respetiva pensão de aposentação. De acordo com os dados fornecidos pela ACSS, entre janeiro de 2013 e junho de 2015, foram contratados para os Cuidados de Saúde Primários, ao abrigo desta legislação, 40 profissionais médicos. Convém lembrar que se trata de uma medida com carácter implicitamente temporário.

Por outro lado, também a aprovação de um regime especial de recrutamento para os médicos, tal como é desenhado, não parece inovar face aos processos de recrutamento a nível nacional que já têm vindo a ser realizados (veja-se, a título de exemplo, o Despacho 4827-A/2015, de 8 de maio, da Ministra de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde do XIX governo constitucional, e o Despacho 12194-E/2015, de 29 de outubro, do Secretário de Estado da Saúde do XIX governo constitucional).

É de notar que, sobre esta matéria, a Presidente do Conselho de Administração da ULSBA refere que “(...) para conseguir atribuir médico de família aos atuais 125.193 utentes inscritos, a ULSBA teve que recorrer nos últimos anos há contratação de médicos de nacionalidade Cubana ao abrigo do Acordo entre os Estados Português e Cubano (...)” salientando que “...o recrutamento, seleção e fixação de médicos portugueses de MGF é muito difícil no Distrito de Beja e quando pretendem ficar a trabalhar na ULSBA, normalmente só aceitam postos de trabalho nos Centros de Saúde mais centrais, a saber: Beja e Serpa...” e que “Caso não tivesse sido possível contar com o trabalho dos médicos de nacionalidade cubana à data presente a ULSBA teria cerca de 26% da população inscrita sem médicos de família.”

Em complemento, a Presidente informa que, desde 2012, já se aposentaram 14 médicos e que a maioria dos procedimentos concursais realizados para o preenchimento de 13 vagas de MGF, ficou deserta, tendo apenas sido ocupadas 2 dessas vagas.

Por sua vez, a Presidente da ARSLVT que “ (...) é a Administração Regional de Saúde que carece de um maior número de médicos de Medicina Geral e Familiar para que seja possível cumprir a atribuição de um médico de família a todos os utentes inscritos nos Agrupamentos de Centros de Saúde da Região.” E que “ (...) o Conselho Diretivo diligenciará junto da Tutela para que as vagas de concurso sejam maioritariamente atribuídas à região de Lisboa e Vale do Tejo.”

Assim, a aprovação de um regime especial de recrutamento para os médicos poderá não ser suficiente para os objetivos delineados, se a abertura das vagas não der prioridade às regiões de saúde mais deficitárias em profissionais médicos.



No que respeita aos **utentes “não frequentadores”**, aludem o Ministro da Saúde e a Presidente do Conselho de Administração da ULSBA que “...o conhecimento de que dispomos dos utentes frequentadores assíduos dos Serviços de Urgência fazem-nos concluir que na generalidade não são os não frequentadores dos CSP...” e que “...existem diversos fatores que contribuem para a procura destes Serviços (...) não sendo possível afirmar que serão os utentes não frequentadores a recorrer a este serviço.”

A Presidente do Conselho de Administração da ULSBA acrescenta que “Será importante auscultar quais as razões que levam o utente a não recorrer aos CSP podendo as mesmas passar por diversos fatores como por exemplo falta da perceção da necessidade de acompanhamento/risco, fatores laborais com perda de remuneração associada, literacia em saúde (...).”

Por sua vez, a Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT e a Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lisboa Norte vêm, em sede de contraditório, aludir que “(...) a aplicação do Despacho n.º 4389/2015, de 30 de abril, trata-se de uma metodologia para a classificação de utentes não frequentadores dos cuidados de saúde primários que permite garantir uma resposta efetiva aos utentes utilizadores que carecem da prestação de cuidados de prevenção e promoção da saúde.” Considerando, ainda, que a perceção de que o não acompanhamento dos utentes não frequentadores pode contribuir para sobrecarregar os cuidados hospitalares com episódios de urgência “(...) poderá ser melhor caracterizada (...) através do estudo que será promovido pelo Grupo de Coordenação Nacional para os Cuidados de Saúde Primários, (...) o qual no respetivo plano estratégico e operacional prevê uma avaliação da utilização dos serviços de urgência hospitalares (porque veio ao serviço de urgência?) com um estudo científico a ser elaborado em parceria com Universidades.”

Sem prejuízo de considerar fundamental a realização de estudos detalhados sobre o assunto, como aliás recomendado pelo Tribunal de Contas, vários estudos já realizados apontam para a existência de uma relação entre o acesso aos CSP e o recurso à urgência hospitalar.

No Relatório elaborado pelo Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde<sup>18</sup>, são mencionados os “ (...) internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório (ICSA) definidas como um conjunto de patologias que podem e devem ser prevenidas e/ou tratadas ao nível dos cuidados de primeira linha. Assim sendo, a falta de acesso a estes cuidados, ou a sua falta de efetividade, resultam em internamentos evitáveis.

*A estrutura e processos dos prestadores de cuidados de saúde influenciam os ICSA, tanto ao nível dos CSP, hospitais e cuidados continuados, bem como na relação entre estes. Ao nível dos CSP existe uma relação inversa entre o número de ICSA e o número de médicos de família por 100.000 hab. (8,9), bem como o número de visitas ao médico de família (...). Outro aspeto fundamental ligado aos CSP é a continuidade de cuidados pelo médico de família. Verificou-se que os utentes com mais de 75% das suas consultas com o mesmo médico de família tinham uma menor probabilidade de serem internados, quando comparados com utentes que tiveram menos de 75% de consultas com o mesmo médico (...).”*

Também o Relatório da Organização Mundial de Saúde sobre os cuidados de saúde e ambulatório em Portugal<sup>19</sup>, concluiu que, em 2013, dos internamentos registados, 32.500 poderiam ter sido evitados se tivesse havido uma resposta fora dos cuidados hospitalares. A interoperacionalidade de plataformas de saúde entre níveis de cuidados foi outro dos pontos identificados como representando um desafio para assegurar a continuidade de cuidados para os utentes com situações de saúde crónicas.

Já o Presidente do Conselho Diretivo da ARSC refere “concordar com a preocupação desse douto Tribunal relativamente ao mecanismo instituído para a classificação de utentes não frequentadores das unidades funcionais de cuidados de saúde primários e eliminação das listas dos respetivos médicos de família (...). No entanto, no atual quadro de escassez de recursos humanos médicos e de ainda um número de utentes utilizadores sem médico de família atribuído, considera-se que a solução implementada permite gerir, de forma mais eficiente, os recursos disponíveis e garantir uma resposta mais célere aos utentes utilizadores. Numa situação futura de plenos recursos médicos, concorda esta ARS (...) designadamente no que concerne à avaliação clínica prévia do médico de família como parte integrante do processo de decisão sobre a manutenção da inscrição do utente e da permanência na respetiva lista de inscritos (...).”

<sup>18</sup> Trabalho realizado no âmbito do Despacho n.º 9567/2013, do SEAS, de 10 de julho, publicado na 2ª série do DR, de 22 de julho.

<sup>19</sup> WHO, Ambulatory care sensitive conditions in Portugal, april 2016.



Nas alegações apresentadas pelo Ministro da Saúde quanto à concretização da iniciativa respeitante ao **modelo de prestação de cuidados de enfermagem centrado no enfermeiro de família**, é referido que ao Coordenador Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários e respetiva equipa de apoio foram atribuídas competências “ (...) *para promoverem, implementarem, acompanharem e monitorizarem (...) medidas conducentes ao reconhecimento do enfermeiro de família como especialista em saúde familiar (...)*.” Refere ainda “ (...) *que se encontra em elaboração um relatório sobre a avaliação do primeiro dos dois anos que constituem a experiência-piloto da implementação deste processo.*”

Tanto o Presidente do Conselho Diretivo da ARSN, como a Presidente do Conselho de Administração da ULSBA, informam que, mesmo antes da reforma e pese embora ainda não existisse legislação que enquadrasse esta figura, o modelo de trabalho de “enfermeiro de família” já era uma tradição/prática nos cuidados de saúde primários da região.

Sobre o **tempo de espera para a realização da consulta**, a Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT refere que “ (...) *o Conselho Diretivo congratula-se com o desenvolvimento de “um sistema de informação que permita registar a informação referente à data do pedido de marcação da consulta da sua realização”, em especial que distinga a marcação de consultas pré-programadas entre o médico de família e o utente, após uma consulta de acompanhamento, das consultas que são solicitadas a pedido do utente, porque o sistema atual, ainda que identificando como sendo a pedido do utente, na prática administrativa é a designação quase sempre adotada para registar as marcações, mesmo as que decorrem de consulta anterior e da programação de cuidados de acompanhamento do utente, em função de doença crónica, por exemplo.*”

A Diretora Executiva do ACES Lisboa Norte subscreve o teor da resposta apresentada pela Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT.

Também o Presidente do Conselho de Administração dos SPMS, EPE, faz alusão ao tempo de espera, referindo que os “ (...) *tempos de espera nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), a SPMS, no âmbito da Comissão de Acompanhamento da Informatização Clínica (CAIC), tem vindo a desenvolver análises tendo em vista uma proposta de indicadores robustos e comparáveis.*”

O Diretor Executivo do ACES Almada-Seixal, responde em sede de contraditório que “ (...) *apreciamos o conteúdo do relato de auditoria (...)*. Quanto às recomendações refere que “ (...) *estão fora do âmbito das competências detidas pelos Diretores Executivos dos ACES.*”

#### ▪ Alegações respeitantes às Recomendações Propostas no Relato

Quanto ao projeto de recomendações enunciadas no Relato, pronunciaram-se o Ministro da Saúde, o Ministro das Finanças, os Presidentes dos respetivos Conselhos Diretivos das ARS,IP, os Presidentes dos respetivos Conselhos da Administração da ULSBA, EPE e ULSNA, EPE e o Presidente do Conselho de Administração dos SPMS, EPE

Relativamente às recomendações sobre os **procedimentos de revisão da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro**, (regulamentar as condições de apuramento e pagamento da “compensação pelo desempenho associado ao desenvolvimento de atividades específicas” atribuída aos médicos e providenciar junto das entidades processadoras pela suspensão do pagamento de compensações pelo desempenho aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos inseridos nas USF de modelo B), salienta o Ministro da Saúde nas suas alegações “ (...) *que estas questões serão analisadas pelo XXI Governo Constitucional, no sentido de acolher da melhor forma as recomendações do Tribunal de Contas, em futura revisão do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto. Salvaguarda-se, contudo, que este é um processo que carece de uma análise profunda dos vários intervenientes no procedimento, sendo ainda necessária a negociação sindical prevista no art.º 347º e seguintes na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (...)* o que acarreta alguma morosidade no processo.”

A posição que a resposta em sede de contraditório vem agora transmitir não apresenta, por si só, novos factos nem mesmo uma tomada de decisão que permita reconhecer a determinação de acatar as recomendações formuladas no Relato de Auditoria. Assim, mantém o Tribunal o que já havia concluído sobre a presente matéria e as respetivas recomendações.

Sobre a questão *sub judice*, o Ministro da Finanças inicialmente não se pronunciou. Em resposta a solicitação adicional do Tribunal de Contas remeteu posteriormente uma Nota do Gabinete da Secretária



de Estado da Administração e do Emprego Público. Nesta é declinada qualquer análise do teor da recomendação por considerar que se trata “ (...) de matéria da competência do Ministro da Saúde (...)” Referindo ainda que “ (...) o Gabinete da SEAEP não consegue aferir qualquer trabalho desenvolvido neste domínio que tenha sido efetuado em cumprimento das Recomendações.” Assim, entende que “ Atenda a relevante competência do Ministério da Saúde para promover as respetivas diligências ao cumprimento da Recomendação do Tribunal de Contas, não é possível a este Gabinete, pronunciar-se cabalmente quanto às recomendações expressas pelo Tribunal de Contas.”

Acrescenta, ainda assim, que “...o Ministério das Finanças (...) se encontra disponível e nada tem a opor quanto à clarificação da natureza dos abonos enquanto prémio de desempenho, não obstante a complexidade da matéria em causa, os vários intervenientes no processo de iniciativa do Ministério da Saúde e o cumprimento das regras previstas na LFTFP – artigo 347º e segs. – Direito de Negociação Coletiva.”

Na nota é proferido o seguinte despacho da Secretária de Estado da Administração e do Emprego Público “ Concordo e mais proponho que esta matéria e o seu acompanhamento e esclarecimento junto do MS seja feito, desde já, pela IGF ou DGAEP, disso dando conhecimento ao TC.”

Surpreende a resposta dada pelo Ministro das Finanças, tendo em conta que a matéria regulada pela Portaria n.º 377-A/2013, de 27 de dezembro, não é da competência exclusiva do Ministro da Saúde, sendo igualmente da responsabilidade do Ministro das Finanças. Por esse facto, trata-se de um diploma conjunto por respeitar a áreas da competência dos Ministros intervenientes.

Quanto à recomendação formulada para “Diligenciar pela conclusão do processo de **transição das unidades de cuidados de saúde primários para USF**, iniciado há 10 anos, extinguindo ou transformando as UCSP em USF modelo A, através de um planeamento centralizado do processo de criação de USF que abranja todo o território nacional.”, o Ministro da Saúde alega que no Relato de Auditoria “ (...) destaca-se a insuficiência de USF, e coloca-se reservas na não avaliação do impacto económico da sua criação.”

No mesmo sentido, também o Presidente do Conselho Diretivo da ARSN, vem referir que “ (...) se o Tribunal de Contas entende que todas as UCSP devam passar automaticamente para USF, não fará sentido avaliar o impacto dessa passagem. (...) Ou seja, se por um lado o TC destaca a insuficiência de USF, por outro parece colocar reservas na não avaliação do impacto económico da sua criação.”

Salienta o Ministro da Saúde, por outro lado, que “ (...) sendo crescente a população inscrita em USF julga-se natural que o número de candidaturas a USF’s venha por consequência a diminuir, sendo o número máximo de USF’s a constituir definidas anualmente, visa garantir um adequado planeamento do investimento em pessoal a realizar em cada ano, de modo a permitir o retorno do mesmo, libertando mais recursos com os ganhos obtidos.”

O teor das alegações proferidas sobre a matéria *sub judice*, deixam transparecer, de alguma forma, existir antinomia nas conclusões proferidas pelos auditores no Relato de Auditoria, quanto ao processo de constituição de unidade de saúde familiar e à avaliação do impacto económico da sua criação. Do ponto de vista do Tribunal, a interpretação que os alegantes fazem sobre o relatado não é adequada, em virtude do que se indica seguidamente.

O projeto de recomendação constante do Relato, que se mantém neste Relatório, decorre da verificação da persistência de desigualdades no tratamento dos utentes e dos profissionais nas várias unidades de cuidados de saúde primários, resultado do prolongamento no tempo da coexistência de 2 tipos de unidades funcionais (UCSP e USF), apesar de a transformação de UCSP em USF ser objetivo da reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

A recomendação no sentido da finalização da reforma dos CSP, em curso há mais de 10 anos, com a transformação das UCSP em USF, que permita eliminar estas desigualdades, não entra em contradição com as várias conclusões e recomendações do Tribunal relativas à necessidade de avaliação dos impactos da reforma e de serem realizadas análises custo-benefício prévias à criação de USF.

Trata-se de uma abordagem global relacionando, entre si, os fatores relevantes, não existindo qualquer contradição. Com efeito, a necessidade de avaliar e de garantir uma efetiva melhoria dos resultados em saúde, na ótica do cidadão contribuinte/utente, assegurando a centralidade no utente e a equidade no



acesso, não pode ser dissociada da necessidade de sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde.

Relativamente à conclusão e recomendação sobre a desadequação, atual, do processo de criação de USF, delineado há mais de 10 anos, assente em candidaturas voluntárias, remete-se para a argumentação constante do ponto 10.3.1.

É ainda de salientar que a diminuição das candidaturas, que se tem verificado desde 2009, aliada ao caráter ainda voluntário de constituição das USF, pode impedir que seja atingida a meta, referida pelo Ministro da Saúde nas suas alegações, de, até ao final da legislatura, “*criar 100 novas Unidades de Saúde Familiar*”. Em 2015 iniciaram a atividade 14 USF modelo A e, até abril de 2016, somente 2 USF tinham iniciado a atividade. Sublinha-se, ainda, o facto de no Plano Estratégico e Operacional da Reforma do Serviço Nacional de Saúde - Cuidados de Saúde Primários, no eixo estratégico “Modernização e Qualificação Organizacional e Gestonária dos ACES”, não haver uma única referência às unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), também elas unidades funcionais de CSP.

Pelo exposto, mantém-se as conclusões e recomendações formuladas no Relato de Auditoria.

Sobre a recomendação formulada às Administrações Regionais de Saúde (ARS) para “***Ponderar a suspensão dos pagamentos de compensações pelo desempenho aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos inseridos nas USF de modelo B (...)***”, pronunciaram-se os Presidentes dos respetivos Conselhos Diretivos das ARS, informando das diligências efetuadas junto da Tutela e da ACSS, com o objetivo de obter esclarecimento/orientação quanto ao modo de proceder.

Pronunciaram-se, igualmente, a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE e a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, referindo que aguardam orientações da Tutela para procederem em conformidade, acrescentando a ULSNA “*(...) que até a referida questão se encontrar esclarecida, suspenderemos os respetivos pagamentos (...)*”.

O Presidente do Conselho de Administração da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, nas suas alegações sobre a recomendação formulada para providenciar pela melhoria do desempenho do sistema de Prescrição Eletrónica Médica – PEM, reconhece que antes da migração da Rede Informática da Saúde (RIS), que decorreu entre 1 de dezembro de 2014 e 30 de maio de 2015 “*(...) bem como durante o processo de migração decorreram algumas dificuldades de funcionamento, nomeadamente lentidão e momentos de indisponibilidade dos Sistemas. Estas dificuldades encontram-se superadas estando a RIS a funcionar em pleno e minimizados ao máximo os aspetos negativos referidos pelos ACES nesta Auditoria.*” Referindo, ainda, que “*(...) algumas das lacunas e dificuldades identificadas nesta auditoria poderão ser colmatadas com um investimento sólido na atualização e modernização do parque informático das ARS, tornando-o mais moderno e adequado às características dos atuais sistemas de informação.*”

Considerando, contudo, que não se encontram ultrapassadas na sua plenitude as dificuldades de funcionamento mantém-se, nessa medida, a recomendação formulada.



## II – INTRODUÇÃO

### 4. Âmbito e Objetivos

Em cumprimento do Programa de Fiscalização do Tribunal de Contas para 2015<sup>20</sup>, realizou-se uma **auditoria de seguimento das recomendações** formuladas no Relatório de Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários (Relatório n.º 17/2014 – 2ª Secção).

A auditoria enquadra-se nas competências do Tribunal, previstas no art.º 1º, n.º 1, art.º 2º, n.º 1º, al. a) e d), e art.º 5º, n.º 1, al. f), da Lei n.º 98/97, de 26/08 (alterada e republicada pela Lei n.º 20/2015, de 9/03).

O **objetivo da auditoria** foi apreciar o grau de acolhimento das recomendações, formuladas no anterior relatório, respeitantes ao acesso aos cuidados de saúde, à evolução e avaliação do processo de reforma dos cuidados de saúde primários e à uniformização dos regimes remuneratórios aplicáveis aos profissionais de diferentes tipologias de unidades funcionais.

O **horizonte temporal** abrangeu o período 2013-2015 (1ºS), sem prejuízo de algumas análises poderem ter âmbitos temporais mais reduzidos ou alargados.

### 5. Metodologia e Procedimentos

A auditoria foi realizada de acordo com **normas e procedimentos geralmente aceites**, acolhidos no “Manual de Auditoria e de Procedimentos” do Tribunal de Contas e constantes do Plano Global e do Programa de Auditoria aprovados, tendo igualmente em conta as normas de auditoria geralmente aceites pelas organizações internacionais, como é o caso da INTOSAI, de que o Tribunal de Contas é membro<sup>21</sup>.

Os **trabalhos incluíram** (i) a análise da informação, prestada pelos destinatários das recomendações anteriormente formuladas, sobre o seguimento dado às mesmas, e sobre informação complementarmente solicitada (ii) a realização de inquérito, de âmbito nacional, sobre a atividade, a organização e o desempenho das unidades funcionais de cuidados de saúde primários, e (iii) a deslocação a várias entidades para a realização de entrevistas e para a confirmação da informação recebida<sup>22</sup>.

### 6. 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 pelas ARS e as divergências face à informação facultada pela SPMS, EPE, tornou a análise mais morosa, devido à validação e uniformização de dados que foi necessário realizar.

### 7. Audição dos responsáveis em cumprimento do princípio do contraditório

Nos termos dos artigos 13º e 87º, n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, alterada e republicada pela Lei n.º 20/2015, de 9 de março, foram instados, para se pronunciarem sobre o Relato de Auditoria: o Ministro das Finanças, o Ministro da Saúde, os Presidentes dos Conselhos Diretivos das Administrações Regionais de Saúde do Norte, do Centro, de Lisboa e Vale do Tejo, do Alentejo e do Algarve, todas IP, o Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, o Presidente do Conselho de Administração da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, os Presidentes dos Conselhos de Administração das Unidades Locais de Saúde do Norte Alentejano e do Baixo Alentejo, ambas EPE e os Diretores Executivos dos Agrupamentos de Centros de Saúde de Lisboa Norte e de Almada/Seixal.

Foram concedidas as prorrogações de prazo solicitadas, tendo sido **recebidas respostas de todas as entidades**. As alegações apresentadas constam, na íntegra, no Anexo I do presente Relatório, nos termos do artigo 13º, n.º 4, da Lei n.º 98/97, e são reproduzidas, em síntese, nas partes tidas como relevantes, nos pontos do Relatório a que respeitam., destacando-se os comentários globais no ponto 3 do Relatório.

<sup>20</sup> Aprovado em sessão do Plenário da 2ª Secção, através da Resolução n.º 5/14-2ª S., de 27 de novembro.

<sup>21</sup> Particularmente, na presente auditoria, as ISSAI 100, § 51, e ISSAI 3000, ponto 5.5.

<sup>22</sup> Administração Central do Sistema de Saúde, IP, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, Agrupamentos de Centros de Saúde de Lisboa Norte e Almada/Seixal e respetivas Unidades Funcionais selecionadas.



## III – DESENVOLVIMENTO

### 8. Enquadramento

O Tribunal de Contas formulou na anterior auditoria um conjunto de conclusões e respetivas recomendações, que foram dirigidas às várias entidades intervenientes no processo<sup>23</sup>, relativas: (i) aos procedimentos de contratualização, gestão da lista de utentes inscritos e atribuição de médico de família, (ii) à eficiência económica da atividade desenvolvida pelas diversas tipologias de unidades, (iii) ao regime e das componentes remuneratórias dos profissionais integrados em USF de modelo B e (iv) ao acesso e à qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Destacam-se as seguintes conclusões do anterior relatório de auditoria, relevantes para a análise do acompanhamento das recomendações:

Tema	Conclusões
<b>▪ A Evolução dos Centros de Saúde e a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Na prestação dos cuidados de saúde primários o objetivo de atribuir um médico de família a cada utente inscrito nunca foi atingido:<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Continuam a subsistir nos centros de saúde tradicionais (UCSP), a nível nacional, situações de utentes inscritos sem médico de família que, em dezembro de 2012, atingiam 1.657.526 utentes, apesar da diminuição de 10,21%, face ao ano anterior.</li><li>➤ Os resultados alcançados com a criação de USF, que se traduziram na atribuição de médico de família a 569.580 utentes, foram insuficientes para compensar a diminuição global do número de médicos de família, pelo que, desde a implementação das USF, após 2006, o número de utentes inscritos sem médico de família cresceu 24% (com exceção do ano de 2012).</li><li>➤ O registo dos utentes inscritos não se encontra atualizado, continuando a verificar-se que o número de inscritos pode ultrapassar o número de residentes da correspondente área geográfica.</li></ul></li><li>2. O número total de horas médico disponível na especialidade de medicina geral e familiar, tendo em conta as várias cargas horárias contratuais do pessoal médico, diminuiu cerca de 7% no período 2007-2012.</li><li>3. A libertação de 1 minuto do tempo de trabalho diário de cada médico, para a realização de consultas, permitiria ter realizado, em 2012, mais 95.019 consultas, aumento equivalente ao reforço do número de profissionais em cerca de 20 médicos ETC, tendo por hipótese uma duração média de 15 minutos por consulta, garantindo o acesso, segundo a média de 4,2 consultas por utente, a cerca de 23 mil utentes utilizadores adicionais. É pois importante estudar como aumentar o tempo consagrado pelos médicos à atividade assistencial.</li><li>4. A abertura de novas USF não é precedida de uma avaliação do seu custo-benefício. Acresce que não existem estudos sobre os impactos orçamentais da generalização da prestação de cuidados de saúde primários através de USF de modelo B, nem uma estimativa dos ganhos passíveis de ser gerados, para o SNS como um todo.</li></ol>
<b>▪ Incentivos, compensações pelo desempenho e suplementos nas USF</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>5. As diferenças de sistema remuneratório em função da modalidade organizativa, USF (A e B) e UCSP, geram significativas assimetrias na remuneração dos profissionais e espelham as desigualdades de estatuto remuneratório entre os que exercem funções públicas ao nível da prestação de cuidados de saúde primários, que têm um vínculo público, o que em termos qualitativos ou funcionais se traduz em trabalho igual prestado em estabelecimentos públicos (embora em unidades funcionais sujeitas a modelos de gestão formalmente distintos) com infraestruturas/instalações que, no caso das USF, se encontram beneficiadas.</li><li>6. No caso dos incentivos financeiros atribuídos por compensação pelo desempenho e pagos a enfermeiros e assistentes técnicos integrados em USF modelo B, os mesmos configuram, na sua essência, prémios de desempenho, abrangendo o sentido e o alcance que o legislador na LOE pretendeu com a proibição de valorização e de outros acréscimos remuneratórios, onde se inclui a atribuição de prémios de desempenho, prevista na alínea b), do n.º 2, do art.º 24.º da LOE.</li><li>7. Não obstante a alteração literal ocorrida quanto à designação da natureza atribuída aos ditos incentivos por via da publicação da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, a natureza de prémio de desempenho mantém-se, dado que o processo de apuramento e atribuição se mantém inalterados, mantendo-se o seu carácter contingente, isto é dependente da verificação das metas estabelecidas anualmente.</li></ol>

<sup>23</sup> Ministra de Estado e das Finanças, Ministro da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS), e Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

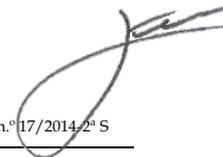


<p>▪ <b>Contratualização e Desempenho face aos Objetivos Contratualizados</b></p>	<p>8. Os indicadores contratualizados caracterizam-se por serem indicadores de processo, relacionados com os procedimentos instituídos ao nível da prática clínica, e não de resultados em saúde, diretamente relacionados com a saúde dos utentes. Embora seja expectável que o cumprimento das metas impostas para os indicadores de processo possa contribuir para a obtenção de resultados, não foram apresentados estudos que sustentassem a adequação dos indicadores escolhidos, nomeadamente demonstrando o seu efeito precursor em termos de ganhos em saúde, ou justificando a sua escolha em detrimento de outros indicadores.</p> <p>9. As ARS não têm procedido à revisão dos indicadores contratualizados nem das metas fixadas para os mesmos, em função da atualização das listas dos utentes inscritos e da evolução dos fatores geodemográficos.</p> <p>10. O único indicador previsto para avaliar a satisfação dos utentes não tem sido contratualizado nem avaliado, apesar de previsto como indicador comum a contratualizar com todas as USF.</p> <p>11. A fragilidade mais significativa do processo de contratualização tem residido na falta de expurgo da lista de utentes inscritos, designadamente quanto aos óbitos, transferências e duplicações. Só por esse efeito haverá transparência no processo de contratualização e nas metas fixadas. Caso contrário, a permanência dessas ocorrências nas listas de utentes inscritos altera os objetivos e as metas a contratualizar, uma vez que não são suportados numa base de dados credível e fiável.</p> <p>12. A organização do trabalho por equipas multidisciplinares permite ganhos de eficiência nas USF através da permuta de horas enfermeiro por horas médico, isto é, maior utilização relativa, em média, de horas de enfermagem, recurso menos oneroso.</p>
<p>▪ <b>Unidades de Saúde Familiar – Candidaturas</b></p>	<p>13. A apresentação da candidatura à constituição de uma USF é voluntária e feita através do preenchimento de um conjunto de requisitos administrativos pré-definidos, sem riscos para os aderentes, isto é, não comprometem os proponentes com qualquer investimento em instalações, equipamentos e meios tecnológicos, nem os vinculam à apresentação de soluções mais económicas e eficientes, designadamente, na constituição das equipas, no número total de elementos ou de profissionais de cada carreira (médicos, enfermeiros, assistentes administrativos).</p> <p>14. Em 2012, estavam em atividade um total de 353 USF, concentrando-se o maior número de USF na região de saúde de Norte (186), na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo (109), seguida da região de saúde do Centro (36) e, por fim, as regiões de saúde do Alentejo (13) e Algarve (9). A distribuição das USF é observável sobretudo ao longo do litoral, deixando o interior do país com uma percentagem de cerca de 10,20% (36).</p> <p>15. O maior número de unidades são USF de modelo A e não se encontra constituída, à presente data, nenhuma USF modelo C, por entidades do setor social, cooperativo ou privado, prioritariamente, apesar de esta possibilidade ter surgido na RCM n.º 157/2005, de 12 de outubro, e consagrada legalmente no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, como sendo uma modalidade supletiva relativa às insuficiências do SNS e face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído. Não se alcançam as razões da não implementação desta modalidade, pelo menos em regime experimental, tal como o proposto no relatório de março de 2013, do Grupo de Trabalho constituído para analisar as "condições de abertura do modelo C de USF", nos termos previstos no Despacho n.º 12876/2012, de 19 de setembro, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.</p>

## 9. Factos relevantes para a apreciação do acolhimento das recomendações

Foram entretanto aprovados e publicados vários diplomas, que dão resposta ou têm relevância para o acompanhamento das recomendações formuladas pelo Tribunal de Contas na auditoria anterior.

Legislação	Âmbito
<p>☛ Despacho n.º 6080-B/2014, de 9 de maio</p>	<p>Fixa o número máximo de Unidades de Saúde Familiar (USF) a constituir no ano de 2014 e determina o número máximo de USF que transitam do modelo A para modelo B, determinando que as condições de lançamento de cada uma USF devem fundar-se em demonstração de interesse público, suportada numa avaliação do custo-benefício da abertura de cada nova unidade e devem corresponder à manifestação tornada pública pela ARS da necessidade de candidaturas para o efeito.</p>
<p>☛ Despacho n.º 6510/2014, de 9 de maio</p>	<p>Define o peso dos indicadores, os critérios gerais para a definição das metas a contratualizar e o referencial das metas de todos os indicadores para o processo de contratualização.</p>
<p>☛ Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto</p>	<p>Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados.</p>
<p>☛ Despacho n.º 15647/2014, de 29 de dezembro</p>	<p>Determina o peso dos indicadores nacionais, os critérios gerais para a definição das metas a contratualizar e o referencial das metas de cada indicador nacional, para o processo de contratualização com as Unidades de Saúde Familiar (USF).</p>



• Portaria n.º 8/2015, de 12 de janeiro	Define as unidades funcionais onde se desenvolvem as experiências-piloto para a implementação da atividade do enfermeiro de família no Serviço Nacional de Saúde.
• Decreto-Lei n.º 25/2015, de 6 de fevereiro	Explicita as obrigações ou condições específicas que podem fundamentar a atribuição de suplementos remuneratórios aos trabalhadores abrangidos pela Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (LTFP), bem como a forma da sua integração na Tabela Única de Suplementos.
• Portaria n.º 87/2015, de 23 de março.	Define os tempos máximos de resposta garantidos para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência e publica a Carta de Direitos de Acesso.
• Despacho n.º 4389/2015, de 30 de abril	Estabelece os critérios e procedimentos de organização das listas de utentes nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), instituindo um mecanismo de atualização dos dados da inscrição dos utentes no SNS.
• Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho	Estabelece os termos e as condições da atribuição de incentivos à mobilidade geográfica para zonas carenciadas de trabalhadores médicos com contrato de trabalho por tempo indeterminado, ou a contratar, mediante vínculo de emprego público ou privado, com serviço ou estabelecimento integrado no Serviço Nacional de Saúde.*
• Decreto-Lei n.º 223/2015, de 8 de outubro	Cria um incentivo a atribuir, pelo aumento da lista de utentes, aos trabalhadores médicos especialistas em medicina geral e familiar a exercer funções nas unidades de saúde familiar (USF) de modelo A e nas unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), em zonas geográficas qualificadas como carenciadas.
• Despacho n.º 14526/2015, de 9 de dezembro	Identifica as zonas geográficas onde se situam as USF de modelo A e as UCSP qualificadas como carenciadas para efeitos do disposto no Decreto-Lei n.º 223/2015, de 8 de outubro.

\*De acordo com o n.º 2 do art.º 22-A, da Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro, é aditado ao ESNS o art.º 22- D, com a epígrafe “Incentivos à mobilidade geográfica em zonas carenciadas”.

## 10. Avaliação do grau de acolhimento das recomendações

### 10.1. Acesso aos cuidados de saúde primários

Recomendação	Acolhimento
<u>Ao Ministro da Saúde</u>	
i. Garantir a atribuição efetiva de médico de família a todos os utentes sem médico de família.	<p>Apesar das iniciativas desenvolvidas com vista ao recrutamento de médicos para os Cuidados de Saúde Primários, e do aumento da lista de utentes de cada médico de 1.550 e de 1.750 para 1.900, ocorreu uma diminuição do número de utentes com médico de família, continuando a existir utentes sem médico de família. Acresce que a diminuição ocorrida resultou, em parte, da eliminação de utentes classificados como “não frequentadores” o que contraria a recomendação do Tribunal.</p> <p>Foram também identificadas IPSS para futura contratação de serviços de consulta de Medicina Geral e Familiar, medida ainda sem efeitos.</p>
ii. Rever o Despacho n.º 13795/2012, de 24 de outubro, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, por forma a garantir, de forma inequívoca, que aquele não possa implicar que os utentes não utilizadores possam ser eliminados da lista do seu médico de família, e por forma a que a primeira recomendação seja cumprida.	<p>Publicação do Despacho n.º 4389/2015, de 30/04, que pretendeu responder às recomendações do Tribunal e tornar “<i>explícita e inequívoca a garantia de que não há eliminação das listas ou perda do direito a médico de família para quem opte por não ser frequentador ou não frequente os serviços</i>”.</p> <p>As alterações quanto à gestão dos utentes “não frequentadores” apenas acrescem a necessidade de a tentativa de comunicação com os utentes estar “comprovadamente não respondida” nos sistemas de informação.</p> <p>Ao contrário do recomendado, os utentes “não frequentadores” são eliminados da lista de utentes do seu médico de família, estando a sua reinscrição condicionada à existência de vaga.</p>
ii. Tomar as iniciativas apropriadas no sentido de determinar como maximizar as horas consagradas à consulta por aligeiramento da carga administrativa e não assistencial dos médicos. O decorrente aumento do stock de horas permitiria equacionar uma repartição equitativa da capacidade assistencial contribuindo para a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde primários.	<p>Foi concretizado o modelo de prestação de cuidados de enfermagem centrado no enfermeiro de família, no âmbito das unidades funcionais.</p> <p>Para além desta medida, não foi apresentada evidência de quaisquer outras iniciativas no sentido do aligeiramento da carga administrativa e não assistencial dos médicos</p> <p>Verificou-se ainda que permanecem constrangimentos relevantes na utilização dos sistemas de informação de suporte da atividade médica, que diminuem a disponibilidade de horas médicas para o atendimento dos doentes.</p>
<u>Ao Conselho Diretivo da ACSS</u>	
v. Providenciar pela atualização da lista de utentes inscritos nas unidades de cuidados de saúde primários, sem prejuízo do direito de todos os utentes à atribuição efetiva de um médico de família.	<p>A consolidação do RNU e da correção da informação dele constante tem permitido melhorar a atualização das listas.</p>
v. Prover pela criação de uma funcionalidade eletrónica, designadamente no Sistema Administrativo de Registo	<p>Está a ser desenvolvido um Sistema de Informação que cobrirá a área administrativa dos cuidados de saúde primários, que substituirá o atual SINUS, que irá permitir registar a informação referente à data do pedido</p>



de Atividade – SINUS, que possibilite guardar o registo da data do pedido de marcação de consulta e da sua realização, salvaguardando desse modo o histórico desta informação.

de marcação da consulta e da sua realização, possibilitando obter de forma sistematizada a informação referente aos tempos de resposta para a realização de consultas.

### Ao Conselho Diretivo das ARS

i. Promover, através do sítio na Internet dos ACES, a divulgação de informação de carácter útil para o cidadão/utente sobre a oferta dos cuidados de saúde das unidades funcionais, nomeadamente, nas áreas de promoção da saúde e prevenção da doença.

! Não está, ainda, implementada na sua plenitude a recomendação formulada. Na sua maioria, a divulgação é feita nos sítios próprios das ARS e não dos ACES. Pelo Vice-Presidente da ARSN é invocada a contenção de despesa como fundamento para a falta de investimento na manutenção/criação de sítios na Internet dos ACES.

ii. Proceder à atualização da lista de utentes, por médico, com periodicidade regular, por forma a evitar a atribuição de incentivos ou suplementos remuneratórios aos profissionais inseridos em USF modelo B, em função de uma lista de utentes de dimensão diversa.

As ARS têm providenciado pela atualização das listas de utentes inscritos por médico. Esta manutenção permite fazer uma gestão das vagas que são libertadas nos ficheiros dos médicos para posteriormente serem ocupadas por utentes sem médico de família.

✓ - Recomendação acolhida ! - Recomendação parcialmente acolhida ✗ - Recomendação não acolhida

### 10.1.1. UTENTES SEM MÉDICO DE FAMÍLIA

As medidas introduzidas pelo Ministério da Saúde do XIX Governo Constitucional para aumentar o número e cobertura populacional dos profissionais médicos nos cuidados de saúde primários foram insuficientes para concretizar o objetivo de atribuir médico de família a todos os cidadãos.

As condicionantes identificadas e as medidas introduzidas pelo Ministério da Saúde foram fundamentalmente as apresentadas no quadro seguinte.

Quadro 1 – Condicionantes e medidas implementadas

Condicionantes	Medidas implementadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Ao nível de <b>recursos humanos</b> - número insuficiente de profissionais médicos (aposentação e dificuldade na mobilidade de profissionais).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimentos concursais de admissão de profissionais médicos de MGF;</li> <li>• Alteração do período normal de trabalho da carreira especial médica, com aumento da carga horária semanal de 35 para 40 horas<sup>24</sup>;</li> <li>• Aumento da dimensão da lista de utentes inscritos, por médico, de 1550 para 1900 utentes<sup>25</sup>, decorrente do aumento do horário normal de trabalho;</li> <li>• Contratação de profissionais médicos aposentados;</li> <li>• Incentivos à mobilidade geográfica para zonas carenciadas de trabalhadores médicos.</li> <li>• Concretização do modelo de prestação de cuidados de enfermagem centrado no enfermeiro de família, no âmbito dos cuidados de saúde primários, através de experiências piloto.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Ao nível de <b>recursos físicos</b> - escassez de instalações (infraestruturas) e equipamentos técnicos e meios tecnológicos p/ a abertura de USF.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construção ou remodelação de imóveis e contratos de arrendamento.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Ao nível de <b>aplicações e rede informática</b> – o desempenho funcional do RNU, ainda, deficiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generalização da prescrição eletrónica de medicamentos;</li> <li>• Investimento pelos SPMS, EPE na aquisição de equipamento para vários postos de trabalho;</li> <li>• Melhoria das condições técnicas da Rede Informática da Saúde – RIS, através do aumento da largura de banda nos acessos à rede.</li> <li>• Mudança de Operador.</li> </ul>

<sup>24</sup> A partir de janeiro de 2013, para os profissionais médicos contratados a partir dessa data, com transição gradual, a pedido dos interessados, até dezembro de 2015.

<sup>25</sup> Nos termos do Decreto-Lei n.º 266-D/2012, de 31 de dezembro, que introduziu alterações aos Decretos-Lei n.ºs 176/2009 e 177/2009, ambos de 4 de agosto.



• Ao nível da existência de utentes inscritos nas listas de médicos de família, embora não utilizadores dos cuidados de saúde primários.

- A atualização do Registo Nacional de Utentes<sup>26</sup> (RNU)
- Identificação de utentes considerados “não frequentadores”, que foram eliminados das listas de utentes com e sem médico de família

Apesar das medidas implementadas, o número de utentes com médico de família diminuiu 4,61% entre 2012 e o primeiro semestre de 2015 (menos 434.972 utentes), continuando a existir, nesta data, 1.280.425 utentes sem médico de família atribuído.

A redução verificada no número de utentes sem médico de família entre 2012 e o primeiro semestre de 2015 teve o contributo de processos administrativos instituídos pelo Ministério da Saúde para:

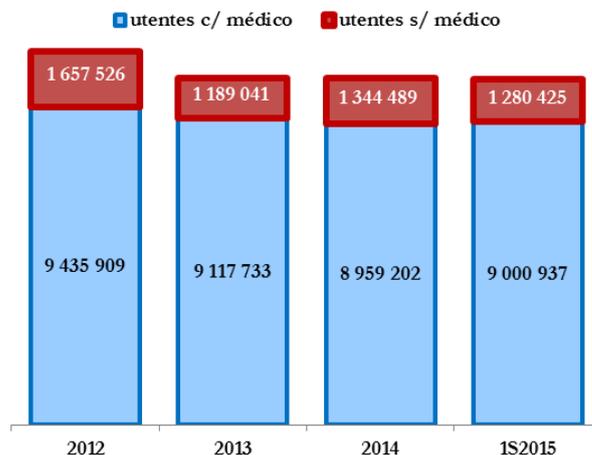
- i. A atualização do Registo Nacional de Utentes (RNU)
- ii. A classificação de utentes sem contacto há mais de 3 anos, que não manifestem expressamente vontade de ter médico de família atribuído, como “não frequentadores”, deixando de ser considerados nas estatísticas de utentes com e sem médico de família.

O número de utentes inscritos em 2015 ascendia a 10.281.362, quando em 2012 era de 11.093.435 (redução de 7,32%). A diminuição verificada abrangeu não só os utentes sem médico de família atribuído mas também os utentes com médico de família atribuído.

O número de utentes sem médico de família atribuído, em junho de 2015, era ainda de 1.280.425, dos quais 30.048 (2,35%) por opção, registando uma diminuição de 22,75% (377.101 utentes) desde dezembro de 2012 (existiam na altura 1.657.526 utentes sem médico de família). O ano de 2014 foi o único que contrariou a tendência de descida do número de utentes sem médico, registando um aumento de 13,7%.

Por outro lado, o número de utentes com médico atribuído registou também uma diminuição de 4,61% entre 2012 e o primeiro semestre de 2015 (434.972 utentes). Em 2013 verificou-se uma diminuição de 3,37% (318.176 utentes) e, em 2014, de 1,74% (158.531 utentes). Essa tendência apenas não se verificou no 1º semestre de 2015, em que se assinala um aumento de 0,47% (41.735 utentes), face a 2014.

Gráfico 1 – Evolução do n.º de utentes inscritos, com e sem médico de família



Fonte: ACSS, IP - 2015

Globalmente verificou-se uma diminuição da proporção de utentes sem médico de família no total de inscritos: de 14,94% em 2012 para 12,45% no primeiro semestre de 2015.

<sup>26</sup> O Registo Nacional de Utentes (RNU) foi criado para identificar e registar centralmente os utentes inscritos no SNS, com o objetivo de constituir a base de dados nacional de referência para a caracterização dos utentes do SNS e a sua distribuição geográfica. Esta base de dados fornece um conjunto de indicadores de gestão às entidades do Ministério da Saúde, para além de disponibilizar informação a diferentes organismos do SNS. O RNU contém informação de identificação dos utentes e a caracterização da sua inscrição no SNS. É atualizado com base na informação registada nas Unidades Funcionais (UCSP e USF). O RNU guarda a seguinte informação: i) dados de identificação dos utentes do SNS; ii) caracterização da inscrição dos utentes nos cuidados de saúde primários; iii) afetação a um médico de família; e iv) identificação do subsistema de saúde e benéficos de saúde.



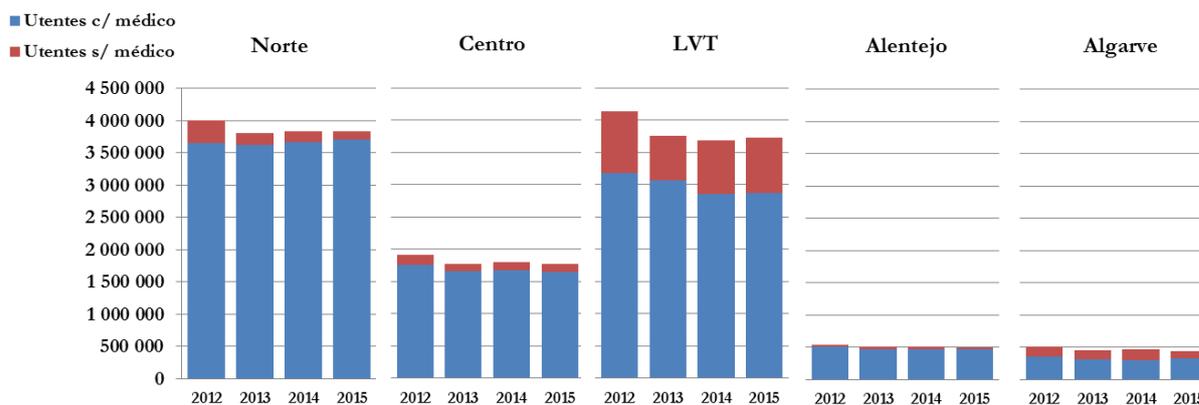
A diminuição de 377.101 utentes sem médico de família que, globalmente, se verificou, resultou da conjugação de vários fatores, designadamente da atualização do RNU, incluindo o processo referente à libertação de vagas nas listas dos médicos pelos utentes sem contacto há mais de três anos que não ativaram a sua inscrição (passando à classificação de utentes não frequentadores) e do início de atividade de 69 USF de modelo A, em que existe um ganho assistencial efetivo.

A nível regional, a região de saúde do Norte é a única que, entre 2012 e o 1º semestre de 2015, aumentou o número de utentes com médico de família, ao mesmo tempo que diminuiu o número de utentes sem médico de família. Consequentemente, tem vindo a aumentar anualmente a percentagem do número de utentes com médico de família face ao total de utentes inscritos, atingindo, no 1º semestre de 2015, um peso de 96,72%. A região de saúde do Norte apresenta um decréscimo significativo do número de utentes sem médico (-63,90%).

As regiões de saúde de Lisboa e Vale do Tejo e do Algarve são as que consistentemente apresentam o menor peso percentual do número de utentes com médico de família atribuído, face ao total de utentes inscritos. No 1º semestre de 2015 apenas 76,84% dos utentes inscritos na região de Lisboa e Vale do Tejo e 72,49% dos utentes inscritos na região do Algarve tinham médico de família atribuído.

Nas restantes regiões de saúde verificaram-se diminuições do número de utentes com médico de família atribuído, tendência que foi também acompanhada por decréscimos do número de utentes sem médico nas regiões de saúde do Centro (-14,32%), de Lisboa e Vale do Tejo (-10,49%) e do Algarve (-22,27%). Na região de saúde do Alentejo, pelo contrário, verificou-se, a par da diminuição dos utentes com médico de família (-8,54%), um crescimento de 10,49% dos utentes sem médico.

Gráfico 2 – Evolução do n.º de utentes c/ e s/ médico de família por região de saúde



A atribuição de médicos de família aos utentes tem resultado essencialmente, entre 2013 e o 1º semestre de 2015, da criação de USF, tendo em conta que estas unidades têm vindo a substituir, progressivamente, as UCSP. O número de utentes com médico de família nas USF modelo A cresceu 16,06% no período. Nas USF de modelo B, esse crescimento situou-se nos 7,16%. Contrariamente, o número de utentes com médico de família nas UCSP diminuiu 12,31, pelo efeito de substituição referido.

Consequentemente, a maioria dos utentes com médico atribuído encontra-se, desde 2013, e de forma crescente, afeto a USF (de modelo A e B) (em 2013, 51,79%, em 2014, 55,85%, e no 1º semestre de 2015, 64,44%).

Ainda assim, apurou-se a existência de utentes sem médico de família nas USF, particularmente nas de modelo A, tendo a sua proporção aumentado no período analisado, em resultado da aposentação de profissionais médicos ou da sua transferência para outras unidades funcionais, sem a devida substituição<sup>27</sup>. Esta situação é contrária ao princípio que está na base da criação de USF. Nas USF de modelo A, a percentagem de utentes sem médico de família aumentou de 0,70% (8.282 utentes), em 2013, para 2,76% (35.303), no 1º semestre de 2015, enquanto nas USF de modelo B, aumentou de 0,33% (3.881 utentes), para 0,61% (7.784 utentes).

<sup>27</sup> Informação prestada pelas Administrações Regionais de Saúde. Ressalvamos o facto de continuarem a ser prestados os cuidados de saúde a esses utentes, no regime de intersubstituição, até à colocação de um novo profissional.



A existência continuada de utentes sem médico de família só se justifica por o foco não ter vindo a ser colocado apenas no interesse do utente, mas ter sido condicionado por interesses corporativos. De facto, a atual carência de médicos de medicina geral e familiar decorre do não planeamento adequado das necessidades de profissionais médicos no SNS, dos *numerus clausus* restritivos à entrada de estudantes nos cursos de medicina, do condicionamento ao acesso à formação pós-graduada, bem como da ausência de incentivos eficazes ao estabelecimento dos profissionais em zonas/regiões com menor oferta de pessoal médico, bem como da necessidade de conter o número de prescritores (médicos), por parte do Governo, com o fim de restringir a despesa pública em saúde.

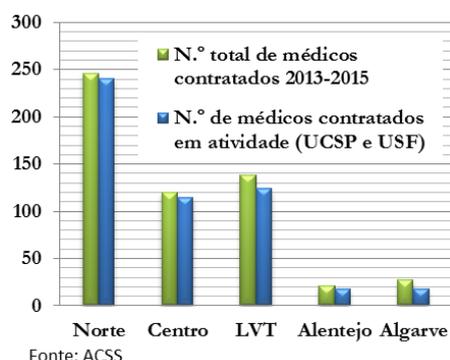
## 10.1.2. NÚMERO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS NOS CSP

Apesar das medidas desenvolvidas no âmbito da contratação de médicos, entre 2013 e 2015, houve no triénio uma diminuição do número absoluto de médicos de medicina geral e familiar nos cuidados de saúde primários.

No triénio de 2013-2015, o número de profissionais médicos da área de Medicina Geral e Familiar (MGF) contratados para integrarem as unidades funcionais – UCSP e USF – foi de 552<sup>28</sup>. A distribuição, por região de saúde, dos referidos profissionais foi a que consta no presente gráfico.

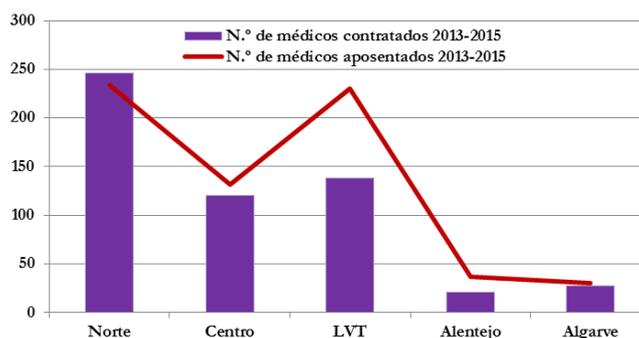
É de notar que nem todos os médicos que foram contratados desempenham, atualmente, a sua atividade em unidades prestadoras de cuidados de saúde primários.

Gráfico 3 – N.º Médicos contratados no triénio 2013-2015 por região de saúde



No entanto, passaram à aposentação, no período em análise, 663 médicos. Ao compararmos o número de médicos aposentados com o número de contratações efetuadas, constatamos que somente a região de saúde do Norte apresenta um saldo positivo (+12 contratações). As restantes regiões de saúde<sup>29</sup> não conseguiram, através das contratações, compensar as saídas dos médicos por aposentação.

Gráfico 4 – N.º de médicos contratados vs médicos aposentados



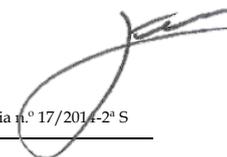
Para além dos profissionais referidos, foram ainda contratados 40<sup>30</sup> médicos aposentados, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 89/2010, de 21 de julho<sup>31</sup>. O saldo de entradas e saídas continua, ainda assim, a ser negativo. No entanto, verifica-se que, considerando não só as contratações de pessoal médico em

<sup>28</sup> Dos quais 36 estão a exercer outras funções, nomeadamente cargos de chefia. Neste apuramento não estão contabilizados os profissionais contratados em regime de prestação de serviços, os contratados ao abrigo do Decreto-Lei n.º 89/2010, de 21 de julho, e os que se encontram em regime de mobilidade ou cedência.

<sup>29</sup> Na região de LVT foram contratados menos 92 médicos; na região do Centro, menos 12; na região do Alentejo, menos 16 e na região do Algarve, menos 3, do que as saídas verificadas por aposentação.

<sup>30</sup> Distribuídos pelas cinco regiões de saúde: 15 para a ARSN; 17 para a ARSC; 6 para a ARSLVT; 1 para a ARS Alentejo e 1 para a ARS Algarve.

<sup>31</sup> Com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 94/2013, de 18 de julho, e Decreto-Lei n.º 53/2015, de 15 de abril. O Decreto-Lei n.º 89/2010, de 21 de julho, estabelece as condições em que os médicos aposentados podem exercer funções públicas ou prestar trabalho remunerado em estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde.



condições normais, mas também a contratação de médicos aposentados, medida com carácter implicitamente temporário, a região do Norte passa a apresentar um saldo positivo de 27 médicos, e a região do Centro passa de um saldo negativo de 12 médicos para um saldo positivo de 5 médicos no período analisado.

O rácio de utentes inscritos por médico de medicina geral e familiar foi, em 2014, de 2.055, traduzindo uma ligeira degradação face ao rácio de 2012 (2.046), pela diminuição do número de médicos que, entre 2012 e 2014, foi de 7,55%<sup>32</sup>. Ocorreu também uma diminuição de 7,12% do número de utentes inscritos nos cuidados de saúde primários, decorrendo das medidas administrativas para atualização das listas. Em junho de 2015, estavam inscritos nos cuidados de saúde primários 10.275.970 utentes, uma redução de 7,32% face a dezembro de 2012 (11.093.435 utentes).

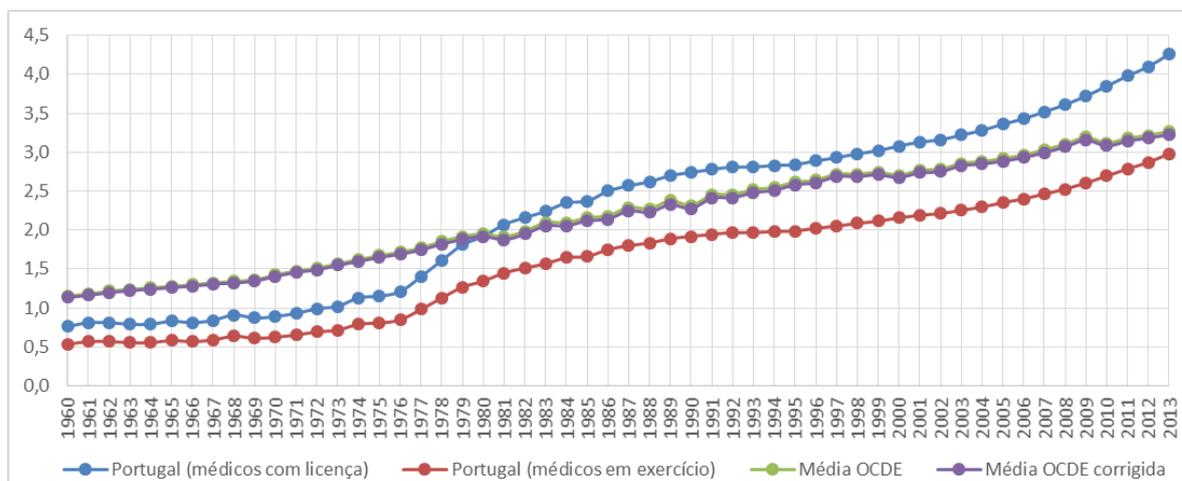
Quadro 2 – Evolução do número de médicos de Medicina Geral e Familiar e do número de utentes inscritos

	2012	2013	2014
<b>Médicos ETC 40h</b>	5 422	5 322	5 013
<b>Utentes inscritos</b>	11 093 435	10 306 774	10 303 691
<b>Inscritos/médico</b>	2 046	1 937	2 055

Fonte: Elaboração própria com base nos Balanços Sociais do Ministério da Saúde e do SNS e em dados fornecidos pela ACSS.

É de notar que o número de médicos em exercício por 1000 habitantes, em Portugal, continua, na prática, a ser inferior à média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Os números habitualmente reportados referem-se a médicos com licença para a prática da medicina, o que, segundo a OCDE, resulta numa grande sobrestimação dos médicos efetivamente em exercício, de cerca de 30%<sup>33</sup>. Os dados originais e os dados corrigidos pela estimativa da OCDE apresentam-se no gráfico seguinte.

Gráfico 5 – Número de médicos por 1000 habitantes: Portugal na OCDE



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da OCDE.

Nota: Cálculo dos médicos em exercício com base na estimativa da OCDE.

A rigidez existente na dimensão das listas de utentes de cada médico de família, tendo em conta a determinação legal do número máximo de utentes por médico (1550 para horários de 35 horas semanais e 1900 para horário de 40 horas semanais), leva a que, em parte, o aumento da cobertura dos utentes esteja dependente do aumento do número de profissionais.

<sup>32</sup> ETC 40h. Valor calculado com base nos Balanços Sociais do Ministério da Saúde e do SNS - Contagem do pessoal médico, segundo o regime e horário de trabalho.

<sup>33</sup> OECD. (2016), Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>



Neste âmbito, a ACSS apresentou, no âmbito dos trabalhos da auditoria, estimativas sobre o número de profissionais médicos de MGF necessários para cobrir adicionalmente os utentes sem médico de família inscritos nas unidades funcionais (UCSP e USF), tendo sido apresentados cinco cenários possíveis<sup>34</sup>.

Quadro 3 – Cenários para cálculo do n.º de médicos necessários para cobertura populacional

ARS	S/ médico de Família - junho 2015	N.º Médicos c/ 35 horas (DL 298/2007 - USF)	N.º Médicos c/ 40 horas (DL 266-D/2012)	N.º Médicos (pelo rácio face à atual realidade de cada região)	N.º Médicos (pela média do País)	N.º Médicos (pela mediana do País)
Norte	113.122	73	60	66	68	69
Centro	123.192	79	65	75	74	75
LVT	805.732	520	424	456	487	493
Alentejo	38.797	25	20	25	23	24
Algarve	113.744	73	60	70	69	70
<b>Total</b>	<b>1.194.587</b>	<b>770</b>	<b>629</b>	<b>692</b>	<b>721</b>	<b>731</b>

Fonte: ACSS, IP

Dos cinco cenários apresentados, afiguram-se como mais objetivos os que utilizam na base do cálculo o regime de tempo de trabalho médico, o que se traduz na identificação de uma necessidade de profissionais médicos de medicina geral e familiar no SNS entre 629 e 770 médicos.

No entanto, o cenário que apresenta como pressuposto o regime jurídico aplicável aos profissionais que integram as USF, considera uma lista de 1.550 utentes por médico, pressuposto que está em antinomia com o princípio patente na criação destas unidades, em que um dos requisitos essenciais é o aumento do número de utentes por lista de médico (ganho potencial). Deveria, antes, ter sido considerado para o efeito uma lista de, no mínimo, 1.750 utentes. Neste caso, a necessidade seria então de 683 médicos e não de 770.

As estimativas apresentadas devem, no entanto, ser lidas no enquadramento da existência de efeitos, não considerados, associados:

- ao aumento da lista de utentes dos médicos atualmente em atividade, que venham a transitar para o regime de trabalho de 40 horas/semanais;
- à existência de mais de 30% dos utentes inscritos não frequentaram as unidades de cuidados de saúde primários (UCSP e USF), incluindo os utentes com médico de família atribuído, colocando-se a hipótese de os mesmos poderem vir a ser considerados de forma distinta no apuramento da dimensão da lista de utentes de cada médico (cf. pontos 10.1.3 e 10.1.4);
- ao facto de o número de médicas disponíveis para o atendimento dos utentes poder ser maximizado, diminuindo a carga administrativa associada à atividade médica (cf. ponto 10.1.5).

<sup>34</sup> Com base nos dados extraídos a junho de 2015: no universo de 10.224.609 utentes inscritos ativos, 1.194.587 sem médico de família.



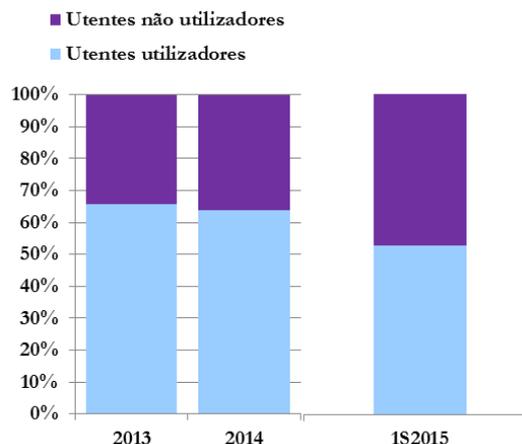
### 10.1.3. UTENTES NÃO UTILIZADORES E UTENTES NÃO FREQUENTADORES

Verifica-se que parte significativa dos utentes inscritos nos cuidados de saúde primários não é utilizadora<sup>35</sup> dos serviços prestados pelas unidades do SNS. A proporção de utentes não utilizadores aumentou de 2013 para 2014.

Em 2013, cerca de 34,40%<sup>36</sup> dos utentes inscritos nos cuidados de saúde primários, não recorreram nesse ano às unidades de saúde (UCSP ou USF). Em 2014, a percentagem de utentes não utilizadores foi de 36,26%.

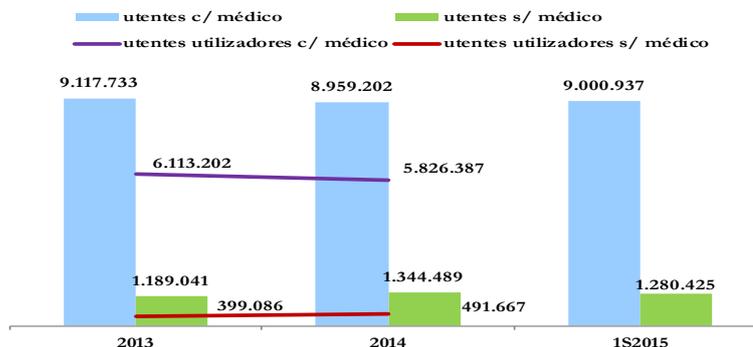
Os dados de 2015 respeitam apenas à situação verificada no final do 1º semestre, não sendo comparáveis com os dos anos anteriores. Neste período, a taxa de utilização foi de apenas 52,53%.

Gráfico 6 – Utentes utilizadores vs. Utentes não utilizadores



Como seria de esperar, as taxas de utilização são superiores no grupo de utentes com médico de família atribuído, do que no grupo de utentes sem médico de família<sup>37</sup>, sendo este um dos fatores que poderá determinar a elevada taxa de não utilização.

Gráfico 7 – Utentes utilizadores com e sem médico de família



Fonte: SIARS

A maior utilização dos cuidados de saúde pelos utentes com médico de família influencia a comparação entre as taxas de utilização de diferentes tipologias de unidades funcionais. De facto, como os utentes sem médico de família se encontram inscritos em UCSP, as percentagens de utentes não frequentadores no

<sup>35</sup> Considera-se um utente utilizador, aquele que, em determinado período de tempo, neste caso o ano, recebeu cuidados de saúde prestados na unidade de cuidados de saúde primários na qual está inscrito.

<sup>36</sup> No ano de 2013, os utentes não frequentadores atingiram nas UCSP 37,53%, nas USF de modelo A 34,36% e nas USF de modelo B 26,92%. No ano de 2014, a percentagem foi de 38,88%, nas UCSP, de 36,11% nas USF de modelo A e de 30,64% nas USF de modelo B.

<sup>37</sup> Dos dados enviados pela ACSS, sobre o número de utentes utilizadores nas UCSP e USF, foram detetadas anomalias, tendo sido questionada esta entidade sobre as causas dessas ocorrências. Em resposta, informa a ACSS que "(...) estão identificados 3 tipos de problemas relacionados com o facto destas unidades não apresentarem utilizadores: i) Problema relacionado com as unidades com o software VITACARE – a integração de dados deste software tem sido um problema, havendo dificuldade, por parte da SPMS, de integrar os dados e garantir a sua fiabilidade e qualidade; ii) Problema relacionado com a hierarquia de locais – a dinâmica das unidades funcionais em cuidados de saúde primários é grande, o que implica que quando exista a criação ou extinção de uma determinada unidade funcional, toda a hierarquia de locais contemple essa alteração de forma a garantir a integração correta dos dados e um recálculo, em SIARS, de todos os dados influenciados por essa alteração e iii) Problema relacionado com carregamento de dados – devido a alterações em software, em bases de dados, na rede de servidores, na capacidade dos próprios servidores e em toda a estrutura que suporta a recolha e tratamento dos dados, podem ocorrer erros de carregamento de dados, os quais vão sendo detetados e corrigidos, restabelecendo-se os valores corretos na extração do período seguinte." Esclarece, ainda, que "(...) apesar destes problemas existirem, os mesmos vão sendo resolvidos após a sua deteção e têm uma expressão muito reduzida face aos totais nacionais. (...) Ainda, e devido a estes problemas ocorrerem pontualmente, está em implementação transversal um processo de qualificação dos dados que irá garantir uma minimização (ou irradicação) deste tipo de problemas."



total de inscritos são superiores nas UCSP comparativamente às USF, particularmente às que funcionam em modelo B.

Quadro 4 – Utentes não utilizadores nas UCSP e USF – 2013- 1ºS2015

Ano	N.º de Utentes não utilizadores e proporção no total de inscritos					
	UCSP	%	USF - Mod. A	%	USF - Mod. B	%
2013	1 919 374	37,53%	773 208	34,36%	668 591	26,92%
2014	1 872 264	38,88%	856 222	36,11%	810 801	30,64%
1S2015	2 532 292	51,12%	1 099 473	45,20%	1 105 257	41,27%

Fonte: SIARS

Por outro lado, não deve ser desconsiderada a existência de 2.309.621 subscritores de seguros de saúde<sup>38</sup>, mais de 22% da população residente, situação que traduz falhas de serviço do SNS, entre as quais a não atribuição de um médico de família a todos os cidadãos.

Algumas medidas do Ministério da Saúde pretenderam responder aos desafios da existência de utentes não utilizadores e da sua presença nas listas de utentes atribuídas a cada médico. De facto, em 2012, com a publicação do Despacho n.º 13795/2012, de 24 de outubro, foram definidos os critérios e procedimentos de organização das listas de utentes nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), e instituído um mecanismo de atualização de dados da inscrição dos utentes no SNS. Este despacho veio introduzir uma nova categoria<sup>39</sup> de utente inscrito nos cuidados de saúde primários: a de “Utente inscrito no ACES sem contacto nos últimos três anos”<sup>40</sup>.

Em 31 de dezembro de 2013, existiam 795.557 utentes inscritos que não tinham contacto com a sua unidade de saúde há mais de três anos. Em 31 de dezembro de 2014, apurou-se um aumento de 2,88%, mais 22.907 utentes face a 2013, atingindo um total de 818.464. No 1º semestre de 2015, o número de utentes inscritos sem contacto nos últimos três anos era de 823.115.

Quadro 5 – N. utentes inscritos sem contacto nos últimos 3 anos

ARS	31.12.2013	% Total de inscritos	31.12.2014	% Total de inscritos	1ºS2015	% Total de inscritos
Norte	153.903	4,04%	131.919	3,44%	121.432	3,17%
Centro	107.076	6,03%	92.450	5,17%	120.039	6,76%
LVT	455.785	12,13%	527.548	13,54%	490.535	13,15%
Alentejo	22.587	4,41%	16.829	3,26%	21.774	4,40%
Algarve	56.206	12,43%	49.718	10,51%	69.335	15,61%
<b>Total</b>	<b>795.557</b>	<b>7,72%</b>	<b>818.464</b>	<b>7,79%</b>	<b>823.115</b>	<b>8,01%</b>

Fonte: SPMS, EPE

Face ao total nacional, é a região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo que, em termos relativos, detém o maior número de utentes sem contacto nos últimos três anos (57,29%, em 2013, 64,46%, em 2014 e 59,60% no 1º semestre de 2015) com uma elevada proporção destes utentes face ao total de inscritos (12,13% em 2013, 13,54% em 2014 e 13,15% no final do 1º semestre de 2015). A região de saúde com a menor proporção destes utentes face ao total de inscritos é a região do Norte: no final do 1º semestre de 2015, apenas 3,17% dos utentes inscritos não tinham qualquer contacto ao longo dos últimos 3 anos.

<sup>38</sup> Em 2014, dados da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

<sup>39</sup> São categorias de utentes inscritos nos ACES:

- Utente com médico de família atribuído;
- Utente inscrito a aguardar inclusão em lista de utentes de médico de família;
- Utente inscrito sem médico de família por opção;
- Utente inscrito no ACES sem contacto nos últimos três anos.

<sup>40</sup> São considerados contactos: i) consultas presencial ou não presencial; ii) qualquer ato de enfermagem; iii) qualquer contacto administrativo e v) contactos para vacinação.



A percentagem do número de utentes inscritos sem contacto nos últimos três anos tem vindo, no conjunto das cinco regiões de saúde, a aumentar face ao total dos utentes inscritos, embora não de forma uniforme nas várias regiões.

A atualização das listas de inscritos instituída pelo Despacho n.º 13795/2012, de 24 de outubro, através da classificação dos utentes sem contacto nos últimos três anos como “não frequentadores” deu origem a vários expurgos feitos, por iniciativa de cada ARS, em 2013, e a dois processos de âmbito nacional, desenvolvidos pela SPMS, EPE, em 2014 e 2015<sup>41</sup>.

Este processo envolve a notificação<sup>42</sup> dos utentes identificados para, no prazo de 90 dias, se pronunciarem, junto da respetiva unidade de saúde<sup>43</sup>, sobre a intenção de manterem ou não a sua inscrição ativa. No caso de o utente não contactar a unidade de saúde neste prazo, permanecerá por mais 30 dias nessa classificação, passando o seu registo, caso não seja ativado nesse período adicional, para a lista de utentes “não frequentadores”. Apesar de esta alteração de classificação não prejudicar o direito de, em qualquer momento, o utente requerer a atribuição de médico de família (reativando a inscrição) na unidade de cuidados primários na sua área de residência, a reinscrição na lista do seu médico de família (se o tinha) fica dependente da aceitação do médico (na maioria dos casos a reinscrição é admitida, mas pode ser recusada tendo em conta os limites existentes para o número de utentes atribuídos a cada médico), ou, no caso de se tratar de outro médico, fica sujeita à existência de vaga.

Os resultados obtidos no processo de atualização do RNU de 2014, após o período das ativações, foram os que se apresentam no quadro seguinte:

Quadro 6 – N.º de utentes que não ativaram a inscrição passando a “não frequentador” - 2014

ARS	Utentes não frequentadores				
	total	c/ médico	%	s/ médico	%
Norte	93.764	80.554	85,91%	13.209	14,09%
Centro	39.874	29.968	75,16%	9.906	24,84%
LVT	112.704	66.084	58,64%	46.616	41,36%
Alentejo	14.758	12.313	83,43%	2.445	16,57%
Algarve	24.910	9.610	38,58%	15.300	61,42%
<b>Total</b>	<b>286.010</b>	<b>198.529</b>	<b>69,41%</b>	<b>87.476</b>	<b>30,58%</b>

Fonte: SPMS, EPE

Da leitura do quadro supra, verificamos que 286.010 utentes foram classificados como “não frequentadores” em 2014, por não terem ativado a sua inscrição, dos quais 198.529 (69,41%), tinham médico de família atribuído. Em resultado da não ativação da inscrição, o número de vagas abertas para atribuição de médico de família a utentes sem médico foi assim de 198.529.

Em 2015, após a conclusão do processo de atualização do RNU as vagas abertas face ao número de utentes que passaram à classificação de “não frequentadores” foi de 217.700. Face a 2014, regista-se um aumento de 19.171 vagas (9,66%). Em termos relativos, a região de saúde do Norte foi a que apurou o maior número (89.784) de utentes “não frequentadores”.

Globalmente, existiam em setembro de 2015, 922.130 utentes classificados como “não frequentadores”, em resultado dos vários processos desenvolvidos a nível regional e nacional. Verifica-se que o maior número de utentes nesta situação se situa entre os 25 e os 54 anos (64%), sendo também nestes grupos etários que se verificam maiores proporções de utentes não frequentadores no total da população ativa, chegando a atingir os 16%no grupo etário entre os 31 e os 36 anos.

<sup>41</sup> O processo envolve a extração, da base de dados nacional do Registo Nacional do Utente (RNU) de listagens de utentes não frequentadores com base na informação dos últimos três anos, enviadas para as ARS para validação. Os utentes são classificados no RNU como “em avaliação”.

<sup>42</sup> Com exceção da ARSLVT que providenciou pela remessa das notificações, via CTT. Nas restantes ARS o envio foi partilhado com os SPMS, que preparam o *template* de notificação para as ARS.

<sup>43</sup> O contacto pode ser presencial, por telefone ou correio eletrónico.

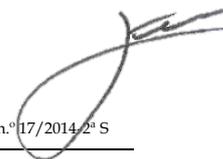
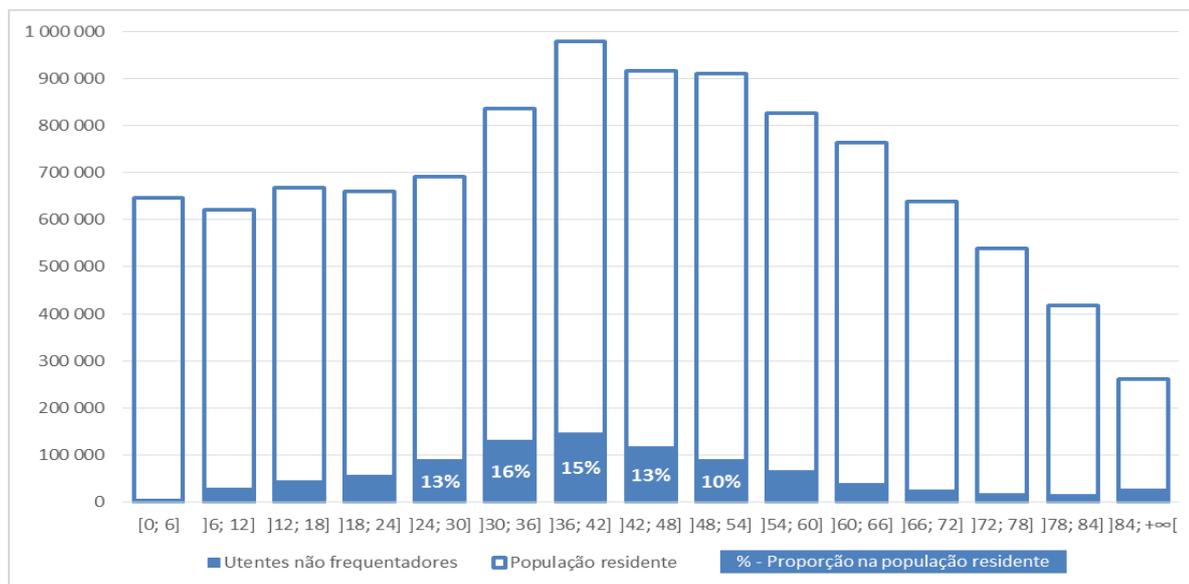


Gráfico 8 – Utentes não frequentadores e população residente por intervalo de idades



Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pela SPMS (utentes não frequentadores em setembro de 2015) e publicamente disponibilizados pelo INE (Estimativa da População Residente em 2014)

O não acompanhamento, preventivo, destes utentes, pode contribuir para sobrecarregar os cuidados hospitalares com episódios agudos ou até constituir um incentivo ao recurso às urgências hospitalares como meio de acesso expedito a consultas médicas e a MCDT que não são disponibilizados atempadamente pelos cuidados primários<sup>44</sup> e que poderão traduzir-se em custos futuros associados que não têm sido avaliados pelo Ministério da Saúde.

Tendo em conta que estes utentes não utilizadores são substituídos, nas listas de cada médico, por utentes mais frequentadores, de outros escalões etários, tal resulta no aumento das unidades ponderadas associadas à lista de cada médico numa proporção que varia entre 1,5 e 2,5 o peso dos utentes excluídos, situação que tem impacto nos suplementos remuneratórios atribuídos aos médicos afetos a USF modelo B, que podem assim ser atingidos com um menor número de utentes.

O Tribunal de Contas entendeu, no anterior relatório de auditoria, que esta forma de atualização das listas de inscritos não era correta, devendo ser garantida a manutenção do utente na lista do médico. De facto, estes utentes, desde que não manifestem explicitamente o seu interesse em permanecer inscritos na lista do médico ou a aguardar médico de família, são classificados como “não frequentadores” e eliminados da lista do seu médico de família ou da lista de utentes a aguardar a atribuição de médico de família.

Na sequência das recomendações formuladas pelo Tribunal de Contas no anterior relatório de auditoria<sup>45</sup>, foi publicado o Despacho n.º 4389/2015, de 30 de abril, que, na sua essência, manteve o conteúdo do Despacho n.º 13795/2012, de 24 de outubro, não indo ao encontro da recomendação do Tribunal de Contas.

Na verdade, as alterações introduzidas por este despacho, quanto à gestão dos utentes “não frequentadores”, apenas acrescem a necessidade de a tentativa de comunicação com os utentes estar “comprovadamente não respondida” nos sistemas de informação. Assim, e ao contrário do recomendado pelo Tribunal, os utentes “não frequentadores” continuam a ser eliminados da lista de utentes do seu médico de família, estando a sua reinscrição condicionada à existência de vaga.

<sup>44</sup> Sobretudo os que não dispõem de subsistemas ou seguros.

<sup>45</sup> i) Garantir a atribuição efetiva de médico de família a todos os utentes sem médico de família.

ii) Rever o Despacho n.º 13795/2012, de 24 de outubro, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, por forma a garantir, de forma inequívoca, que aquele não possa implicar que os utentes não utilizadores possam ser eliminados da lista do seu médico de família, e por forma a que a primeira recomendação seja cumprida.



Quanto à eliminação dos “utentes não frequentadores” das listas dos médicos, o Ministro da Saúde refere, em sede de contraditório, que os “...*critérios e procedimentos de organização das listas de utentes nos Agrupamentos de Centros de Saúde [serão] avaliado[s] e ponderado[s] pelo XXI Governo Constitucional num processo mais amplo e integrado do relançamento da reforma dos cuidados de saúde primários, tendo também como referência as Recomendações desse Tribunal.*”, o que se regista positivamente.

Ainda neste âmbito, informa que “(...) *encontra-se prevista a promoção e implementação da dimensão ponderada das listas dos profissionais das USF e unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) levando em linha de conta a evolução das variáveis de contexto relacionadas com atual estrutura geodemográfica do país, carga de doença e vulnerabilidade das populações.*”

Acrescenta no entanto que “(...) *o impacto nos suplementos remuneratórios atribuídos aos médicos afetos a USF modelo B, pela substituição dos utentes “não frequentadores” (...) poderá (...) manter-se ou ser até menor, uma vez que não estão associados à taxa de utilização, mas à constituição da lista de utentes.*” No mesmo sentido, pronuncia-se o Presidente do Conselho Diretivo da ARS do Norte.

A este respeito, salienta-se que o efeito referido advém não das diferentes taxas de utilização entre os utentes não frequentadores e os utentes frequentadores, mas das diferentes características que estes apresentam (idade, doenças associadas, etc.), que efetivamente se traduzem numa maior ponderação para efeitos de remuneração dos profissionais.

Acresce que a ativação da inscrição dos utentes em avaliação é feita meramente por via administrativa e não por via clínica. Na eventualidade de se incluir a modalidade<sup>46</sup> de ativação clínica, a intervenção do médico de família junto do utente poderia servir para avaliar, face ao quadro clínico, a manutenção da inscrição ou não do utente na respetiva lista. A saída da lista do utente por decisão médica permitiria uma melhor compreensão dos motivos da não frequência dos utentes em questão e poderia, inclusive, atrair os utentes não frequentadores, enquadrando-se na função do Estado de promover a saúde e no objetivo de atribuir médico de família a todos os cidadãos.

A manter-se a ativação meramente administrativa, será de considerar a agilização do processo pela sua integração no Portal do Utente do SNS.

#### 10.1.4. GESTÃO DA COMPOSIÇÃO E DIMENSÃO DAS LISTAS DE UTENTES AFETOS A CADA MÉDICO

Apesar de considerar inadequada a forma de atualização das listas de inscritos descrita no ponto 10.1.3, pela potencial perda de médico de família por parte dos utentes menos utilizadores, o Tribunal não deixou de reconhecer, no anterior relatório, a importância da atualização das listas de utentes atribuídas a cada médico.

De facto, a dimensão das listas de utentes de cada médico determinam a carga de trabalho que lhes está associada, influenciando por isso:

- a qualidade do serviço prestado;
- o valor do suplemento remuneratório pago aos profissionais médicos afetos a USF modelo B;
- os limites legalmente estabelecidos para a dimensão da lista de cada médico
- e, pela existência desses limites, o acesso de novos utentes aos cuidados de saúde primários.

Por estes motivos, a dimensão de cada lista deve ser adequadamente medida, por forma a refletir a carga de trabalho que lhe está associada.

Atualmente, a idade dos utentes, por influir na carga de trabalho que lhes está associada, já é considerada no cálculo da dimensão da lista de cada médico, avaliada em unidades ponderadas, não só para a determinação da sua dimensão máxima, mas, também, no caso dos médicos afetos a USF modelo B, para a atribuição de suplemento remuneratório.

Similarmente, a existência de utentes mais ou menos utilizadores dos cuidados de saúde primários, bem como de utentes não frequentadores há mais de 3 anos, implicam que o número de utentes que compõem

<sup>46</sup> Por exemplo, aquando da revisão do Despacho n.º 13795/2012, de 24 de outubro.



a lista afeta a cada médico pode não traduzir adequadamente a carga de trabalho efetivamente suportada pelo médico. Assim, considera-se ser de ponderar, também, a efetiva taxa de utilização dos cuidados de saúde, para a determinação da dimensão, ponderada, da lista de utentes de cada médico.

A simples exclusão dos utentes menos utilizadores, da lista de cada médico, por razões administrativas, não se coaduna com o carácter preventivo e de promoção da saúde dos cuidados de saúde primários. A sua manutenção nas listas, embora sem contar<sup>47</sup> para o apuramento da dimensão ponderada da lista, permitiria ao SNS promover uma atitude proactiva na gestão dos utentes não frequentadores dos cuidados de saúde primários, sem prejudicar o acesso dos utilizadores mais frequentes dos cuidados de saúde às listas de utentes abrangidos por médico de família.

Não existe uma normalização dos processos de criação e gestão das listas de utentes atribuídas a cada médico, nem as resultantes da gestão corrente do preenchimento das vagas, nem as resultantes da categorização dos utentes como não frequentadores, que determina a abertura de vaga na lista do médico.

A gestão corrente do preenchimento das vagas é feita ao longo do ano, pelos ACES em cooperação com as unidades funcionais (UCSP e USF), e não abrange a classificação dos utentes como “não frequentadores”, que resulta exclusivamente do processo anual de atualização do RNU. Estes dois processos são, assim, complementares.

A gestão das vagas libertas pela classificação dos utentes como não frequentadores é feita ou pelos ACES ou diretamente pelas unidades funcionais, sob supervisão, e a ocupação das vagas está a ser feita não de uma forma automática, por antiguidade, mas de acordo com as prioridades estabelecidas no n.º 3, do art.º 3º do Despacho n.º 4389/2015 “(...) *utentes grávidas e doentes crónicos com patologia que necessite de seguimento médico frequente, nomeadamente diabéticos e hipertensos (...)*” e com a recomendação feita ao Governo pela Assembleia da República através da Resolução n.º 116/2015<sup>48</sup>. Quanto aos restantes utentes, não há uma regra definida transversalmente, pelo que a atribuição de médico de família é feita de acordo com as orientações emanadas pelos ACES em função da tipologia de utentes utilizadores das unidades funcionais<sup>49</sup>. A maioria dessas vagas é absorvida pelas UCSP, onde reside o maior número de utentes sem médico de família.

Sobre esta matéria pronunciaram-se os ACES contactados, selecionados nas cinco regiões de saúde<sup>50</sup>. Da análise das respostas, conclui-se o seguinte:

<sup>47</sup> Ou, contando, mas com um fator de ponderação residual.

<sup>48</sup> Publicada no DR, 1ª série, em 10 de agosto, que reforça os cuidados de saúde primários na saúde infantil e na prestação de cuidados a crianças e jovens.

<sup>49</sup> A título de exemplo, no ACES Almada-Seixal foi criado um gabinete, junto da Unidade de Apoio à Gestão (UAG), para gerir a lista dos utentes identificados como não frequentadores por um período superior a três anos, diligenciado o contacto com os utentes para ativação da sua inscrição. A necessidade de criar este gabinete deveu-se ao facto de muitos dos utentes inscritos, de nacionalidade brasileira, terem deixado a área geográfica do ACES.

<sup>50</sup> Num total de 27 (ACES Gerês /Cabreira, ACES Ave Famalicão, ACES Espinho/Gaia, ACES Douro Sul, ACES Gondomar, ACES Marão e Douro Norte, ACES Porto Ocidental, ACES Alto Tâmega e Barroso, ACES Baixo Mondego, ACES Baixo Tâmega, ACES Cova da Beira, ACES Entre Douro e Vouga I – Feira- Arouca, ACES Baixo Vouga, ACES Lisboa Norte, ACES Almada-Seixal, ACES Loures/Odivelas, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, ACES Cascais, ACES Médio Tejo, ACES Arrábida, ACES Sintra, ACES Amadora, ACES Oeste Norte, ACES Alentejo Central, ACES Baixo Alentejo, ACES Algarve II – Barlavento e ACES Algarve II – Sotavento).



Quadro 7 – Processo de gestão de vagas nas listas de utentes por médico

▶ Processo de gestão de vagas	84% dos ACES selecionados procedem à gestão das vagas abertas pelos "utentes não frequentadores". Nos restantes a gestão é feita pelas unidades funcionais.
▶ Normas/circulares orientadoras emitidas pelo ACES ou produzidas pela ARS	Somente a ARSLVT e a ARS do Alentejo e 16% dos ACES* produziram circular orientadora sobre a metodologia a utilizar quanto à forma de gerir as vagas ocorridas nos ficheiros clínicos dos profissionais médicos, em resultado do processo de atualização dos utentes inscritos.
▶ Priorização p/ atribuição de vagas p/ além das legalmente fixadas	As prioridades definidas pelos ACES são a situação clínica, a antiguidade do pedido, a junção de familiares e a área geográfica.
▶ Vagas abertas na lista do médicos são preenchidas na totalidade	76% dos ACES da amostra preenchem as vagas na totalidade.
▶ Processo interno de atualização das listas de utentes	Em 68% dos ACES da amostra existe processo interno de atualização das listas de utentes dos médicos, com periodicidade mensal ou semestral, independente do processo ligado ao Despacho n.º 13795/2012, de 24 outubro.
▶ Carteira adicional p/ atendimento de utentes sem médico	Apenas 4% dos ACES da amostra contratualizaram com as USF carteira adicional de serviços para atendimento de utentes sem médico de família.

\* ACES do Douro Sul, Baixo Tâmega, Feira/Arouca, Ave/Famalicão e Barlavento Algarvio

A falta de uniformização dos procedimentos de gestão do processo das vagas ocorridas nas listas dos médicos, por ausência de normas/circulares orientadoras produzidas pelas ARS ou emitidas pelos ACES, leva a que existam várias práticas instituídas para a gestão das vagas, sendo que, na sua maioria, a mesma é feita em função da decisão do Conselho Executivo de cada ACES em cooperação com os profissionais médicos das UCSP e das USF.

Esta situação é potenciadora de desigualdades nos procedimentos instituídos, pelo que devem ser estabelecidas normas a nível nacional que enquadrem detalhadamente os procedimentos a adotar na criação e na atualização das listas de utentes atribuídas a cada médico.

O Presidente do Conselho Diretivo da ARS Centro, refere, em sede de contraditório, que “(...) relativamente aos critérios e procedimentos de organização das listas de utentes, está a ser cumprido nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) desta ARS. No entanto, é nosso entendimento que compete a cada ACeS a definição das prioridades para os restantes utentes, para além das mulheres grávidas e doentes crónicos, depois de devidamente caracterizada a população sem médico de família da unidade funcional, de acordo com os critérios sociodemográficos e o diagnóstico de saúde populacional do ACeS.”

#### 10.1.5. A NECESSIDADE DE MAXIMIZAÇÃO DAS HORAS MÉDICAS AFETAS AO ATENDIMENTO AOS UTENTES

No Relatório de Auditoria ao desempenho das unidades funcionais de cuidados de saúde primários, concluiu-se que o número total de horas médicas disponíveis na especialidade de medicina geral e familiar, tendo em conta as várias cargas horárias contratuais do pessoal médico, diminuiu cerca de 7% no período 2007-2012, estimando-se, face ao número total de consultas realizadas anualmente no SNS<sup>51</sup> por estes profissionais, que o tempo médio de cada consulta foi de, aproximadamente, 19 minutos, atingindo cerca de 21 minutos, em 2012.

No anterior relatório de auditoria o Tribunal salientou os ganhos potenciais da valorização do tempo médico, canalizando-o para a realização de consultas, libertando os profissionais médicos de tarefas administrativas e de outras tarefas em que possam ser substituídos por outros profissionais de saúde, nomeadamente pela:

- maximização da percentagem de horas dedicadas à atividade assistencial;
- minimização dos constrangimentos existentes a nível de trabalho administrativo ou da utilização das ferramentas informáticas de registo da atividade clínica e de prescrição eletrónica de medicamentos;
- reconsideração do papel dos diferentes profissionais de saúde na prestação de cuidados primários, permitindo a libertação de horas médico para a realização de consultas.

<sup>51</sup> Fonte: Ministério da Saúde: Relatórios anuais sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS.

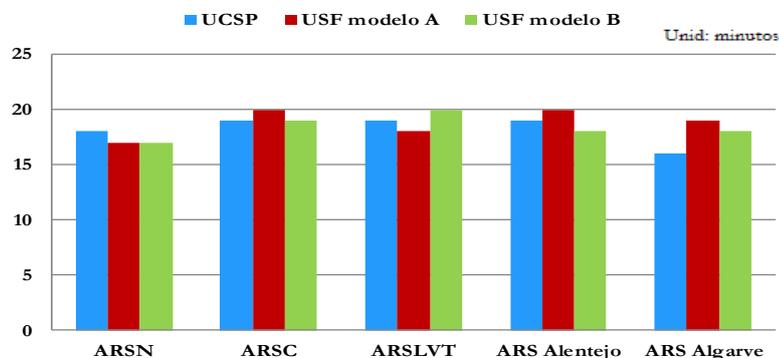


Que se poderia traduzir num aumento de 37% na atividade assistencial, equivalente a um reforço do número de médicos ETC em cerca de 227 947, o que corresponderia à atribuição de médico de família a cerca de 2,5M de utentes.

É de notar que o Tribunal não recomendou nem sugeriu a fixação de um tempo médio ou máximo por consulta de medicina geral e familiar, que deve ser função das horas totais disponíveis e ser adequado para responder às necessidades dos utentes.

Relativamente à duração média das consultas, o inquérito<sup>52</sup> de âmbito nacional realizado, no âmbito da auditoria, no início de 2015, permitiu aferir que, em termos médios, as consultas programadas de adultos apresentam uma duração média de 19 minutos nas UCSP e nas USF de modelo A e de 18 minutos nas USF de modelo B, sendo a Região de Saúde do Norte a que apresenta um tempo médio mais baixo (17 minutos)<sup>53</sup>.

Gráfico 9 – Tempo médio de duração de consulta programada de adultos



Fonte: SPMS, EPE

Relativamente à maximização do tempo médico disponível para o contacto com o utente, salientou-se também no anterior relatório a existência de estudos<sup>54</sup> que estimam que os médicos de família utilizam cerca de 33,4% do seu tempo diário em atividades que não o contacto direto com os utentes<sup>55</sup>, metade do qual em tarefas não diretamente relacionadas com os mesmos. Destacam-se nestas tarefas as seguintes: a renovação de prescrições de medicamentos, o seguimento de estudantes e internos, as reuniões/gestão do serviço e a comunicação administrativa com outros profissionais, relativa aos utentes.

Salientou-se, ainda, que vários dos tempos identificados no referido estudo são passíveis de serem reduzidos, exemplificando-se com os 8,6 minutos diários gastos com comunicações administrativas, os 7,3 minutos de contactos com delegados de propagação médica e os 5,7 minutos perdidos com problemas informáticos.

A permanecer o número elevado de utentes sem médico de família, é de toda a importância que as horas efetivamente disponíveis sejam afetadas à área assistencial (atendimento dos utentes). Foi, por isso, recomendado à Tutela que tomasse iniciativas no sentido de maximizar as horas consagradas à consulta por aligeiramento da carga administrativa e não assistencial dos médicos.

Com exceção da concretização do modelo de prestação de cuidados de enfermagem centrado no enfermeiro de família, no âmbito dos cuidados de saúde primários<sup>56</sup>, cuja implementação<sup>57</sup> tem sido feita

<sup>52</sup> Questionário elaborado no âmbito dos trabalhos de acompanhamento da anterior auditoria, com o propósito de recolha de informação sobre a atividade, a organização, o desempenho e a avaliação dos sistemas de informação de suporte da atividade médica, por parte dos utilizadores finais. Do universo das 779 unidades funcionais, responderam 615, correspondendo a uma taxa de resposta de 79%. De entre as unidades que responderam, 45% são UCSP, 30% são USF de modelo A e 26% são USF de modelo B.

<sup>53</sup> Ainda no âmbito do questionário, apurou-se que em 586 unidades funcionais (75,22% do total), o intervalo de tempo utilizado para a marcação de consultas programadas de adultos constante da agenda diária do médico fica entre os 15 e os 20 minutos.

<sup>54</sup> Vide nota de rodapé 18.

<sup>55</sup> A título de exemplo, são gastos, em média, por dia, 8,6 minutos em comunicação administrativa, 7,3 minutos em contacto com delegados de informação médica, 5,7 minutos com problemas informáticos.

<sup>56</sup> Cujos princípios e enquadramento se encontram estabelecidos no Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto.



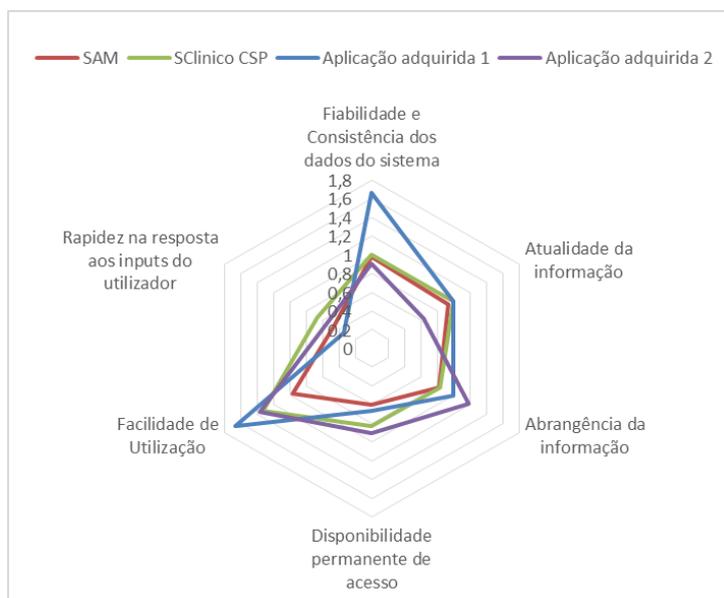
através de experiências piloto em cada Administração Regional de Saúde, e da generalização da prescrição eletrónica de medicamento, não foram apresentadas quaisquer outras medidas, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde do XIX Governo, que visassem este propósito.

É de salientar, neste âmbito, a continuidade dos problemas associados aos sistemas de informação em utilização para suporte à atividade clínica dos médicos nas unidades de cuidados de saúde primários, reportados no anterior relatório de auditoria e identificados no estudo supracitado.

A necessidade de melhoria dos sistemas de informação, especialmente do que suporta a prescrição eletrónica de medicamentos (PEM – Prescrição Eletrónica Médica<sup>58</sup>) fica bem patente nos resultados do inquérito realizado no âmbito da auditoria, acima referido.

A avaliação dos sistemas gerais de suporte da atividade médica foi a seguinte.

Gráfico 10 – Avaliação dos sistemas de informação utilizados nos CSP para suporte da atividade médica



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das unidades funcionais

A agregação das avaliações do sistema pelos utilizadores<sup>59</sup>, resulta numa classificação<sup>60</sup> global do sistema SAM de 10/20, inferior às atribuídas a sistemas adquiridos externamente por algumas unidades funcionais, cf. pode ser observado no gráfico supra. O sistema SClínico, que estava em fase piloto em algumas unidades, parece apresentar melhorias face ao sistema SAM, que vem substituir.

Quanto à aplicação de suporte à atividade médica de prescrição (PEM), esta tem sido criticada negativamente pelos profissionais utilizadores em resultado da ocorrência de perturbações persistentes no seu funcionamento, que se têm mantido no tempo.

A grande maioria das unidades funcionais de CSP reporta, no início de 2015, que são despendidos entre 4 e 10 minutos de cada consulta com o processo de prescrição eletrónica de medicamentos (30,65% entre 4 a 5 minutos e 29,03%, entre 5 a 10 minutos) no sistema PEM<sup>61</sup>.

<sup>57</sup> Regulada na Portaria n.º 8/2015, de 12 de janeiro.

<sup>58</sup> Desenvolvida pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, e implementada a partir de 2012, destina-se à prescrição eletrónica de medicamentos, de cuidados respiratórios domiciliários e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), Está disponível tanto nas instituições de cuidados de saúde primários como em cuidados hospitalares. O regime jurídico a que obedecem as regras da prescrição eletrónica encontra-se definido na Portaria n.º 198/2011, de 18 de maio, e no Despacho 9309/2013, de 9 de julho, publicado na 2ª. Série do DR, de 16 de julho, alterado pelo Despacho n.º 15967/2013, de 3 de dezembro, publicado na 2ª. Série do DR, de 9 de dezembro.

<sup>59</sup> Nas vertentes de “Fiabilidade e consistência dos dados do sistema”, “Atualidade da informação”, “Abrangência da informação”, “Disponibilidade permanente de acesso”, “Facilidade de utilização” e “Rapidez na resposta aos inputs do utilizador”.

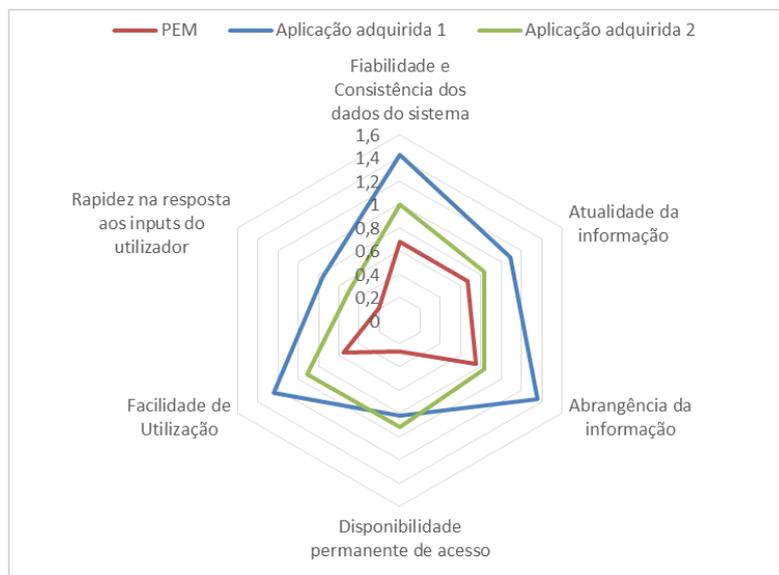
<sup>60</sup> As várias vertentes foram classificadas pelos respondentes numa escala Likert 3: “Pouco satisfatória”, “Satisfatória”. “Muito satisfatória”. As avaliações foram agregadas numa escala numérica em que “Pouco satisfatória” = 0, “Satisfatória” = 1 e “Muito satisfatória” = 2.

<sup>61</sup> Entre outras aplicações informáticas de prescrição utilizadas a resposta com maior percentagem situou-se entre os 5 e os 10 minutos.



Da agregação das avaliações do sistema PEM, resulta uma classificação global de 6/20, claramente inferior às atribuídas a sistemas adquiridos externamente por algumas unidades funcionais. Conforme pode ser observado no gráfico infra, essa avaliação é negativa e inferior à das alternativas adquiridas em todas as vertentes analisadas.

Gráfico 11 – Avaliação dos sistemas de informação utilizados nos CSP para a prescrição eletrónica



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das unidades funcionais

Nas vertentes “*disponibilidade permanente de acesso*” e “*rapidez na resposta aos inputs do utilizador*” as respostas obtidas foram claramente negativas: 73,66% e 79,93% dos respondentes, respetivamente, classificaram a sua experiência como “pouco satisfatória”. Note-se que são exatamente estes os itens que têm impacto direto na maximização do tempo médico disponível para o contato com os utentes.

As várias observações recebidas no âmbito do inquérito refletem a avaliação reportada, sendo recorrente a opinião que, apesar de a prescrição eletrónica agilizar, em teoria, o processo de prescrição, acaba, na prática, por ser mais morosa, pelos problemas associados à sua implementação. A título de exemplo:

- USF Famílias (ACES Douro e Vouga I): “*Indiscutivelmente que o processo de prescrição eletrónica (...) permite encurtar o tempo dedicado a essa tarefa; o problema é a lentidão do processo, seja no acesso à aplicação, seja nos frequentes pedidos de validação desse acesso, seja no acesso aos menus secundários de consulta de medicação crónica ou de prescrições anteriores, ou seja na própria impressão do documento e no regresso ao processo clínico do doente. Ou seja, apesar de todos os esforços e evolução das aplicações, nem sempre o acto médico, de consulta, registo ou prescrição, está ao alcance de um cli; talvez de um "cliiiiiiiiiiiiiiii.....iiiiii"*”
- USF Matriz (ACES Alentejo Central): “*A PEM veio piorar o tempo despendido para a prescrição de medicamentos. Este sistema não é rápido nem prático e não trouxe qualquer vantagem relativamente à prescrição anterior no SAM, quer na anulação de prescrições quer na migração deficiente da medicação habitual que se encontrava no SAM. Nas extensões de saúde é uma catástrofe devido à lentidão da rede.*”
- USF Mactamã (ACES Sintra): “*Duma forma geral o sistema de informação gasta mais de metade do tempo da consulta e é frequente a queixa de passarmos mais tempo a olhar para o monitor do que para a pessoa*”
- USF GLOBAL (ACeS Oeste Norte): “*Com esta aplicação as consultas são mais demoradas, os atrasos para as consultas seguintes aumentam; o tempo despendido na renovação não presencial de prescrição crónica é muito superior; a medicação crónica/habitual não foi transferida do SAM para o PEM; inutiliza muito tempo de contacto visual entre o médico e o utente; os computadores não estão todos configurados para esta aplicação; é muito lenta e tem bloqueios recorrentes e diários que perturbam muito o desempenho da atividade assistencial.*”

Por forma a ultrapassar as dificuldades verificadas nas unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, quanto à disponibilidade do sistema de prescrição eletrónica de medicamentos, veiculadas publicamente nas várias queixas dos profissionais médicos, fundamentalmente desde a sua alteração no final de 2013, os SPMS, EPE, efetuaram, no 1º semestre de 2014, um levantamento para identificar os problemas do funcionamento deficiente do PEM.



Não obstante as medidas que a SPMS identificou, no âmbito da auditoria, como tendo sido desenvolvidas em 2014 e 2015, nomeadamente quanto ao investimento na substituição de postos de trabalho e na adaptação das condições técnicas para melhorar o sistema (aumento da banda larga), tanto no final de 2014, como o inquérito realizado demonstra, como em setembro de 2015, ainda se registavam situações anómalas no sistema nas UCSP e USF, designadamente na disponibilidade permanente de acesso e na rapidez na resposta aos *inputs* do utilizador.

De facto, mais de 92% da amostra de ACES<sup>62</sup> das cinco regiões de saúde questionados em setembro de 2015 emitiram uma opinião negativa ao desempenho do PEM, referindo que esta condiciona a realização do trabalho médico, nomeadamente pela velocidade do acesso, pela indisponibilidade frequente da aplicação, pela falta de exportação de dados para a PDS (Plataforma de Dados da Saúde) e pela ausência de integração da informação nas várias aplicações disponíveis, associada, por vezes, a *hardware* obsoleto, apesar de alguns reconhecerem algumas melhorias no decurso do ano de 2015.

A título de exemplo:

- “Os Sistemas de Informação são muito úteis, mas devem ser melhorados. A mudança de operador da ONI para a NOS, trouxe muita instabilidade e lentidão (...) que perturba muitas vezes a relação Médico-Doente.” - ACES Cova da Beira.
- “ (...) Continuam a existir períodos em que o sistema está lento / indisponível (equipamento informático desatualizado ou problemas relacionados com a ligação a net/servidor), falta de actualização da medicação crónica ou, por vezes, incapacidade de “visualização da medicação crónica” em alguns utentes, demora na impressão ou existência de janelas a solicitar autorização para impressão.” – ACES Espinho/Gaia.
- “Relativamente ao desempenho da PEM (...) a situação melhorou substancialmente, havendo problemas pontuais (...). No entanto, os problemas de comunicação aumentaram exponencialmente, desde que houve a transição de operador da ONI para a NOS. Desde há 3 semanas se verifica um aumento de lentidão dos programas, segundo os técnicos da ARSC, IP será atribuído aos processos de desmaterialização da receita.” – ACES Baixo Vouga.
- “Embora o desempenho da PEM tenha melhorado em algumas unidades funcionais, ainda existem dificuldades de acesso e de resposta aos *inputs* do utilizador.” - ACES Sintra.
- “Continua mau embora se note um esforço para melhorar.” (USF Balsa); Em relação ao sistema de Prescrição Eletrónica PEM, embora houve uma ligeira melhoria no ano 2015 em termos de rapidez de execução, neste último mês tem sido um verdadeiro “calvário”, obrigando aos profissionais a recorrer às receitas manuais ou esperar até ao dia seguinte para poder passar as receitas eletrónicas.” (USF Esteva); “Todos os médicos da UCSP-MAR afirmam que houve uma progressiva melhoria do desempenho do programa PEM no decurso deste ano, mas referem algumas falhas nomeadamente: Ausência de acesso ao programa, durante vários períodos durante a consulta, no decurso deste ano; Desaparecimento do receituário crónico gravado, de alguns utentes. Lentidão da impressão da receita por necessidade de vários cliques, com conseqüente perda de tempo e conseqüentemente com menos tempo para consultas extras (UCSP Mar).- ACES Algarve - Sotavento.

Em sede de contraditório, no que respeita aos constrangimentos das ferramentas informáticas, o Ministro da Saúde reconhece que “ (...) antes da migração da Rede Informática da Saúde (RIS), bem como durante o processo de migração decorreram algumas dificuldades de funcionamento, nomeadamente lentidão e momentos de indisponibilidade dos Sistemas. Estas dificuldades encontram-se atualmente superadas, estando a RIS a funcionar em pleno e minimizados ao máximo os aspetos negativos referidos pelos ACES nesta Auditoria.” Sobre os constrangimentos associados ao sistema que suporta a PME, esclarece que se encontram “ (...) atualmente minimizados.” Salienta, por fim, o investimento acentuado, no primeiro trimestre de 2016, na desmaterialização dos procedimentos associados ao ciclo da prescrição.

Com o mesmo conteúdo, respondem os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS), acrescentando “ (...) que algumas das lacunas e dificuldades identificadas nesta auditoria poderão ser colmatadas com um investimento sólido na atualização e modernização do parque informático das ARS, tornando-o mais moderno e adequado às características dos atuais sistemas de informação.”

A ser assim, fica evidenciado que prevalecem, ainda assim, algumas dificuldades enunciadas pelos auditores no Relato de Auditoria, não sendo, no entanto, identificadas quais.

Aliás, nas alegações apresentadas pela Presidente da ULSBA, é referido que “Ainda existem alguns constrangimentos não só devido à PEM, mas também motivada pela existência de equipamentos obsoletos (...).”

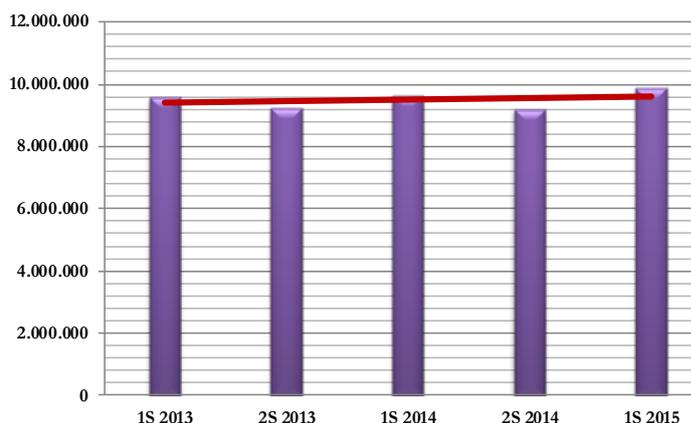
<sup>62</sup> Uma amostra de 27 ACES.



## 10.1.6. ATIVIDADE ASSISTENCIAL

A atividade assistencial das unidades funcionais (UCSP e USF) de cuidados de saúde primários, regista uma evolução positiva no 1º semestre de 2015, face aos períodos homólogos de 2013 e 2014, com crescimentos do número de consultas médicas realizadas de 2,95% e 2,65%, respetivamente. Como se pode observar do gráfico infra, a produção de consultas é, em cada ano, superior no primeiro semestre, mantendo-se, contudo, a produção semestral de consultas programadas sempre acima dos 9 milhões.

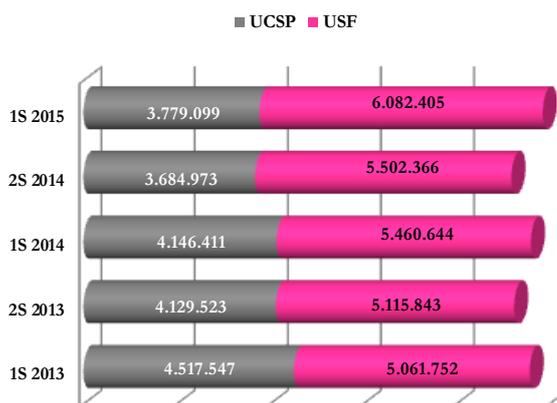
Gráfico 12 – N.º total de consultas médicas programadas - Nacional



Fonte: ARS-SIARS

A progressiva substituição das UCSP por USF, traduz-se no decréscimo gradual da produção de consultas programadas nas UCSP ao longo do triénio. No 1º semestre de 2015 houve menos 738.448 consultas face ao período homólogo de 2013, uma diminuição de 16,35%, e menos 367.312 consultas (-8,85%) face a 2014. Pelo contrário, e como seria de esperar, nas USF a variação é positiva, com um crescimento de 20,16% (+1.020.653 consultas) no 1º semestre de 2015, face ao período homólogo de 2013 e de 11,39%, face a 2014 (+621.761 consultas).

Gráfico 13 – N.º de consultas médicas programadas nas UCSP e USF



Fonte: ARS-SIARS

O crescimento do número de utentes com médico de família com a criação de USF (13,33% nas de modelo A e 16,06% nas de modelo B), além de melhorar o acesso aos cuidados de saúde primários destes utentes, contribuiu, igualmente, para que o aumento da atividade destas unidades tenha superado a diminuição verificada na atividade das UCSP que, na maioria dos casos, vieram substituir.

De facto, não obstante a diminuição do número de profissionais médicos por aposentação (cfr. ponto 10.1.2) ser transversal a ambos os tipos de unidades, deixando temporariamente sem médico os utentes inscritos na lista desses médicos, a verdade é que o regime de intersubstituição nas USF garante a



realização de consulta e o acompanhamento aos utentes inscritos nessas unidades, o que não acontece nas UCSP, em que o acompanhamento dos utentes sem médico de família é feito sem a regularidade e programação que é exigida na contratualização com as USF e da qual está dependente parte do seu financiamento.

Tal traduz-se na cultura instituída nas USF de promover a atividade assistencial, convocando os utentes a comparecerem na unidade por forma a acompanhar a evolução do estado de saúde, designadamente dos utentes crónicos, que contribui para a prossecução dos objetivos fixados no Plano de Ação e, no caso das USF de modelo B, para a eventual atribuição de incentivos.

Relativamente à tipologia das consultas realizadas no 1º semestre de 2015 (nas UCSP e USF), verifica-se que cerca de 26% são consultas indiretas (não presenciais), isto é, sem a presença física do utente na unidade de saúde. Neste tipo de consultas está incluída a avaliação médica para emissão de receituário, solicitado pelos utentes.

Quadro 8 – N.º de consultas presenciais e não presenciais

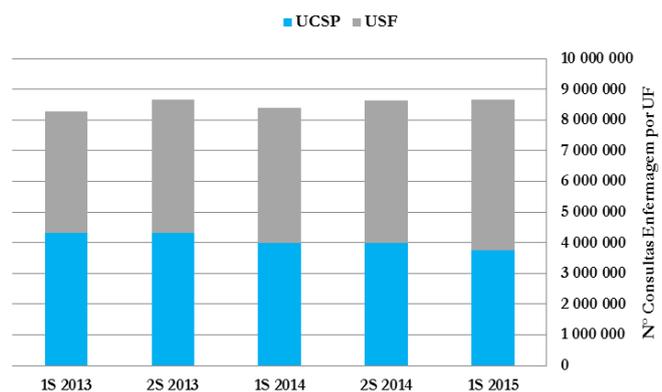
UF	Tipo consulta	1S 2013		2S 2013		1S 2014		2S 2014		1S 2015	
		Nº	%								
UCSP	Presenc.	6 700 278	75%	5 963 754	74%	6 035 226	75%	5 522 803	74%	5 712 112	75%
	Não presenc.	2 207 560	25%	2 137 225	26%	2 006 675	25%	1 919 882	26%	1 914 168	25%
	<b>Subtotal</b>	<b>8 907 838</b>	<b>100%</b>	<b>8 100 979</b>	<b>100%</b>	<b>8 041 901</b>	<b>100%</b>	<b>7 442 685</b>	<b>100%</b>	<b>7 626 280</b>	<b>100%</b>
USF	Presenc.	5 497 166	73%	5 392 143	71%	5 884 098	72%	5 801 877	71%	6 425 025	73%
	Não presenc.	2 066 129	27%	2 255 453	29%	2 273 968	28%	2 421 522	29%	2 400 293	27%
	<b>Subtotal</b>	<b>7 563 295</b>	<b>100%</b>	<b>7 647 596</b>	<b>100%</b>	<b>8 158 066</b>	<b>100%</b>	<b>8 223 399</b>	<b>100%</b>	<b>8 825 318</b>	<b>100%</b>
<b>Total</b>	Presenc.	12 197 444	74%	11 355 897	72%	11 919 324	74%	11 324 680	72%	12 137 137	74%
	Não presenc.	4 273 689	26%	4 392 678	28%	4 280 643	26%	4 341 404	28%	4 314 461	26%
<b>Total</b>		<b>16 471 133</b>	<b>100%</b>	<b>15 748 575</b>	<b>100%</b>	<b>16 199 967</b>	<b>100%</b>	<b>15 666 084</b>	<b>100%</b>	<b>16 451 598</b>	<b>100%</b>

Fonte: ARS - SIARS

A proporção de consultas não presenciais é superior nas USF (entre 27% e 29), comparativamente à verificada nas UCSP (entre 25% e 26%).

As consultas de enfermagem<sup>63</sup> realizadas no 1º semestre de 2015, nas cinco regiões de saúde, mostram um crescimento de 3,33% face ao mesmo período de 2014 e, quando comparado com 2013, um crescimento de 4,93%. Esse incremento poderá ser resultado da atividade dos profissionais de enfermagem inseridos nas USF, responsáveis pela prestação de cuidados aos diferentes níveis da prevenção, em particular nas situações de maior vulnerabilidade, e que têm coresponsabilidade pela qualidade do desempenho e dos resultados atingidos.

Gráfico 14 – N.º de consultas de enfermagem



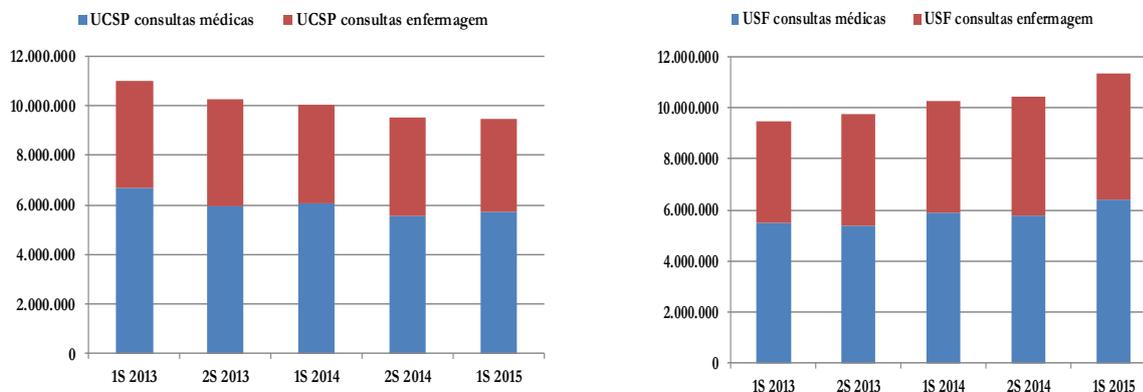
Considerando o período analisado, nas UCSP as consultas de enfermagem têm um peso de cerca de 68,12% face ao número de consultas médicas e nas USF esse peso é de 76,74%. O maior peso verificado

<sup>63</sup> As consultas de enfermagem em saúde reprodutiva, saúde materna, saúde infantil e juvenil, saúde do adulto, em especial o portador de doenças crónicas, nomeadamente metabólicas e de risco cardiovascular, e a saúde do idoso, essencialmente no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença ou de complicações, têm como referencial a "Carteira Básica de Serviços" (Anexo I da Portaria n.º 1368/2007) e constituem a base das suas intervenções nas USF e UCSP. "O enfermeiro de saúde familiar responsabiliza-se pela prestação de cuidados de enfermagem a um grupo de famílias de uma área geográfica específica, nas diferentes fases do ciclo vital da família e aos diferentes níveis da prevenção, em particular nas que originam situações de maior vulnerabilidade.



em ambas as unidades, no segundo semestre dos anos em análise, está associado ao período de vacinação dos utentes com idade superior aos 65 anos.

Gráfico 15 – Total de consultas médicas vs. Total de consultas de enfermagem nas unidades funcionais



Fonte: ARS - SIARS

Verifica-se uma tendência de crescimento da proporção de consultas de enfermagem no número de consultas médicas, embora inferior ao que seria desejável para dar resposta à necessidade atual de maximização do tempo médico efetivamente afeto a consultas, pela revisão dos papéis dos restantes profissionais de saúde.

### 10.1.7. TEMPOS DE ESPERA

Uma das componentes do acesso aos cuidados de saúde é o tempo de espera entre o pedido de realização de um ato médico e a sua efetiva realização. Tendo em conta a relevância deste indicador, foi recomendado, no anterior relatório de auditoria, que o sistema de informático de registo da atividade nos cuidados de saúde primários incluísse a possibilidade de registar a data do pedido da marcação de uma consulta, permitindo o cálculo do tempo de espera entre esse pedido e a efetiva realização da consulta.

Segundo informação prestada pela ACSS,IP, está a ser desenvolvido um sistema de informação que cobrirá a área administrativa dos cuidados de saúde primários, que substituirá o atual sistema, e que permitirá registar a informação referente à data do pedido de marcação da consulta.

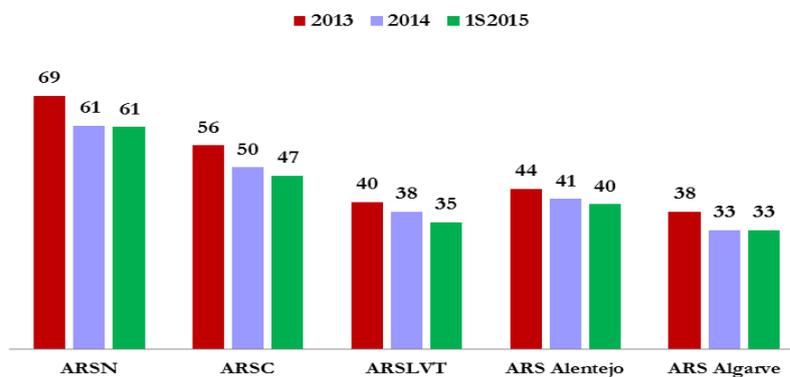
Acresce que, em contactos com a SPMS, EPE, se apurou que, embora não disponível para consulta, diretamente no sistema atualmente implementado, a data do pedido de cada consulta é informação que consta da base de dados do sistema, tendo sido fornecida informação relativa aos anos de 2013, 2014 e ao primeiro semestre de 2015<sup>64</sup>.

No que respeita aos tempos de espera para obtenção de consulta programada de adultos apurou-se o resultado que consta do gráfico seguinte.

<sup>64</sup> A base de dados que serviu para o apuramento foi fornecida pela SPMS, EPE.



Gráfico 16 – Média do tempo de espera entre o pedido e a realização efetiva da consulta – Regiões de Saúde



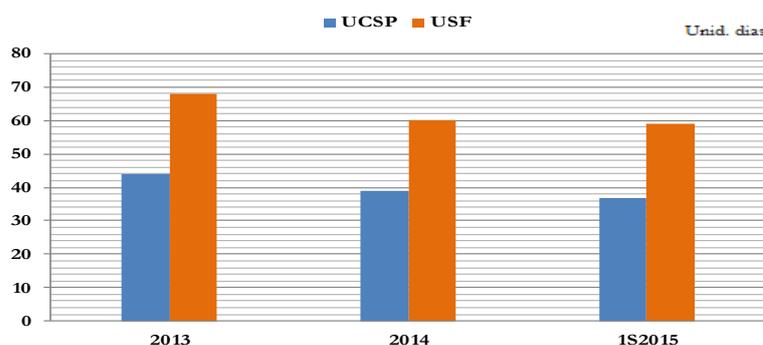
Unid: dias

Fonte: SPMS, EPE.

Todas as regiões de saúde registam uma média do tempo de espera, entre o pedido de consulta programada (efetuado pelo utente) e a realização efetiva de consulta, superior ao tempo máximo de resposta garantido (TMRG), previsto na Portaria n.º 87/2015, de 23 de março, para os cuidados de saúde primários<sup>65</sup>, não obstante a diminuição da média do tempo de espera verificada ao longo do triénio. Refira-se que no apuramento para o efeito não foram incluídas as consultas de doença aguda (em que os utentes são atendidos no próprio dia) nem as consultas marcadas através do e-Agenda (marcação eletrónica de consultas), pelo que existem formas alternativas de acesso que permitem minimizar os eventuais efeitos destes tempos de espera para consulta programada.

Diferenciando por tipo unidades funcionais, verifica-se que são as USF (modelo A e B) que apresentam uma média do tempo de espera mais elevado quando comparadas com as UCSP. No 1º semestre de 2015, um utente esperava em média por uma consulta numa USF 59 dias, enquanto numa UCSP obteria a consulta em 37 dias.

Gráfico 17 - Média do tempo de espera entre o pedido e a realização efetiva da consulta – Unidades Funcionais



Fonte: SPMS, EPE.

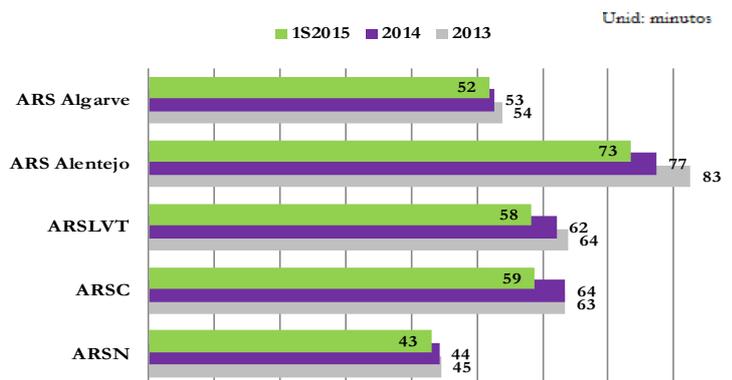
Tal poderá estar relacionado com uma maior programação, ao longo do ano, do atendimento a cada utente, pelos médicos das USF, nomeadamente quanto ao cumprimento dos planos de consultas de vigilância dos utentes vulneráveis e de risco (hipertensos e diabéticos), que são marcadas pelos médicos de forma programada, deixando menos vagas na agenda para as consultas programadas a pedido do utente.

Quanto à média de tempo de espera entre a admissão administrativa do doente e o início da consulta, a Região de Saúde do Alentejo é a que assinala uma média de tempo de espera mais elevada, com o utente a aguardar 73 minutos, no 1º semestre de 2015, contrariamente à Região de Saúde do Norte em que um utente esperou em média 43 minutos para ser observado pelo médico.

<sup>65</sup> Para a prestação de cuidados na unidade funcional (UCSP ou USF) a pedido do utente, por motivo não relacionado com doença aguda, o Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG) é de 15 dias úteis a partir da data do pedido.



Gráfico 18 - Média do tempo de espera entre a admissão administrativa do doente e o início da consulta - ARS

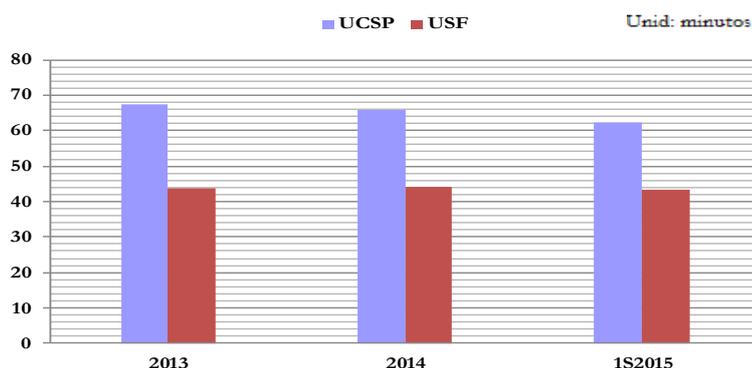


Fonte: SPMS, EPE

Verificou-se uma melhoria no tempo de espera registado entre a admissão administrativa do utente e o início da consulta entre 2013 e 2015.

Analisando os dados por tipo de unidade funcional, no 1º semestre de 2015, cada utente inscrito numa USF aguardou em média 43 minutos entre a admissão administrativa do doente e o início da consulta, enquanto um utente inscrito numa UCSP aguardou, em média, 62 minutos.

Gráfico 19 - Média do tempo de espera entre a admissão administrativa do doente e o início da consulta - UF



Fonte: SPMS, EPE

O tempo de espera elevado está relacionado não só com o atraso que pode resultar do acumular de consultas com atendimento de duração acima da média, mas também com a eventual chegada antecipada dos utentes à sua unidade de saúde<sup>66</sup>.

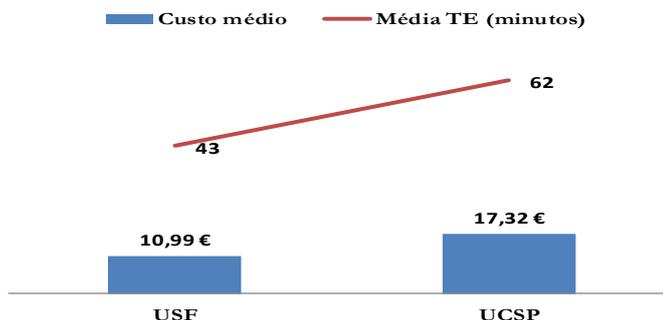
Tendo em conta a média do tempo de espera verificado nas UCSP (62 minutos) e nas USF (43 minutos) procedeu-se, como mera hipótese de trabalho, ao apuramento do custo de oportunidade associado ao tempo de espera que um utente no ativo enfrenta desde o registo administrativo de confirmação de presença e o início da consulta com o seu médico, tendo por base no salário médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem<sup>67</sup>.

<sup>66</sup> Seja por motivos pessoais, seja por antecipação de eventuais problemas de organização administrativa pode levar à não realização da consulta.

<sup>67</sup> <http://www.pordata.pt/Portugal/Sal%C3%A1rio+m%C3%A9dio+mensal+dos+trabalhadores+por+conta+de+outrem+remunera%C3%A7%C3%A3o+base+e+ganho-857>



Gráfico 20 – Custo de oportunidade associado ao tempo de espera até atendimento, por consulta



Fonte: Elaboração própria.

Tendo em conta os tempos de espera verificados em 2014, um utente no ativo com um salário médio mensal, teria um custo de oportunidade de € 17,32 e de € 10,99, respetivamente, se a inscrição for numa UCSP ou numa USF.

Nesse pressuposto, considerando o número de consultas realizadas, em 2014, aos utentes entre a faixa etária dos 18 aos 65 anos<sup>68</sup> (5.568.081), nas unidades funcionais (USF e UCSP), o tempo de espera terá representado um custo de oportunidade global de € 74.684.400, correspondente a 0,04% ao PIB de 2014, traduzido na redução da produção de riqueza pelos trabalhadores/utentes que recorreram à prestação de cuidados de saúde nessas unidades.

Quadro 9 – Perda ocorrida no total das consultas programadas – 1º semestre de 2015

	Salário médio mensal 911,50€
Perda em Euros (USF+UCSP)	74.684.400
Perda em relação ao PIB 2014	0,04%

Fonte: Elaboração própria.

Tendo em conta as diferenças verificadas entre os dois tipos de unidades funcionais e entre unidades de diferentes regiões de saúde, existe margem para obter ganhos significativos pela melhor organização administrativa das unidades, que se possam traduzir na redução dos tempos de espera no dia da consulta.

Para além disso, melhorar a informação quanto aos horários das consultas evitando a concentração de utentes nas salas de espera e, conseqüentemente, a diminuição do risco de contágio e transmissões de infeções e melhorar a funcionalidade dos sistemas de informação, contribui idênticamente para uma boa gestão do tempo.

Em face do exposto, é de toda a pertinência que se promova uma cultura de gestão do tempo nas unidades funcionais que prestam cuidados de saúde através da melhoria no sistema organizacional, designadamente na área administrativa, com a introdução de medidas corretivas por forma a alcançar um bom fluxo de trabalho que aliado a um bom desempenho e à qualidade do atendimento traduz-se em benefícios quantitativos para o utente e, naturalmente, em ganhos em saúde.

### 10.1.8. DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÃO AO CIDADÃO/UTENTE SOBRE A OFERTA DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Da recomendação formulada às ARS para promoverem, através do sítio na Internet dos ACES a divulgação de informação de caráter útil para o cidadão/utente sobre a oferta dos cuidados de saúde das unidades funcionais, nomeadamente, nas áreas de promoção da saúde e prevenção da doença, verificou-se que a maioria dos ACES não dispõe de sítio na Internet ou não tem a página atualizada.

O quadro seguinte apresenta a informação recolhida no decurso da auditoria.

<sup>68</sup> Que representa 56,46% dos utentes inscritos que recorreram à sua unidade de saúde para receber cuidados de saúde, pelo menos uma vez no ano.



Quadro 10 – Divulgação de informação nos sítios da Internet

Entidade	Informação recolhida
ARS	
Norte, Centro, LVT, Alentejo, Algarve	A divulgação dos TMRG dos ACES não é feita desde 2013. Nesse ano, foi feita no sítio da Internet da respetiva ARS, através da publicação do Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde. Não foi feito, nos últimos 2 anos, qualquer investimento para desenvolver os sítios e as páginas, individuais dos ACES, nem das unidades funcionais (USF e UCSF). A localização da informação no sítio não é de fácil acesso para o utilizador. A informação existente é anual e está agrupada por ACES, e não por unidades funcionais de prestação de cuidados, de uma forma individual.
ACES	
Porto Ocidental	Tem o sítio da Internet criado pelo próprio ACES. Não tem sido feito qualquer investimento de atualização desde 2013. O ACES providenciou junto das unidades funcionais a afixação dos TMRG definidos na Portaria n.º 87/2015, de 23 de março. A informação sobre tempo de espera para uma consulta programada (ex. tempo médio mensal por unidade) é dada ao utente presencial ou telefonicamente. Foi referido pelo Diretor Executivo que o ACES deixou de fazer qualquer investimento no sítio da Internet, por entender que é da responsabilidade da ARSN, para além da criação e promoção, também a gestão e manutenção dos sítios dos ACES.
Espinho/Gaia	O ACES não tem sítio criado na Internet, pelo que a informação dos TMR e outros é publicada no sítio da Internet da ARSN.
Lisboa Norte Almada-Seixal	O ACES não tem sítio criado na Internet, pelo que a informação dos TMR e outros é publicada no sítio da Internet da ARSLVT.

Não está, ainda, implementada na sua plenitude a recomendação formulada. Na sua maioria, a divulgação é feita nos sítios próprios das ARS e não dos ACES. Pelo Vice-Presidente da ARSN é invocada a contenção de despesa como fundamento para a falta de investimento na manutenção/criação de sítios na Internet dos ACES. Devem, no entanto, ser considerados os potenciais benefícios da divulgação adequada de informação, não só no funcionamento regular das unidades de cuidados de saúde primários, mas também na promoção da saúde e prevenção da doença.

Sobre esta matéria, a Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT informa, em sede de contraditório, que “ (...) *continuará a providenciar que a informação seja melhorada e divulgada no respetivo portal (...), não estando previsto e desenvolvimento de sítios na internet para os ACES.*”

## 10.2. Estrutura remuneratória do pessoal nas unidades de cuidados de saúde primários

As medidas adotadas pelo Ministério da Saúde não se traduzem, de uma forma geral, no acolhimento das recomendações formuladas pelo Tribunal de Contas.

Exceção é a proposta existente de alteração do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, que acolhe parcialmente algumas das recomendações formuladas.

Recomendação	Acolhimento
<u><i>À Ministra do Estado e das Finanças e ao Ministro da Saúde</i></u>  Clarificar, por via legal, o regime remuneratório dos profissionais integrados em USF, designadamente as de modelo B, por forma a não subsistirem dúvidas quanto à natureza dos eventuais suplementos e compensações pelo desempenho.	O Ministério das Finanças considera que o regime remuneratório é atualmente auditável e de fácil perceção pelos contribuintes, pelo seu enquadramento da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, e no Decreto-Lei n.º 25/2015, de 6 de fevereiro, que explicita as obrigações específicas que fundamentam a atribuição de suplementos remuneratórios e diplomas associados.  ✗ No entanto, subsistem as críticas expressadas no relatório da auditoria até porque não foi ainda publicada a Portaria que irá fixar os níveis e os respetivos montantes da tabela única de suplementos, e a sua articulação (ou revogação) com os diplomas que regulam a atribuição dos incentivos financeiros aos profissionais das USF de modelo B, pelo que se considera a recomendação não acolhida.  Por não se encontrar ainda publicado o diploma que procederá à alteração ao Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, apesar de



existir uma proposta nesse sentido, subsistem dúvidas quanto à natureza dos suplementos e compensações pelo desempenho dos profissionais das USF de modelo B. Assim, considera-se a recomendação não acolhida.

## Ao Ministro da Saúde

i. Promover a revisão do Decreto – Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, de modo a manter a coerência do seu modelo de organização e funcionamento com a “combinação de salários e de compensações pelo desempenho”, designadamente:

- Clarificando a natureza de pagamentos a título de prémio de desempenho da componente remuneratória denominada de “incentivos financeiros” atribuída aos profissionais de enfermagem e assistentes administrativos;
- Garantindo a equidade interna e a coerência com o modelo de gestão e funcionamento das USF B, tornando a “compensação associada ao desenvolvimento das atividades específicas” atribuída aos médicos, dependente da verificação do cumprimento de objetivos previamente contratualizados;
- Ponderando a elevada correlação (95%) existente entre a componente remuneratória de suplementos relativos à dimensão e perfil da lista de utentes e a componente de compensação pelo desempenho associada à realização de atividades específicas, auferidas pelos profissionais médicos.
- Ponderando a supressão dos acréscimos auferidos pelas funções de orientador de formação e pelas funções de coordenação, nos casos aplicáveis.

A manter-se o teor do texto proposto do diploma de alteração do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, tal como se encontra redigido, considera-se que a recomendação está acolhida parcialmente, uma vez que se mantém na remuneração variável a componente remuneratória denominada “incentivos financeiros”, apesar de deixar de existir o pagamento de prémios de desempenho. Por outro lado, mantêm-se os acréscimos remuneratórios pelas funções de orientador de formação e coordenadores de equipa (neste caso propõe-se uma redução de € 630,00), alargando-se aos profissionais das USF de modelo A e às UCSP.

Da proposta de diploma verifica-se, ainda, uma nova modalidade de complemento remuneratório mensal (considerado de incentivo), a atribuir aos profissionais médicos inseridos nas USF de modelo A e nas UCSP, para promover o alargamento das respetivas listas de utentes, o que diminui as assimetrias existentes.

ii. Promover a revisão da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, no sentido de repor a expressão “prémio de desempenho”, tal como constava da redação do n.º 1 do art.º 3.º da Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, e regulamentar as condições de apuramento e pagamento da “compensação pelo desempenho associado ao desenvolvimento de atividades específicas” atribuída aos médicos, no sentido de a mesma adquirir as características processuais e motivacionais associadas a verdadeiros prémios de desempenho, tal como já acontece com os incentivos financeiros pagos a enfermeiros e administrativos.

Não obstante estar em discussão a proposta de alteração aos vários diplomas interligados entre si sobre a matéria em apreço, o que só por si é uma iniciativa com vista ao acatamento da recomendação, porém considera-se a recomendação não acolhida, tendo em conta que não se conhece o texto final do diploma e, portanto, não ser possível avaliar se essas alterações estão em conformidade com a recomendação formulada.

✔ - Recomendação acolhida ! - Recomendação parcialmente acolhida ✘ - Recomendação não acolhida

### 10.2.1. INCENTIVOS FINANCEIROS

Por forma a impedir o aumento da remuneração e, conseqüentemente, o aumento da despesa com pessoal, a LOE para 2015<sup>69</sup> manteve, na sua redação, a proibição de quaisquer atos que consubstanciem valorizações remuneratórias, designadamente os resultantes da atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim, já prevista na LOE para os anos de 2013 e de 2014<sup>70</sup>. Também a Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março – Lei Orçamento do Estado para 2016, prevê no seu art.º 18º, n.º 1, que “Durante o ano de 2016, como medida de equilíbrio orçamental, são prorrogados os efeitos dos artigos 38º a 43º e 73º da Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro, cujas medidas são progressivamente eliminadas a partir de 2017”, pelo que se mantém a proibição constante das LOE anteriores.

A dúvida suscitada quanto à natureza dos incentivos atribuídos, por compensação pelo desempenho e pagos a profissionais de enfermagem e assistentes técnicos integrados em USF modelo B, foi sobejamente estudada e esclarecida no Relatório de Auditoria n.º 17/2014 – 2ª S., tendo o Tribunal concluído que os referidos incentivos configuravam, na sua essência, prémios de desempenho<sup>71</sup>, abrangendo o sentido e o alcance que o legislador na LOE pretendeu com a proibição de valorização e de outros acréscimos

<sup>69</sup> Art.º 38º, n.º 2, alínea b), da Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro.

<sup>70</sup> Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, e Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro.

<sup>71</sup> Sustentado inclusive no n.º 3 do art.º 38º do Decreto-Lei 298/2007, de 22 de agosto, e na Portaria 301/2008, de 8 de abril, que regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF e aos profissionais que as integram, a qual estabelece no n.º 1 do art.º 3º, que os incentivos financeiros detêm a natureza de prémios de desempenho.



remuneratórios, onde se inclui a atribuição de prémios de desempenho, prevista nas normas das respetivas LOE<sup>72</sup> para 2013 e 2014.

O Tribunal concluiu que a alteração literal<sup>73</sup> ocorrida quanto à designação da natureza atribuída aos incentivos por via da publicação da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro<sup>74</sup>, não modificou a natureza de prémio de desempenho, dado que se mantiveram inalterados os processos de apuramento e atribuição dos incentivos, preservando-se o seu carácter contingente<sup>75</sup>, isto é, dependente da verificação das metas estabelecidas anualmente.

Convém, ainda, referir que o Relatório de Auditoria não defendeu nem recomendou a supressão dos incentivos financeiros, mas sim a suspensão do seu pagamento dadas as referidas proibições constantes da LOE. Concomitantemente, recomendou a revisão e classificação, por parte do legislador, do sistema de atribuição dos suplementos e das compensações pelo desempenho previstos para as USF e para os seus profissionais, por forma a tornar o sistema mais transparente e justo.

Face às conclusões proferidas pelo Tribunal sobre a matéria sub judice, foi recomendado à Ministra de Estado e das Finanças e ao Ministro da Saúde “*Clarificar, por via legal, o regime remuneratório dos profissionais integrados em USF, designadamente as de modelo B, por forma a não subsistirem dúvidas quanto à natureza dos eventuais suplementos e compensações pelo desempenho.*” Tal aclaração justificava-se considerando também as dúvidas levantadas pela Administração Regional de Saúde do Norte, pela indefinição de um entendimento da Tutela setorial, através da ACSS, mas sobretudo pelo parecer e esclarecimentos fornecidos pela Direção-Geral da Administração e Emprego Público (DGAEP), tutelada pela Ministra de Estado e das Finanças.

Em sede de acatamento de recomendações, a Chefe do Gabinete da Ministra de Estado e das Finanças do XIX Governo Constitucional vem esclarecer que com a publicação da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (Lei n.º 35/2014, de 20 de junho - LTFP) e, ainda, com a explicitação das obrigações específicas que fundamentam a atribuição de suplementos remuneratórios aos trabalhadores abrangidos pela LTFP e a respetiva forma de integração na tabela única de suplementos (TUS), expressa na recente publicação do Decreto-Lei n.º 25/2015, de 6 de fevereiro, estão reunidas as condições legislativas e regulamentares que permitem enquadrar o sistema de incentivos financeiros dos profissionais das USF de modelo B, possibilitando a existência de um sistema auditável e de fácil perceção pelos contribuintes.

Por sua vez, o Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde do XIX Governo Constitucional vem referir que as alterações introduzidas pela Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, à Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, clarificam o regime remuneratório dos profissionais integrados em USF, regulando os critérios e condições de atribuição dos incentivos financeiros aos profissionais que integram as USF.

Considera-se que as diligências mencionadas não respondem à recomendação formulada.

Não obstante as reservas expressas pelo Tribunal no Relatório anterior sobre o suporte legal do pagamento anual de compensações pelo desempenho, através da atribuição de incentivos financeiros aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos inseridos nas USF de modelo B, foram pagos em 2014 e 2015, pela respetiva ARS e pelas Unidades Locais de Saúde do Baixo Alentejo e do Norte Alentejano, os incentivos financeiros.

O quadro seguinte apresenta os montantes dos pagamentos, no triénio.

<sup>72</sup> Art.º 35º, n.º 2, alínea b) da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, e art.º 39º, n.º 2, alínea b) da Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro.

<sup>73</sup> Eliminação da expressão “prémios de desempenho”, prevista no n.º 1, do art.º 3º, *in fine*, da Portaria ora alterada, e sua substituição pela expressão “(...) como parte da remuneração prevista para os profissionais das USF”

<sup>74</sup> Que altera a Portaria que regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros - Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril.

<sup>75</sup> Ver Armstrong, Michael & Murlis, Helen, (2014), “A gestão da Remuneração- Manual de Estratégia, Práticas da Remuneração”, ed. Piaget, Lisboa, [21; 22].



Quadro 11 – Incentivos financeiros abonados a profissionais de enfermagem e assistentes técnicos

Carreira	Enfermagem			Assistente Técnico		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
ARSN	1 869 729 €	2 119 260 €	2 567 550 €	470 061 €	524 449 €	635 279 €
ARSC	292 424 €	345 600 €	263 700 €	70 423 €	79 925 €	56 063 €
ARSLVT	975 947 €	1 100 993 €	N.D.	253 073 €	280 341 €	N.D.
ARS Alentejo	0 €	38 890 €	57 600 €	0 €	9 774 €	13 608 €
ULSBA	29 160 €	0 €	29 160 €	7 495 €	0 €	7 198 €
ULSNA	0 €	0 €	14 400 €	0 €	0 €	3 450 €
ARS Algarve	52 200 €	61 560 €	61 560 €	16 100 €	20 336 €	20 336 €
<b>Total</b>	<b>3 219 460 €</b>	<b>3 666 303 €</b>	<b>2 993 970 €</b>	<b>817 152 €</b>	<b>914 825 €</b>	<b>735 934 €</b>

Fonte: De acordo com os dados reportados pelos CD das ARS: valores referentes a incentivos financeiros pagos (com redução) em 2013, 2014 e 2015, relativos ao desempenho de 2012, 2013 e 2014. Na ULSBA os incentivos referentes ao ano de 2011 foram pagos em janeiro de 2013 e os incentivos de 2013 foram pagos em janeiro de 2015.

Na defesa apresentada em sede de contraditório do anterior Relatório de Auditoria, pelos membros e ex-membros dos Conselhos Diretivos das ARS quanto à eventual infração financeira pelos pagamentos efetuados nos anos de 2012 e 2013, estes alegaram terem agido, na prossecução das suas atribuições, com a precaução e a diligência que lhes eram exigidas, na convicção absoluta de estarem a cumprir a lei. Neste âmbito, pronunciou-se o Tribunal considerando que, a existir eventual infração financeira, os dirigentes, agiram sem culpa, não lhes sendo, como tal, imputável qualquer censura, uma vez que se limitam a cumprir as orientações emanadas da Tutela sobre a matéria.

Porém, tendo em conta as conclusões proferidas pelo Tribunal no sentido de os incentivos financeiros pagos aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos configurarem autênticos prémios de desempenho, vedados pelas sucessivas LOE, desde 2013, e não tendo sido aduzidos novos factos nem alterado o enquadramento jurídico que sustente a legalidade do pagamento dos incentivos financeiros aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, deveriam os membros dos Conselhos Diretivos das ARS e os membros dos Conselhos de Administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE (ULSBA) e da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE (ULSNA), em exercício de funções nas gerências de 2014 e 2015, terem atuado com a prudência e a diligência que lhes são exigidas no desempenho das suas funções, quando autorizaram a despesa e o subsequente pagamento dos incentivos financeiros dos referidos profissionais, em resultado do processo de avaliação da contratualização interna dos anos de 2013 e de 2014.

Acresce que não foram efetuadas diligência junto da Tutela no sentido de obter informação sobre o estado do esclarecimento por via legal que tinha sido recomendado pelo Tribunal.

*In casu*, tratando-se de dirigentes da Administração Pública a conduta é censurável pelo facto de terem agido com falta de cuidado e diligência inerentes às suas funções, contrariamente ao que era de esperar.

Não tendo ocorrido qualquer alteração do regime de suplementos e incentivos das USF, mantém-se a necessidade de clarificação da natureza de prémio destes incentivos financeiros, pela tutela, tendo em conta que a proposta existente de revisão do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, é insuficiente e até perpetuadora da dissonância identificada entre a letra da lei e a substância desta componente remuneratória, dado que, mais uma vez, é efetuada uma mera alteração literal do seu enquadramento, deixando de os qualificar, na letra da lei, como “compensação pelo desempenho”.

Até porque a Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março – Lei Orçamento do Estado para 2016, prevê no seu art.º 18º, n.º 1, que **“Durante o ano de 2016, como medida de equilíbrio orçamental, são prorrogados os efeitos dos artigos 38º a 43º e 73º da Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro, cujas medidas são progressivamente eliminadas a partir de 2017”** Ou seja, mantém-se durante o ano de 2016 a proibição de valorizações remuneratórias.



## 10.2.2. SUPLEMENTOS E COMPENSAÇÕES PELO DESEMPENHO

Relativamente às recomendações formuladas sobre a matéria versada dos incentivos, designadamente a de promover a revisão do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, clarificando a natureza de pagamentos a título de prémio de desempenho da componente remuneratória atribuída aos profissionais de enfermagem e assistentes administrativos, o Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde informou, em sede de acatamento de recomendações, que o diploma se encontrava a ser revisto “(...) *com vista à adaptação do texto do diploma às circunstâncias atuais, à sua clarificação e facilitação da sua interpretação* (...)”. Informando, ainda, que o projeto de diploma introduz alterações a nível do regime remuneratório das equipas “(...) *quer no que se reporta à remuneração dos médicos, à remuneração dos enfermeiros e do pessoal administrativo (assistentes técnicos), e às funções de orientador de formação, e de coordenador da equipa.*”

Na proposta de decreto-lei do Ministério da Saúde do XIX Governo Constitucional consta a atribuição de um suplemento remuneratório pelo aumento da lista de utentes aos profissionais médicos especialistas em MGF a exercerem funções em USF de modelo A e nas UCSP e a extensão, a estes profissionais, dos acréscimos remuneratórios por funções de orientadores de formação do internato de especialidade de MGF ou de coordenador da equipa. A alteração proposta terá como resultado uma redução de assimetrias dos sistemas remuneratórios entre os profissionais das unidades funcionais que exercem funções nas USF de modelo A e nas UCSP, revisão que se considera positiva embora insuficiente para dar resposta às observações produzidas pelo Tribunal de Contas sobre a matéria, no anterior relatório de auditoria.

De facto, mantêm-se diversas assimetrias nos regimes remuneratórios, entre os profissionais que exercem as suas funções nas USF modelo B e os que as exercem em USF modelo A ou em UCSP:

- relativamente aos profissionais de enfermagem e ao pessoal administrativo mantêm-se inalteradas as assimetrias;
- relativamente aos profissionais médicos o alargamento do suplemento remuneratório pelo aumento da lista de utentes aos profissionais das USF modelo A e das UCSP é feito em condições distintas das previstas para os médicos das USF modelo B:
  - nas USF modelo B os médicos recebem um suplemento de € 234 pelo acréscimo de 44 utentes<sup>76</sup>;
  - o suplemento equivalente previsto no alargamento aos restantes profissionais médicos é de € 101 (43% do suplemento atribuído aos médicos das USF modelo B), apresentando fórmula de cálculo distinta<sup>77</sup>.
- mantêm-se as assimetrias associadas aos restantes suplementos e compensações pelo desempenho dos profissionais médicos.

A proposta também não aborda:

- o problema suscitado no anterior relatório, de o pessoal médico ser remunerado duas vezes, pelo mesmo utente, através de duas diferentes componentes remuneratórias, situação que não ocorre quanto aos restantes profissionais: o suplemento de aumento da lista mínima de utentes e a compensação pelo desempenho associada ao registo de atividades específicas realizadas aos utentes dessa lista (a forte associação entre as duas componentes remuneratórias é traduzida pelo coeficiente de correlação, que é superior a 95%);
- as dúvidas suscitadas relativamente à adequação da atribuição dos acréscimos auferidos pelas funções de orientador de formação e pelas funções de coordenação, no caso de o profissional estar no topo da carreira médica (assistente graduado sénior), tendo em conta que estas funções poderão já estar compreendidas no seu conteúdo funcional.

A manter-se o texto proposto, tal como se encontra redigido, de alteração ao Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, antecipa-se, assim, que o impacto sobre o regime remuneratório dos profissionais das

<sup>76</sup> Em média. A atribuição do suplemento nas USF de modelo B está associada ao conceito de unidades ponderadas (UP), pelo que é atribuído por cada aumento da lista em 55 UP. Em média, 55 UP correspondem a 44 utentes típicos a nível nacional.

<sup>77</sup> O suplemento previsto para os médicos que exercem a sua atividade em USF modelo A e em UCSP é calculado de forma linear, segundo a fórmula  $CR = NU \times 2,3$ , em que CR=Complemento Remuneratório, NU=Número de utentes contratualizados para além da dimensão mínima da lista e 2,3 é um fator de ponderação.



USF modelo B será modesto, uma vez que as alterações propostas não vêm alterar de forma substancial o regime de incentivos instituído, mantendo inalteradas as componentes do atual regime remuneratório.

Mais uma vez é efetuada uma mera alteração literal do enquadramento dos “incentivos financeiros” atribuídos a enfermeiros e administrativos, deixando de os qualificar, na letra da lei, como “compensação pelo desempenho”.

Por outro lado, mantêm-se os acréscimos remuneratórios pelas funções de orientador de formação e coordenadores de equipa (neste caso propõe-se uma redução de € 630,00), alargando-se, como referido, aos profissionais das USF de modelo A e às UCSP.

Em sede de contraditório, a Presidente da ULSBA refere que “...verifica-se uma falta de equidade entre a remuneração dos profissionais das UCSP e USF”, salientando que “ Os resultados observados na ULSBA, (...), indicam que o fator remuneratório não é potenciador de melhores resultados (...)” Conclui que “Realmente existe um acréscimo de custos associados às remunerações dos profissionais afetos à USF que não se traduz numa evidente melhoria em termos de indicadores.”

No âmbito desta matéria foi elaborado pela ACSS um relatório onde se descreve os potenciais impactos decorrentes das alterações a introduzir ao Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto<sup>78</sup>, pelo projeto de decreto-lei em apreciação.

O resumo das alterações propostas e o impacto das mesmas ao nível da massa salarial anual e do potencial acréscimo de utentes com médico de família constam do quadro seguinte.

Quadro 12 – Impacto das alterações propostas ao Decreto-Lei n.º 298/2007

Alteração	Impacto
▶ Aplicação do regime das 40h aos profissionais médicos nas USF de modelo B, com revisão das dimensões base das listas de utentes por médico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Decréscimo da despesa salarial anual de - € 10.351.604, com a redução da remuneração mensal em - € 632.</li><li>• Acréscimo potencial de 104.586 utentes com médico de família</li><li>• Redução de despesa com enfermeiros de - € 7.105.200, com a diminuição da atual remuneração mensal em - € 437 um excedente de cerca de 20 enfermeiros.</li><li>• Redução de despesa com secretários clínicos de - € 5.364.720, com a diminuição da atual remuneração mensal em - € 430 e um excedente de cerca de 290 secretários clínicos.</li></ul>
▶ Aplicação do regime das 40h aos profissionais médicos nas USF de modelo B, com revisão dos rácios de utentes por profissional	<ul style="list-style-type: none"><li>• Redução da massa salarial anual de - € 1.141.920€, com a redução da remuneração mensal em € 520.</li><li>• Redução da massa salarial anual em - € 286.166.</li></ul>
▶ Redução do acréscimo remuneratório aos coordenadores de equipa	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumento da massa salarial anual de € 1.550.789, com o aumento da remuneração mensal em € 101</li></ul>
▶ Redução do valor/hora suplementar, por alargamento do horário suplementar a profissionais médicos, enfermeiros e secretariado clínico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acréscimo do número de utentes com MF de 56.188.</li></ul>
▶ Incentivo remuneratório pelo aumento de utentes aos profissionais de MGF das USF de modelo A, assumindo que todos contratualizam mais 44 utentes	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumento da massa salarial anual de € 807.576, com o aumento da remuneração mensal em € 101.</li></ul>
▶ Incentivo remuneratório pelo aumento de utentes aos profissionais de MGF das UCSP, assumindo que todos contratualizam mais 44 utentes	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acréscimo do número de utentes com MF de 29.260.</li></ul>
▶ Atribuição de complemento remuneratório por alargamento da lista a clínicos gerais	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumento da massa salarial anual de 726.223€, com o aumento da remuneração mensal em € 350.</li><li>• Acréscimo do número de utentes com MF de 51.839.</li></ul>
<b>Impacto Global ▶</b>	<b>Variação da massa salarial anual de - € 21.165.022</b> <b>Potencial acréscimo de utentes com médico de família: 241.873 utentes</b>

<sup>78</sup> Regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integram as USF de modelo B.



### 10.3. Unidades de Saúde Familiar – constituição e evolução temporal

Foram tomadas medidas pelo Ministério da Saúde no sentido do acolhimento das recomendações do Tribunal de Contas, embora apenas uma das três recomendações esteja completamente acolhida.

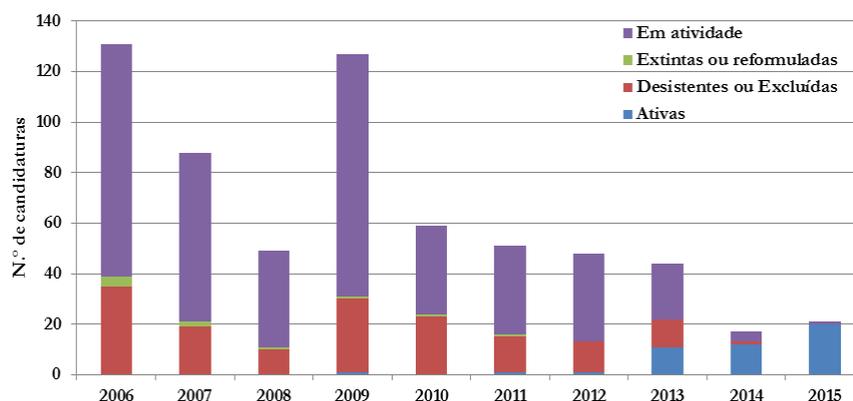
Recomendação	Acolhimento
<b>Ao Ministro da Saúde</b>	
i. Determinar que a aprovação de candidaturas a USF por parte das ARS seja precedida de uma orçamentação que revele os impactos orçamentais para o SNS.	Com a publicação do Despacho n.º 6080-B/2014, de 9 de maio, as ARS devem, previamente, fundamentar a necessidade da candidatura e o lançamento de uma nova USF pela demonstração de interesse público, sustentando a abertura da nova unidade numa avaliação de custo-benefício. Com a implementação da presente medida, considera-se a recomendação acolhida.
ii. Prever e definir condições para a “despromoção” de Unidades de Saúde Familiar (USF), em modelo organizacional B, para modelo A, caso a avaliação global do desempenho da USF seja reiteradamente negativa.	A proposta de alteração ao Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, submetida pelo Ministério da Saúde, prevê a inclusão de uma sanção de maior gravidade (exclusão) para as USF que, dentro de determinadas condições, não cumpram de forma sucessiva e reiterada a carta de compromisso.  Desconhecendo-se se o articulado proposto irá manter-se, uma vez que a processo para a aprovação da proposta de alteração ao diploma citado ainda não está concluído, considera-se a recomendação acolhida parcialmente.
ii. Ponderar a instituição de USF de modelo C, caso este se venha a revelar benéfico para a solução a curto prazo da existência de cidadãos sem médico de família atribuído, sem prejuízo da sustentabilidade do SNS.	Considera-se a recomendação acolhida parcialmente tendo em conta que o Ministério da Saúde já providenciou pela elaboração de um diploma legislativo que irá proceder à criação de um novo ramo cooperativo - o das cooperativas de saúde – para a implementação de USF de modelo C.  No entanto, não foram realizados quaisquer estudos sobre os custos e benefícios esperados com a sua implementação.

- Recomendação acolhida - Recomendação parcialmente acolhida - Recomendação não acolhida

#### 10.3.1. DISTRIBUIÇÃO DE CANDIDATURAS E EVOLUÇÃO TEMPORAL POR REGIÃO DE SAÚDE

A nível nacional<sup>79</sup>, o número de candidaturas propostas (entradas) para a constituição de Unidades de Saúde Familiar (USF), tem vindo a registar uma diminuição (com exceção do ano de 2009), existindo uma elevada concentração das candidaturas nos dois anos iniciais, 2006 e 2007, e em 2009. De 2013 para 2014 houve uma redução de 61,36% das candidaturas entradas (menos 27 candidaturas). Essa tendência parece estar a ser contrariada no 1º semestre de 2015, em que já deram entrada 21 candidaturas, contra as 17 que se registaram em 2014.

Gráfico 21 – Situação atual das candidaturas entradas, por ano de entrada



Fonte: ACSS

Das 638 candidaturas entradas até ao 1º semestre de 2015, a Região de Saúde de Norte é a que continua a concentrar o maior número de candidaturas submetidas (306), correspondendo a 48,19% do total das candidaturas, seguida da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo com 182 (28,66%).

<sup>79</sup> Cfr. Relatório sobre candidaturas e constituição de USF e UCC, publicado pela ACSS, em 8 de julho de 2015.

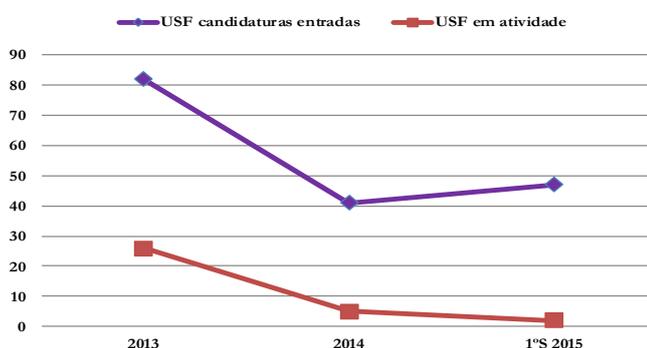


Do total das candidaturas apresentadas, em junho de 2015, estavam em atividade 425 USF, ou seja, 66,61%. Neste universo de USF, 197 são de modelo B, isto é, 46,35%.

Para além da diminuição do número de candidaturas à constituição de USF modelo A, parte significativa das candidaturas entradas no último triénio tem permanecido na situação de candidaturas ativas conforme se verifica no Gráfico 21. As candidaturas ativas, num total de 46 (acumulado) em junho de 2015, correspondem às que não tendo desistido nem sido excluídas, ainda não tinham iniciado a sua atividade.

Das 82 candidaturas entradas, para constituição de USF modelo A, desde janeiro de 2013 a junho de 2015, iniciaram a atividade 27 USF, ou seja, 32,93%<sup>80</sup>. Das 88 candidaturas a transitarem para USF de modelo B, apenas 6 iniciaram a atividade, que corresponde a 6,98%<sup>81</sup>.

Gráfico 22 – Candidaturas entradas por ano vs USF atualmente em atividade



Fonte: ACSS, IP

Do total acumulado de USF de modelo A que iniciaram a atividade, no período acima referido, foi de 69<sup>82</sup>, houve um ganho assistencial de 3,7%, o que correspondeu a atribuição de um médico de família a 8.371 utentes.

Existem também 40 candidaturas ativas, não para constituição de USF, mas para a transição de USF de modelo A para USF de modelo B.

Estas situações poderão decorrer de dois fatores, seguidamente analisados.

### *A desadequação atual do processo de candidatura à constituição de USF*

A diminuição das candidaturas à criação de USF modelo A poderá decorrer da desadequação atual do processo<sup>83</sup> de candidatura à constituição de uma USF, face à evolução da atividade e funcionamento das várias unidades funcionais de cuidados de saúde primários.

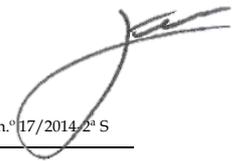
Passados dez anos desde a criação das primeiras USF, e dado o carácter voluntário associado à sua constituição, é de esperar que os profissionais do SNS interessados em apresentar candidaturas já o tenham feito, pelo que novas candidaturas se limitarão sobretudo a novas entradas de pessoal. Tal reflete-se no número de candidaturas apresentadas e consequentemente na perda assistencial [menos utentes a beneficiar do aumento das listas de cada médico de família (ganho potencial)] da sua não constituição. Por outro lado, as candidaturas mais recentes enfrentam novas dificuldades organizativas em termos da disponibilidade de instalações e de afetação de recursos humanos (necessidade de garantir a continuidade das operações das UCSP nas quais, em muitos casos, exercem atualmente funções os profissionais que se candidatam à constituição de uma USF).

<sup>80</sup> Das 82 candidaturas entradas, não iniciaram a atividade 54 (43 permanecem com candidaturas ativas e 11 resultaram em desistências ou exclusões).

<sup>81</sup> Das 88 candidaturas à transição de modelo A para modelo B de USF, 82 não haviam transitado (39 permanecem como candidaturas ativas e 43 resultaram em desistências ou exclusões).

<sup>82</sup> Incluindo candidaturas apresentadas de anos anteriores a 2013.

<sup>83</sup> Que funciona de forma voluntária com o preenchimento de um conjunto de requisitos administrativos pré-definidos, sem riscos para os aderentes, isto é, não comprometem os proponentes com qualquer investimento em instalações, equipamentos e meios tecnológicos, nem os vinculam à apresentação de soluções mais económicas e eficientes, designadamente, na constituição das equipas, no número total de elementos ou de profissionais de cada carreira (médicos, enfermeiros, assistentes administrativos).



Segundo a informação prestada pelas ARS<sup>84</sup>, as candidaturas atualmente em fase ativa, a aguardar aprovação, resultam, de facto, na sua maioria, de dificuldades relacionadas com a mobilidade de profissionais para a constituição das equipas, dado exercerem funções noutras unidades, e com a necessidade de remodelação ou aquisição de instalações.

Estes constrangimentos suscitam a necessidade de ser ponderada a alteração ao regulamento de candidaturas para adesão ao modelo de USF<sup>85</sup>, por forma a organizar centralmente a sua constituição, tendo em conta as condicionantes organizativas dos ACES e as reais necessidades dos cidadãos, criando unidades onde são mais precisas, designadamente no interior do país, minimizando a desigualdade observada entre o litoral e aquela região, onde a oferta de equipamentos de saúde é menor.

### *As limitações à constituição de USF por medidas legislativas*

A partir de 2012 foi fixado, por Despacho conjunto dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde<sup>86</sup>, o número máximo anual de USF a constituir e o número máximo de USF de modelo A a transitar para modelo B, distribuídos pela área de jurisdição territorial de cada uma das ARS. O quadro seguinte resume, por ARS, os limites anuais fixados, as candidaturas entradas no ano, e as candidaturas ativas no final de cada ano.

Quadro 13 – Limites à constituição de USF

Tipo USF		Modelo A				Modelo B					
Ano	Região	Limite (1)	Candidaturas			Dif. (1)-(2)	Limite	Candidaturas			Dif. (1)-(2)
			ativas em 01/01	entradas no ano	total (2)			ativas em 01/01	entradas no ano	total (2)	
2012	Norte	23	28	23	51	-28	17	18	20	38	-21
	Centro	5	19	6	25	-20	2	3	2	5	-3
	LVT	20	16	17	33	-13	12	12	27	39	-27
	Alent	5	3	2	5	+0	2	3	1	4	-2
	Alg	3	0	0	0	+3	2	2	3	5	-3
2013	Norte	24	22	21	43	-19	8	24	21	45	-37
	Centro	24	15	9	24	+0	6	5	3	8	-2
	LVT	16	12	13	25	-9	4	7	14	21	-17
	Alent	3	3	1	4	-1	2	0	0	0	+2
	Alg	2	0	0	0	+2	0	2	0	2	-2
2014	Norte	11	13	8	21	-10	7	13	12	25	-18
	Centro	16	12	5	17	-1	5	6	2	8	-3
	LVT	16	10	3	13	+3	6	4	10	14	-8
	Alent	4	1	0	1	+3	1	0	0	0	+1
	Alg	3	1	1	2	+1	0	2	0	2	-2
2015	Norte	7	13	20	33	-26	8	26	26	52	-44
	Centro	12	8	3	11	+1	5	3	2	5	+0
	LVT	10	10	8	18	-8	2	9	14	23	-21
	Alent	2	0	0	0	+2	1	1	1	2	-1
	Alg	2	3	4	7	-5	2	0	0	0	+2

Fonte: ACSS, Relatório candidaturas e constituição de USF e UCC

É de notar que a relação entre os limites impostos à criação de USF modelo A e as USF efetivamente criadas não é direta, tendo em conta que a criação de uma USF, *de novo*, implica a mobilização de recursos humanos e materiais, o que pode atrasar, ou até impedir, a constituição da unidade.

O mesmo não se verifica em relação à transição das USF de modelo A para modelo B, sendo que os limites impostos terão sido influenciados pelos acrescidos custos com pessoal, associados ao modelo remuneratório das USF modelo B.

Verifica-se, de uma forma global, que os limites anualmente fixados por despacho foram insuficientes para acomodar as candidaturas a USF A e as propostas de transição para USF B, tendo em conta as candidaturas acumuladas no início de cada ano e as entradas no decurso do ano.

Em termos de regiões, os maiores desvios verificam-se na região de saúde do Norte, onde tanto a criação de USF modelo A como a criação de USF modelo B podem ter sido limitadas.

Em termos da tipologia das USF, o limite imposto é mais notado na transição de USF do modelo A para o modelo B.

<sup>84</sup> Com exceção da ARS do Alentejo que não tem nenhuma candidatura ativa.

<sup>85</sup> Despacho Normativo n.º 5/2011, do SEAS, de 4 de março de 2011, publicado na 2ª série do DR, de 15 de março.

<sup>86</sup> Em cumprimento do disposto no n.º 3, do Despacho n.º 24101/2007, de 8 de outubro, publicado no DR, de 22 de outubro, do Ministro da Saúde, foram publicados os seguintes diplomas: Despacho n.º 9999/2012, de 19 de julho; Despacho n.º 4586-A/2013, de 28 de março; Despacho n.º 6080-B/2014, de 8 de maio; Despacho n.º 6850-A/2015, de 17 de junho, e Despacho n.º 6739-A/2016, de 18 de maio.



Sobre a observação do Tribunal quanto às limitações impostas pelas quotas fixadas para a criação e transição de USF, refere o Presidente do Conselho Diretivo da ARSN nas suas alegações em sede de contraditório que “ (...) ela é consistente com a posição que a ARS Norte sempre demonstrou superiormente, que também entendeu e entende que todas as candidaturas existentes devem ser concretizadas, em favor dos cidadãos, pelas razões já apontadas de práticas eficientes que as USF promovem.”

### *Impacto da não entrada em funcionamento das candidaturas atualmente ativas*

O número total de utentes abrangidos pelas candidaturas ativas era, em junho de 2015, no caso das USF de modelo A, de 479.009, sendo o ganho potencial de utentes<sup>87</sup> de 114.298 nestas unidades, e nas USF de modelo B, era de 479.205, com um ganho potencial de 33.098 utentes. O quadro seguinte apresenta a caracterização das candidaturas de USF ativas.

Quadro 14 – N.º de utentes propostos na candidatura a USF de modelo A e B e ganho potencial

ARS	Candidaturas ativas mod. A	Utentes s/ médico	Médicos	Utentes propostos na candidatura (1)	Ganho potencial (2)	Diferença (1-2)	% utentes que ganharia MF
Norte	19	167.503	95	174.484	27.354	147.130	<b>16,33%</b>
Centro	12	132.595	71	124.272	16.447	107.825	<b>12,40%</b>
LVT	12	797.877	80	147.922	61.134	86.788	<b>7,66%</b>
Alentejo	0	37.389	0	0	0	0	<b>0,00%</b>
Algarve	3	149.506	18	32.331	9.363	22.968	<b>6,26%</b>
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>1.284.870</b>	<b>264</b>	<b>479.009</b>	<b>114.298</b>	<b>364.711</b>	<b>8,90%</b>

ARS	Candidaturas ativas mod. B	Utentes s/ médico	Médicos	Utentes propostos na candidatura (1)	Ganho potencial (2)	Diferença (1-2)	% utentes que ganharia MF
Norte	28	167.503	152	330.030	27.129	302.901	<b>16,20%</b>
Centro	5	132.595	30	62.050	5.014	57.036	<b>3,78%</b>
LVT	6	797.877	38	77.125	22	77.103	<b>0,00%</b>
Alentejo	1	37.389	5	10.000	933	9.067	<b>2,50%</b>
Algarve	0	149.506	10	0	0	0	<b>0,00%</b>
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>1.284.870</b>	<b>235</b>	<b>479.205</b>	<b>33.098</b>	<b>446.107</b>	<b>2,58%</b>

Fonte: ACSS

Verifica-se que a média de utentes inscritos na lista de cada médico à data da candidatura a USF de modelo A era, para o total de candidaturas apresentadas a nível nacional, de 1.381 utentes. A nível de região de saúde, esse número varia entre os 1.549, na ARSN, e os 1.085, na ARSLVT<sup>88</sup>. Com a aprovação das respetivas candidaturas e a entrada em atividade das USF, o ganho potencial representaria um aumento da lista, em média, de 433 utentes. Ou seja, cada médico ficaria com uma lista de 1.814 utentes inscritos, valor abaixo da dimensão máxima da lista prevista na legislação (1.900). Este aumento permitiria, ainda assim, assegurar a atribuição de um médico de família a uma população adicional de 114.298 utentes.

No caso das candidaturas ativas a USF de modelo B, a média de utentes inscritos por médico era, a nível nacional, de 1.900, com um ganho potencial de, em média, 141 utentes por médico. Neste caso, resultaria numa lista de 2041 utentes. A nível de região de saúde, estaríamos perante listas de inscritos balizadas entre os 2.030 utentes na ARSLVT e os 2.171 na ARSN. Este aumento permitiria assegurar a atribuição de um médico de família a uma população adicional de 33.098 utentes.

Assim, a não entrada em atividade das 86 candidaturas (total nacional) a USF de modelo A e B que permanecem ativas, impediu a atribuição de médico de família a pelo menos 11,47% dos utentes sem

<sup>87</sup> Ganho potencial de utentes é a diferença entre o número de utentes propostos, tal como consta no formulário eletrónico de candidatura submetido, e o número de utentes inscritos nos ficheiros dos médicos que se candidatam.

<sup>88</sup> Na ARSC a média é de 1.519 utentes inscritos na lista por médico e na ARS Algarve a média é de 1.276 utentes.

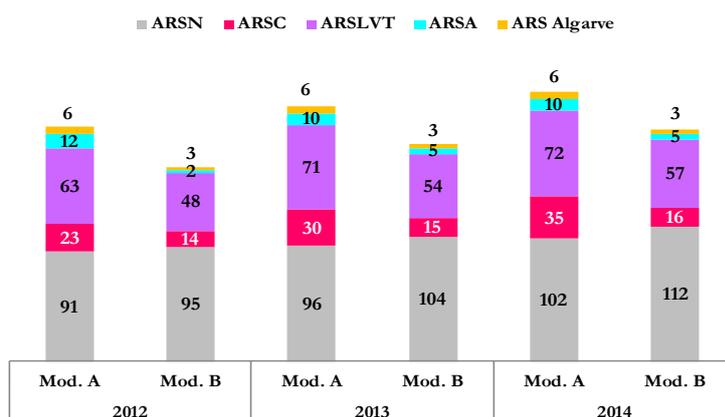


médico, ou seja, a 147.396 utentes. Só na Região de Saúde do Norte, a percentagem de utentes que não beneficiou da atribuição de médico atinge os 32,53% (54.483 utentes).

### *Evolução do número de USF em funcionamento*

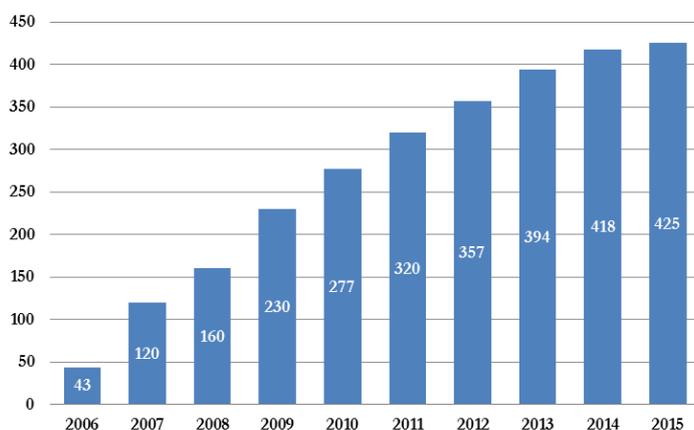
No triénio de 2012 -2014, verifica-se um crescimento gradual do número de USF de modelo B, em funcionamento, em 16,06%, comparativamente com as USF de modelo A, que cresceram 13,33%, traduzindo uma diminuição dos novos projetos de USF – cf. gráfico seguinte.

Gráfico 23 – Evolução do n.º de USF de modelo A e B por Região de Saúde no triénio 2012-2014



Fonte: ACSS, IP

Gráfico 24 – Evolução do n.º de USF em atividade – Nacional



A nível nacional, o crescimento do número de USF (de modelo A e B) em atividade, entre 2006 e 2015, foi de 89,88%. Porém, ao comparar os biénios neste período, verifica-se uma desaceleração no crescimento. Entre 2006 e 2008, o crescimento foi de 272%, entre 2009 e 2011, de 39% e no triénio de 2012 e 2014, de 17%. No 1º semestre de 2015 foi registado o início de atividade de 11 USF<sup>89</sup>, contrastando com as 49 USF<sup>90</sup> que iniciaram a sua atividade no ano de 2014.

Quanto à evolução temporal do número de USF por região de saúde, observa-se um crescimento menos acentuado, a partir de 2011, em todas as regiões de saúde, com exceção do ano de 2012 na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (com um aumento de 15,32% face a 2011) e, em 2013, na Região de Saúde do Centro (com um aumento de 17,78% face a 2012).

<sup>89</sup> Oito USF de modelo A e três USF de Modelo B.

<sup>90</sup> Vinte e cinco de modelo A e vinte e quatro de modelo B.



Quadro 15 – Variação anual de entrada de USF em atividade

ARS	Δ% 2006/07	Δ% 2007/08	Δ% 2008/09	Δ% 2009/10	Δ% 2010/11	Δ% 2011/12	Δ% 2012/13	Δ% 2013/14	Δ% 2014/15
ARSN	253,33%	32,08%	58,57%	27,03%	19,86%	10,06%	7,53%	7,00%	1,40%
ARSC	188,89%	38,46%	-25,00%	14,81%	9,68%	8,82%	21,62%	13,33%	3,92%
ARSLVT	118,75%	28,57%	73,33%	12,82%	6,82%	18,09%	12,61%	3,20%	1,55%
ARSA	50,00%	0,00%	100,00%	33,33%	62,50%	7,69%	7,14%	0,00%	0,00%
ARS Algarve	200,00%	100,00%	33,33%	12,50%	11,11%	-10,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Fonte: ACSS, IP

Na Região de Saúde do Algarve não existe registo de início de atividade de nenhuma USF desde 2012 e na Região de Saúde do Alentejo desde 2013.

Até 2012, os resultados alcançados com a criação de USF haviam-se traduzido na atribuição de um médico de família a 569.580 utentes<sup>91</sup>. Não obstante, continuavam a existir, nesta data, 1.657.526<sup>92</sup> utentes sem médico de família.

Em junho de 2015, estavam inscritos nos cuidados de saúde primários 10.281.362 utentes, dos quais 1.280.425 não tinham médico de família atribuído, ou seja, 12,45% do total dos inscritos<sup>93</sup>.

De acordo com a informação prestada pela ACSS, o ganho assistencial com a criação de USF de modelo A e a transição de USF para modelo B contribuiu para o aumento de 0,47% (+41.735) do número de utentes com médico de família registado no 1º semestre de 2015, face a 2014.

No ACES Almada-Seixal, observou-se a implementação de uma prática com vista ao aumento de prestação de cuidados e consequentemente ganhos em saúde por redução do número de utentes sem médico de família.

A medida proposta pela Direção Executiva do ACES Almada-Seixal aos internistas do 4º ano para a criação de uma unidade tem dois objetivos: *i)* prestar cuidados de saúde aos utentes sem médico de família e *ii)* vir a constituir uma USF. A resposta foi positiva: 90% dos internos aceitaram o desafio, tendo sido criada a “Unidade de Internos – UI”. Cada UI é composta por quatro internistas, ficando cada um com uma lista de 750 utentes, que assistem em regime de intersubstituição, sob a supervisão do orientador de formação e do Coordenador da unidade funcional onde exercem as funções.

### 10.3.2. AVALIAÇÃO PRÉVIA À CONSTITUIÇÃO DE USF

Decorridos 10 anos desde a implementação da reforma dos Cuidados de Saúde Primários despoletada pelo XVII Governo, com a criação das primeiras Unidades de Saúde Familiar (USF), ainda não foi realizada pelo Ministério da Saúde nenhuma avaliação *ex post* cujos resultados revelassem os ganhos de produtividade em cada tipo de unidade funcional e ganhos em saúde das populações por região de saúde.

Apesar da ausência de uma avaliação sobre os efeitos da reforma, o XXI Governo nomeou uma equipa técnica para o “relançamento da reforma dos cuidados de saúde primários”<sup>94</sup>, visando finalidades não suportadas em metas quantificadas, incluindo a demonstração de comportabilidade orçamental e a sustentabilidade do SNS.

Adicionalmente, e não obstante o Despacho Conjunto n.º 6080-B/2014, de 8 de maio, prever como condição para o lançamento de uma nova USF uma avaliação do custo-benefício, verificou-se não existir de forma homogénea orientação ou circular a definir a metodologia a utilizar nessa avaliação, quer quanto à constituição de USF quer na transição entre modelos de desenvolvimento organizacional. Somente a

<sup>91</sup> Cfr. Conclusões do Relatório de Auditoria n.º 17/2014-2ªS.

<sup>92</sup> Dos quais 42.620, por opção, em 31 de dezembro de 2012. Consideram-se utentes sem médico de família por opção, aqueles que manifestaram a vontade de não lhes ser atribuído médico de família (cfr. n.º 3, do art.º 2º, do Despacho n.º 13795/2012, de 24 de outubro).

<sup>93</sup> De acordo com a publicação periódica da ACSS, em julho 2015, o número de utentes inscritos nos CSP era de 10.215.047, dos quais 1.284.820 não tinha médico de família atribuído (12,6%) e 28.880 sem médico por opção (0,3%).

<sup>94</sup> Cfr. Despacho 200/2016, de 7 de Janeiro, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, publicado no Diário da República n.º 4/2016, Série II de 2016-01-07.



ARS do Alentejo efetuou uma avaliação do impacto financeiro com base numa potencial criação de USF Modelo A<sup>95</sup>, no ano de 2015. Dessa avaliação, a ARS do Alentejo apurou uma poupança potencial de € 70.146,84, geradas a partir da diminuição do custo *per capita* com medicamentos e MCDT, ou seja, nesta avaliação apenas se teve em conta alguns benefícios, não tendo sido contabilizados todos os custos, tais como os custos com instalações e equipamentos e outros benefícios expectáveis.

A ARSN aprovou<sup>96</sup> um formulário com referência ao impacto na dotação orçamental nas áreas de recursos humanos, instalação e recursos físicos, tendo como destinatários a Direção Executiva dos ACES (a utilizar aquando da constituição de novas USF) e a ERA - Equipa Regional de Apoio (a incluir na suas propostas de avaliação do processo de candidatura de uma nova USF a fim de submeter ao Conselho de Administração). O formulário está a ser utilizado na avaliação das novas candidaturas, mostrando-se, contudo, insuficiente quanto aos indicadores utilizados para uma efetiva análise de custo-benefício.

A ARSC informou que ” (...) *existe uma lacuna na correta aferição dos ganhos em saúde ou benefício/utilidade que permita uma verdadeira avaliação económica.*” Pelo que “ (...) *decidiu encetar colaboração com o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, com o objetivo de definir uma metodologia válida e reconhecida cientificamente para efeitos de avaliação económica deste tipo de unidade de cuidados de saúde primários.*” No entanto, não foram ainda apresentados quaisquer resultados do acordo de colaboração com o CEISUC.

A Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT e a Diretora Executiva do ACES Lisboa Norte, referem sobre esta matéria que “ (...) *a criação de uma nova USF (modelo A) resulta sempre num aumento de acessibilidade à população, proporcionando maior cobertura assistencial a utentes sem médico de família atribuído. (...) Relativamente à transição de USF modelo A para modelo B, do acréscimo de despesa que contempla o pagamento das unidades ponderadas aos médicos e outros profissionais, a candidatura a incentivos financeiros, o acréscimo de encargos patronais e a perda de remuneração dos médicos no abono do horário alargado 42 horas, deverá efetivamente resultar um funcionamento de maior exigência em termos de contratualização, com melhor eficiência e ganhos em saúde para os utentes.*”

### 10.3.3. UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR DE MODELO C

Quanto à modalidade de USF de modelo C, cuja criação terá como efeito suprir as insuficiências do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em termos de cobertura disponível nos cuidados de saúde primários, figurando, assim, como uma das soluções para diminuir a existência de cidadãos sem médico de família atribuído, não existe, ainda, da parte do Ministério da Saúde qualquer avaliação dos custos e benefícios esperados, nem qualquer decisão sobre a sua implementação.

Dada a ausência de regulamentação para esta modalidade de USF, foi constituído um Grupo de Trabalho (GT) para avaliar as condições de abertura do modelo C de USF ao sector social e cooperativo<sup>97</sup>, cujo resultado consta de um documento<sup>98</sup> elaborado pelo GT onde se enuncia um conjunto de considerações e propostas essencialmente ligadas ao enquadramento jurídico, a aspetos de operacionalização da eventual entrada em funcionamento das USF de modelo C, sem no entanto abordar os custos e os benefícios desta opção. De entre as propostas apresentadas, é sugerido que se aguarde pela conclusão do processo de atualização de listas de utentes, com vista a identificar, junto de cada ARS, as áreas com incapacidade de resposta em termos de médicos de família e sugerido que se pondere a criação de um novo ramo de direito cooperativo – Cooperativas de Saúde. Consta, ainda, em anexo ao referido documento uma proposta de projeto de decreto-lei para a criação deste ramo de cooperativas.

Sobre esta mesma matéria, foi esclarecido pelo Ministro da Saúde, através do Chefe de Gabinete, em sede de acatamento de recomendações, que está a ser ponderada a instituição de USF de modelo C, com a

<sup>95</sup> A ARS do Alentejo utilizou “(...) *para os cálculos dos impactos uma unidade modelo conforme a dimensão média das entidades que compõem a região do Alentejo no que concerne, concretamente ao número de profissionais, número de utentes e custos a essas entidades associados.*”

<sup>96</sup> Deliberação tomada pelo Conselho de Administração na reunião de 14 de julho de 2014 (Ata n.º 31).

<sup>97</sup> Despacho n.º 12876/2012, de 19 de setembro, do Gabinete de SEAMS, publicado na 2ª série do DR, de 1 de outubro.

<sup>98</sup> Cfr. “Condições de Abertura das USF Modelo C ao setor social e cooperativo, a título experimental”, março 2013. O GT tinha como objetivos: a) Identificar os princípios e normas orientadoras da atividade a desenvolver pela USF modelo C, em fase experimental, nos setores social e cooperativo; b) Identificar as áreas prioritárias de implementação dos projetos-piloto, tendo em atenção as necessidades das populações, designadamente em termos de carência de médicos de família e c) Propor metodologia e calendarização necessárias à implementação, em fase experimental, de USF Modelo C dos setores social e cooperativo.



criação de um novo ramo cooperativo – o das cooperativas de saúde, dependendo a sua implementação da aprovação de diploma próprio (e de regulamentação), pelo que se encontrava a ser elaborado o respetivo decreto-lei.

Questionado o Ministério da Saúde sobre a previsibilidade temporal para a aprovação do diploma, foi referido que “*Por vicissitudes inerentes ao processo legislativo (...)*” não era possível “*(...) indicar a previsibilidade para a aprovação do diploma em questão.*”

Nestes termos, permanecem por estudar os custos e benefícios esperados para a introdução das USF de modelo C, mantendo-se a indefinição sobre o calendário da sua eventual introdução, continuando a adiar-se, desta forma, a possibilidade de promover a redução das atuais assimetrias de acesso e a aumentar o leque de escolha dos utentes à prestação de cuidados de saúde primários.

### 10.4. Processo de contratualização – atualização de lista de utentes e indicadores

As medidas desenvolvidas pelas entidades objeto das recomendações deram acolhimento às recomendações do Tribunal de Contas, conforme se descreve no quadro seguinte.

Recomendação	Acolhimento
<p><b>Ao Conselho Diretivo da ACSS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reduzir o número de indicadores contratualizados, tornando-os simples, diretos, concretos, exigentes, realistas, hierarquizados, auditáveis e perceptíveis pelos contribuintes.</li> </ul>	<p>Quanto ao cumprimento desta recomendação, é referido pelo Presidente do CD da ACSS que a matriz de 22 indicadores que consta da Portaria n.º 377-A/2013, de 31 de dezembro, “<i>(...) permitiu que o processo de contratualização passasse a ser mais flexível, mais adaptado às especificidades regionais e locais e mais abrangente em relação às áreas de atuação dos cuidados de saúde primários que contempla.</i>”</p> <p>Refere, ainda, que “<i>(...) o denominado “Billete de Identidade dos Indicadores de monitorização dos Cuidados de Saúde Primários” (...) tem vindo a ser reeditado anualmente, com a introdução de importantes aperfeiçoamentos recolhidos ao longo de vários meses (...)</i>”</p> <p>Para o efeito, destaca, ainda, “<i>(...) a construção de um plano de auditorias à atividade relacionada com os indicadores contratualizados nos cuidados de saúde primários (...)</i>” a operacionalizar no ano de 2015, com o objetivo de contribuir “<i>(...) para a melhoria contínua dos processos e registos efetuados pelos profissionais e equipas (...) para aferir o grau de adequação das práticas dos profissionais de saúde às normas estabelecidas, para avaliar a qualidade dos cuidados que são prestados à população e para incentivar a melhoria contínua do desempenho assistencial e económico-financeiro das unidades funcionais dos ACES.</i>”</p> <p>Apesar de não ter sido reduzido o número de indicadores, foram, no entanto, incluídos indicadores selecionados a cada três anos, com revisão anual, introduzidas alterações na avaliação do grau de cumprimento das metas contratualizadas, melhorias na sistematização dos conceitos e no controlo dos registos, que vão no sentido do cumprimento da recomendação.</p>
<p>ii. Providenciar para que no processo de contratualização com USF do modelo B se implemente uma contratualização baseada em indicadores de resultados orientados predominantemente para a melhoria dos tempos de acesso à consulta e ao atendimento, produtividade e efetividade, em termos de resultados em saúde.</p>	<p>Informa o Presidente do CD da ACSS “<i>(...) que durante o ano de 2015 começaram a ser monitorizados vários indicadores populacionais que explicitem a relação entre os outputs contratualizados nos cuidados de saúde primários e os resultados em saúde alcançados para a população, com especial destaque para (...):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Utilização dos Serviços Hospitalares ao nível dos Serviços de Urgência e dos Serviços de Internamento (com especial destaque para os reinternamentos), pela população inscrita e utilizadora dos cuidados de saúde primários, de acordo com o modelo organizativo (modelo A/ modelo B/UCSP) em que se encontram inscritos;</i></li> <li>- <i>Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório (definidos por um conjunto de patologias que podem e devem ser prevenidas e/ou tratadas ao nível dos cuidados de primeira linha, mas que acabem por ser tratados em internamento hospitalar – asma, diabetes, DPOC, Hipertensão Arterial, Insuficiência Cardíaca, Epilepsia).</i>”</li> </ul> <p>A alteração da metodologia de contratualização responde à recomendação formulada.</p>
<p><b>Ao Conselho Diretivo das ARS</b></p> <p>iii. Instituir um indicador de controlo de qualidade, por forma a medir e avaliar a perceção dos cidadãos sobre a qualidade dos cuidados de saúde prestados, associada ao desempenho profissional e organizacional das unidades funcionais, medido, designadamente, através de realização de inquéritos de satisfação dos utentes.</p>	<p>O Vice-Presidente do CD da ARSN informa que “<i>(...) as USF da região norte vinham realizando inquéritos aos seus utentes, sem que houvesse uma padronização dos mesmos que permitisse uma comparação entre as UF. Na dependência da metodologia de contratualização de 2014 a ACSS contratou o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra para a realização a nível nacional dum inquérito com base no EUROPEP. Assim, na semana de 12 a 16 de Janeiro de 2015 foram preenchidos inquéritos por utentes de todas as USF a algumas UCSP da região, reportando-se à opinião do atendimento em 2014 (...).</i>”</p>

✓ - Recomendação acolhida    ⚠ - Recomendação parcialmente acolhida    ✗ - Recomendação não acolhida



No Relatório de Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários, concluiu-se que os indicadores contratualizados caracterizavam-se por serem indicadores de processo, relacionados com os procedimentos instituídos ao nível da prática clínica, e não de resultados em saúde, diretamente relacionados com a saúde dos utentes. Concluiu-se, ainda, que as ARS não procediam à revisão dos indicadores contratualizados nem das metas fixadas para os mesmos, em função da atualização das listas dos utentes inscritos e da evolução dos fatores geodemográficos<sup>99</sup>.

Face aos principais constrangimentos identificados no Relatório, a ACSS introduziu, em 2014, alterações na metodologia do processo de contratualização<sup>100</sup>, na estrutura de contratualização interna, na implementação da operacionalização do Sistema de Informação para a contratualização e acompanhamento dos ACES (SICA ACES) e, ainda, promoveu o *benchmarking* para comparação do desempenho e publicitação de informação sobre a performance dos ACES<sup>101</sup>.

Por forma a abranger as UCSP no processo de contratualização e para possibilitar a comparação do desempenho entre estas unidades e as USF foi o processo alargado progressivamente às UCSP, atingindo, em 2015, quase transversalmente todas as unidades.

A Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, veio aditar indicadores de resultados aos indicadores de acesso e aos de desempenho assistencial e reviu o indicador da taxa de utilização global de consultas médicas que passou a ser avaliado pelos último três anos, e não anualmente, por consequência da atualização anual (entradas e saída) da lista dos utentes inscritos por médico.

Uma outra medida implementada, ao nível da governação clínica da qualidade dos registos, diz respeito à atividade clínica passar a ser registada por codificação de doenças (ICPC<sup>102</sup>), melhorando a informação do perfil de saúde dos utilizadores (carga de doença - caracterização epidemiológica das populações com um registo de morbilidade baseado nesta classificação) e também permitindo o ajustamento dos indicadores às necessidades da população.

Foi, igualmente, mencionada no Relatório de Auditoria a falta de transparência no processo de contratualização e nas metas fixadas, em consequência da ausência de expurgo da lista de utentes inscritos, designadamente quanto aos óbitos, transferências e duplicações, que promovia a adulteração dos objetivos e das metas a contratualizar, uma vez que não estavam suportadas numa base de dados credível e fiável.

A materialização do processo de atualização dos registos no Registo Nacional de Uteses – RNU, que ocorreu em 2014, só foi praticável pela disponibilidade de acesso à base de dados do Instituto de Registos e do Notariado, sobre informação dos dados constantes no cartão de cidadão, permitindo a eliminação de duplicações e a aceitação de transferências, e pela interoperacionalidade com o sistema de informação de certificados de óbitos – SICO<sup>103</sup>. Deste modo, o expurgo efetuado no RNU permitiu melhorar o nível da fiabilidade dos dados, tornando o processo de contratualização mais objetivo e realista.

<sup>99</sup> Por exemplo o número de residentes na área do ACES; estrutura do povoamento; índice de envelhecimento e acessibilidade da população ao hospital de referência, em conformidade com o disposto no n.º 2, do art.º 4º, de Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro (republishado pelo Decreto-Lei n.º 253/2012, de 27 de novembro).

<sup>100</sup> Os princípios orientadores do processo de contratualização no que respeita a atividades, objetivos e resultados a alcançar pelos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e pelas respetivas unidades funcionais, estão definidos no documento elaborado anualmente pela ACSS sobre a “Metodologia de Contratualização para os cuidados de Saúde Primários”.

<sup>101</sup> Indicadores de acesso (Taxa de domicílios enfermagem por 1000 inscritos; Taxa de utilização de consultas médicas – 3 anos); Indicadores de desempenho assistencial (Incidência amputações maior minf. (DM) em residentes; Proporção consultas médicas presenciais com IPC – 2; Proporção de RN de termo de baixo peso; Proporção idosos sem ansiolíticos/sedativos/hipnóticos; Proporção de utentes >= 14 anos c/ registo hábitos tabágicos; Proporção de jovens 14 anos c/ consulta médica vigilância e PNV; Proporção mulheres idade fértil com acompanhamento Planeamento Familiar; Taxa de internamento por doença cerebrovascular em residentes <65 anos) e Indicadores de eficiência (Proporção medicamentos faturados genéricos; Despesa medicamentos faturados por utilizador (PVP); Despesa MCDT faturados por utilizador SNS (P Com.))

<sup>102</sup> Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (International Classification of Primary Care – ICPC)

<sup>103</sup> O SICO é um sistema de informação cuja finalidade é permitir uma articulação das entidades envolvidas no processo de certificação dos óbitos, com vista a promover uma adequada utilização dos recursos, uma melhoria da qualidade e do rigor da informação e rapidez de acesso aos dados em condições de segurança e com respeito pela privacidade dos cidadãos. O SICO tem como objetivos: i) a desmaterialização dos certificados de óbitos; ii) o tratamento estatístico das causas de morte; iii) a atualização da base de dados de utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e do correspondente número de identificação atribuído no âmbito do registo nacional de utentes (RNU); e, iv) a emissão e a transmissão eletrónica dos certificados de óbito para efeitos de elaboração dos assentos de óbito.



Por último, quanto à recomendação formulada no Relatório de Auditoria de introduzir no processo de contratualização um indicador de qualidade, por forma a medir e avaliar a perceção dos cidadãos sobre a qualidade dos cuidados de saúde prestados, associada ao desempenho profissional e organizacional das unidades funcionais, medido, designadamente, através de realização de inquéritos de satisfação dos utentes que, apesar de previsto como indicador comum a contratualizar com todas as USF<sup>104</sup>, não tinha sido contratualizado até 2014, foi realizado, em janeiro de 2015, pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) um inquérito de satisfação<sup>105</sup>.

Foram enviados um total de 58.846 questionários<sup>106</sup> às 51 UCSP e 393 USF (total de 444 unidades<sup>107</sup>), tendo sido recebidos 49.621 questionários, que corresponde a uma taxa de resposta de 89,3% para as USF e 90,1% para as UCSP.

De uma apreciação global, com exceção das Regiões de Saúde do Alentejo e do Algarve, é evidente uma melhoria da satisfação de 2009 para 2015 nas regiões de saúde e, ainda, mais evidente na Região de Saúde do Norte. Os resultados deste inquérito, de uma forma resumida, são os que a seguir se apresentam.

## Quadro 16 – Resumo do questionário de satisfação – CEISUC

### 1. Cuidados médicos

- ☛ Média de satisfação de 80,7%
- ☛ Maior satisfação dos utilizadores em relação às componentes interpessoais dos cuidados médicos (82,1%) face à componente técnica (79,6%). Cerca de metade avaliou a componente interpessoal dos cuidados como excelente.

### 2. Cuidados não médicos

- ☛ Uma maior satisfação dos utilizadores em relação aos cuidados de enfermagem (83,5%) face ao secretariado clínico (77,0%). 51,2% dos utilizadores consideram excelentes os cuidados de enfermagem.

### 3. Organização dos cuidados

- ☛ A organização dos cuidados foi a dimensão que obteve uma média de satisfação mais baixa (71,0%).
- ☛ A acessibilidade é a subdimensão mais penalizada pelos utilizadores, com 63,4%.
- ☛ Ainda relativamente à acessibilidade o mais penalizado pelos utilizadores foi a possibilidade de falar por telefone quer para a unidade (60,7%) quer com o próprio médico de família (61,3%). Outro aspeto em que foi também mostrada alguma insatisfação foi o tempo que esperou na sala de espera (61,6%).

### 4. Qualidade das instalações

- ☛ A dimensão referente à qualidade das instalações teve uma satisfação média de 76,4% com um desvio padrão de 21,7.

### 5. Modelo de organização e gestão de cuidados

- ☛ Quanto à comparação por modelo de organização e gestão de cuidados, conduziu que existe uma maior satisfação dos utilizadores das USF modelo B em relação aos das USF modelo A e destes em relação aos utilizadores das UCSP.

<sup>104</sup> Cf. Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril – Indicador comum a todas as USF: Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito — classificação final).

<sup>105</sup> In “Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF e de uma amostra das UCSP”, junho 2015.

<sup>106</sup> O instrumento de recolha de dados utilizado foi baseado no questionário europeu, o Europep. Mede essencialmente quatro dimensões: (1) cuidados médicos; (2) cuidados não médicos; (3) organização dos cuidados; e (4) qualidade das instalações. Nos cuidados médicos são abordadas ambas as componentes, interpessoais e técnicas, dos médicos de família e na dimensão referente aos cuidados não médicos são abordados os cuidados de enfermagem e a atenção prestada pelos secretários clínicos. Por fim, na organização dos cuidados são analisadas a acessibilidade e os serviços prestados em geral.

<sup>107</sup> Para efeitos de exequibilidade de comparação entre as USF e as UCSP, só foram consideradas as UCSP que tivessem, pelo menos, 3 médicos de família e uma percentagem de utentes sem médico de família inferior a 20%. Destas, de seguida, selecionaram-se aleatoriamente 51 UCSP correspondendo a 30,7% das UCSP que cumpriam os critérios anteriormente referidos, número considerado suficiente para permitir uma comparação. O número final de unidades funcionais em estudo passou então a ser de 51 UCSP, 201 USF-A e 192 USF-B, perfazendo um total de 444 unidades funcionais de prestação de cuidados primários de saúde.



## IV – VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO

Do projeto de Relatório foi dada vista ao Ministério Público, nos termos do n.º 5, do art.º 29º, da Lei n.º 98/97, na redação dada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, e dos art.ºs 73º e 74º do Regulamento Geral do Tribunal de Contas<sup>108</sup>.

## V – EMOLUMENTOS

Nos termos do disposto nos art.ºs 1º, 10º, n.º1 e 11º, n.º 3, do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de maio<sup>109</sup>, são devidos emolumentos no valor global de € 17.164,00 a suportar em partes iguais pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP e pelas cinco Administrações Regionais de Saúde - Administração Regional de Saúde do Norte, IP; Administração Regional de Saúde do Centro, IP; Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP; Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP e Administração Regional de Saúde do Algarve, IP.

## VI – 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 n.º 2, do art.º 78º, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto.
2. Que o presente Relatório seja remetido, às seguintes entidades:
  - \* Ministro das Finanças;
  - \* Ministro da Saúde;
  - \* Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
  - \* Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP;
  - \* Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP;
  - \* Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
  - \* Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP;
  - \* Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP;
  - \* Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE;
  - \* Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE;
  - \* Presidente do Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE;
  - \* Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte;
  - \* Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde Almada/Seixal.
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.

<sup>108</sup> Cfr. Resolução n.º 3/2010 - 2ª Secção do Tribunal de Contas.

<sup>109</sup> 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 março.



6. Que um exemplar do presente Relatório seja remetido ao Ministério Público junto deste Tribunal, nos termos dos art.ºs 29º, n.º 4, 55º n.º 2, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, na redação dada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto.

Tribunal de Contas, em 30 de junho de 2016.

## O Juiz Conselheiro Relator



(Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes)

## Os Juízes Conselheiros Adjuntos



(José de Castro de Mira Mendes)

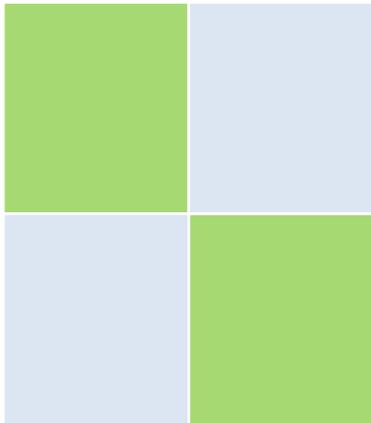
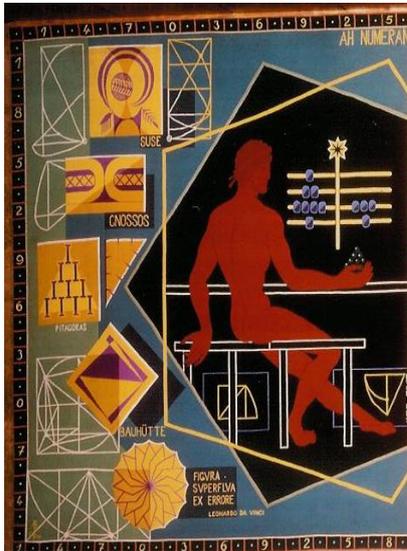


(António Manuel Fonseca da Silva)

Fui presente

A Procuradora-Geral Adjunta





*Ajudar o Estado e a sociedade a gastar melhor*

*Promover a verdade, a qualidade e a responsabilidade nas finanças públicas*



# Tribunal de Contas

Auditoria de Seguimento de Recomendações  
Formuladas no Relatório de Auditoria ao  
Desempenho de Unidades Funcionais de  
Cuidados de Saúde Primários

(UCSP e USF)

(Rel. N.º 17/2014 – 2.ª S)



**Relatório n.º 11/2016 – 2ª S.**

**Processo n.º 18 /2015 – AUDIT**

Volume II – Anexos





## ÍNDICE

ANEXO I - ALEGAÇÕES .....	5
ANEXO II – NOTAS DE EMOLUMENTOS.....	78





# ANEXO I - ALEGAÇÕES



## MINISTRO DAS FINANÇAS



TRIBUNAL DE CONTAS

E 5757/2016  
2016/4/15



15.ABR.16 00636

Exmo. Senhor  
Diretor Geral do Tribunal de Contas

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
Ofício n.º 8590	24-03-2016	Ent. 2202/2016 Proc. 12.01	

**ASSUNTO:** Auditoria de Seguimento de Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria n.º 17/2014- 2ª S.

Exmo. Senhor,

*Exulânio.*

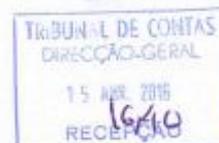
Reportando-me ao assunto mencionado em epígrafe, encarrega-me o Senhor Ministro das Finanças de transmitir a V. Exa que nada há a acrescentar ao relato apresentado.

Com os melhores cumprimentos, *com os melhores cumprimentos*

O Chefe do Gabinete

André Caldas

C/c: SEO







Despacho n.º ~~926~~ 2016/SEAF



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

GABINETE DA SECRETÁRIA DE ESTADO  
DA ADMINISTRAÇÃO E DO EMPREGO PÚBLICO

*Concordo e mais propulso por este estado  
e o seu acompanhamento e esclarecimento  
junto do IRS não feito, desde já, pelo ICF  
ou DFAEP, dando conhecimento  
ao TC.*

27.4.2016

*Carriane*

Assunto: Tribunal de Contas - Auditoria de Seguimento de Recomendações formuladas no  
Relatório de Auditoria n.º 17/2014- 2ª S.

CAROLINA FERREIRA  
Secretária de Estado da Administração e do  
Emprego Público

1. Em 21 p.p. foi recebido neste Gabinete o ofício do Tribunal de Contas, sobre o assunto supra referido, dirigido ao Gabinete do Sr. Ministro das Finanças.
2. O referido ofício solicita a resposta deste Ministério até ao dia 22 de abril quanto à “concordância com as recomendações formuladas naquele relatório de auditoria...”.
3. Verifica-se que as recomendações reportam-se à área de competências do Ministério da Saúde, a saber; (i) “promover a revisão urgente da Portaria 377-A/2013 de 30 de dezembro, no sentido de repor a expressão “prémio de desempenho” e regulamentar as condições de apuramento e de pagamento da compensação pelo desempenho associado ao desenvolvimento de atividades específicas “atribuídas aos médicos...” e (ii) ainda, providenciar junto das entidades processadoras pela suspensão do pagamento de compensações pelo desempenho aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos inseridos USF, enquanto não for clarificado o regime remuneratório dos profissionais integrados em USF por forma a não subsistirem dúvidas quanto à natureza dos eventuais suplementos e compensações de desempenho (crf. ofício TC).
4. Com base no exposto, e por se tratar de matéria de competência do Ministério da Saúde, o Gabinete da SEAF não consegue inferir qualquer trabalho desenvolvido neste domínio que tenha sido efetuado em cumprimento das Recomendações.
5. Atenta a relevante competência do Ministério da Saúde para promover as respetivas diligências ao cumprimento da Recomendações do Tribunal de Contas, não é possível a este Gabinete, pronunciar - se cabalmente quanto às Recomendações expressas pelo Tribunal de Contas.
6. O Ministério da Saúde em resposta ao Tribunal de Contas sobre este assunto refere expressamente “... Que estas questões serão analisadas pelo XXI Governo Constitucional em futura revisão do Decreto - Lei 298/2007, de 22 de Agosto. Salva-se que este é um processo que carece de análise profunda dos vários intervenientes no procedimento, sendo ainda necessária a negociação sindical prevista no art.º347 da LGTFP, o que acarreta alguma morosidade ao processo”.



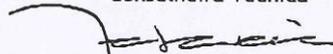
REPÚBLICA  
PORTUGUESA

XXI GOVERNO CONSTITUCIONAL

7. Face ao exposto, propõe-se que se remeta a presente informação ao Gabinete do Sr. Ministro das Finanças para em conformidade informar o Tribunal de Contas que o Ministério das Finanças, concretamente a SEAEP, se encontra disponível e nada tem a opor quanto à clarificação da natureza dos abonos enquanto prémio de desempenho, não obstante a complexidade da matéria em causa, os vários intervenientes no processo de iniciativa do Ministério da Saúde e o cumprimento das regras previstas na LGTFP - artigo 347º e segs. - Direito de Negociação Coletiva-.

À Consideração Superior,  
26/4/2016

Conselheira Técnica



(Maria José Garcia)



## MINISTRO DA SAÚDE

Ofício n.º 3949  
Data: 15-04-2016

TRIBUNAL DE CONTAS



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE

E 5735/2016  
2016/4/15



Exmo. Senhor  
Juiz Conselheiro José Fernandes Farinha Tavares  
Diretor-Geral do Tribunal de Contas  
Av. Barbosa du Bocage, 61  
1069-045 Lisboa

*Ao Senhor Dr. José Cupertino  
2016-04-15  
[Signature]*

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA 05.04.2016
Processo n.º 18/2015-Audit DAVI - UAT 1 Ofício n.º 9643	05.04.2016	N.º: ENT.: 5337/2016 PROC. 57/2014	

**ASSUNTO: Auditoria de Seguimento de Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria n.º 17/2014-2.ª S.**

Tendo sido notificado nos termos e para efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º n.º 3 da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, alterada e republicada pela Lei n.º 20/2015, de 9 de março, vem o Ministério da Saúde apresentar as seguintes alegações referentes ao conteúdo do relato de auditoria referido em epígrafe:

No que respeita às principais conclusões referidas nas alíneas i) e ii) do supra citado relato vem o Ministério da Saúde alegar o seguinte:

Desde 2011, que as Administrações Regionais de Saúde, no seu relatório final de Contratualização<sup>12</sup>, efetuam uma avaliação do impacto da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), no que respeita ao acesso dos cidadãos, à prevenção e diagnóstico

<sup>1</sup>[http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20de%20Saude%20Primarios/Ficheiros/Relatorio\\_Final\\_2011\\_CSP\\_Regiao\\_Norte\\_Evol%202006\\_2011.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20de%20Saude%20Primarios/Ficheiros/Relatorio_Final_2011_CSP_Regiao_Norte_Evol%202006_2011.pdf)

<sup>2</sup>[http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20de%20Sa%C3%BAde%20Prim%C3%A1rios/Ficheiros/Relatorio\\_Atividades\\_2012.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20de%20Sa%C3%BAde%20Prim%C3%A1rios/Ficheiros/Relatorio_Atividades_2012.pdf)

Gabinete do Ministro da Saúde

Av. João Crisóstomo, 9 - 6.º, 1049-062 Lisboa, PORTUGAL

TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL gabinete.ms@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt

MS\*

*[Handwritten signature]*



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE

precoce, à vigilância da doença crónica, e ao desempenho económico, concluindo sucessivamente, ao longo destes anos, que as Unidades de Saúde Familiares (USF) superam as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

Por outro lado, já por duas vezes, desde o início da reforma dos CSP que foram realizados inquéritos de satisfação<sup>34</sup>, cujos resultados apontam para a satisfação dos cidadãos com as USF, sendo que na última avaliação, em 2015, a comparação com as UCSP resultou numa clara diferença entre o modelo tradicional e o modelo USF, beneficiando este, e, entre as modelo A e modelo B, com melhor grau de satisfação nestas últimas.

Importa salientar que, pelo menos desde 2014, existe um sítio da internet ([www.biusf.pt](http://www.biusf.pt)) onde é possível ver os resultados nacionais das UCSP/USF-A/USF-B em todas as áreas contratualizadas, sendo claro, em todas elas, que as USF-B são as que têm melhores resultados, seguidas das USF-A e só depois as UCSP. Ainda neste domínio importa notar que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) de fevereiro de 2016 (em anexo) emitiu recentemente um relatório de avaliação das várias unidades funcionais (UF) que veio confirmar esta tendência.

No referido *Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*, da ERS, a mesma estuda a eficiência produtiva nas UF que prestam cuidados de saúde primários, com o intuito principal de comparar as USF com as UCSP, concluindo, em suma, que os principais resultados do estudo indiciam um melhor desempenho por parte das USF modelo B na maioria dos indicadores considerados.

No que respeita à avaliação da capacidade das unidades de CSP numa ótica de eficiência, considerando o indicador de consultas realizadas por médico face ao número total de utentes inscritos por médico, a ERS constata o seguinte:

<sup>3</sup> [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/sondagem\\_usf.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/sondagem_usf.pdf)

<sup>4</sup> <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/2015.08.24-Relat%C3%B3rio%20Final-VF.pdf>

Gabinete do Ministro da Saúde  
Av. João Crisóstomo, 9 - 6º, 1049-062 Lisboa, PORTUGAL

TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL [gabinete.ms@ms.gov.pt](mailto:gabinete.ms@ms.gov.pt) [www.portugal.gov.pt](http://www.portugal.gov.pt)

MS\*



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE

“Avaliando por tipo de UF, constata-se que maior percentagem de USF de modelo B se encontram no quadrante B, ou seja são relativamente mais eficientes, com base nos indicadores considerados. Por sua vez, 31% das UCSP consideradas na presente análise, encontram-se no quadrante C, isto é, ocupando a posição de mais ineficiente na realização de consultas.

Observa-se que as USF de modelo B são as mais eficientes na realização de consultas face ao número de utentes inscritos por médico. As UCSP ocuparam, por sua vez, a posição relativamente menos eficiente nos indicadores utilizados.

No que respeita à avaliação da evolução dos indicadores, entre 2012 e 2014, relativos a cuidados de saúde de prevenção (indicadores de vigilância oncológica, de rastreio, e de plano de vacinação), e de prevalência de doenças, aplicando-se o teste ANOVA para comparar o desempenho entre USF e UCSP e avaliar as diferenças regionais, a ERS constata que:

Retira-se que o indicador que exprime a proporção de mulheres entre os 50 e os 70 anos com mamografia registada nos últimos dois anos aumentou nas três UF entre 2012 e 2013, e diminuiu entre 2013 e 2014. As USF de modelo B apresentaram, no horizonte temporal em análise, a proporção média superior relativamente às restantes UF, relevando ter um melhor desempenho.

Da análise do indicador que exprime a proporção entre as mulheres, com idades compreendidas entre 25 e 60 anos, com colpocitologia atualizada, verifica-se um aumento entre 2012 e 2013 nas UF consideradas, e uma diminuição entre 2013 e 2014, nas USF de modelo A e de modelo B. No entanto, as USF de modelo B representaram, no horizonte temporal em análise, a maior proporção média face às restantes UF, o que, consequentemente, traduz um melhor desempenho.

No que se refere ao rastreio, considera-se o indicador que exprime a proporção de utentes inscritos, com idade entre os 50 e 75 anos, com rastreio do cancro do colon e reto efetuado.

Gabinete do Ministro da Saúde

Av. João Crisóstomo, 9 - 6º, 1049-062 Lisboa, PORTUGAL

TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL gabinete.ms@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt

MS\*



Constata-se um aumento em todas as tipologias apresentadas, entre 2012 e 2014, sendo as USF de modelo B as que representam uma maior proporção média e as UCSP a menor. Nesse sentido, as USF de modelo B exibiram um melhor desempenho face às restantes UF.

As USF de modelo B apresentaram uma proporção média superior face às restantes UF. No indicador relativo à vigilância oncológica na realização de colpocitologia, verifica-se que as USF de modelo B apresentaram a proporção média mais elevada, exibindo um valor médio mais de duas vezes superior ao apresentado pelas UCSP.

No indicador relativo ao rastreio, observa-se que as USF de modelo B apresentaram uma proporção média mais elevada, exibindo um valor médio de mais do dobro relativamente às UCSP.

No indicador relativo ao PNV até dois anos as USF de modelo B apresentaram uma proporção média mais elevada. No indicador semelhante, mas tendo por referência o sétimo aniversário, as USF de modelo B continuam a ter uma proporção média de cumprimento do PNV mais elevada. O mesmo se observa no indicador de concretização do PNV até ao décimo quarto ano.

Em conclusão, em todos os indicadores relativos a cuidados de saúde de prevenção (indicadores de vigilância oncológica, de rastreio, e de plano de vacinação), e a prevalência de doenças, as USF de modelo B exibiram um melhor desempenho, seguidas pelas USF de modelo A e, por último, as UCSP. “

A análise da performance económica das unidades de cuidados de saúde primários considera a avaliação da despesa média com medicamentos faturados, por utente utilizador do SNS, baseada no preço de venda ao público (DMED). Acresce ainda a análise da despesa média de MCDT prescritos, por utente utilizador, baseada no preço convencionado (DMCDT).



Neste âmbito a ERS constata:

“Tratando-se de USF de modelo A e de modelo B, as despesas médias com medicamentos e com MCDT são inferiores quando comparadas às UCSP. Quando comparados os dois tipos de USF constata-se que a diminuição é superior nas USF de modelo B. Por ano, verifica-se uma tendência de diminuição da despesa com medicamentos relativa a 2010, e no que se refere à despesa com MCDT, verifica-se que em 2013 e 2014 há um aumento desta despesa relativamente a 2012.

Da análise do indicador relativo à proporção de embalagens de medicamentos faturados que são genéricos, cujo objetivo é monitorizar o programa de prescrição de fármacos, resulta que as UCSP são as que faturam uma menor proporção média de medicamentos que são genéricos e de seguida as USF de modelo A. Verificou-se também um aumento, nas tipologias de UF analisadas da proporção medicamentos faturados, que são genéricos, no período em análise. Importa notar que o resultado se deve interpretar de acordo com “quanto mais alto, melhor”, e nesse sentido são as USF de modelo B que representam um melhor desempenho comparativamente às UCSP e às USF de modelo A.

Em síntese, da análise da performance económica das unidades de cuidados de saúde primários onde se avaliou a despesa média com medicamentos faturados, por utente utilizador do SNS, baseada no preço de venda ao público e a despesa média de MCDT prescritos, por utente utilizador, baseado no preço convencionado, constata-se que as USF de modelo B exibiram um valor médio mais baixo, seguidas pelas USF modelo A e, por último, as UCSP. Concluindo-se, assim, que as USF de modelo B exibiram um melhor desempenho.

Do indicador relativo à proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos, entre 2012 e 2014, igualmente as USF de modelo B apresentam melhores resultados.”



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE

Do Estudo referido destacam-se ainda as seguintes **conclusões enunciadas pela ERS**:

**Conclusão 8.** Quanto à taxa de utilização de consultas médicas, que exprime a proporção de utentes inscritos que tiveram consulta médica num ano, as USF de modelo B destacam-se como apresentando uma taxa de utilização superior à das UCSP e USF modelo A, mesmo controlando os efeitos de outras variáveis suscetíveis de influenciar este indicador.

**Conclusão 9.** Entre 2012 e 2014, as USF de modelo B apresentaram taxas de utilização de consultas médicas e de enfermagem, de domicílios médicos e de enfermagem e taxa média de utilização de consultas de planeamento familiar superiores às restantes UF.

**Conclusão 11.** Quanto ao cumprimento dos TMRG, constatou-se que as UCSP foram visadas em maior número de reclamações rececionadas pela ERS em *matéria de acesso* em tempo útil nos cuidados de saúde primários. Dos principais constrangimentos referidos nas reclamações destacam-se a demora na marcação de consulta programada para adulto a pedido do utente, e o não cumprimento do TMRG no âmbito de consulta por motivo de doença aguda.

**Conclusão 12.** Na análise da eficiência produtiva, verificou-se que as UCSP apresentam sempre um rácio de enfermeiros por médico superior às USF.

**Conclusão 13.** Ainda no âmbito da eficiência, as USF de modelo B são tendencialmente as mais eficientes na realização de consultas face ao número de utentes inscritos. As UCSP revelaram-se, comparativamente, mais ineficientes, e a prioridade destas unidades funcionais é captar mais utentes inscritos e realizar mais consultas.

**Conclusão 14.** Nos indicadores relativos a cuidados de saúde de prevenção (indicadores de vigilância oncológica, de rastreio, e de plano de vacinação), e a prevalência de doenças, as USF de modelo B exibiram um melhor desempenho, seguidas pelas USF de modelo A.

Gabinete do Ministro da Saúde

Av. João Crisóstomo, 9 - 6º, 1049-062 Lisboa, PORTUGAL

TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL gabinete.ms@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt

MS\*



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE

**Conclusão 16.** Na análise da performance económica das unidades de cuidados de saúde primários, a despesa média com medicamentos e a despesa média de MCDT prescritos, por utente utilizador, baseado no preço convencionado, constatou-se que as USF de modelo B exibiram um melhor desempenho (despesa mais baixa), seguidas pelas USF modelo A. Do indicador relativo à proporção de embalagens de medicamentos faturados que são genéricos, entre 2012 e 2014, as USF de modelo B utilizaram maior percentagem de medicamentos genéricos do que as UCSP, não obstante a tendência de aumento desta percentagem ter sido observada nos três tipos de unidades.”

Face ao que precede, entende o Ministério da Saúde que se encontram claramente demonstrados os ganhos de produtividade e em saúde do modelo das USF, através designadamente do estudo da ERS, entidade administrativa independente, que exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social.

São, do ponto de vista do Ministério da Saúde, defensáveis as vantagens em saúde, para os utentes e para os contribuintes, na adoção do modelo de organização e funcionamento das USF-B.

Quanto às principais conclusões constantes das alíneas iii) e iv) e ao projeto de recomendação ao Ministro da Saúde alínea i), importa salientar que o XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridades expandir e melhorar a capacidade da rede de cuidados de saúde primários, prosseguindo o objetivo de garantir que todos os portugueses têm um médico de família atribuído. Neste sentido, foram já tomadas medidas por este Governo como a inserção do artigo 113.º na Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março, que aprova o Orçamento do Estado para 2016, no sentido de atrair os médicos aposentados para o desempenho de funções no SNS, principalmente em especialidades de maior carência como a medicina geral e familiar.

Gabinete do Ministro da Saúde

Av. João Crisóstomo, 9 - 6º, 1049-062 Lisboa, PORTUGAL

TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL gabinete.ms@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt

MS\*



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE

De assinalar, ainda, que se encontra previsto desenvolver, um projeto de decreto-lei que pretende vir aprovar um regime especial de recrutamento para os médicos que, em cada época de avaliação final do internato médico, adquiram o correspondente grau de especialista, prevendo-se assim um regime de recrutamento célere que permita a imediata contratação dos internos que, em cada época de avaliação final, venham a obter o grau de assistente nas especialidades em que se verifiquem comprovadas carências de recursos humanos, como a medicina geral e familiar.

Também de sublinhar que, através do Despacho n.º 200/2016, publicado no *Diário da República* n.º 4, 2.ª série, de 7 de janeiro, foi designado o Coordenador Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários e respetiva equipa de apoio.

É por isto evidente o compromisso do Ministério da Saúde em garantir aos portugueses o acesso a um médico de cuidados de saúde primários.

No que respeita às principais conclusões alíneas xiv, xv, xvii e xviii, e ao projeto de recomendações alíneas vii e viii, cumpre transmitir a esse Tribunal que o conhecimento de que dispomos dos utentes frequentadores assíduos dos Serviços de Urgência fazem-nos concluir que na sua generalidade não são os não frequentadores dos CSP. Na verdade, existem diversos fatores que contribuem para a procura destes Serviços (ex. *mais rápido acesso a MCDT, iliteracia em saúde, acesso a especialistas, falta de confiança no médico de família*), não sendo possível afirmar que serão os utentes não frequentadores a recorrer a este serviço.

No que concerne ao impacto nos suplementos remuneratórios atribuídos aos médicos afetos a USF modelo B, pela substituição dos utentes “*não frequentadores*”, este Relatório apenas coloca a hipótese do aumento das unidades ponderadas associadas à lista, mas o impacto desta substituição, poderá também manter-se ou ser até menor, uma vez que elas não estão associadas à taxa de utilização, mas à constituição da lista de utentes. Por outro lado há um limite ao pagamento das UP, depois do qual, qualquer utente que venha a inscrever-se em nada altera o pagamento deste suplemento.



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE

Sem prejuízo do acima exposto, o constante dos Despachos n.ºs 13795/2012, de 24 de outubro, e 4389/2015, de 30 de abril, no que concerne aos critérios e procedimentos de organização das listas de utentes nos Agrupamentos de Centros de Saúde será avaliado e ponderado pelo XXI Governo Constitucional num processo mais amplo e integrado do relançamento da reforma dos cuidados de saúde primários, tendo também como referência as Recomendações desse Tribunal.

No âmbito ainda do trabalho a desenvolver pelo Coordenador Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários e respetiva equipa de apoio, encontra-se prevista a promoção e a implementação da dimensão ponderada das listas de utentes dos profissionais das USF e unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) levando em linha de conta a evolução das variáveis de contexto relacionadas com atual estrutura geodemográfica do país, carga de doença e vulnerabilidade das populações.

Ainda de referir que o XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridade promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública, através designadamente da criação de um Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados, tendo o mesmo já sido criado através do Despacho n.º 3618-A/2016, publicado no *Diário da República* n.º 49, 2.ª série, de 10 de março.

No que respeita às principais conclusões constantes das alíneas xix e xxii e ao projeto de recomendações ao Ministro da Saúde alíneas v e vi, o XXI Governo Constitucional atribuiu competências através do Despacho n.º 200/2016, publicado no *Diário da República* n.º 4, 2.ª série, de 7 de janeiro, ao Coordenador Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários e respetiva equipa de apoio, para promoverem, implementarem, acompanharem e monitorizarem medidas conducentes à disponibilização, a toda a população residente e no mais curto espaço de tempo, de cuidados de proximidade através de uma equipa de saúde familiar, assim como medidas conducentes ao reconhecimento do enfermeiro de família como especialista em saúde familiar, e à promoção do perfil de secretário clínico.

Gabinete do Ministro da Saúde

Av. João Crisóstomo, 9 - 6.º, 1049-062 Lisboa, PORTUGAL

TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL gabinete.ms@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt

MS\*



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE

Acresce ainda referir, relativamente à avaliação da implementação efetiva do modelo de prestação de cuidados de enfermagem centrado no enfermeiro de família, que se encontra em elaboração um relatório sobre a avaliação do primeiro dos dois anos que constituem a experiência-piloto de implementação deste processo.

No que respeita aos constrangimentos das ferramentas informáticas, reconhece-se que antes da migração da Rede Informática da Saúde (RIS), bem como durante o processo de migração decorreram algumas dificuldades de funcionamento, nomeadamente lentidão e momentos de indisponibilidade dos Sistemas. Estas dificuldades encontram-se atualmente superadas, estando a RIS a funcionar em pleno e minimizados ao máximo os aspetos negativos referidos pelos ACES nesta Auditoria.

Como melhorias significativas no funcionamento da atual RIS destacam-se:

- Atualização tecnológica de todos os *sites*;
- Todos os *sites* com redundância;
- Todos os *sites* sofreram *upgrade* de velocidade;
- Velocidade mínima de 2Mb (extensões);
- Largura de banda dinâmica.

Em relação à principal conclusão constante da alínea xxiii e ao projeto de recomendação ao Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., alínea i, no que respeita aos constrangimentos associados ao sistema que suporte a Prescrição Médica Eletrónica (PEM), sublinha-se que os comentários negativos sobre o desempenho da PEM remetem para o ano de 2014/2015 (setembro de 2015) e encontram-se atualmente minimizados.

Salienta-se que, no primeiro trimestre de 2016, ocorreu um investimento acentuado na desmaterialização dos procedimentos associados ao ciclo Prescrição - Dispensa - Faturação de Medicamentos e Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD), incrementando entre outros a eficiência e segurança no circuito. Este investimento permitiu assegurar a implementação do Despacho n.º 2935-B/2016, 25 de fevereiro, que tornou, desde 1 de abril 2016, processo de prescrição eletrónica obrigatório em todo o SNS.

Gabinete do Ministro da Saúde  
Av. João Crisóstomo, 9 - 6º, 1049-062 Lisboa, PORTUGAL  
TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL gabinete.ms@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt

MS\*



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE

Destacam-se ainda os seguintes resultados positivos:

- Substituição total do anterior sistema de prescrição do SNS;
- Reforço nos processos de segurança;
- Melhorias de usabilidade e performance;
- Revisão e respetiva publicação das normas técnicas de desmaterialização da dispensa de medicamentos;
- Revisão da Legislação sobre prescrição;
- Alargamento da Dispensa Desmaterializada;
- Início da Receita Sem Papel.

No final de 2015 a PEM era já o principal *software* de prescrição em Portugal:

- Registou uma média superior a 280.000 prescrições diárias de medicamentos;
- Registou uma média diária de 420.000 embalagens em dispensas desmaterializadas;
- Foi iniciado o processo de receitas sem papel, com uma média diária 6.000 prescrições.

Quanto às principais conclusões constantes das alíneas xxiv e xxv, ao projeto de recomendações ao Ministro das Finanças e ao Ministro da Saúde alíneas i e ii, ao projeto de recomendação ao Ministro da Saúde alínea xi e ao projeto de recomendação aos Conselhos Diretivos das Administrações Regionais de Saúde alínea i), transmite-se que estas questões serão analisadas pelo XXI Governo Constitucional, no sentido de acolher da melhor forma as recomendações do Tribunal de Contas, em futura revisão do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto. Salvaguarda-se, contudo, que este é um processo que carece de uma análise aprofundada dos vários intervenientes no procedimento, sendo ainda necessária a negociação sindical prevista no artigo 347.º e seguintes na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, aprovada pela Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, o que acarreta alguma morosidade ao processo.

Gabinete do Ministro da Saúde

Av. João Crisóstomo, 9 - 6º, 1049-062 Lisboa, PORTUGAL

TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL gabinete.ms@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt

MS\*



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE

No que concerne às principais conclusões constante das alíneas xxvi, xxvii e xxviii e ao projeto de recomendação ao Ministro da Saúde alínea iv, o relatório tece considerações sobre o processo de constituição de USF, baseado em candidaturas voluntárias, referindo-se que a sua voluntariedade não é atualmente adequada. Todavia, há que ponderar a necessidade de avaliação do impacto da criação das USF, defendida pelo próprio Tribunal, se o Tribunal de Contas entende que todas as UCSP deviam passar automaticamente para USF. Aliás parecem resultar reservas ao facto da *“não entrada em atividade das 86 candidaturas (total nacional em 2015) a USF modelo A e B que permanecem ativas, impediu a atribuição de médico de família a pelo menos 11,47% dos utentes sem médico, ou seja, a 147.396 utentes”*. Ou seja, destaca-se a insuficiência de USF, e colocam-se reservas na não avaliação do impacto económico da sua criação.

Por outro lado, sendo crescente a população inscrita em USF julga-se natural que o número de candidaturas a USF's venha por consequência a diminuir, sendo o número máximo de USF's a constituir definidas anualmente, visa garantir um adequado planeamento do investimento em pessoal a realizar em cada ano, de modo a permitir o retorno do mesmo, libertando mais recursos com os ganhos obtidos.

Destaca-se ainda que o modelo em que assenta a constituição das USF tem por base um processo voluntário da base para o topo, que pressupõe o envolvimento de todos os profissionais de saúde. Neste âmbito, acentua-se o trabalho em equipa nas USF, que exige uma mudança de cultura organizacional no interesse do utente.

Gabinete do Ministro da Saúde

Av. João Crisóstomo, 9 - 6º, 1049-062 Lisboa, PORTUGAL

TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL gabinete.ms@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt

MS\*



Por último, importa salientar que o XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridades expandir e melhorar a capacidade da rede de cuidados de saúde primários, comprometendo-se, até ao final da legislatura, a criar 100 novas Unidades de Saúde Familiar, assegurando por esta via a atribuição de médicos de família a mais de 500 mil habitantes.

Com os melhores cumprimentos,

A Chefe do Gabinete

(Paula Maia Fernandes)



## ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

S-4352/2016/ACSS-DATA: 07-04-2016

TRIBUNAL DE CONTAS



E 5490/2016  
2016/4/12



S/referência: Of. 8409

Exmo. Senhor  
Dr. José António Carpinteiro  
Auditor-Coordenador do Tribunal de Contas  
Rua Barbosa do Bocage, 61  
1069-045 Lisboa

N/referência: 4352/2016/DFI/UGR Coord./ACSS

**Assunto:** Auditoria de Seguimento das Recomendações formuladas no Relatório de Auditoria ao Sistema de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas - Relatório n.º 12/2015 – 2ª Secção

Tendo sido notificada da auditoria em assunto, vem a Administração Central do Sistema de Saúde, IP, informar o seguinte quanto às recomendações dirigidas ao Conselho Diretivo deste instituto:

**"Recomendação 52.** Emitir orientações às unidades prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde no sentido do recomendado em 19 ao Ministro da Saúde, sendo:

**"19.** Determinar que sejam emitidas orientações às unidades prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde no sentido de:

19.1. Clarificar que a entidade responsável pelas dívidas relativas a faturação de cuidados prestados, até 31 de dezembro de 2009, a quotizados dos subsistemas públicos de saúde, é atualmente a Administração Central do Sistema de Saúde, IP, determinando as necessárias correções contabilísticas;

19.2. Clarificar que o financiamento da prestação de cuidados, a partir de 1 de janeiro de 2010, a quotizados da ADSE, passou a estar integrado nos instrumentos de financiamento das entidades do Serviço Nacional de Saúde (v.g., contratos-programa e orçamentos das Administrações Regionais de Saúde), determinando a anulação da faturação emitida à ADSE-DG por atos prestados após essa data;

19.3. Corrigir os procedimentos de encontro de contas unilaterais efetuados pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde do SNS relativamente às dívidas e aos créditos que tinham perante a ADSE-DG, considerando que esta Direção-Geral não é entidade devedora, desde 1 de janeiro de 2010.

19.4. Clarificar que os quotizados da ADSE e de outros subsistemas públicos de saúde são utentes do Serviço Nacional de Saúde não devendo ser objeto de qualquer discriminação relativamente aos restantes utentes, quer quanto ao acesso quer quanto ao financiamento dos cuidados de saúde prestados, direta ou indiretamente, pelo SNS."



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

SAÚDE

1/3

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

Parque de Saúde de Lisboa, Edifício 16, Avenida do Brasil 53 | 1700-063 Lisboa, Portugal  
Telefone Geral (+) 351 21 792 58 00 Fax (+) 351 21 792 58 48 E-mail geral@acss.min-saude.pt WWW.ACSS.MIN-SAUDE.PT



Relativamente à presente recomendação, e tal como já referido em comunicações anteriores a esse Tribunal, a ACSS considera que o seu cumprimento tem como pressuposto a prévia orientação e decisão da Tutela, inclusivamente na vertente que se relaciona com a assunção da responsabilidade do SNS/ADSE sobre determinadas prestações de saúde, como sejam o Transporte não urgente de doentes, a Cedência de medicamentos hospitalares, a Rede de Cuidados Continuados, os Cuidados Respiratórios Domiciliários, o SIGIC ou a Assistência médica no estrangeiro.

No âmbito das suas atribuições, o Colégio de Governação dos Subsistemas Públicos de Saúde (CGSPS), criado pelo Decreto-Lei n.º 154/2015, de 7 de agosto, encontra-se a preparar um documento sobre a complementaridade entre os Subsistemas Públicos de Saúde, o SNS e SRS's, de forma a clarificar os aspetos salientados na auditoria.

De referir que o ritmo destes trabalhos verificou alguma descontinuidade em virtude da alteração registada na composição do Conselho Diretivo da ACSS, IP, que preside, sendo que os mesmos foram retomados neste mês de abril, perspetivando-se a discussão do documento com a proposta de clarificação de que os quotizados da ADSE e de outros SPS são utentes do SNS, não devendo ser objeto de qualquer discriminação relativamente aos restantes utentes, quer quanto ao acesso, quer quanto ao financiamento dos cuidados de saúde prestados, direta ou indiretamente, pelo SNS.

Deste modo, assim que concluído o documento do CGSPS, este colégio irá apresentar a proposta às suas tutelas e, caso estas mereçam concordância superior, esta ACSS encontrar-se-á em condições de emanar Circular Normativa que oriente os estabelecimentos e serviços do SNS, clarificando as questões constantes da recomendação;

Por outro lado, tendo sido criada já pelo atual Governo, a Comissão de Reforma do modelo de Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE), que ficou incumbida de apresentar, até ao dia 30 de junho de 2016, uma proposta de projeto de enquadramento e regulação que contemple a revisão do modelo institucional, estatutário e financeiro da Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE), de acordo com o previsto no Programa do Governo e, tendo em conta, as Recomendações do Tribunal de Contas, a ACSS aguarda por orientações que possam também decorrer da conclusão e aprovação da proposta que venha a ser formulada.

No que respeita à alínea 19.3, procede-se à atualização da informação anteriormente prestada. Assim, a ACSS informa que na sequência do levantamento de dados efetuado junto de 50 entidades do SNS prestadoras de cuidados de saúde, no sentido de se apurar o montante das dívidas registadas até 31.12.2009 e após esta data, procedeu-se já à análise da informação reportada e a um conjunto de validações, em especial quanto ao stock de dívida em 31.12.2009 e aos valores indicados como recebidos da ACSS. Procede-se, no primeiro caso, ao confronto dos valores agora reportados com o reporte de 2010, bem como com os valores constantes do(s) balancete(s) da entidade (contas de terceiros), nos casos de divergência mais acentuada, e, no





segundo caso, à confirmação dos valores de transferências efetuadas entre 2010 e 2013 neste âmbito, que constam dos registos contabilísticos deste Instituto, com especial atenção às situações em que ocorreram fusões/integrações entre unidades hospitalares.

Contudo, houve um conjunto de situações relativas aos montantes reportados que ainda suscitaram dúvidas e face aos quais se está, neste momento, a realizar apuramento junto das entidades respetivas. Logo que se conclua este processo, informar-se-á a Tutela, no sentido de se obter orientações quanto ao acerto de contas constante da recomendação.

**“Recomendação 54.** *Suprimir dos sistemas de informação do Serviço Nacional de Saúde, designadamente da base de dados do cartão de utente, a identificação do utente como beneficiário da ADSE, tendo em conta que a mesma não serve, atualmente, qualquer fim.*”

Relativamente à presente recomendação, e não obstante terem surgido dúvidas quanto ao seu efeito, foi já elaborado ofício dirigido ao Gabinete de Sua Excelência o Secretário de Estado da Saúde, com o objetivo de se obter posição e decisão sobre a supressão do RNU da identificação do utente como beneficiário da ADSE (e também dos restantes subsistemas). Caso mereça concordância, solicitaremos à SPMS essa tarefa de atualização da aplicação informática.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho Diretivo

Digitally Signed by Marta Alexandra Fartura Braga Temido de Almeida Simões  
DN: CN=Marta Alexandra Fartura Braga Temido de Almeida Simões,  
OU=Administração Central do Sistema de Saúde IP, O=Administração Central do Sistema de Saúde IP, C=PT  
Reason:  
Date: 2016-04-07 13:56:06

(Marta Temido)





## ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, IP



**ARS NORTE**

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

TRIBUNAL DE CONTAS

**E 5486/2016**  
2016/4/12



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

6543

11 abr 16

Sua referência  
DAVI – UAT 1  
Proc n.º 18/2015-Audit

DATA

Nossa referência  
Procs. 519/14 e 492/15 - GJC

DATA

**Assunto: Auditoria de seguimento de Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria n.º 17/2014-2ª S.**

Em resposta ao ofício supra identificado, subordinado ao assunto mencionado em epígrafe, vimos por este meio apresentar junto de V. Exa. as alegações que julgamos mais pertinentes com o intuito, e com todo o respeito que esse Tribunal nos merece, de poder contribuir para o aperfeiçoamento de um modelo de gestão e de organização de Unidades de Saúde Familiares que se nos afigura ser o mais adequado a prosseguir.

### I – SOBRE AS PRINCIPAIS CONCLUSÕES

Assim, sobre a conclusão *i.* e *ii.*, afigura-se-nos importante dever destacar que ao nível desta Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. desde 2011, no seu relatório final da Contratualização<sup>123</sup>, faz-se uma avaliação do impacto da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), quer no que respeita ao acesso dos cidadãos, quer na prevenção e diagnóstico precoce, quer na vigilância da doença crónica, quer no desempenho económico, concluindo sucessivamente, ao longo destes anos, que as Unidades de Saúde Familiares (USF) superam as Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP).

Por outro lado, já por duas vezes, desde o início da reforma dos CSP que foram realizados inquéritos de satisfação<sup>45</sup>, cujos resultados apontam para a satisfação dos cidadãos com as USF, sendo que na última avaliação, em 2015, a comparação com as UCSP resultou numa clara diferença entre o modelo tradicional e o modelo USF, beneficiando este, e entre as

<sup>1</sup>[http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20de%20Saude%20Primarios/Ficheiros/Relatorio\\_Final\\_2011\\_CSP\\_Regiao\\_Norte\\_Evol%202006\\_2011.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20de%20Saude%20Primarios/Ficheiros/Relatorio_Final_2011_CSP_Regiao_Norte_Evol%202006_2011.pdf)

<sup>2</sup>[http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20de%20Sa%C3%BAde%20Prim%C3%A1rios/Ficheiros/Relatorio\\_Atividades\\_2012.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20de%20Sa%C3%BAde%20Prim%C3%A1rios/Ficheiros/Relatorio_Atividades_2012.pdf)

<sup>3</sup>[http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20de%20Sa%C3%BAde%20Prim%C3%A1rios/Ficheiros/Relatorio\\_Atividades\\_2006-2013.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20de%20Sa%C3%BAde%20Prim%C3%A1rios/Ficheiros/Relatorio_Atividades_2006-2013.pdf)

<sup>4</sup> [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/sondagem\\_usf.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/sondagem_usf.pdf)

<sup>5</sup> <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/2015.08.24-Relat%C3%B3rio%20Final-VF.pdf>



**ARS NORTE**

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

modelo A e modelo B, também com melhor grau de satisfação nas últimas.

Importa salientar que, pelo menos desde 2014, existe um sítio da internet ([www.biusf.pt](http://www.biusf.pt)) onde é possível ver os resultados nacionais das UCSP/USF-A/USF-B em todas as áreas contratualizadas, sendo claro, em todas elas, que as USF-B são as que têm melhores resultados, seguidas das USF-A e só depois as UCSP, tendo a Entidade Reguladora da Saúde emitido recentemente um relatório de avaliação das várias UF que veio confirmar esta tendência<sup>6</sup>.

Quanto à conclusão *iii.* e *iv.*, parece-nos adequado dever destacar que o cumprimento daquele objetivo foi condicionado por vicissitudes várias, mas que em nada se relacionam com a reforma implementada, resultando antes de políticas gerais que as condicionantes do momento obrigaram a adotar, designadamente as opções relativas ao regime de aposentações.

Sobre a conclusão *v.*, afigura-se-nos dizer que não obstante os desafios colocados à atribuição de médico de família a cada utente, esta Administração Regional de Saúde julga ter em formação, de acordo com um planeamento previsional adequado, um número suficiente de profissionais capazes de suprir as suas necessidades de MGF para os próximos anos.

De igual modo cumpre salientar que as zonas geográficas carenciadas são criteriosamente avaliadas de modo a promover uma efetiva maior atratividade, de acordo com o diploma que anualmente as fixa.

Sobre a conclusão *vi.*, é necessário fazer notar que esta Administração Regional de Saúde estima as suas necessidades com base nos médicos ao seu serviço e das suas unidades.

Relativamente à conclusão *xv.*, e no que concerne ao impacto nos suplementos remuneratórios atribuídos aos médicos afetos a USF modelo B, pela substituição dos utentes "não frequentadores", o Relatório apenas coloca a hipótese do aumento das unidades ponderadas associadas à lista, o que nos parecer não corresponder à verdade. Teoricamente, o impacto desta substituição, poderá também manter-se ou ser até menor, uma vez que elas não estão associadas à taxa de utilização, mas à constituição da lista de utentes. Por outro lado há um limite ao pagamento das UP, depois do qual, qualquer utente que venha a inscrever-se em nada altera o pagamento deste suplemento.

Já no que tange à conclusão *xxii.*, afigura-se-nos importante relevar que, no norte do País, desde sempre e até antes da reforma, o modelo de "enfermeiro de família" já tinha tradição, pese embora ainda não existisse legislação que enquadrasse essa figura.

<sup>6</sup> [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1793/ERS\\_-\\_Estudo\\_USF\\_e\\_UCSP\\_-\\_final\\_v.2\\_.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1793/ERS_-_Estudo_USF_e_UCSP_-_final_v.2_.pdf)





## ARS NORTE

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

Quanto à conclusão xxv., e relativa aos incentivos financeiros pagos a enfermeiros e secretários clínicos julgamos importante dever considerar que a portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, ao corrigir o n.º 1 e ao eliminar o n.º 3 do artigo 3º, corrigiu a única referência dos vários diplomas legais ao termo "prémios", que já não existia no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto. Assim, atualmente, quer o Decreto-Lei n.º 298/2007, quer a Portaria n.º 377-A/2013 demonstram que os incentivos financeiros, não são prémios, mas antes parte integrante da remuneração quando a eles há direito, como uma medida inovadora na administração pública de sistema retributivo associado ao desempenho.

Assim, estes incentivos constituíam parte integrante das remunerações, as quais, que por sua vez revestiam uma forma compósita, não constituindo nem prémios de desempenho, nem suplementos, mas antes complementos.

No que concerne à conclusão xxvi., o relatório tece considerações sobre o processo de constituição de USF, referindo que a sua voluntariedade não é atualmente adequada, parecendo-nos contrariar dessa forma, a sua própria insistência na avaliação do impacto da criação das USF. Ora, se o Tribunal de Contas entende que todas as UCSP deviam passar automaticamente para USF, não fará sentido avaliar o impacto dessa passagem. Aliás na conclusão xxvii parecem resultar reservas ao facto da "não entrada em atividade das 86 candidaturas (total nacional em 2015) a USF modelo A e B que permanecem ativas, impediu a atribuição de médico de família a pelo menos 11,47% dos utentes sem médico, ou seja, a 147.396 utentes". Ou seja, se por um lado o TC destaca a insuficiência de USF, por outro parece colocar reservas na não avaliação do impacto económico da sua criação. De igual forma, parece o TC apresentar dúvidas quanto ao não acompanhamento, preventivo, dos utentes sem médico de família, o que poderia contribuir para sobrecarregar os hospitais e consequentemente traduzir-se em custos futuros associados (alínea xiv), sendo certo que, em simultâneo parece colocar em causa o modelo organizativo A ou B que, comprovadamente, pelo menos na Região Norte, tem vindo a originar que um número substancialmente maior de cidadãos esteja inscrito em USF, comparados com os que estariam se as USF continuassem como UCSP. Note-se que em 31 de dezembro de 2015 estavam inscritos nas USF da Região Norte 2.668.385 cidadãos, correspondendo a cerca de 71% da população da região. Aqueles inscritos pertenciam às listas de 1493 médicos. Destes 1493, 213 entraram no SNS após 2013, portanto com contratos diferentes dos anteriores, no que respeita à constituição da lista de utentes. Se todos estes tivessem uma lista de 1900 e todos os outros 1550, como determina a Lei, estariam com médico de família 2.388.700 cidadãos, ou seja, menos 279.685 utentes. Portanto, na Região Norte, em 31 de dezembro de 2015, diminui-se em 147 médicos de família a necessidade destes profissionais, deu-se uma equipa de saúde a mais cerca de 280.000 pessoas, fazendo-lhes o acompanhamento a que alude a alínea xiv do relatório agora apresentado. Já quanto à crítica da existência de quotas, ela é consistente com a posição que a ARS Norte sempre demonstrou superiormente, que também entendeu e entende que todas as candidaturas existentes devem ser concretizadas, em favor dos cidadãos, pelas razões já apontadas de





**ARS NORTE**

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

práticas eficientes que as USF promovem.

Por outro lado, conforme destacado, estando já cerca de 71% da população da Região Norte inscrita em USF julga-se natural que o número de candidaturas a USF's venha por consequência a diminuir, sendo nossa convicção que imposição de limites nas USF's a constituir visa garantir um adequado planeamento do investimento em pessoal a realizar em cada ano, de modo a permitir o retorno do mesmo, libertando mais recursos com os ganhos obtidos.

## II – SOBRE O PROJETO DE RECOMENDAÇÕES

Para além das considerações e dos contributos que até agora explanamos sobre o presente Relatório, procurando dessa forma poder contribuir para o aperfeiçoamento de um modelo organizativo que se nos afigura ser o mais adequado e aquele que melhor responde às necessidades dos utentes, cumpre-nos ainda acrescentar um último aspeto, relativamente à recomendação que o Tribunal de Contas expressamente dirigiu a este Conselho Diretivo.

Efetivamente, do trabalho agora realizado e em face das conclusões alcançadas, no que a esta Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. diz respeito, entendeu o Tribunal de Contas recomendar que pondere a *"suspensão dos pagamentos de compensações pelo desempenho aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos inseridos nas USF de modelo B, solicitando à tutela e ao Ministério das Finanças a clarificação, por via legal, o regime remuneratório dos profissionais integrados em USF, designadamente as de modelo B, por forma a não subsistirem dúvidas quanto à natureza dos eventuais suplementos e compensações pelo desempenho, clarificação recomendada pelo Tribunal de Contas no anterior relatório da auditoria."*

De facto, neste particular e no anterior Relatório de Auditoria, o Tribunal de Contas havia expresso as suas reservas quanto ao suporte legal do pagamento daqueles incentivos financeiros, porquanto entendeu que os mesmos *"configuravam autênticos prémios de desempenho, dado que o respetivo processo de apuramento e atribuição resulta da verificação do cumprimento de metas estabelecidas anualmente"*, pelo que entendeu o Tribunal que o seu pagamento estava assim vedado pelas sucessivas LOE, deste 2013.

No entanto, não obstante as reservas expressas, o Tribunal constatou que aqueles incentivos foram pagos em 2014 e 2015 pelas várias ARS e pelas ULS do Baixo Alentejo e do Norte Alentejano, pelo que, *"tendo em conta as conclusões do anterior relatório, e não tendo sido aduzidos novos factos nem alterado o enquadramento jurídico da matéria em questão, deveriam os órgãos de gestão das referidas entidades, em exercício de funções nas gerências de 2014 e 2015, ter solicitado, à tutela, informação sobre o estado do esclarecimento por via legal que tinha sido recomendado pelo Tribunal, antes de autorizarem a despesa e o pagamento dos incentivos financeiros relativos à atividade de 2013 e de 2014, tendo em conta a prudência e diligência que lhes são exigidos no desempenho das suas funções."*



**ARS NORTE**

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

Ora, com todo o respeito pelo trabalho desenvolvido, cumpre-nos destacar e alertar para o facto de, em face das recomendações formuladas pelo Tribunal de Contas no anterior Relatório de Auditoria, esta ARS teve o ensejo de através do ofício n.º 28633, de 22 de dezembro de 2014, cuja cópia se anexa, ter solicitado a Sua Excelência do Ministro da Saúde, "informação sobre o tratamento conferido às recomendações supra com o objetivo de antecipar as diligências necessárias a uma atuação concertada", para além de se ter informado das alterações efetuadas no processo de avaliação dos pareceres técnicos emitidos para a criação de novas unidades de saúde familiares e/ou de passagem a modelo B, bem como no processo de validação interna técnica, conforme resulta da cópia em anexo.

Posteriormente, em face da ausência de resposta e tendo em vista acautelar uma atuação legal e uniforme nesta matéria, teve esta ARS o cuidado de, através do ofício n.º 16351, de 10 de setembro de 2015 (em anexo), reiterar, junto do Gabinete de Sua Excelência o Ministro da Saúde, o pedido de informação quanto ao tratamento conferido às recomendações do Tribunal de Contas, para além de se ter procurado munir de Pareceres e Informações internos que analisassem a viabilidade de proceder àqueles pagamentos. Acresce reforçar no que, concerne aos incentivos de 2015, entende esta ARS ser de submeter novamente à consideração da Tutela.

Com os melhores cumprimentos.

Atenciosamente,  
O Conselho Diretivo

Dr. Pimenta Marinho  
Presidente do C.D.

MC/AC





## ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP



TRIBUNAL DE CONTAS

E 5488/2016  
2016/4/12



008388 '16 04-08 17:54

Exmo. Senhor  
Dr. José António Carpinteiro  
MI Auditor-Coordenador do  
Tribunal de Contas  
Av. Barbosa du Bocage, 61  
1069-045 Lisboa

Sua referência  
DAVI-UAT 1  
Proc. Nº 18/2015-Audit

Data  
24/03/2016

Nossa referência  
CD

Data  
07/04/2016

ASSUNTO: **Auditoria de Seguimento de Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria n.º 17/2014-2ª S.**

Tendo presente o ofício de V. Ex.<sup>a</sup> identificado em epígrafe e em resposta ao solicitado informa-se o seguinte:

No que respeita ao projeto de recomendações às Administrações Regionais de Saúde (ARS)<sup>1</sup>, nomeadamente quando se refere “ponderar a suspensão dos pagamentos de compensações pelo desempenho aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos inseridos nas SF de modelo B...”, tendo em vista clarificar o entendimento que se possa dar à designação “incentivos”, esta ARS irá solicitar superiormente orientações em conformidade.

Contudo, constatando-se que no RELATO é referido que a ARS do Centro, IP procedeu aos pagamentos dos incentivos financeiros nos anos de 2013 e de 2014, esclarece-se que os mesmos tiveram como enquadramento a Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro<sup>2</sup>, que veio alterar a Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril.

Este normativo legal estabeleceu, no n.º 1 do art.º 2.º, que “As equipas multiprofissionais das USF...têm acesso a uma componente variável da remuneração, denominada de incentivos, que consta da carta de compromisso, contratualizada anualmente e que é aferida pelo desempenho demonstrado em quatro áreas.”, mais referindo, no n.º 1 do art.º 3.º, que “Os incentivos financeiros, regulados pela presente portaria, são atribuídos aos enfermeiros e ao

<sup>1</sup> Pág. 28

<sup>2</sup> Com entrada em vigor no dia a seguir ao da publicação



*peçoal administrativo em função dos resultados obtidos pela respetiva equipa profissional, como parte da remuneração prevista para os profissionais das USF.”*

Ora, como esta Portaria foi publicada após as Recomendações desse douto Tribunal (na sequência da auditoria ao desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários) e quer o então Senhor Secretário de Estado da Saúde, quer a própria Administração Central do Sistema de Saúde, questionaram esta ARS sobre o não cumprimento da mesma no que respeita ao pagamento dos incentivos, procedeu-se, em novembro de 2014 e setembro de 2015, à sua liquidação referente aos anos 2013 e de 2014, respetivamente.

No que respeita ao ponto **2.3 “Utentes não utilizadores e não frequentadores”**, salienta-se o seguinte:

Não obstante esta ARS concordar com a preocupação desse douto Tribunal relativamente ao mecanismo instituído para classificação de utentes não frequentadores das unidades funcionais de cuidados de saúde primários e eliminação das listas dos respetivos médicos de família, importa referir que a metodologia implementada para o efeito não foi decidida no seio das Administrações Regionais de Saúde.

No entanto, no atual quadro de escassez de recursos humanos médicos e de um ainda significativo número de utentes utilizadores sem médico de família atribuído, considera-se que a solução implementada permite gerir, de forma mais eficiente, os recursos disponíveis e garantir uma resposta mais célere aos utentes utilizadores.

Numa situação futura de plenos recursos médicos, concorda esta ARS com o apresentado no ponto 23, designadamente no que concerne à avaliação clínica prévia do médico de família como parte integrante do processo de decisão sobre a manutenção da inscrição do utente e da permanência na respetiva lista de inscritos, privilegiando o carácter preventivo e de promoção da saúde que caracteriza a atividade dos cuidados de saúde primários.

Por outro lado, no que respeita ao ponto **2.4 “Processo de atualização da lista de utentes por médico”** e, mais concretamente, no que concerne ao ponto 30, o disposto no Despacho 4389/2015, de 30 de abril, relativamente aos critérios e procedimentos de organização das listas de utentes, está a ser cumprido nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) desta ARS.

No entanto, é nosso entendimento que compete a cada ACeS a definição das prioridades para os restantes utentes, para além das mulheres grávidas e doentes crónicos, depois de



devidamente caracterizada a população sem médico de família da unidade funcional, de acordo com critérios sociodemográficos e o diagnóstico de saúde populacional do ACeS.

Por fim, no ponto **2.8 “Unidade de Saúde Familiar – constituição e evolução temporal”**, esclarece-se que a inexistência de estudos nacionais de avaliação económica *ex post* ao modelo de desenvolvimento organizacional das Unidades de Saúde Familiar (USF) fez com que esta ARS, em colaboração com o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), iniciasse o desenvolvimento de uma grelha de indicadores com vista à análise comparativa de custos e benefícios das unidades funcionais do tipo Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), USF Modelo A e USF Modelo B, para integração no processo de avaliação das candidaturas.

Entende esta ARS que o eventual benefício obtido pelos diferentes modelos de desenvolvimento organizacional das unidades funcionais não se esgota na determinação da poupança em medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, passando, fundamentalmente, por apurar os ganhos em saúde populacionais.

Assim, identificados já os custos envolvidos no processo de transição entre modelos organizativos, a ARS do Centro, em parceria com o CEISUC, encontra-se atualmente na fase de escolha de indicadores representativos dos ganhos em saúde que constituam a componente do benefício do modelo de avaliação económica.

Considera-se importante referir que a Coordenação Nacional para os Cuidados de Saúde Primários apresentou, publicamente, no final de fevereiro de 2016, a intenção de lançar dois concursos para o meio académico com vista a efetuar a avaliação económica das USF e a avaliação dos utilizadores dos serviços de urgência hospitalares.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Diretivo

Dr. José Manuel Azenha Tereso



## ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, IP

10707110, 00.000001,



TRIBUNAL DE CONTAS

E 5869/2016  
2016/4/19



# 1/

Exmo. Senhor Auditor-Coordenador  
do Tribunal de Contas  
Dr. José António Carpinteiro  
Av. Barbosa du Bocage, n.º 61  
1069-045 Lisboa

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
Ofício n.º 8599/2016	24/03/2016	4329 / DPC / 2016	18-04-2016

**Assunto:** Resposta à auditoria de seguimento de recomendações formuladas no Relatório de Auditoria N.º 17/2014-2ª S do Tribunal de Contas

Para cumprimento do solicitado por V.Ex.ª, o Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT) apreciou o conteúdo do presente relato de auditoria referente à Auditoria de Seguimento de Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria n.º 17/2014-2ª S.

Da análise efectuada entende-se salientar primeiramente, por resultar numa recomendação para as Administrações Regionais de Saúde, *cfr.* pág. 28 do documento do Relato, o seguinte:

*" i. Ponderar a suspensão dos pagamentos de compensações pelo desempenho aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos inseridos nas USF de modelo B, solicitando à tutela e ao Ministério das Finanças a clarificação, por via legal, o regime remuneratório dos profissionais integrados em USF, designadamente as de modelo B, por forma a não subsistirem dúvidas quanto à natureza dos eventuais suplementos e compensações pelo desempenho, clarificação recomendada pelo Tribunal de Contas no anterior relatório da auditoria."*

O Conselho Diretivo da ARSLVT procederá em conformidade, providenciando por uma clarificação quanto ao pagamento de compensações pelo desempenho aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos inseridos nas USF modelo B, solicitando a Suas Excelências os Ministros das Finanças e da Saúde, informação por via legal quanto à aplicação dos incentivos financeiros do ano 2015 a apurar no decorrer do ano 2016, uma vez que a Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março (Orçamento de Estado para 2016), prorroga no art. 18.º, n.º1 que *"Durante o ano de 2016, como medida de equilíbrio*

Av. Estados Unidos da América n.º75-77, 1749-096 Lisboa  
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723  
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt



orçamental, são prorrogados os efeitos dos artigos 38.º a 46.º e 73.º da Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro, cujas medidas são progressivamente eliminadas a partir de 2017".

A ARSLVT, como é do conhecimento desse douto Tribunal de Contas, e no que respeita ao ponto 2.3. Utentes utilizadores e não frequentadores, é a Administração Regional de Saúde que carece de um maior número de médicos de Medicina Geral e Familiar para que seja possível cumprir a atribuição de um médico de família a todos os utentes inscritos nos Agrupamentos de Centros de Saúde da Região. A médio e longo prazo, uma vez que o número de recém-especialistas irá aumentar pelo menos até 2020<sup>1</sup>, o Conselho Diretivo diligenciará junto da Tutela para que as vagas de concurso sejam maioritariamente atribuídas à região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Não obstante, a aplicação do Despacho n.º 4389/2015, de 30 abril, trata-se de uma metodologia para a classificação de utentes não frequentadores dos cuidados de saúde primários que permite garantir uma resposta efetiva aos utentes utilizadores que carecem da prestação de cuidados de prevenção e promoção da saúde.

Quanto ao "não acompanhamento, preventivo, destes utentes [não frequentadores], contribuirá para sobrecarregar os cuidados hospitalares com episódios agudos ou até constituir um incentivo ao recurso às urgências hospitalares como meio de acesso expedito a consultas médicas e a MCDT (...)" o Conselho Diretivo considera que poderá ser melhor caracterizada esta perceção, através do estudo que será promovido pelo Grupo de Coordenação Nacional para os Cuidados de Saúde Primários, nomeada pelo Despacho n.º 200/2016, de 7 janeiro, o qual no respetivo plano estratégico e operacional prevê uma avaliação da utilização dos serviços de urgência hospitalares (*porque veio ao serviço de urgência ?*) com um estudo científico a ser elaborado em parceria com Universidades.

No que respeita ao ponto 2.4. Processo de actualização da lista de utentes por médico, nomeadamente o ponto 30. os Agrupamentos de Centros de Saúde desta ARS estão a cumprir o preconizado no n.º 3 do art. 3.º do Despacho n.º 4389/2015, de 30 de abril, relativamente aos critérios e procedimentos de organização das listas de utentes.

No que se refere ao ponto 2.8 Unidade de Saúde Familiar – constituição e evolução temporal, em especial o ponto 58. "Não obstante o Despacho Conjunto n.º 6080-B/2014, de 8 de maio, prever como condição para o lançamento de uma nova USF uma avaliação do custo-benefício, verificou-se não existir de forma homogénea orientação ou circular a definir a metodologia a utilizar nessa avaliação, quer quanto à constituição de USF quer na transição entre modelos de desenvolvimento organizacional" considera o Conselho Diretivo ser de referir que a criação de uma nova USF (modelo A) resulta sempre num aumento de acessibilidade à população, proporcionando maior cobertura assistencial a utentes

<sup>1</sup> Apuramento efectuado através do portal do Serviço Nacional de Saúde, <https://www.sns.gov.pt/sns/reforma-do-sns/cuidados-de-saude-primarios/gestao-de-recursos-humanos/>



10-04-10, 00.00PM,

# 3/

sem médico de família atribuído. A cobertura assistencial resulta da organização de listas de utentes, para cada médico (com carga horária de 40h/semanal), em cerca de 1.900 utentes frequentadores ou o correspondente a 2.358 Unidades ponderadas e/ou por cada médico (com carga horária de 35h/semanal) um aumento para um mínimo de 1.750 utentes frequentadores.

Relativamente à transição de USF modelo A para modelo B, do acréscimo de despesa que contempla o pagamento das unidades ponderadas aos médicos e outros profissionais, a candidatura a incentivos financeiros, o acréscimo de encargos patronais e a perda de remuneração dos médicos no abono horário alargado 42h, deverá efetivamente resultar num funcionamento de maior exigência em termos de metas de contratualização, com melhor eficiência e ganhos em saúde para os utentes. Mas para que esta avaliação seja nacional e metodologicamente equivalente entre as ARS, à semelhança de outras áreas de intervenção que se suportam por análises custo-benefício, seria determinante estabelecer uma metodologia nacional para aplicação por parte das ARS na fase de avaliação da transição de USF modelo A para modelo B.

Ainda no mesmo ponto, no nº 67 *"Quanto aos meios de comunicação entre as unidades funcionais e os cidadãos, não está, ainda, implementada na sua plenitude a recomendação formulada. A divulgação de informação é feita sobretudo nos sítios próprios das ARS e não dos ACES, sendo a mesma insuficiente e incompleta"*, a ARSLVT continuará a providenciar que a informação seja melhorada e divulgada no respetivo portal [www.arslvt.min-saude.pt](http://www.arslvt.min-saude.pt), não estando previsto o desenvolvimento de sítios na internet para os ACES.

No ponto 2.9. Tempos de Espera, designadamente o ponto 68, o Conselho Diretivo congratula-se com o desenvolvimento de *"um sistema de informação que permita registar a informação referente à data do pedido de marcação da consulta da sua realização"*, em especial que distinga a marcação de consultas pré-programadas entre o médico de família e o utente, após uma consulta de acompanhamento, das consultas que são solicitadas a pedido do utente, porque o sistema atual, ainda que identificando como sendo *a pedido do utente*, na prática administrativamente é a designação quase sempre adotada para registar as marcações, mesmo as que decorrem de consulta anterior e da programação de cuidados de acompanhamento do utente, em função de doença crónica, por exemplo.

Finalmente, e no que respeita ao conceito de "consulta complementar" e conceito de "utente" constante no glossário, o Instituto Nacional de Estatística (INE) no sistema Integrado de metainformação – conceitos por tema<sup>2</sup>, identifica as seguintes definições: Consulta Complementar – *"Consulta médica realizada no âmbito dos cuidados de saúde primários e organizada para dar resposta a situações não programáveis, na impossibilidade de obtenção de consulta com o médico de família ou quando o utente*

<sup>2</sup> <http://smi.ine.pt/ConceitoPorTema?clear=True>



10-V4-10, V3, 002M,

# 4/

*não tem médico de família atribuído” e Utente – “Pessoa que utiliza bens ou serviços públicos ou privados” e ainda o conceito de Utente inscrito – “Utente a quem é atribuído um número de identificação no Serviço Nacional de Saúde ou nos Serviços Regionais de Saúde das regiões autónomas, não utilizando necessariamente os cuidados de saúde”.*

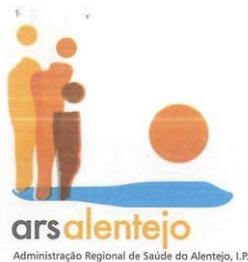
Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho Diretivo

Rosa Valente de Matos



## ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO, IP



SAI-ARSA/2016/976

TRIBUNAL DE CONTAS

E 5683/2016  
2016/4/14



EXMO(A) SENHOR(A)

TRIBUNAL DE CONTAS - DIRECÇÃO GERAL  
AV. BARBOSA DU BOCAGE, Nº61  
1069-045  
LISBOA

**Sua referência**

**Nossa referência**

**Data**

SAI-ARSA/2016/976

11-04-2016

**Assunto:** Auditoria de seguimento de recomendações formuladas no Relatório de Auditoria n.º 17/2014-2ª Secção

Na resposta é favor indicar as nossas referências

No âmbito do processo de *auditoria de seguimento de recomendações formuladas no relatório de auditoria ao desempenho de unidades funcionais de cuidados de saúde primários* vem a ARS Alentejo, na sequência da notificação para pronúncia sobre o Relato de Auditoria, no que se concerne às suas conclusões e recomendações, apresentar as suas observações.

Aceitando globalmente as observações inseridas nas conclusões e levando-se em consideração a recomendação sugerida no presente relatório. Considerando que se trata de um novo Governo Constitucional esta ARS Alentejo procedeu à interpelação, conforme n/ ofício dirigido à ACSS, de referência SAI-ARSA/2016/880, datado de 1 de abril de 2016 (anexo 1), com conhecimento do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, no sentido de colher orientações concretas e uniformes a todas as ARS's quanto ao modo de proceder, vimos no entanto, chamar a atenção para as seguintes circunstâncias:

- Em 14 de agosto de 2014, através do n/ ofício com referência SAI-ARSA/2014/3402, este órgão de gestão tomou a iniciativa de solicitar à ACSS, IP orientações quanto à posição a tomar pela ARS, quando estivesse concluído o processo de avaliação das unidades e estivessem reunidas as condições para proceder ao pagamento dos respetivos incentivos (anexo 2);

- A 19 de Setembro de 2014 vem a ACSS, IP solicitar informação se a ARS Alentejo já tinha procedido ao "pagamento de incentivos financeiros devidos ao pessoal de enfermagem e administrativo afetos às USF, relativos ao ano de 2013, bem como, caso ainda não tenha havido lugar ao referido pagamento, se digne



**arsalentejo**

Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.

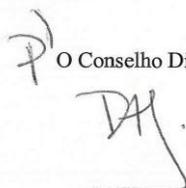
*informar o motivo pelo qual ainda não sucedeu... Mais se solicita ... informação sobre a viabilidade de proceder ao pagamento, no próximo mês de processamento, dos incentivos às Unidades cujo cálculo já esteja efetuado.” (anexo 3);*

- No mesmo dia, esta ARS respondeu às questões colocadas pela ACSS, IP e lembrou “*que a decisão de pagamento por parte das administrações carece de resposta da ACSS à questão colocada no ofício acima referido*” [ofício SAI-ARSA/2014/3402] (anexo 3);

- Não obtendo qualquer resposta por parte da entidade tutelar, em novembro de 2014 instou-se novo pedido junto da ACSS, IP, através do ofício com referência SAI-ARSA/2014/5056, uma vez que a avaliação das unidades estava concluída (anexo 4), pelo que entende esta ARS ter desenvolvido todos os esforços ao seu alcance para o esclarecimento da situação.

Na resposta é favor indicar as nossas referências

Com os melhores cumprimentos,

  
O Conselho Diretivo

Paula Ribeiro Marques  
Vogal do Conselho Directivo



arsalentejo

Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.



SAI-ARSA/2016/880

Anexo 1

EXMO(A) SENHOR(A)  
PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETIVO  
ACSS, I.P. - ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO  
SISTEMA DE SAÚDE  
PARQUE DA SAÚDE DE LISBOA - EDIFÍCIO 16  
- AV DO BRASIL  
1700-063 - LISBOA

C/C Exmo. Senhor Secretário de Estado da Saúde

Sua referência

Nossa referência  
SAI-ARSA/2016/880

Data  
01-04-2016

**Assunto:** Auditoria de seguimento de recomendações formuladas no Relatório de Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários (Processo n.º 18/2015 - AUDIT)

Na resposta é favor indicar as nossas referências

Na sequência do Relato do Tribunal de Contas<sup>1</sup>, emitido no âmbito do Processo n.º 18/2015-AUDIT e de acordo com o já solicitado superiormente a V. Ex.ª pelos n/ ofícios n.º SAI-ARSA/2014-3402, de 14-08-2014, email de 19-09-2014 e SAI-ARSA/2014-5056, de 26/11/2014, em anexo, vimos pelo presente informar que, até que seja clarificado o regime remuneratório de profissionais das USF modelo B, por parte do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças, iremos proceder à suspensão do pagamento de incentivos financeiros aos referidos profissionais, dando cumprimento à recomendação do Tribunal de Contas, designadamente *"ponderar a suspensão dos pagamentos de compensações pelo desempenho aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos inseridos nas USF de modelo B, solicitando à tutela e ao Ministério das Finanças a clarificação, por via legal, o regime remuneratório dos profissionais integrados em USF, designadamente as de modelo B, por forma a não subsistirem dívidas quanto à natureza dos eventuais suplementos e compensações pelo desempenho, clarificação recomendada pelo Tribunal de Contas no anterior relatório de auditoria."*, uma vez que a Lei de Orçamento de Estado para 2016 continua a determinar, como medida de equilíbrio orçamental, a proibição de valorizações remuneratórias durante o ano de 2016 (cfr. art. 18º da LOE 2016 que prorroga os efeitos do art. 38º da Lei n.º 82-B/2014, de 31/12).

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Diretivo  
JOSE LOPES  
Vogal do Conselho Diretivo

GOVERNO DE PORTUGAL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Em exercício do princípio do contraditório.

Largo Jardim do Paraíso, N.º1  
7000-864 Évora  
Tel. 266 758 770 Fax. 266 735 888  
E-mail: [ars@arsalentejo.min-saude.pt](mailto:ars@arsalentejo.min-saude.pt)



SAI-ARSA/2014/3402

EXMO(A) SENHOR(A)  
PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETIVO  
ACSS, I.P. - ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO  
SISTEMA DE SAÚDE  
AV. JOÃO CRISÓSTOMO, N.º 11  
1000-177  
LISBOA

Anexo 2

Sua referência

Nossa referência  
SAI-ARSA/2014/3402

Data  
14-08-2014

**Assunto:** Pedido de esclarecimento sobre pagamento de incentivos financeiros.

Relativamente ao solicitado no v/ofício refº 10508/2014/CD/ACSS, sobre o assunto em epígrafe, informa-se que a atribuição, ou não, de incentivos financeiros, de acordo com o estipulado no ponto 3, do artigo 5º da Portaria nº 377-A/2013, depende da avaliação do cumprimento das metas, conforme decorre do nº 2 do mesmo artigo.

Ora, para efeitos da realização da avaliação, é essencial que primeiro esteja garantida a validação da fonte de informação que, no caso, é o SIARS. Essa validação e consequente comunicação às ARS é feita pela vossa Instituição.

Como até ao momento isso não aconteceu, a avaliação ainda não foi efetuada e, por essa razão, também não pode haver comunicação dos eventuais pagamentos aos interessados.

A este propósito, e na sequência do recente relatório nº 17/2014 do Tribunal de Contas sobre "Auditoria ao desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários", nomeadamente, quanto à reafirmação por parte daquele Tribunal no que diz respeito aos incentivos financeiros pagos aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos constituírem um prémio de desempenho, solicitam-se orientações quanto à posição a tomar pela ARS quando houver condições para proceder ao pagamento dos incentivos visados no ofício em análise.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Diretivo

José Marques Robalo  
Presidente do Conselho Diretivo



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Mod. 530 800 074

Largo Jardim de Paraíso, N.º 1  
701 0-864 Évora  
Tel. 266 758 770 Fax. 66 735 868  
E-mail. arsa@arsalentejo.nin-saude.pt

Na resposta é favor indicar as nossas referências



FW: Pagamento de incentivos financeiros

Página 1 de 2

Anexo 3

## FW: Pagamento de incentivos financeiros

Jose Robalo

**Enviado:** sexta-feira, 19 de Setembro de 2014 15:38

**Para:** Rui Santos Ivo [rsivo@acss.min-saude.pt]

**Cc:** Antonio Duarte

**Anexos:** Oficio\_3402.PDF (144 KB)

Dr. Rui Ivo,

Na sequência da resposta já dada em 14 de agosto de 2014, conforme ofício refª 3402 em anexo, informa-se que a atribuição, ou não, de incentivos financeiros, de acordo com o estipulado no ponto 3, do artigo 5º da Portaria n.º 377-A/2013, depende da avaliação do cumprimento das metas, conforme decorre do n.º 2 do mesmo artigo.

Essa avaliação está a ser feita, prevendo-se que no início da semana de 22 a 26 de setembro se avance para a fase de pronúncia dos ACES e Unidades Funcionais.

Só após essa fase estar terminada e, bem assim, da regularização das eventuais reclamações que possam existir, se poderá proceder à proposta do pagamento de incentivos institucionais e financeiros a atribuir.

Na melhor das hipóteses, essa etapa só poderá estar assegurada no mês de novembro ou, havendo reclamações de difícil resolução, no mês de dezembro.

Todavia, relembro que a decisão de pagamento por parte das administrações carece de resposta da ACSS à questão colocada no ofício acima referido.

Com os melhores cumprimentos,

**José Marques Robalo**

Presidente do Conselho Diretivo  
Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP  
Largo do Jardim do Paraíso, 1  
7000-864 Évora  
Telf: 266 758 790

**De:** Marina Dias [mailto:marina.dias@acss.min-saude.pt] **Em nome de** Rui Santos Ivo

**Enviada:** sexta-feira, 19 de Setembro de 2014 10:56

**Para:** ARS Presidente

**Cc:** Secretariado ARS

**Assunto:** Pagamento de incentivos financeiros

Exmos. Senhores  
Presidentes do Conselho Diretivo,

De modo a habilitar esta ACSS na informação a prestar ao gabinete de Sua Excelência o Secretário de Estado da Saúde, solicita-se a V. Exa., tendo em consideração o calendário previsto no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, se digne informar, até às 18 horas de hoje, se essa ARS já procedeu ao pagamento dos incentivos financeiros devidos ao pessoal de enfermagem e administrativo afetos às USF, relativos ao ano 2013, bem como, caso ainda não tenha havido lugar ao referido pagamento, se digne informar o motivo pelo qual tal ainda não sucedeu, bem como a data previsível para o respetivo processamento.

Mais se solicita, tendo em consideração algumas informações que têm sido veiculadas, se digne igualmente informar se o cálculo das importâncias a pagar a cada uma das diversas USF que integram essa ARS já se encontra totalmente concluído ou se existem, relativamente a algumas Unidades, dificuldades, e quais, que ainda não tornaram possível o apuramento dos respetivos incentivos, bem como, caso se confirme essa impossibilidade, informação sobre a viabilidade de proceder ao pagamento, no próximo mês de processamento, dos incentivos às Unidades cujo cálculo já esteja efetuado.

<https://webmail/owa/?ae=Item&t=IPM.Note&id=RgAAAABE7weKPPXMSoSjhCkI...> 31-03-2016



FW: Pagamento de incentivos financeiros

Página 2 de 2

Com os melhores cumprimentos.

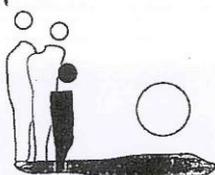
Rui Santos Ivo

Rui Santos Ivo  
Presidente do Conselho Diretivo  
*President, Executive Board*

 **Administração Central  
do Sistema de Saúde, IP**  
*Otimizar recursos, gerar eficiência*

Av. João Crisóstomo n.º 11 - 1000-177 Lisboa | PORTUGAL  
Telefone: (+)351 21 792 55 87 | FAX: (+) 351 21 792 56 83  
[www.acss.mir-saude.pt](http://www.acss.mir-saude.pt)

<https://webmail/owa/?ae=Item&t=IPM.Note&id=RgAAAABE7weKPPXMSoSjhCkl...> 31-03-2016



**arsalentejo**

Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.



SAI-ARSA/2014/5056



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Anexo 4

EXMO(A) SENHOR(A)  
PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETIVO  
ACSS, I.P. - ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO  
SISTEMA DE SAÚDE  
AV. JOÃO CRISÓSTOMO, N.º 11  
1000-177  
LISBOA

**Sua referência**

**Nossa referência**

**Data**

SAI-ARSA/2014/5056

26-11-2014

**Assunto:** Pedido de esclarecimento sobre pagamento de incentivos financeiros a USF.

Através do ofício refº SAI-ARSA/2014/3402, de 14-08-2014, e posteriormente reforçado por email de 19-09-2014, solicitámos orientações sobre a posição a tomar pelas ARS sobre o pagamento de incentivos financeiros às USF Modelo B. Até ao momento não foi rececionada qualquer resposta da vossa parte.

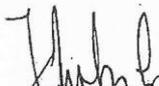
Relembramos que o relatório nº 17/2014 do Tribunal de Contas sobre "Auditoria ao desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários", no que diz respeito aos incentivos financeiros pagos aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, reafirma o facto de constituírem um prémio de desempenho.

Considerando que esta ARS tem concluído o processo de avaliação de 2013, e não havendo nada em contrário por parte de Vossas. Exas, assumimos a concordância da vossa instituição, pelo que, daremos sequência ao processo de pagamento dos incentivos, conforme previsto na Portaria nº 377-A/2013, de 30 de dezembro de 2013.

No caso de não ser este o entendimento da ACSS, solicitamos e aguardamos comunicação formal até ao próximo dia 4 de dezembro, data a partir da qual, informaremos os serviços das decisões de pagamento.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Diretivo

  
José Marques Kopalo  
Presidente do Conselho Diretivo

Largo do Jardim do Paraíso, 1 | 7000-864 Évora  
Tel. 266 758 770 Fax. 266 735 868  
e-mail. ars@arsalentejo.min-saude.pt



Na resposta é favor indicar as nossas referências



## ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, IP

08 04 16 004297



Exmo. Senhor  
Dr. José António Carpinteiro  
Auditor Coordenador  
Direção-Geral  
Tribunal de Contas  
Av. Barbosa do Bocage, 61  
1069-045 Lisboa

TRIBUNAL DE CONTAS

E 5489/2016  
2016/4/12



Sua Referência  
DAVI – UAT 1  
Proc. N.º 18/2015 - Audit

Sua Comunicação  
24-03-2016

Nossa Referência  
Gab. AT-SB/CD  
08-04-2016

**ASSUNTO: Acompanhamento das recomendações formuladas pelo Tribunal de Contas no Relatório n.º 17/2014 - 2.ª Secção - Auditoria ao Desempenho das Unidades Funcionais do Serviço Nacional de Saúde**

Em resposta ao V/Ofício de 24 de março de 2016 sobre o assunto em título, e em cumprimento do disposto no “Capítulo V - Entidades às quais deve ser enviado o relato para efeitos de contraditório” do Relatório n.º 17/2014 - 2.ª S, cumpre informar V/Ex.ª que a Administração Regional de Saúde do Algarve aguarda orientações da Tutela relativamente à recomendação para ponderar a suspensão dos pagamentos de compensações pelo desempenho aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos inseridos nas USF de Modelo B.

Mais se informa que, no passado dia 6 de abril de 2016 foi reiterado o pedido de orientações à Tutela sobre os procedimentos a adoptar quanto ao pagamento de incentivos financeiros aos profissionais acima referidos, através do ofício n.º 4205 que se anexa.

Com os melhores cumprimentos,

Dr. João Moura Reis  
Presidente do Conselho Diretivo  
da ARS Algarve, I.P.



060416 004205



Exmo. Senhor,  
Dr. Jaime Alves  
Chefe de Gabinete de Sua Excelência o  
Secretário de Estado Adjunto e da Saúde  
Av. João Crisóstomo, 9  
1049-062 Lisboa

Sua Referência  
N.º:  
Entrada - 4723/2016  
Processo - 57/2014

Sua Comunicação  
Ofício n.º 3163 de 30-03-2016

Nossa Referência  
Gab. AT-SB/CD  
04-04-2016

**ASSUNTO: Auditoria de Seguimento de Recomendações formuladas no Relatório de Auditoria n.º 17/2014 - 2.ª S**  
**> Direção-Geral do Tribunal de Contas**

Na sequência do assunto em título, cumpre informar que esta ARS Algarve aguarda orientações do Ministério da Saúde, mais concretamente da ACSS, relativamente à recomendação do Tribunal de Contas no que concerne à suspensão dos pagamentos de incentivos financeiros atribuídos aos enfermeiros e ao pessoal administrativo em função dos resultados obtidos pela respetiva equipa profissional, como parte da remuneração prevista para os profissionais da USF.

De referir que, na sequência do ofício n.º 17581 de 28-11-2013 remetido por esta ARS à ACSS, solicitando orientações sobre os procedimentos a adotar quanto ao pagamento dos incentivos financeiros a pagar aos profissionais (*Anexo I*), foi-nos dado conhecimento, através de e-mail de 10-12-2013 do Exmo. Sr. Vice-Presidente da ACSS, do ofício n.º S-17138/2013/ACSS, de 05-11-2013 dirigido à Exma. Sr.ª Diretora-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP) onde é questionado "*...se a componente remuneratória de pessoal de enfermagem e do pessoal administrativo das USF, relativa ao desempenho..., se deve considerar abrangida pelo âmbito de aplicação das normas que proíbem a valorização remuneratória contidas nas Leis de Orçamento de Estado para os anos de 2011, 2012 e 2013...*" (*Anexo II*). É ainda mencionado no citado e-mail que nos seria comunicado o parecer solicitado à DGAEP logo que o mesmo fosse comunicado à ACSS.

Mais se informa que a Unidade de Saúde Familiar - Associação Nacional (USF-AN) também dirigiu ofício n.º 29/2013 de 17-12-2013 ao Exmo. Senhor Ex-Ministro da Saúde, Dr. Paulo Macedo, onde refere que "*...fomos informados de que o parecer da ACSS relativamente a esta*



## Conselho Directivo

*matéria é favorável ao pagamento dos respectivos incentivos financeiros...” e solicita “...uma tomada de posição urgente, clara e inequívoca sobre o pagamento devido de incentivos financeiros aos enfermeiros e secretários clínicos das USF.” (Anexo III).*

Todavia, e atendendo à publicação da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro que procede à primeira alteração da Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, que regula os critérios e condições de atribuição dos incentivos institucionais e financeiros às USF e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efectividade e qualidade dos cuidados prestados, verifica-se que na nova redacção do artigo 3.º não consta a expressão “natureza de prémio de desempenho”.

No entender do Conselho Directivo desta ARS a suspensão destes incentivos pode acarretar graves prejuízos em termos de continuidade da prestação de cuidados de saúde à população, uma vez que os profissionais visados, não vão concordar com esse entendimento face à legislação actualmente em vigor.

Perante o exposto, reitera-se o pedido de orientações sobre os procedimentos a adoptar quanto ao pagamento de incentivos financeiros aos profissionais acima referidos, nomeadamente clarificando a natureza dos incentivos, e indicando se o pagamento destes se encontra vedado no âmbito do estipulado nas anteriores leis do orçamento e no âmbito no artigo 18.º da Lei n.º 7-A/2016, de 30 março (LOE 2016).

Com os melhores cumprimentos,

Dr. João Moura Reis  
Presidente do Conselho Directivo  
da ARS Algarve, I.P



ANEXO I

281113017581

Pág. 1/3



Exmo. Senhor  
Prof. Doutor João Carvalho das Neves  
Presidente do Conselho Directivo  
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde  
Av. João Crisóstomo, n.º 11  
1000-177 Lisboa

Sua Senhora

**ASSUNTO: Auditoria ao desempenho das unidades funcionais dos CSP - pagamento de Incentivos Financeiros aos profissionais das USF Modelo B**

No âmbito da auditoria ao desempenho dos Cuidados de Saúde Primários (Processo n.º 32/2012 - Audit), o Tribunal de Contas, solicitou a esta ARS o esclarecimento, com detalhe, dos argumentos jurídicos que sustentam a exclusão do âmbito de aplicação do art.º 24º da Lei do Orçamento do Estado para 2011 (norma que veio a ser reiterada pela LOE dos anos seguintes) dos incentivos e compensações financeiras que têm vindo a ser pagos aos profissionais integrados nas USF, associados ao desempenho.

Entre os incentivos questionados incluíam-se os incentivos institucionais, os quais, em nosso entender, por não serem pagos aos profissionais nem representarem qualquer acréscimo remuneratório, não serão abrangidos pela referida norma do OE.

De facto, de acordo com o disposto no art.º 2.º da Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril, "*As equipas multiprofissionais das USF, independentemente do modelo em que se enquadrem, têm acesso a incentivos institucionais que constam da carta de compromisso, contratualizados anualmente e que são aferidos pelo desempenho em quatro áreas: a) Acessibilidade; b) Desempenho assistencial; c) Satisfação dos utentes; d) Eficiência*", sendo que este tipo de incentivos não originam qualquer pagamento aos profissionais que integram a equipa, traduzindo-se, antes, "*...nomeadamente, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes actividades da carteira de serviços da USF, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional*" (ver n.º 3 do art.º e diploma acima citado).

Deste modo, é nossa opinião que os incentivos institucionais se enquadram num programa de melhoria contínua das condições de prestação de cuidados



ANEXO I

Pág. 2/3

aos utentes das USF, através, nomeadamente, do reforço da qualificação dos profissionais e da melhoria organizacional e das condições de trabalho, beneficiando profissionais e utentes, não assumindo a natureza de uma prestação pecuniária atribuída aos profissionais que se traduza numa revalorização remuneratória.

Assim, a questão colocar-se-ia apenas no que respeita ao pagamento dos incentivos financeiros aos profissionais das USF modelo B, dado que têm a natureza de suplementos remuneratórios ou, no caso dos incentivos pagos ao pessoal de enfermagem e administrativo, de prémios de desempenho, tal como são qualificados no art.º 3.º, n.º1, da Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril.

É certo que esta ARS e, ao que sabemos, todas as outras, sempre pagou estes incentivos, quando devidos, por considerar que não se enquadravam na noção mais estrita de prémio, enquanto um acréscimo ou valorização remuneratória excepcional, mas sim uma componente variável da remuneração dos profissionais integrados em USF modelo B, prevista no sistema remuneratório especial legalmente aplicável a este tipo de unidades funcionais.

No entanto, face às questões colocadas pelo Tribunal de Contas, que parecem indiciar a existência de dúvidas sobre a legalidade do pagamento destes suplementos e prémios remuneratórios, solicita-se orientações sobre os procedimentos a adoptar quanto ao seu pagamento aos profissionais, nomeadamente os relativos à avaliação do desempenho das USF no ano de 2012, cujo pagamento aguarda o esclarecimento das dúvidas surgidas na sequência das questões colocadas pelo Tribunal de Contas.

Com os melhores cumprimentos, *per* *marcel*



ANEXO I

Pág. 3/3

RELAT DE VERIF TRANSM

HORA : 28/11/2013 15:02  
NOME : C.D.ARSALGARVE IP  
FAX : 289807405  
TEL :  
N.SÉR : 0004C885438

DIA/HORA 28/11 15:01  
NR. FAX/NOME 217925683  
DURAÇÃO 00:00:41  
PÁGINAS 02  
RESULT OK  
MODO STANDARD  
ECM

2811'13 017581



Exmo. Senhor  
Prof. Doutor João Carvalho das Neves  
Presidente do Conselho Directivo  
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde  
Av. João Crisóstomo, n.º 11  
1000-177 Lisboa

Sua Comunicação

Sua Referência

Nossa Referência  
2192213-DC-JR  
2013-11-27

FAX 214

**ASSUNTO:** Auditoria ao desempenho das unidades funcionais dos CSP - pagamento de Incentivos Financeiros aos profissionais das USF Modelo B

No âmbito da auditoria ao desempenho dos Cuidados de Saúde Primários (Processo n.º 32/2012 - Audit), o Tribunal de Contas, solicitou a esta ARS o esclarecimento, com detalhe, dos argumentos jurídicos que sustentam a exclusão do âmbito de aplicação do art.º 24º da Lei do Orçamento do Estado para 2011 (norma que veio a ser reiterada pela LOE dos anos seguintes) dos incentivos e compensações financeiras que têm vindo a ser pagos aos profissionais integrados nas USF, associados ao desempenho.

Entre os incentivos questionados incluíam-se os incentivos institucionais, os quais, em nosso entender, por não serem pagos aos profissionais nem representarem qualquer acréscimo remuneratório, não serão abrangidos pela referida norma do OE.

De facto, de acordo com o disposto no art.º 2.º da Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril, "As equipas multiprofissionais das USF, independentemente do modelo em que se enquadrem, têm acesso a incentivos institucionais que constam da conta de



ANEXO II

Pág. 1/3

António Esteves

De: Rui Santos Ivo <rsivo@acss.min-saude.pt>  
 Enviado: terça-feira, 10 de Dezembro de 2013 12:51  
 Para: ARS Vogal RH  
 Cc: sparreira@acss.min-saude.pt; fparra@acss.min-saude.pt; cgoncalo@acss.min-saude.pt; Conselho Directivo ACSS  
 Assunto: Incentivos-USF vs LOE 2013-proibição de valorizações remuneratórias  
 Anexos: f\_236165\_1 Of. DGAEP.PDF

Ex.mos, Senhores  
Membros responsáveis pela área de Recursos Humanos

Departamento Contabilização  
Cópia ao Dr. Joaquim Romalhe  
10/12/2013 António Esteves

De acordo com a LOE 2013, bem como das LOE de 2011 e de 2012, está impedida a "Atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim".

Ora, nos termos da LVCR os prémios de desempenho, que constituem a terceira componente do sistema retributivo dos trabalhadores da Administração Pública, destinam-se a compensar a produtividade do trabalhador, embora dependendo, nesse uso, da existência de verba orçamentada para o efeito e de decisão do dirigente máximo.

Neste sentido, a atribuição de um prémio de desempenho, nos termos da mencionada lei, não constitui um direito do trabalhador, antes dependendo da verificação de dois requisitos cumulativos – verba orçamental e decisão do dirigente máximo.

Pese embora o que antecede, e porque no âmbito de uma auditoria aos cuidados de saúde primários, desenvolvida pelo Tribunal de Contas, se suscitou a questão de saber se os incentivos pagos aos trabalhadores enfermeiros e aos assistentes técnicos integrados em USF Modelo B, também eles destinados a compensar a produtividade dos trabalhadores, se devem considerar como prémios ou como suplementos, entendeu-se adequado solicitar parecer sobre a matéria à Direção-Geral da Administração Pública (cf. anexo), o qual ainda se aguarda.

Logo que nos seja comunicado o parecer em causa que, nesta data, se reiterou, com caráter de urgência, serão V. Ex.as informados em conformidade.

Com os melhores cumprimentos,

Rui Santos Ivo  
 Vice-Presidente do Conselho Diretivo  
 Vice-President, Executive Board  
 Chief of Human Resources and Health Organisation Officer

TR  
Adm  
CSL - 243

**ACSS** Administração Central  
 do Sistema de Saúde, IP  
 Otimizar recursos, gerar eficiência

Av. João Crisóstomo nº 11 - 1000-177 Lisboa | PORTUGAL  
 Telefone: (+351 21 792 55 87 | FAX: (+351 21 792 56 83  
 www.acss.min-saude.pt



S-17138/2013/ACSS-DATA: 05-11-2013

ANEXO II

Pág. 2/3



S/referência:

Exma Senhora  
Dra. Joana Andrade Ramos  
Diretora-Geral da

N/referência: 17138/2013/DRH/ACSS

Direção-Geral da Administração e do Emprego  
Público (DGAEP)  
Praça do Comércio, Ala Oriental, 2.º Piso  
1149-005 Lisboa

---

**Assunto: Auditoria ao desempenho das unidades funcionais de cuidados de saúde primários**

Com referência ao assunto mencionado em epígrafe solicito a V. Exa. se digne mandar informar sobre o correto entendimento da seguinte questão:

O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, retificado pela Declaração de Retificação n.º 81/2007, de 12/09, é o diploma que " (...) estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a retribuição a atribuir aos elementos que integram as USF de modelo B."

Dos artigos 28.º, 31.º e 33.º do diploma acima citado resulta que a remuneração, respetivamente, dos médicos, dos enfermeiros e do pessoal administrativo das USF de modelo B contém três componentes. A saber: remuneração base, suplementos remuneratórios e as compensações pelo desempenho.

No âmbito do mesmo regime, as compensações pelo desempenho compreendem, no caso do pessoal de enfermagem e do pessoal administrativo, a compensação associada à carteira adicional de serviços nos termos do previsto no artigo 6.º, n.º 6 do mesmo diploma, quando contratualizada e a atribuição de incentivos financeiros previstos no artigo 38.º também do mesmo decreto-lei (cfr. artigos 31.º, n.º 4, alíneas a) e b) e 33.º, n.º 4, alíneas a) e b) do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto).

No artigo 38.º acima citado, são estabelecidas as duas modalidades de incentivos seguintes: incentivos institucionais e incentivos financeiros, sendo certo que só esta modalidade poderá ficar em causa pela aplicação das normas que proíbem a valorização remuneratória.

Por seu turno, as Leis do Orçamento do Estado relativas aos anos de 2011, 2012 e 2013 contêm um conjunto de disposições agrupadas segundo a designação de 'Proibição de Valorizações



ANEXO II  
Pag. 3/3



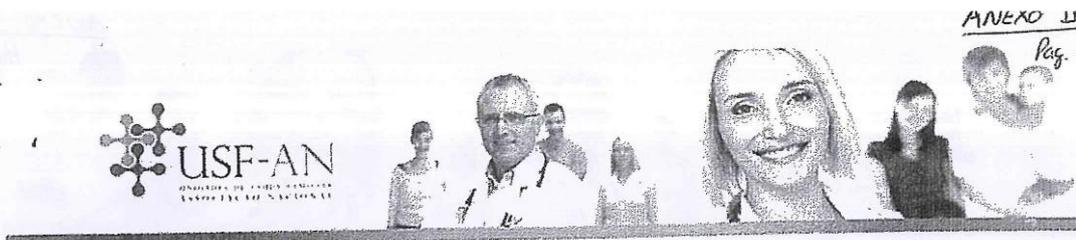
Remuneratórias', mediante as quais se veda a liquidação destas valorizações a vários títulos, dentre os quais as resultantes dos prémios de desempenho e de outras prestações pecuniárias de natureza afim (cfr. artigo 24.º, n.º 2, alínea b) da Lei n.º 55-A/2010, de 31/12, artigo 20.º, n.º 1 da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro e artigo 35.º, n.º 2, alínea b) da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro).

Deste modo, surge a questão de saber se a componente remuneratória do pessoal de enfermagem e do pessoal administrativo das USF, relativa ao desempenho e acima referida, se deve considerar abrangida pelo âmbito de aplicação das normas que proíbem a valorização remuneratória contidas nas Leis de Orçamento do Estado para os anos de 2011, 2012 e 2013, acima citadas.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Diretivo

(João Carvalho das Neves)



17 de dezembro de 2013

Exmo. Senhor  
Ministro da Saúde  
Dr. Paulo Macedo

Ofício nº: 29/2013

#### Assunto

**Suspensão dos pagamentos de incentivos financeiros a enfermeiros e secretários clínicos**

Exmo. Senhor,

A Direção da USF-AN considera muito grave a **decisão do Sr. SEAMS e das ARS de não pagarem**, neste mês de dezembro, **os incentivos financeiros relativos ao ano de 2012**, a que **os secretários clínicos e enfermeiros têm direito**, pelo seu excelente desempenho e cumprimento das metas contratualizadas.

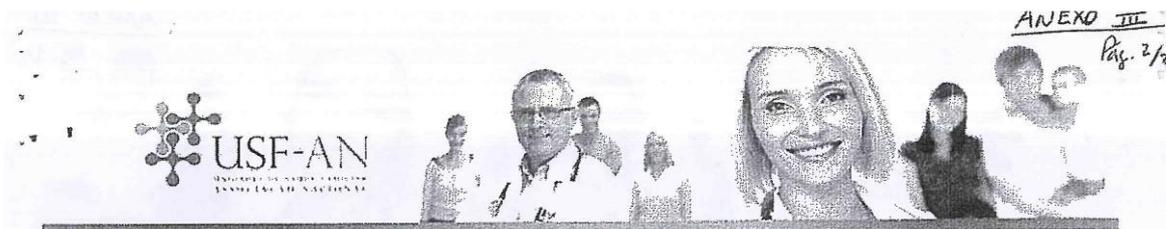
Salienta-se que esses incentivos são devidos de acordo com o que está **estipulado legalmente**, no Decreto-Lei 298/2007 e na sequência da publicação dos relatórios das ARS sobre o desempenho das USF, o que está a acontecer com um atraso superior a seis meses.

Em reunião realizada com a ACSS, no dia 16 dezembro, fomos informados de que efetivamente esta aguarda um esclarecimento da DGAEP (Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público), relativamente à classificação ou não dos incentivos financeiros como "valorização remuneratória", a pedido de algumas ARS.

Simultaneamente, fomos informados de que o parecer da ACSS relativamente a esta matéria é favorável ao pagamento dos respetivos incentivos financeiros.

Se os incentivos financeiros vierem a ser considerados "valorização remuneratória", ao abrigo das Leis dos Orçamentos de Estado de 2011, 2012 e 2013 poderia implicar a devolução dos montantes auferidos nos últimos dois anos.

Esta situação está a gerar um enorme descontentamento e desmotivação dos profissionais e das equipas, cujo empenho e dedicação têm sido determinantes para os resultados em saúde que foram alcançados.



A confirmar-se esta ameaça de não pagamento dos incentivos financeiros aos enfermeiros e secretários clínicos, ela é uma **ameaça real às cerca de 400 equipas multiprofissionais das USF**, do modelo B e do modelo A, que trabalham e aspiram pela evolução para B.

Além disso, a confirmar-se, é uma medida **que põe em causa os princípios de discriminação positiva**, de autonomia e responsabilidade, de contratualização e avaliação, que estão na base do que **melhor se fez em Portugal na área da saúde**, nos últimos anos, ao nível do acesso, do desempenho, da qualidade e da eficiência dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos portugueses.

A Direção da USF-AN considera que esta é fundamentalmente uma questão política e que compete a V/Exa., confiando e reclamando que seja rapidamente resolvida.

Assim, vimos por este meio solicitar a V/Exa. uma **tomada de posição urgente, clara e inequívoca** sobre o pagamento devido de incentivos financeiros aos enfermeiros e secretários clínicos das USF.

Agradecendo desde já a atenção e disponibilidade de V/Exa., aguardamos com expectativa a resposta de V/Exa.

Apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

Pel'a Direção da USF-AN

*Bernardo Vilas Boas*

Bernardo Vilas Boas | Presidente da Direção



## UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO, EPE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE

Mais Saúde e Qualidade de Vida.

TRIBUNAL DE CONTAS

E 5870/2016  
2016/4/19



Exmo. Senhor  
Dr. José António Carpinteiro  
Digno Auditor Coordenador  
Tribunal de Contas  
Av. Barbosa du Bocage, 61  
1069 - 045 Lisboa

Registado c/ AR

SUA REFERÊNCIA  
DAVI/UAT.1/Proc  
18/2015-Auditoria

SUA COMUNICAÇÃO  
12.04.2016

NOSSA REFERÊNCIA

DATA  
12/04/2016

0845 18-04-16

**Assunto:-** Auditoria de Seguimento de Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria n.º 17/2014-2ª S.

Atento o Relato que agora foi notificado a esta Unidade Local de Saúde no âmbito do Processo n.º 18/2015-AUDIT, designado por *Auditoria de Seguimento de Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários (Rel. N.º 17/2014-2ª S)*, cumpre-nos oferecer as seguintes alegações.

- 1- Atento o Relato que nos fora notificado, o qual mereceu a nossa melhor atenção, constatamos que a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E. apenas se encontra visada no ponto 9.2- Estrutura remuneratória do pessoal nas unidades de cuidados de saúde primários, mais concretamente nos pontos 9.2.1. e 9.2.2.
- 2- Com efeito, esta ULS à data da Auditoria realizada não possuía qualquer USF do modelo B, pelo que não foi mencionada no Relatório de Auditoria n.º 17/2014.
- 3- Em Maio de 2014, através da mensagem de fax n.º 296/2014-DAVI, foi-nos solicitada por esse douto Tribunal informação relativa às unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários desta ULS.
- 4- Apenas no Relato agora notificado, tivemos conhecimento do entendimento ali vertido, o qual mesmo após a alteração da Portaria n.º 301/2008, a qual se operou através da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, considera que *"os suplementos e incentivos pagos aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos configuram autênticos prémios de desempenho, vedados pelas respetivas LOE"*.
- 5- Nesta sequência, porque só agora fomos visados, esta entidade solicitou já junto de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde as necessárias orientações no sentido do cumprimento escrupuloso da legalidade, conforme foi já comprovado junto desse Tribunal por meio do nosso ofício n.º 1762, de 8 de abril de 2016,



ULSNA- UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE  
Entidade Pública Empresarial criada pelo Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de Fevereiro.

Sede | Avenida de Santo António | 7300-853 Portalegre  
Tel. 245 301 000 | Fax. 245 330 359 | e-mail. admin@ulsna.min-saude.pt

[www.ulsna.min-saude.pt](http://www.ulsna.min-saude.pt)



sendo que até a referida questão se encontrar esclarecida, suspenderemos os respetivos pagamentos, que apenas tiveram lugar reportados ao ano de 2014.

- 6- Quanto às recomendações insertas no Relato que se encontrem na esfera de competências deste órgão de gestão, não obstante não sermos visados nas mesmas, o que significa a ausência daquelas situações, procederemos a um melhor acompanhamento das unidades funcionais, com vista à verificação do seu cumprimento.

Com os melhores cumprimentos, *respeitos e consideração.*

O Conselho de Administração

Dorinda Calha  
Presidente do Conselho de Administração

(MLL-SJC)

MOD.02.ADM.03





## UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE

TRIBUNAL DE CONTAS

E 5728/2016  
2016/4/15



Unidade Local de Saúde  
do Baixo Alentejo, EPE

Exmo. Senhor Dr. José António  
Carpinteiro  
Auditor Coordenador do  
Tribunal de Contas

Avenida Barbosa du Bocage, 61  
1069-045 Lisboa

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência	Data
		SAI-ULSBA/2016/2071	06-04-2016

ASSUNTO: **AUDITORIA DE SEGUIMENTO DE RECOMENDAÇÕES FORMULADAS NO RELATÓRIO DE AUDITORIA Nº 17/2014-2ª S / ENVIO DE RESPOSTA**

Acusada a receção do documento de Relato de Auditoria de Seguimento de Recomendações formuladas no Relatório de Auditoria n.º 17/2014-2.ª S, do Tribunal de Contas em 31 de Março último, foi realizada a leitura e análise do mesmo por forma a dar cumprimento ao solicitado ao pedido de V. Exa.:

### 1. Ponto Prévio

A ULSBA,EPE foi criada a 1 de Outubro de 2008 e rege-se atualmente pelo Decreto-Lei n.º 12/2015 de 26 de Janeiro, integra 1 Unidade de Saúde Pública,1 Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP),13 UCSP (66 Ext. de saúde), 1 USF (modelo B), 1 Hospital em Beja (com perfil médico-cirúrgico) uma Rede de Emergência /Urgência (1 VMER, 1 Urgência Médico Cirúrgica e 2 Serviços de Urgência Básica em Castro Verde e Moura).

É responsável pela prestação de cuidados de saúde primários, secundários e continuados, em 13 Concelhos do Distrito de Beja (única exceção Concelho de Odemira/ULSLA), numa superfície de 8.542,7Km<sup>2</sup> o que corresponde a 9,3% do território nacional, com uma população de cerca de 126.500 Habitantes sendo que cerca de 25% do total de habitantes tem mais de 65 anos.

Os principais problemas de saúde centram-se na Diabetes (11% do total da população), AVC – Acidente Vascular Cerebral, Hipertensão, EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio, Doenças Psiquiátricas e de Saúde Mental e Doenças Oncológicas. As doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade. Verifica-se uma grande incidência da doença crónica.

Mod. 37

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE  
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES  
Rua Dr. António Fernando Covas Lima  
7801-849 Beja, Portugal  
Tel: (+351) 284 310 200 . Fax: (+351) 284 322 747  
geral@ulsba.min-saude.pt . [www.ulsba.pt](http://www.ulsba.pt)  
NIF: 508 754 275





Os Cuidados de Saúde Primários têm a seguinte estrutura orgânica:

- Diretor Clínico dos CSP – Assistente Graduado Sênior de MGF do mapa de pessoal da ULSBA

- Conselho Clínico:

Presidente -Assistente Graduado Sênior de MGF do mapa de pessoal da ULSBA

Vogal Conselho Clínico - Enfermeira Especialista de Saúde Comunitária do mapa de pessoal da ULSBA

Vogal Conselho Clínico- Assistente Graduada Sênior de Saúde Pública do mapa de pessoal da ULSBA

Estão organizados com um Departamento que integra: 13 UCSP, 1 USF, 5 UCC, 3 Equipas de Cuidados Paliativos, 1 URAP. Dispõe ainda de 1 U.S. Pública, 1 CAD,1 CDP.

## 2. Esclarecimentos

### Ponto I

Apresentamos os resultados do Índice de Desempenho Global (IDG) das Unidades Funcionais dos Cuidados de Saúde Primários da ULSBA dos últimos dois anos que nos permitem comparar o seu desempenho.

Com efeito, da análise dos dados dos mapas abaixo apresentados, não se evidencia que nos últimos dois anos, a única USF existente no DACES modelo B, situada em Beja, tenha obtido melhores resultados, se comparado o seu desempenho com várias UCSP que conseguem melhores performances;

Índice Desempenho Global - IDG 2014		
Ordem	Unidade Funcional	Valor
1	UCSP Ourique	87,0%
2	UCSP Mértola	73,7%
3	UCSP Almodôvar	70,8%
4	UCSP Alvito	68,1%
5	UCSP Vidigueira	67,7%
6	UCSP Barrancos	66,7%
7	UCSP Ferreira do Alentejo	64,2%
8	UCSP Castro Verde	62,2%
9	UCSP Aljustrel	56,7%
10	UCSP Serpa	56,5%
11	UCSP Beja	54,5%
12	UCSP Cuba	52,8%
13	USF Alfa-Beja	51,3%
14	UCSP Moura	35,2%
Média CSP		62,0%

Índice Desempenho Global - IDG 2015		
Ordem	Unidade Funcional	Valor
1	UCSP Ourique	89,1%
2	UCSP Castro Verde	89,0%
3	UCSP Vidigueira	83,3%
4	UCSP Aljustrel	74,8%
5	UCSP Alvito	74,6%
6	UCSP Mértola	74,0%
7	UCSP Serpa	72,2%
8	UCSP Cuba	68,4%
9	USF Alfa-Beja	64,0%
10	UCSP Ferreira do Alentejo	61,4%
11	UCSP Beja	58,8%
12	UCSP Moura	56,6%
13	UCSP Almodôvar	48,6%
14	UCSP Barrancos	45,1%
Média CSP		68,6%

Quanto aos ganhos em saúde não dispomos ainda de informação objetiva que nos permita tirar conclusões fiáveis.

Mod. 37

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE  
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES  
Rua Dr. António Fernando Covas Lima  
7801-849 Beja, Portugal  
Tel: (+351) 284 310 200 . Fax: (+351) 284 322 747  
geral@ulsba.min-saude.pt . [www.ulsba.pt](http://www.ulsba.pt)  
NIF: 508 754 275





## Pontos III a VII

À data presente no DACESBA o número de utentes sem médico de família é residual, mas a situação não é estável pois para conseguir atribuir médico de família aos atuais 125.193 Utentes Inscritos, a ULSBA teve que recorrer nos últimos anos há Contratação de Médicos de nacionalidade Cubana residentes em Portugal (CIT e CPS 18 médicos) e ainda a Médicos de nacionalidade Cubana ao abrigo do Acordo entre os Estados Português e Cubano (à data presente 6 em exercício).

Em anexo Doc.1 - Distribuição de Utentes por Unidades Funcionais

Na verdade, o recrutamento, seleção e fixação de médicos portugueses de MGF é muito difícil no Distrito de Beja e quando pretendem ficar a trabalhar na ULSBA, normalmente só aceitam postos de trabalho nos Centros de Saúde mais centrais, a saber; Beja e Serpa.

Nos Centros de Saúde mais periféricos tais como Moura, Mértola, Almodôvar, Aljustrel as listas de utentes têm sido atribuídas a médicos de nacionalidade cubana, que se integram como muita facilidade nas comunidades locais e estão disponíveis para trabalhar nas Extensões de Saúde mais distantes da sede do Concelho do seu Centro de Saúde.

Caso não tivesse sido possível contar com o trabalho dos médicos de nacionalidade cubana à data presente a ULSBA teria cerca de 26 % da população de inscritos sem médicos de família.

Em anexo apresentamos um Documento que faz uma síntese da situação dos Médicos da Especialidade de Medicina Geral e Familiar na ULSBA, que dispõe de 61 Médicos Especialistas de MGF, tendo-se aposentado desde 2012 até ao presente 14 médicos de MGF, foram realizados Concursos para o preenchimento de 13 Vagas para MGF foram ocupadas 2.

Em anexo Doc.2 , Situação Médicos Medicina Geral e Familiar

Ainda este ano prevê-se a aposentação de mais um médico na USF Alfa/Beja Beja, e a UCSP de Almodôvar deverá ficar com menos dois médicos, por término do protocolo ao abrigo do Acordo com o Estado Cubano, pelo que a situação dos utentes sem médico de família se poderá agravar a curto prazo.

## Ponto VIII

Atualmente o rácio de utentes inscritos por médico ronda os 1.430 utentes (1.430 nas UCSP e 1.745 na USF), sendo que em termos de Unidades Ponderadas este rácio se traduz a nível global em 1.950 UP/médico (1.950 nas UCSP e 2.320 na USF).

Mod. 37

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE  
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES  
Rua Dr. Antonio Fernando Covas Lima  
7801-849 Beja, Portugal  
Tel: (+351) 284 310 200 Fax: (+351) 284 322 747  
geral@ulsba.min-saude.pt - [www.ulsba.pt](http://www.ulsba.pt)  
NIF: 508 754 275





## Ponto IX

Entre 2012 e final de 2015, no DACESBA observaram-se 14 aposentações e 7 saídas término de missão de médicos cubanos. Estas saídas têm vindo a ser colmatadas por novas contratações, prestações de serviços e por vinda de médicos ao abrigo do Acordo com o Estado Cubano, uma vez que os procedimentos concursais têm ficado desertos conforme já tivemos oportunidade de referir atrás.

## Ponto X

O DACESBA prevê que para 2016 seja necessária a contratação de pelo menos 3 médicos, um para substituição da aposentação já observada na USF Alfa-Beja e dois para substituição dos clínicos do UCSP Almodôvar devido à aproximação do término do protocolo com o Estado Cubano.

## Ponto XI

O DACESBA apresenta uma elevada taxa de cobertura de consultas médicas a 3 anos (89,7%), pelo que as necessidades apresentadas visam a permanência desta situação.

Embora este aspeto não tenha sido objeto de estudo dirigido a percepção é de que terá pouca relevância no contexto do Baixo Alentejo, dada a escassa oferta em termos de medicina privada, convencionada, por outro lado, as condições económicas e a dispersão geográfica da população também não propicia o recurso às alternativas existentes na sede da região (Beja).

## Ponto XII

No Baixo Alentejo, o número de frequentadores aumentou cerca de 9,2% entre 2013 e 2015, que corresponde a um aumento de 580 utentes não frequentadores.

## Ponto XIII

Relativamente a esta condição concordamos com a posição de que devemos incidir sobre a prevenção e promoção da saúde mas não concordamos com a solução preconizada uma vez que, o critério de exclusão pelo clínico, contraria o direito acima expresso. A existência de patologia não pode ser condicionante ao acesso aos cuidados de saúde por parte de qualquer cidadão. Por outro lado esta avaliação clínica exclui automaticamente o utente da lista de não frequentadores. Será importante auscultar quais as razões que levam o utente a não recorrer aos CSP podendo as mesmas passar por diversos fatores como por exemplo falta da percepção da necessidade de acompanhamento/risco, fatores laborais com perda de remuneração associada, iliteracia em saúde. O aumento preconizado da taxa moderadora também poderá ser um fator discriminatório violando o direito do acesso ao SNS, embora na ULSBA exista uma elevada taxa de população que tem isenção de pagamento de taxa moderadora.

Mod. 37

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE  
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES  
Rua Dr. António Fernando Covas Lima  
7801-849 Beja, Portugal  
Tel: (+351) 284 310 200 . Fax: (+351) 284 322 747  
geral@ulsba.min-saude.pt . [www.ulsba.pt](http://www.ulsba.pt)  
NIF: 508 754 275





## Ponto XIV

O conhecimento que dispomos dos utentes frequentadores assíduos dos Serviço/s de Urgência, fazem-nos concluir que na sua generalidade não são os não frequentadores dos CSP .

Na verdade, e não obstante, várias medidas que temos vindo a tomar para reduzir e controlar o afluxo/procura aos Serviços de Urgência, levando a concluir que existem diversos fatores que contribuem para a procura destes Serviço( mais rápido acesso a MCDT, illiteracia em saúde, Acesso a especialistas, falta de confiança no médico de família), não sendo possível afirmar que serão os utentes não frequentadores a recorrer a este serviço.

## Ponto XV ao XVIII

Não se nos afigura fazer qualquer comentário.

## Ponto XIX

Os profissionais médicos têm o seu horário de trabalho semanal devidamente distribuído sendo a maior parte do mesmo afeto a atividade assistencial.

A prioridade da Direção Clínica dos CSP e Coordenação do CS e de valorizar o tempo para a atividade assistencial, libertando e acabando com formalidades legais em termos burocráticos.

Por outro lado, no que diz respeito às ferramentas informáticas de apoio à atividade clínica salientamos que em Janeiro de 2012 metade das Extensões de Saúde da ULSBA (total 66) não tinham Rede Informática o que tornava o trabalho médico muito burocrático e cansativo porquanto os médicos tinham que registar a informação dos utentes em suporte de papel na sede do CS duplicando tarefas. Esta situação foi resolvida entre 2013 e 2014 com o apoio da SPMS e desde 2015 que dispomos de rede informática em todas as Extensões de Saúde.

Paralelamente também com o apoio da SPMS foi possível substituir um dos Servidores que trabalhava para os CSP o que tornou o acesso às aplicações informáticas mais rápido. Por último desde 2013 que temos vindo a fazer substituição de equipamento informático (computadores) nas UCSP o que continuaremos este ano aguardamos a conclusão de uma compra que fizemos através da SPMS.

## Ponto XX

Os tempos médios apontados deverão corresponder aos que se observam nas nossas unidades funcionais.

Mod. 37

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE  
SEDE: HOSPITAL JOSE JOAQUIM FERNANDES  
Rua Dr. Antonio Fernando Covas Lima  
7801-849 Beja, Portugal  
Tel: (+351) 284 310 200 Fax: (+351) 284 322 747  
geral@ulsba.min-saude.pt [www.ulsba.pt](http://www.ulsba.pt)  
NIF: 508 754 275





### Ponto XXII

No DACES existem duas experiências piloto, na USF Alfa-Beja e na UCSP Castro Verde, embora desde sempre se tenha trabalhado de acordo com esta prática.

Com efeito, o modelo de trabalho em todas as UCSP e USF da ULSBA é de existência de uma Equipa de Saúde constituída por 1 Médico, 1 Enfermeiro e 1 AT. Este modelo existe no Baixo Alentejo desde a década de 90 e vem dos tempos da então Sub- Região de Saúde de Beja.

### Ponto XXIII

Ainda existem alguns constrangimentos, não só devido à PEM, mas também motivada pela existência de equipamentos obsoletos (aguardam substituição ainda este ano), no entanto o RSP vem agilizar este processo uma vez que deixará de existir impressão ou impressão de apenas uma folha, deixando de ser necessário a assinatura de várias receitas.

O tempo despendido é, em nossa opinião, bastante inferior ao tempo necessário para passar uma receita manual.

### Ponto XXIV

Consideramos que não estamos habilitados pronunciarmos sobre esta matéria dado no nosso entendimento tratar-se de uma decisão política de topo.

Todavia, daquela que é nossa experiência dado que temos 13 UCSP e apenas 1 USF verifica-se uma falta de equidade entre a remuneração dos profissionais das UCSP e USF, conforme demonstra o quadro abaixo:

Quadro comparativo das remunerações dos colaboradores da USF e da UCSP Beja

Local	Grupo Profissional	Nº de Funcionários	Rem. base	Sub. Férias	Sub. Natal	Supl. Rem. p/Atenc. Funções Chefia	Acr. de funções	Adicional de 2%	Adicional - dinâmico gerado (periferia)	Horas Extras	Subsídio lavagem de viatura	Sub. Transp. / Ajuste de Custo	Codificação/Tutor Estágios	Incentivos	Incentivo Anual	Total Pago	Encargos Sociais	Total
USF	Assistente Operacional	3	10.507,72 €	1.832,55 €	1.832,72 €			- €	- €	2.074,00 €	473,74 €	- €	- €	- €	- €	26.221,71 €	6.237,64 €	32.459,35 €
	Assistente Técnico	4	40.509,66 €	8.939,83 €	8.411,88 €			- €	- €	- €	- €	- €	- €	58.403,58 €	3.449,92 €	139.734,87 €	33.182,28 €	172.917,15 €
	Pessoal de Enfermagem	9	346.191,07 €	20.124,20 €	20.124,48 €			471,18 €	- €	135,63 €	- €	1.919,94 €	- €	149.818,74 €	15.150,00 €	353.935,22 €	83.603,63 €	437.538,85 €
	Pessoal Médico	9	334.313,75 €	44.960,00 €	41.362,10 €			1.699,39 €	16.991,80 €	2.395,44 €	- €	758,16 €	2.122,20 €	336.693,66 €	- €	781.297,04 €	185.377,58 €	966.674,62 €
	<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>960.522,20 €</b>	<b>75.856,57 €</b>	<b>71.531,18 €</b>	- €	- €	<b>2.171,11 €</b>	<b>16.991,80 €</b>	<b>5.506,04 €</b>	<b>473,74 €</b>	<b>2.678,10 €</b>	<b>2.122,20 €</b>	<b>544.915,99 €</b>	<b>18.599,92 €</b>	<b>1.301.168,85 €</b>	<b>308.391,55 €</b>	<b>1.609.560,40 €</b>

Local	Grupo Profissional	Nº de Funcionários	Rem. base	Sub. Férias	Sub. Natal	Supl. Rem. p/Atenc. Funções Chefia	Acr. de funções	Adicional de 2%	Adicional - dinâmico gerado (periferia)	Horas Extras	Subsídio lavagem de viatura	Sub. Transp. / Ajuste de Custo	Codificação/Tutor Estágios	Incentivos	Incentivo Anual *	Total Pago	Encargos Sociais	Total
UCSP Beja	Assistente Operacional	3	21.218,68 €	1.796,19 €	1.796,16 €			- €	- €	1.847,55 €	489,04 €	- €	- €	- €	- €	26.917,62 €	6.395,31 €	33.312,93 €
	Assistente Técnico	6	65.774,89 €	5.488,55 €	5.488,44 €			- €	- €	6.656,64 €	- €	- €	- €	- €	- €	83.408,52 €	19.809,52 €	103.218,04 €
	Pessoal de Enfermagem	9	172.954,14 €	14.601,80 €	14.610,75 €	2.242,54 €		168,87 €	- €	7.616,92 €	- €	1.374,44 €	- €	- €	- €	213.569,26 €	50.396,27 €	263.965,53 €
	Pessoal Médico	9	478.970,14 €	39.924,52 €	39.924,72 €			2.137,64 €	2.250,84 €	15.951,30 €	57.632,30 €	5.005,49 €	18.206,24 €	- €	- €	655.005,09 €	154.376,43 €	809.377,52 €
	<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>739.917,85 €</b>	<b>81.811,06 €</b>	<b>81.820,07 €</b>	<b>2.242,54 €</b>		<b>2.137,64 €</b>	<b>2.419,91 €</b>	<b>15.951,30 €</b>	<b>75.530,41 €</b>	<b>469,04 €</b>	<b>6.379,99 €</b>	<b>18.206,24 €</b>	- €	- €	<b>978.508,49 €</b>	<b>230.975,59 €</b>

Fonte: RH/UE(SAG), 13/04/2018

\* Incentivo anual atribuído aos Assistentes Técnico e Enfermeiros referente ao ano de 2014, pago em Janeiro/2016

Mod. 37

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE  
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES  
Rua Dr. Antonio Fernando Covas Lima  
7801-849 Beja, Portugal  
Tel: (+351) 284 310 200 . Fax: (+351) 284 322 747  
geral@ulsba.min-saude.pt . [www.ulsba.pt](http://www.ulsba.pt)  
NIF: 508 754 275





## Ponto XXV

Confirma-se que ULSBA pagou incentivos financeiros no seguimento de instruções da ARS Alentejo, aguardando-se instruções relativamente aos incentivos referentes a anos posteriores.

## Ponto XXVI

Nos últimos três anos apenas existiu uma pré-candidatura, tendo-se observado uma desistência quase imediata, por falta de motivação da equipa.

## Ponto XXVII

Consideramos não ter nenhum comentário a fazer.

## Ponto XXVIII

Os resultados observados na ULSBA, DACES, indicam que o fator remuneratório não é potenciador de melhores resultados, conforme demonstrado no Ponto I (veja- -se Mapas de IDG)

## Ponto XXIX

Realmente existe um acréscimo de custos associados às remunerações dos profissionais afetos à USF que não se traduz numa evidente melhoria em termos dos indicadores.

### 3. Considerações gerais

Relativamente ao Processo de Contratualização, o Baixo Alentejo desde os tempos da Sub-Região de Saúde de Beja que existe uma prática instituída há vários anos, com as primeiras negociações datadas de 2006, extensível a todas as unidades funcionais ainda que não existisse obrigatoriedade. O procedimento adotado foi/é uniforme para todas as unidades, contratualizando-se de forma idêntica, quer para a USF, quer para as UCSP, efetuando-se a contratualização de todos indicadores, inclusivamente os denominados "indicadores financeiros" com todas as unidades.

As metas propostas são revistas e ajustadas anualmente, de acordo com a metodologia de contratualização em vigor e indicações da ARS Alentejo.

O DACESBA envia mensalmente para todas as Unidades Funcionais, Coordenação do CS um Relatório com os dados monitorização de forma a permitir uma análise e monitorização e perceção dos resultados alcançados e possibilidades de melhoria.

Mod. 37

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE  
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES  
Rua Dr. António Fernando Covas Lima  
7801-849 Beja, Portugal  
Tel: (+351) 284 310 200 Fax: (+351) 284 322 747  
geral@ulsba.min-saude.pt [www.ulsba.pt](http://www.ulsba.pt)  
NIF: 508 754 275





Nos últimos anos assistiu-se à introdução de novos indicadores, com a inclusão de indicadores de resultado que poderá traduzir melhor a obtenção de ganhos em saúde e existência de mais indicadores na área de enfermagem. Ao nível dos DACESBA existe uma maior preocupação com este processo, com os profissionais a demonstrarem interesse em conhecer de forma mais aprofundada esta área, bem como os indicadores contratualizados e respetivos BI's. Neste âmbito salienta-se ainda a existência de indicadores de âmbito local que refletem a aposta em áreas específicas de acordo com as necessidades em saúde da nossa população e traduzidas no Plano Estratégico da ULSBA (2013/2015 e 2016/2018)

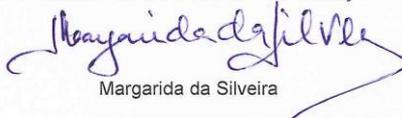
No DACES existem 5 UCC que encararam positivamente a introdução do processo de contratualização para estas unidades, bem como a existência de indicadores que lhes permitam monitorizar e avaliar a sua atividade. Em 2014, foram aplicados Inquéritos de Satisfação e Acessibilidade aos Utentes (ACSS,IP e U: de Coimbra) nas ULSBA nas seguintes Unidades Funcionais:

USF Alfa-Beja e em quatro UCSP, UCSP Aljustrel, Beja, Castro Verde e Cuba.

Os resultados foram publicados em Junho de 2015, e em termos globais a UCSP de Aljustrel foi a unidade com melhor desempenho (74,2%), com a USF a obter o pior resultado (65,9%), com o DACESBA a ter obtido uma média de 69,9%.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho de Administração ¶



Margarida da Silveira

Em anexo:

Doc.1 - Distribuição de Utentes por Unidades Funcionais = 1 folha

Doc.2 , Situação Médicos Medicina Geral e Familiar = 3 folhas

IP/  
06-04-2016

Mod. 37

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE  
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES  
Rua Dr. António Fernando Covas Lima  
7801-849 Beja, Portugal  
Tel: (+351) 284 310 200 Fax: (+351) 284 322 747  
geral@ulsba.min-saude.pt [www.ulsba.pt](http://www.ulsba.pt)  
NIF: 508 754 275





## Anexo 1 - DISTRIBUIÇÃO DE UTENTES POR UNIDADES FUNCIONAIS

UCSP	Utentes Inscritos	Utentes Inscritos em Unidades Ponderadas	Não Frequentadores	Sem Médico	Sem Médico por Opção
UCSP Aljustrel	9432	12739	0	0	0
UCSP Almodôvar	6849	9774,5	385	2	0
UCSP Alvito	2365	3266	15	1	5
UCSP Barrancos	1604	2182,5	36	0	0
UCSP Mértola	6603	9691,5	289	48	4
UCSP Moura	14928	19940,5	1330	130	17
UCSP Ourique	5800	8337,5	120	0	1
UCSP Serpa	15235	20690	890	1	0
UCSP Vidigueira	5484	7436,5	0	0	25
USF Alfa Beja	15354	20359	705	3	4
Total Geral	125193	169781	4488	1656	136

Fonte ACSS

DADOS DE ABRIL DE 2016



**ULSBA**  
Unidade Local de Saúde  
do Baixo Alentejo, EPE

## ANEXO 2 – SITUAÇÃO DOS MÉDICOS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (13 UCSP e 1 USF)

Médicos Especialistas de MGF / SITUAÇÃO EM ABRIL DE 2016

### 1. Especialistas de MGF com vínculo de Contrato de Trabalho em Funções Públicas

- Médicos em regime de Contrato de Trabalho em Funções Públicas (CTFP) → 54 Médicos;
- Média de Idades → 59 anos;
- Regime de trabalho: 3 médicos em regime normal 40 horas (transição das 35h para as 40 horas);
  - 8 médicos S/Dedicação Exclusiva;
  - 43 médicos C/Dedicação Exclusiva – 42 horas (na sua maioria já têm redução de horário por motivos de idade, superior a 55 anos);

### 2. Especialistas de MGF com vínculo de CIT

- Médicos em regime de Contrato Individual de Trabalho S/ Termo (CIT S/Termo) → 6 Médicos;
- Média de Idades → 39 anos;
- Regime de trabalho: 6 médicos em regime normal 40 horas;

### 3. Médico Especialista De MGF / Aposentado

- Médicos em regime de Contrato Individual de Trabalho C/ Termo (CIT C/Termo) → 1 médico Aposentado
- Idade → 65 anos;
- Regime de trabalho: 1 médico c/Dedicação Exclusiva – 42 horas;

**Total de Médicos de MGF – 61 médicos**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE  
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES  
Rua Dr. António Fernando Covas Lima  
7801-849 Beja, Portugal  
Tel: (+351) 284 310 200 , Fax: (+351) 284 322 747  
geral@ulsba.min-saude.pt [www.ulsba.pt](http://www.ulsba.pt)





**ULSBA**  
Unidade Local de Saúde  
do Baixo Alentejo, EPE

#### 4. Médicos Sem Especialidade

- Médicos em regime de Contrato Individual de Trabalho S/ Termo (CIT S/Termo) → 4 médicos;
- Média de Idades → 56 anos;
- Regime de trabalho: 1 médica a Tempo Parcial – 20 horas;  
3 médicos em Regime Normal – 40 horas;
- Médicos com **Contrato de Trabalho a Termo Resolutivo Incerto** → 7 (Médicos nacionalidade cubana);
- Média de Idades – 48 anos;
- Regime de trabalho: 7 médicos em Regime Normal – 40 horas;

#### 5. Médicos colocados na ULSBA ao abrigo do Acordo entre Estado Cubano e Português → 6 médicos

- Média de Idades → 37 anos;
  - Carga horária semanal – 44 h/s;
  - Local de Trabalho: 3 médicas CS de Moura, 1 médica CS de Alvito e 2 médicos no CS de Almodôvar.
- Salientamos que 2 destes 6 médicos terminam a missão em Portugal em Agosto de 2016, e estão colocados no Centro de Saúde de Almodôvar onde há anos existe uma grande carência de médicos de MGF e uma grande pressão da autarquia.

O Conselho de Administração da ULSBA, já transmitiu ao Conselho Diretivo da ARSA,IP a necessidade da sua substituição imediata.

#### 6. Concursos para Recrutamento para o Mapa de Pessoal (2012 a 2016)

Nº de Vagas abertas por Procedimentos Simplificados desde 2012 até à data presente para **Medicina Geral e Familiar** → 13

Ocupadas → 2 (1 médica tinha efetuado o Internato na ULSBA,EPE)

Desertas → 11

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE  
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES  
Rua Dr. António Fernando Covas Lima  
7801-849 Beja, Portugal  
Tel. (+351) 284 310 200 . Fax: (+351) 284 322 747  
geral@ulsba.min-saude.pt [www.ulsba.pt](http://www.ulsba.pt)





**ULSBA**  
Unidade Local de Saúde  
do Baixo Alentejo, EPE

## 7. Contratos de Prestação de Serviços - Médicos com Lista de Utentes

- 5 Médicos da empresa Serviço Vigente - Construção e Serviços, Lda, Local de Trabalho: 1 médico no CS da Vidigueira, 2 médicos no CS de Aljustrel, 1 médico no CS de Moura e 1 médico no CS de Almodôvar;

- 4 Médicos da empresa Kelly Services, Local de Trabalho: 1 médico CS de Serpa, 1 médico CS da Cuba, 1 médico no CS C. Verde, 1 médico no CS de F. Alentejo);

- 1 Médico Empresa Unipessoal, Local de Trabalho CS da Cuba

- 1 Médico com Contrato Individual, Local de trabalho CS de Vidigueira

Há mais 2 médicos que prestam serviço no CS da Cuba, sem lista de utentes, apenas prestam alguns turnos no SAP.

## 8. Formação Pós – Graduada

À data presente existem 12 médicos a fazer a formação específica de MGF.

## 9. Aposentações

Desde 2012 à data presente aposentaram-se 16 Médicos de MGF, perspetiva-se ainda este ano a aposentação de 1 na UCSP de Beja.

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE  
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES  
Rua Dr. António Fernando Covas Lima  
7801-049 Beja, Portugal  
Tel: (+351) 284 310 200 . Fax: (+351) 284 322 747  
geral@ulsba.min-saude.pt [www.ulsba.pt](http://www.ulsba.pt)





## SERVIÇOS PARTILHADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, EPE



**SPMS**  
EPE  
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

TRIBUNAL DE CONTAS

**E 5591/2016**  
2016/4/13



Exmo. Senhor  
Conselheiro José F. Tavares  
M.I. Diretor-Geral do Tribunal de Contas  
Av. Barbosa du Bocage, 61  
1069 – 045 Lisboa

N/ Refª: L 2348 \* 12.04.16

V/ Refª: 8597/2016 de 24 de março 2016

Assunto: **AUDITORIA DE SEGUIMENTO DE RECOMENDAÇÕES FORMULADAS NO RELATÓRIO DE AUDITORIA Nº 17/2014 – 2ªS**

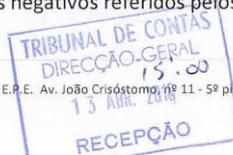
Em resposta ao vosso ofício, de 24.03.2016, referente á Auditoria de Seguimento de Recomendações formuladas no Relatório de Auditoria nº 17/2014 – 2ªS, o Conselho de Administração da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS), considera pertinente transmitir a V. Exa o seguinte:

1. Os Sistemas de Informação e a Rede Informática da Saúde (RIS) a que o período auditado se reporta, bem como as circunstâncias em que RIS operava, pouco se assemelham à atual modernidade tecnológica. Assim,
  - a) Entre 1 Dezembro de 2014 a 30 de Maio de 2015 procedeu-se à de migração da Rede Informática da Saúde (RIS). A RIS é uma rede privada multimédia do Ministério da Saúde que interliga as redes locais dos seus Organismos e Serviços.
  - b) A Rede é uma das 5 maiores do País, com 1906 sites, tendo-se verificado a Implementação de 1636 circuitos e 2570 equipamentos, garantido deste modo a atualização tecnológica de todos os sites e um aumento de velocidade com alocação dinâmica de largura de banda.
  - c) Este projeto de migração surgiu a partir da crescente necessidade de troca de informação e teve como objetivo assegurar a interligação, com qualidade, fiabilidade e segurança das Instituições de Saúde que o pretendiam.

Reconhece-se que antes da migração da RIS, bem como durante o processo de migração decorreram algumas dificuldades de funcionamento, nomeadamente lentidão e momentos de indisponibilidade dos Sistemas. Estas dificuldades encontram-se superadas estando a RIS a funcionar em pleno e minimizados ao máximo os aspetos negativos referidos pelos ACES nesta Auditoria.

*[Handwritten signature]*  
1/3

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. Av. João Crisóstomo, nº 11 - 5º piso, 1049-062 Lisboa Tel.: 211 545 600 | Fax: 211 545 649





**SPMS**  
EPE  
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

4. No que se refere aos tempos de espera nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), a SPMS, no âmbito da Comissão de Acompanhamento da Informatização Clínica (CAIC), tem vindo a desenvolver análises tendo em vista uma proposta de indicadores robustos e comparáveis.
5. Por fim considera-se que algumas das lacunas e dificuldades identificadas nesta auditoria poderão ser colmatadas com um investimento sólido na atualização e modernização do parque informático das ARS, tornando-o mais moderno e adequado às características dos atuais sistemas de informação.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Henrique Martins



## AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE DE LISBOA NORTE



Exmo. Senhor  
Dr. José António Carpinteiro  
Auditor-Coordenador  
Tribunal de Contas  
Av. Barbosa du Bocage, 61  
1069-045 LISBOA

Vossa referência	Nossa referência
Processo: n.º 18/20145- Audit Ref.ª DAVI-UAT 1 8611/2016 24-03-2016	21-ABR 2016 000550

**ASSUNTO:** Auditoria de Seguimento de Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria n.º 17/2014 - 2ª S.

Recebemos o V. ofício Ref.ª 8611/2016, de 24-03-2016 sobre o assunto referenciado em epígrafe e ainda DAVI-UAT 1 - Proc.º n.º 18/2015 - Audit.

O Relatório foi lido com a maior atenção.

Foi solicitado ao Conselho Directivo da ARSLVT que fosse dada autorização para que a resposta do Directora Executiva do ACES pudesse ficar englobada na resposta devida por aquela Administração Regional, o que foi aceite.

Assim e dado nos parecer que as Recomendações incluídas no Relatório se dirigem a um nível de decisão superior ao da Direcção Executiva do ACES, juntamos a cópia da resposta da Sra. Presidente do Conselho Directivo da ARSLVT.

Com os melhores cumprimentos.

A Directora Executiva do ACES Lisboa Norte

M. Manuela Peleteiro  
Directora Executiva  
Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte  
(C.S. Alvalade, Alameda da Moura, Lumiar e Sete Rios)

GO



ARS LVT - Saúde - 4329 / DPC / 2016 - 2016-04-20

Exmo. Senhor Auditor-Coordenador  
do Tribunal de Contas  
Dr. José António Carpinteiro  
Av. Barbosa du Bocage, nº 61  
1069-045 Lisboa

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
Ofício nº 8599/2016	24/03/2016	4329 / DPC / 2016	18-04-2016

**Assunto:** Resposta à auditoria de seguimento de recomendações formuladas no Relatório de Auditoria Nº. 17/2014-2ª S do Tribunal de Contas

Para cumprimento do solicitado por V.Exª, o Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT) apreciou o conteúdo do presente relato de auditoria referente à Auditoria de Seguimento de Recomendações Formulas no Relatório de Auditoria nº 17/2014-2ª S.

Da análise efectuada entende-se salientar primeiramente, por resultar numa recomendação para as Administrações Regionais de Saúde, *cf.* pág. 28 do documento do Relato, o seguinte:

*“ I. Ponderar a suspensão dos pagamentos de compensações pelo desempenho aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos inseridos nas USF de modelo B, solicitando à tutela e ao Ministério das Finanças a clarificação, por via legal, o regime remuneratório dos profissionais integrados em USF, designadamente as de modelo B, por forma a não subsistirem dúvidas quanto à natureza dos eventuais suplementos e compensações pelo desempenho, clarificação recomendada pelo Tribunal de Contas no anterior relatório da auditoria.”*

O Conselho Diretivo da ARSLVT procederá em conformidade, providenciando por uma clarificação quanto ao pagamento de compensações pelo desempenho aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos inseridos nas USF modelo B, solicitando a Suas Excelências os Ministros das Finanças e da Saúde, informação por via legal quanto à aplicação dos incentivos financeiros do ano 2015 a apurar no decorrer do ano 2016, uma vez que a Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março (Orçamento de Estado para 2016), prorroga no art. 18º, nº1 que *“Durante o ano de 2016, como medida de equilíbrio*

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa  
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723  
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt



*orçamental, são prorrogados os efeitos dos artigos 38.º a 46.º e 73.º da Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro, cujas medidas são progressivamente eliminadas a partir de 2017<sup>1</sup>.*

A ARSLVT, como é do conhecimento desse douto Tribunal de Contas, e no que respeita ao ponto 2.3. Utentes utilizadores e não frequentadores, é a Administração Regional de Saúde que carece de um maior número de médicos de Medicina Geral e Familiar para que seja possível cumprir a atribuição de um médico de família a todos os utentes inscritos nos Agrupamentos de Centros de Saúde da Região. A médio e longo prazo, uma vez que o número de recém-especialistas irá aumentar pelo menos até 2020<sup>1</sup>, o Conselho Diretivo diligenciará junto da Tutela para que as vagas de concurso sejam maioritariamente atribuídas à região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Não obstante, a aplicação do Despacho n.º 4389/2015, de 30 abril, trata-se de uma metodologia para a classificação de utentes não frequentadores dos cuidados de saúde primários que permite garantir uma resposta efetiva aos utentes utilizadores que carecem da prestação de cuidados de prevenção e promoção da saúde.

Quanto ao “*não acompanhamento, preventivo, destes utentes [não frequentadores], contribuirá para sobrecarregar os cuidados hospitalares com episódios agudos ou até constituir um incentivo ao recurso às urgências hospitalares como meio de acesso expedito a consultas médicas e a MCDD (...)*” o Conselho Diretivo considera que poderá ser melhor caracterizada esta perceção, através do estudo que será promovido pelo Grupo de Coordenação Nacional para os Cuidados de Saúde Primários, nomeada pelo Despacho n.º 200/2016, de 7 janeiro, o qual no respetivo plano estratégico e operacional prevê uma avaliação da utilização dos serviços de urgência hospitalares (*porque veio ao serviço de urgência ?*) com um estudo científico a ser elaborado em parceria com Universidades.

No que respeita ao ponto 2.4. Processo de actualização da lista de utentes por médico, nomeadamente o ponto 30. os Agrupamentos de Centros de Saúde desta ARS estão a cumprir o preconizado no n.º 3 do art. 3º do Despacho n.º 4389/2015, de 30 de abril, relativamente aos critérios e procedimentos de organização das listas de utentes.

No que se refere ao ponto 2.8 Unidade de Saúde Familiar – constituição e evolução temporal, em especial o ponto 58. “*Não obstante o Despacho Conjunto n.º 6080-B/2014, de 8 de maio, prever como condição para o lançamento de uma nova USF uma avaliação do custo-benefício, verificou-se não existir de forma homogénea orientação ou circular a definir a metodologia a utilizar nessa avaliação, quer quanto à constituição de USF quer na transição entre modelos de desenvolvimento organizacional*” considera o Conselho Diretivo ser de referir que a criação de uma nova USF (modelo A) resulta sempre num aumento de acessibilidade à população, proporcionando maior cobertura assistencial a utentes

<sup>1</sup> Apuramento efectuado através do portal do Serviço Nacional de Saúde, <https://www.sns.gov.pt/sns/reforma-dos-sns/cuidados-de-saude-primarios/gestao-de-recursos-humanos/>



sem médico de família atribuído. A cobertura assistencial resulta da organização de listas de utentes, para cada médico (com carga horária de 40h/semanal), em cerca de 1.900 utentes frequentadores ou o correspondente a 2.358 Unidades ponderadas e/ou por cada médico (com carga horária de 35h/semanal) um aumento para um mínimo de 1.750 utentes frequentadores.

Relativamente à transição de USF modelo A para modelo B, do acréscimo de despesa que contempla o pagamento das unidades ponderadas aos médicos e outros profissionais, a candidatura a incentivos financeiros, o acréscimo de encargos patronais e a perda de remuneração dos médicos no abono horário alargado 42h, deverá efetivamente resultar num funcionamento de maior exigência em termos de metas de contratualização, com melhor eficiência e ganhos em saúde para os utentes. Mas para que esta avaliação seja nacional e metodologicamente equivalente entre as ARS, à semelhança de outras áreas de intervenção que se suportam por análises custo-benefício, seria determinante estabelecer uma metodologia nacional para aplicação por parte das ARS na fase de avaliação da transição de USF modelo A para modelo B.

Ainda no mesmo ponto, no nº 67 *“Quanto aos meios de comunicação entre as unidades funcionais e os cidadãos, não está, ainda, implementada na sua plenitude a recomendação formulada. A divulgação de informação é feita sobretudo nos sítios próprios das ARS e não dos ACES, sendo a mesma insuficiente e incompleta”*, a ARSLVT continuará a providenciar que a informação seja melhorada e divulgada no respetivo portal [www.arslvt.min-saude.pt](http://www.arslvt.min-saude.pt), não estando previsto o desenvolvimento de sítios na internet para os ACES.

No ponto 2.9. Tempos de Espera, designadamente o ponto 68, o Conselho Diretivo congratula-se com o desenvolvimento de *“um sistema de informação que permita registar a informação referente à data do pedido de marcação da consulta da sua realização”*, em especial que distinga a marcação de consultas pré-programadas entre o médico de família e o utente, após uma consulta de acompanhamento, das consultas que são solicitadas a pedido do utente, porque o sistema atual, ainda que identificando como sendo *a pedido do utente*, na prática administrativamente é a designação quase sempre adotada para registar as marcações, mesmo as que decorrem de consulta anterior e da programação de cuidados de acompanhamento do utente, em função de doença crónica, por exemplo.

Finalmente, e no que respeita ao conceito de “consulta complementar” e conceito de “utente” constante no glossário, o Instituto Nacional de Estatística (INE) no sistema integrado de metainformação – conceitos por tema<sup>2</sup>, identifica as seguintes definições: Consulta Complementar – *“Consulta médica realizada no âmbito dos cuidados de saúde primários e organizada para dar resposta a situações não programáveis, na impossibilidade de obtenção de consulta com o médico de família ou quando o utente*

<sup>2</sup> <http://smi.ine.pt/ConceitoPorTema?clear=True>



*não tem médico de família atribuído” e Utente – “Pessoa que utiliza bens ou serviços públicos ou privados” e ainda o conceito de Utente inscrito – “Utente a quem é atribuído um número de identificação no Serviço Nacional de Saúde ou nos Serviços Regionais de Saúde das regiões autónomas, não utilizando necessariamente os cuidados de saúde”.*

Com os melhores cumprimentos,



A Presidente do Conselho Diretivo

Rosa Valente de Matos



2016.01486 2016-04-20

TRIBUNAL DE CONTAS

E 6349/2016  
2016/4/27



Exm.º Senhor  
Auditor - Coordenador do Tribunal de Contas  
Dr. José António Carpinteiro  
Av.ª Barbosa du Bocage, n.º 61

1069-045 LISBOA

Sua referência  
8616/2016

Sua comunicação  
2016-03-24 SACESSS - Director Executivo do ACES

Serviço

Nossa referência  
2016.01486

Data  
2016-04-19

**Assunto: Resposta à auditoria de seguimento de recomendações formuladas no relatório de Auditoria n.º 17/2014 - 2.ª S do Tribunal de Contas**

Para cumprimento do solicitado por V.ª Ex.ª, apreciamos o conteúdo do relato de auditoria referente à Auditoria de Seguimento de Recomendações formuladas no relatório n.º 17/2014 - 2ª S.

Da análise efetuada, concluímos que as recomendações estão fora do âmbito das competências detidas pelos Diretores Executivos dos ACES.

Com os melhores cumprimentos.

O Diretor Executivo do Agrupamento de  
Centros de Saúde Almada Seixal

Luís Amaro

Na resposta indicar as referências deste ofício

MFF/MFF



# **ANEXO II – NOTAS DE EMOLUMENTOS**



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

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 18/15 – Audit	
		Relatório nº 11/16 – 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
	Custo Standard 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	72		€ 6.356,88
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 6.356,88</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR)</b>				<b>€ 17.164,00</b>
<b>Emolumentos a pagar</b>				<b>€ 2.860,65</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ª S

O Coordenador da Equipa de Auditoria

(Pedro Miguel Fonseca)



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

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 18/15 – Audit	
		Relatório nº 11/16 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Regional de Saúde do Norte, IP		
Entidade devedora:	Administração Regional de Saúde do Norte, IP		
		Regime jurídico:	AA
			AAF X

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	Custo Standard 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	72		€ 6.356,88
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 6.356,88</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR)</b>				<b>€ 17.164,00</b>
<b>Emolumentos a pagar</b>				<b>€ 2.860,67</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ª S

O Coordenador da Equipa de Auditoria

(Pedro Miguel Fonseca)



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

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 18/15 – Audit		
		Relatório nº 11/16 – 2ª Secção		
<b>Entidade fiscalizada:</b>	Administração Regional de Saúde do Centro, IP			
<b>Entidade devedora:</b>	Administração Regional de Saúde do Centro, 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	72		€ 6.356,88
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 6.356,88</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR)</b>				<b>€ 17.164,00</b>
<b>Emolumentos a pagar</b>				<b>€ 2.860,67</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ª S

O Coordenador da Equipa de Auditoria

(Pedro Miguel Fonseca)



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

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 18/15 – Audit	
		Relatório nº 11/16 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP		
Entidade devedora:	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP		
Regime jurídico:			AA
			AAF X

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	Custo Standard 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	72		€ 6.356,88
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 6.356,88</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR)</b>				<b>€ 17.164,00</b>
<b>Emolumentos a pagar</b>				<b>€ 2.860,67</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

(Pedro Miguel Fonseca)



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

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 18/15 – Audit	
		Relatório nº 11/16 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP		
Entidade devedora:	Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP		
		Regime jurídico:	AA
			AAF X

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	Custo Standard 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	72		€ 6.356,88
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 6.356,88</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR)</b>				<b>€ 17.164,00</b>
<b>Emolumentos a pagar</b>				<b>€ 2.860,67</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ª S

O Coordenador da Equipa de Auditoria

(Pedro Miguel Fonseca)



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

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 18/15 – Audit		
		Relatório nº 11/16 – 2ª Secção		
<b>Entidade fiscalizada:</b>	Administração Regional de Saúde do Algarve, IP			
<b>Entidade devedora:</b>	Administração Regional de Saúde do Algarve, 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	72		€ 6.356,88
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 6.356,88</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR)</b>				<b>€ 17.164,00</b>
<b>Emolumentos a pagar</b>				<b>€ 2.860,67</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ª S

O Coordenador da Equipa de Auditoria

(Pedro Miguel Fonseca)