

COVID-19

—

**Impacto na atividade e
no acesso ao SNS**

RELATÓRIO N.º 5/2020 – OAC

2.ª SECÇÃO



TC
C **TRIBUNAL DE
CONTAS**

Processo n.º 04/2020 – OAC

COVID-19

–

Impacto na atividade e no acesso ao SNS

Relatório

Outubro 2020

FICHA TÉCNICA

COORDENAÇÃO E SUPERVISÃO

José António Carpinteiro (Auditor-Coordenador)

Pedro Fonseca (Auditor-Chefe)

CONTRIBUTOS

Ana Carreiro (Técnica Verificadora Superior)

Rita Nunes Pereira (Técnica Verificadora Superior Estagiária)



ÍNDICE

SÍNTESE	7
INTRODUÇÃO	9
I – O IMPACTO DA PANDEMIA NA ATIVIDADE E NO ACESSO AO SNS	10
1. MEDIDAS DE SUSPENSÃO DA ATIVIDADE PROGRAMADA	10
2. ATIVIDADE NO SNS.....	10
2.1. <i>Cuidados de Saúde Primários</i>	10
2.2. <i>Cuidados de Saúde Hospitalares</i>	12
2.3. <i>Linhas telefónicas 112 e SNS 24</i>	15
3. INDICADORES DE ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE NO SNS	16
3.1. <i>Os direitos dos utentes no acesso ao SNS</i>	16
3.2. <i>Acesso à primeira consulta hospitalar</i>	17
3.3. <i>Acesso a cuidados cirúrgicos</i>	19
II – RETOMA DA ATIVIDADE E RECUPERAÇÃO DE ATIVIDADE NÃO REALIZADA	23
4. MEDIDAS PARA A RETOMA DA ATIVIDADE	24
5. DESAFIOS NA RETOMA DA ATIVIDADE	26
5.1. <i>Evitar a propagação da COVID-19</i>	26
5.2. <i>Minimizar o impacto de uma 2ª vaga de infeções na atividade do SNS</i>	26
5.3. <i>Recuperação da atividade não realizada</i>	26
III – EXERCÍCIO DO CONTRADITÓRIO	33
IV – VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO	34
V – DECISÃO	34
ANEXO – ALEGAÇÕES NO EXERCÍCIO DO CONTRADITÓRIO	35
<i>Ministra da Saúde</i>	37
<i>Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP</i>	41

QUADROS

QUADRO 1 – CONSULTAS REALIZADAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS ENTRE MARÇO E MAIO DE CADA ANO (2014 A 2020)	11
QUADRO 2 – CONTACTOS DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS ENTRE MARÇO E MAIO DE CADA ANO (2014 A 2020) ..	11
QUADRO 3 – CONSULTAS MÉDICAS HOSPITALARES REALIZADAS ENTRE MARÇO E MAIO DE CADA ANO (2013 A 2020)	13
QUADRO 4 – LISTA DE ESPERA PARA PRIMEIRA CONSULTA MÉDICA HOSPITALAR EM 31/12 DOS ANOS DE 2017 A 2019 E EM 31/05/2020	18
QUADRO 5 – PEDIDOS DE PRIMEIRA CONSULTA MÉDICA HOSPITALAR SEM PRIORIDADE DEFINIDA (2017 A MAIO 2020)	19
QUADRO 6 – MEDIANAS DOS TEMPOS DE ESPERA DOS UTENTES EM LIC (31/12 DOS ANOS DE 2013 A 2019 E MAIO 2020)	23
QUADRO 7 – ANÁLISE DAS VANTAGENS E RISCOS DAS MEDIDAS PREVISTAS NO DESPACHO N.º 5314/2020	25
QUADROS 8 E 9 – ATIVIDADE MENSAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NO SNS: CONSULTAS MÉDICAS E CONTACTOS DE ENFERMAGEM	27
QUADROS 10 E 11 – ATIVIDADE HOSPITALAR PROGRAMADA MENSAL NO SNS: CONSULTAS MÉDICAS E INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS	27
QUADRO 12 – ATIVIDADE MENSAL PROGRAMADA POR HOSPITAL: CONSULTAS MÉDICAS ENTRE MARÇO E JULHO (2019 vs. 2020)	28
QUADRO 13 – ATIVIDADE MENSAL PROGRAMADA POR HOSPITAL: INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS ENTRE MARÇO E JULHO (2019 vs. 2020) ..	29
QUADRO 14 – MEDIDAS DE RECUPERAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL PREVISTAS NO PROGRAMA DE ESTABILIZAÇÃO ECONÓMICA E SOCIAL	31

FIGURAS

FIGURA 1 – CONSULTAS REALIZADAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS ENTRE MARÇO E MAIO DE CADA ANO (2014 A 2020)	10
FIGURA 2 – CONTACTOS DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS ENTRE MARÇO E MAIO DE CADA ANO (2014 A 2020) ...	11
FIGURA 3 – VACINAS ADMINISTRADAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS ENTRE MARÇO E MAIO DE CADA ANO (2014 A 2020)	12
FIGURA 4 – CONSULTAS MÉDICAS HOSPITALARES REALIZADAS ENTRE MARÇO E MAIO DE CADA ANO (2013 A 2020)	12
FIGURA 5 – CONSULTAS DE TELEMEDICINA REALIZADAS MENSALMENTE (2016 A 2020)	13
FIGURA 6 – INTERNAMENTO HOSPITALAR – DIAS DE INTERNAMENTO E DOENTES SAÍDOS ENTRE MARÇO E MAIO DE CADA ANO (2015 A 2020)	13
FIGURA 7 – INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS REALIZADAS ENTRE MARÇO E MAIO DE CADA ANO (2013 A 2020)	14
FIGURA 8 – ATENDIMENTOS NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALAR OCORRIDOS ENTRE MARÇO E MAIO DE CADA ANO (2015 A 2020) ..	14
FIGURA 9 – DIMINUIÇÃO DOS ATENDIMENTOS NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA EM MARÇO 2020	15
FIGURA 10 – NÚMERO DIÁRIO DE CHAMADAS PARA O CENTRO DE ORIENTAÇÃO DE DOENTES URGENTES (2017 A 2020)	15
FIGURA 11 – NÚMERO DE CHAMADAS OFERECIDAS PELO SNS 24 (2017 A 2020)	16
FIGURA 12 – NÚMERO DE PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS HOSPITALARES NO SISTEMA CTH (2014 A 2019: TOTAL ANUAL; 2020: ATÉ MAIO)	17
FIGURA 13 – CUMPRIMENTO DO TMRG NA LISTA DE ESPERA PARA PRIMEIRAS CONSULTAS HOSPITALARES – CTH (2017 A 2019: TOTAL ANUAL; 2020: ATÉ MAIO)	18
FIGURA 14 – ENTRADAS EM LIC NOS MESES DE MARÇO A MAIO DE CADA ANO, POR ARS (2014 A 2020)	19
FIGURA 15 – CIRURGIAS REALIZADAS ENTRE JANEIRO E MAIO DE CADA ANO (2014 A 2020)	20
FIGURA 16 – CUMPRIMENTO DO TMRG EM MAIO DE CADA ANO (2014 A 2020)	20
FIGURA 17 – CUMPRIMENTO DO TMRG EM MAIO DE CADA ANO (2014 A 2020) NAS PRIORIDADES MAIS ELEVADAS (3 E 4)	21
FIGURA 18 – CIRURGIAS REALIZADAS POR TIPO DE PRESTADOR, ENTRE MARÇO E MAIO DE CADA ANO (2014 A 2020)	21
FIGURA 19 – N.º DE UTENTES EM LIC (31/12 DOS ANOS DE 2013 A 2019 E MAIO 2020)	22
FIGURA 20 – CUMPRIMENTO DO TMRG DOS UTENTES EM LIC (31/12 DOS ANOS DE 2013 A 2019 E MAIO 2020)	22
FIGURA 21 – CUMPRIMENTO DO TMRG DOS UTENTES EM LIC (31/12 DOS ANOS DE 2013 A 2019 E MAIO 2020) – PRIORIDADES 3 E 4 23	

RELAÇÃO DE SIGLAS

Sigla	Designação
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administrações Regionais de Saúde
CTH	Consulta a Tempo e Horas
DGS	Direção-Geral da Saúde
DGTC	Direção-Geral do Tribunal de Contas
DR	Diário da República
EPE	Entidade Pública Empresarial
IP	Instituto Público
LIC	Lista de Inscritos para Cirurgia
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Setor Público Administrativo
TdC	Tribunal de Contas
TMRG	Tempos Máximos de Resposta Garantidos
WHO	<i>World Health Organisation</i>



SÍNTESE

A necessidade de dar resposta à pandemia de COVID-19 levou a generalidade dos países e prestadores de cuidados de saúde a adotar medidas que condicionaram a realização de atividade programada. Em Portugal, tal ocorreu no seguimento de Despacho da Ministra da Saúde, de 15 de março de 2020, que determinou a suspensão da atividade programada não urgente.

A atividade dos prestadores do SNS nos meses de março a maio de 2020 foi assim inferior à registada no mesmo período de 2019, sendo de destacar a redução da atividade cirúrgica programada (-58%, 93.300 cirurgias), da atividade dos serviços de urgência hospitalares (-44%, 683.389 atendimentos) e das primeiras consultas externas médicas hospitalares (-40%, 364.535 consultas). Por sua vez, o recurso à teleconsulta foi relevante para conter a redução da atividade presencial nos cuidados de saúde primários (aumento de 83% das consultas não presenciais ou inespecíficas, passando a representar 65% do total), embora nos cuidados de saúde hospitalares a realização deste tipo de consultas se tenha mantido residual.

As novas inscrições de utentes para consulta externa hospitalar (referenciadas pelos cuidados de saúde primários) e para cirurgia reduziram-se acentuadamente. Até maio de 2020, foram feitos apenas 67% dos pedidos de consulta e realizadas 42% das inscrições para cirurgia ocorridas no período homólogo de 2019. No entanto, as medianas dos tempos de espera dos utentes em lista agravaram-se entre 31/12/2019 e 31/05/2020: **i)** nas consultas externas, de 100 para 171 dias, com cerca de 69% dos inscritos em 31/05/2020 a aguardar para além do TMRG; **ii)** nos inscritos para cirurgia, de 106 para 147 dias, com cerca de 43% dos inscritos em 31/05/2020 a ultrapassar os TMRG.

Verificou-se alguma deterioração do cumprimento do TMRG nas cirurgias realizadas em maio de 2020, ainda que se mantivesse relativamente próximo dos valores registados em anos anteriores. Nas cirurgias mais urgentes (prioridades 3 e 4, doença oncológica e não oncológica), o cumprimento dos TMRG melhorou, reflexo do foco da atividade nestes doentes, face aos menos urgentes.

A retoma da atividade não urgente no SNS foi enquadrada pelo Despacho n.º 5314/2020, de 2 de maio, da Ministra da Saúde, que determina medidas potencialmente promotoras de uma mais eficaz e eficiente alocação dos recursos, ainda que existam riscos quanto à sua concretização. No mês de junho de 2020, os resultados da retoma da atividade não se revelaram uniformes. Verificou-se uma recuperação parcial dos níveis de produção de consultas e cirurgias programadas em algumas unidades hospitalares mas, na generalidade das unidades, a produção manteve-se inferior à realizada em 2019.

A recuperação da atividade não realizada por força da pandemia COVID-19 terá que ocorrer num contexto de cuidados adicionais na prática clínica, com o risco de a capacidade instalada no SNS não ser suficiente para fazer face a este acréscimo de procura sem o aumento acentuado dos tempos de espera.

Tal recuperação pode justificar a criação extraordinária de incentivos específicos no sistema de financiamento do SNS, para além do uso que o Ministério confira a todos os mecanismos já existentes e sem prejuízo do seu reforço, como já ocorrido pela majoração dos incentivos à produção adicional no Serviço Nacional de Saúde.

Após o confinamento geral decorrente do estado de emergência poderá ser oportuno proceder a um reconhecimento no Serviço Nacional de Saúde das melhores práticas administrativas de reorganização dos serviços, bem como a revisão e o ajustamento de planos de contingência, de modo a conhecer e avaliar o “*trade-off*” da afetação de recursos ao tratamento dos doentes com COVID-19, face às necessidades de diagnóstico e tratamento de outras doenças, ainda que não urgentes.

O desafio sobre a alocação adequada dos recursos e a regulação dos níveis de serviço disponibilizados, na medida do necessário, mantém-se no presente e no futuro próximo, tendo em conta a necessidade de recuperação da atividade programada não realizada e a resposta do Serviço Nacional de Saúde a uma eventual segunda fase de maior incidência da pandemia.

INTRODUÇÃO

Em maio de 2020, o Tribunal de Contas redefiniu as prioridades do Plano de Ação para 2020, e introduziu os ajustamentos necessários à inclusão de várias vertentes de apreciação do impacto da doença COVID-19. Neste contexto, previu a realização de uma ação de controlo¹ relativa à gestão da pandemia pelo Ministério da Saúde. O presente documento dá conta de resultados preliminares daquela ação, focando os impactos da crise pandémica COVID-19 na atividade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e no acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde por aquele prestados.

A pandemia de COVID-19 levou à adoção de medidas de contenção e mitigação do progresso exponencial da doença, a nível mundial. Ao longo do primeiro trimestre de 2020, a generalidade dos países adotou medidas de restrição dos movimentos dos cidadãos e de preparação dos sistemas de saúde para fazer face à emergência de saúde pública.

Em Portugal, as medidas de contingência implementadas no setor da saúde incluíram o adiamento da atividade programada (não urgente) desenvolvida no SNS, como forma de conter a evolução do contágio e de garantir a existência de capacidade instalada para fazer face às situações de doença por COVID-19. Por outro lado, o receio da população também levou à diminuição da procura dos serviços de saúde, incluindo os urgentes. Neste âmbito, o presente documento utiliza indicadores quantitativos do SNS para analisar os efeitos da pandemia na atividade do SNS e o seu impacto no acesso a cuidados de saúde.

Num contexto de menor pressão da crise pandémica sobre a capacidade instalada do SNS, que foi alvo de reforço, coloca-se o desafio de recuperar a produção não realizada, minorando os efeitos negativos do seu adiamento sobre a saúde da população. Neste âmbito, apresentam-se no presente documento potenciais dificuldades que se colocam na prossecução deste objetivo e salientam-se observações e recomendações de anteriores relatórios do Tribunal de Contas que podem ser úteis e relevantes na definição, na execução e no ajustamento dos planos de recuperação da atividade não realizada.

Na execução dos trabalhos optou-se pela adoção de meios não invasivos de recolha de evidência, no sentido de minimizar os constrangimentos operacionais que pudessem ser causados às estruturas administrativas tuteladas pelo Ministério da Saúde diretamente envolvidas nas medidas públicas de contenção e combate à pandemia COVID-19. Assim, foram utilizados, sempre que possível, dados publicamente disponíveis e dados recolhidos em anteriores auditorias realizadas pelo Tribunal ou no âmbito de outras auditorias em curso. Complementarmente, foi solicitada à Administração Central do Sistema de Saúde, IP informação relativa a indicadores de acesso, relativos aos primeiros meses de 2020².

¹ Ação inscrita no Programa de Fiscalização da 2ª Secção do Tribunal de Contas para 2020, aquando da sua alteração em 14 de maio em reunião do Plenário da 2ª Secção.

² A utilização de diferentes fontes de informação implica que nem todos os dados estejam disponíveis para o mesmo âmbito temporal. Ainda assim, optou-se por abranger, em cada análise, períodos adequadamente alargados, no sentido de contextualizar o comportamento dos indicadores ao longo do tempo.

I – O IMPACTO DA PANDEMIA NA ATIVIDADE E NO ACESSO AO SNS

1. MEDIDAS DE SUSPENSÃO DA ATIVIDADE PROGRAMADA

A necessidade de dar resposta à pandemia de COVID-19 levou a generalidade dos países e prestadores de cuidados de saúde a adotar medidas que implicaram a redução acentuada da atividade programada, seja pela determinação direta da sua suspensão³, seja por impactos indiretos resultantes de medidas de contenção do movimento dos cidadãos, de medidas adicionais para prevenção do contágio (aumento do uso de equipamentos de proteção individual, necessidades adicionais de isolamento de doentes, entre outras), ou de medidas de reafecção de recursos físicos e humanos para tratamento de doentes COVID-19. Os efeitos desta redução da atividade programada na saúde da população, ainda incertos, foram combatidos com medidas como o incentivo à utilização da telemedicina para a triagem inicial dos utentes e para a realização de consultas.

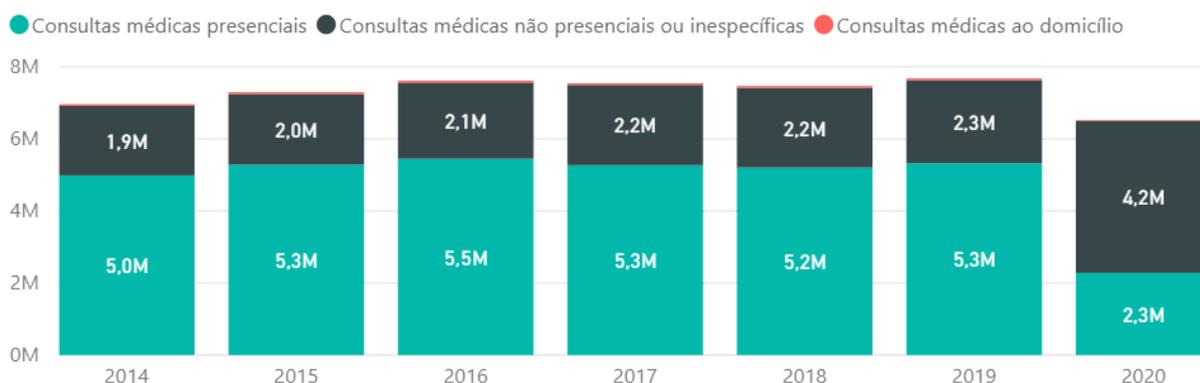
Em Portugal, a suspensão da atividade programada não urgente ocorreu oficialmente a partir de 16 de março, na sequência de despacho ministerial⁴. No entanto, algumas unidades hospitalares do SNS já haviam suspenso essa atividade nos dias que antecederam o despacho, decisão tomada no âmbito da autonomia dos respetivos Conselhos de Administração. Também, através de despacho ministerial, foi determinada a retoma gradual da atividade não COVID-19 a partir de 3 de maio⁵.

2. ATIVIDADE NO SNS

2.1. Cuidados de Saúde Primários

A atividade de **consultas médicas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)**, nos meses de março a maio de 2020, **reduziu-se em 15% face ao período homólogo do ano anterior, uma redução de 1.156.689 consultas.**

Figura 1 – Consultas realizadas nos Cuidados de Saúde Primários entre março e maio de cada ano (2014 a 2020)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponíveis em <https://transparencia.sns.gov.pt>.

³ Segundo dados analisados pela Organização Mundial de Saúde, praticamente todos os países suspenderam a atividade não urgente, embora a definição concreta da atividade que deveria ser suspensa variasse entre países. WHO (2020), *HOW ARE COUNTRIES REORGANIZING NON-COVID-19 HEALTH CARE SERVICE DELIVERY?*, <https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2020/05/06/how-are-countries-reorganizing-non-covid-19-health-care-service-delivery/>, consultada em 04/07/2020.

⁴ Despacho da Ministra da Saúde, sem número, de 15 de março de 2020.

⁵ Despacho n.º 5314/2020, de 2 de maio, da Ministra da Saúde.

Quadro 1 – Consultas realizadas nos Cuidados de Saúde Primários entre março e maio de cada ano (2014 a 2020)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Consultas médicas presenciais	4.987.718	5.286.060	5.450.461	5.271.531	5.204.903	5.327.436	2.281.941
Consultas médicas não presenciais ou inespecíficas	1.926.943	1.959.170	2.114.284	2.227.696	2.216.427	2.302.530	4.221.341
Consultas médicas ao domicílio	48.507	51.284	53.628	47.888	49.489	51.834	21.829
Total de consultas médicas nos CSP	6.963.168	7.296.514	7.618.373	7.547.115	7.470.819	7.681.800	6.525.111

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponíveis em <https://transparencia.sns.gov.pt>.

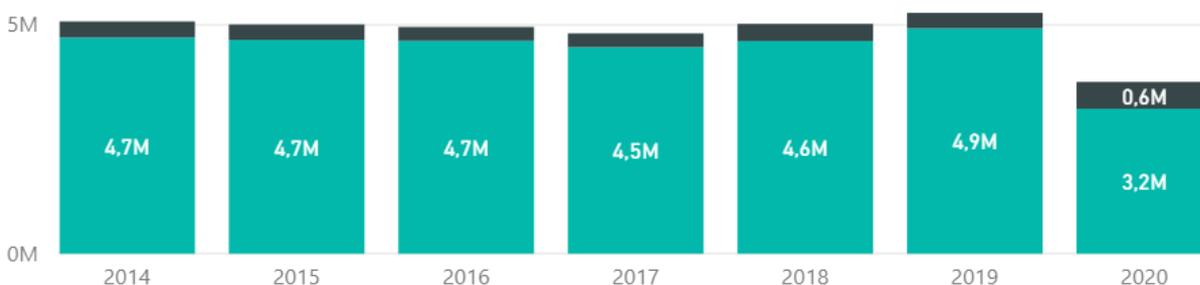
A forte redução nas consultas presenciais (-57%) e ao domicílio (-58%) realizadas nos meses de março a maio de 2020, face ao mesmo período de 2019, foi compensada pelo aumento substancial das consultas não presenciais ou inespecíficas (+83%), que passaram a representar, em 2020, 65% do total das consultas médicas realizadas entre março e maio (entre 27% e 30% nos anos anteriores).

Os cuidados de saúde primários desempenham em Portugal um importante papel de orientação dos utentes para cuidados de saúde mais diferenciados, prestados em meio hospitalar. A substituição de consultas médicas presenciais, por atividade não presencial, não permitiu cumprir na plenitude este papel. De facto, os novos pedidos de consulta externa de especialidade hospitalar emitidos entre janeiro e maio de 2020 ascenderam a 490.674, cerca de 98.135 pedidos por mês, representando apenas 67% da medida mensal de pedidos registados em 2019 (cerca de 147.182 pedidos mensais, para um total de 1.766.180 pedidos)⁶.

A atividade de **enfermagem nos CSP**, nos meses de março a maio de 2020, **reduziu-se em 29% face ao período homólogo do ano anterior, uma redução de 1.510.415 contactos de enfermagem**.

Figura 2 – Contactos de enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários entre março e maio de cada ano (2014 a 2020)

● Contactos de enfermagem presenciais ● Contactos de enfermagem não presenciais



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponíveis em <https://transparencia.sns.gov.pt>.

Quadro 2 – Contactos de enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários entre março e maio de cada ano (2014 a 2020)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Contactos de enfermagem presenciais	4.722.781	4.671.509	4.652.944	4.513.132	4.647.804	4.926.211	3.167.950
Contactos de enfermagem não presenciais	351.978	338.635	301.579	300.398	375.333	337.800	585.646
Total de contactos de enfermagem	5.074.759	5.010.144	4.954.523	4.813.530	5.023.137	5.264.011	3.753.596

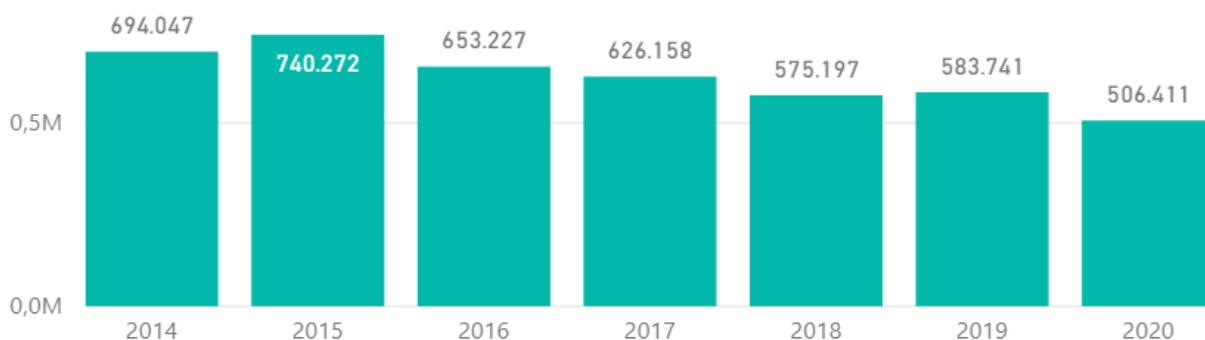
Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponíveis em <https://transparencia.sns.gov.pt>.

⁶ Fonte dos dados: ACSS, CTH, sistema ADW, mapa 3.1.

A redução nos contactos presenciais (-36%) foi compensada pelo aumento substancial dos contactos não presenciais (+73%), que passaram a representar 15,6% do total dos contactos de enfermagem (entre 6,1% e 7,5% nos anos anteriores).

A administração de vacinas nos CSP registou, nos meses de março a maio de 2020, uma diminuição de cerca de 13% face ao período homólogo, tendo sido administradas menos 77.330 vacinas. Isto, apesar de a comunicação do Ministério da Saúde ter acentuado a necessidade de cumprimento do Plano Nacional de Vacinação e a segurança do utente no contacto com a unidade prestadora.

Figura 3 – Vacinas administradas nos Cuidados de Saúde Primários entre março e maio de cada ano (2014 a 2020)



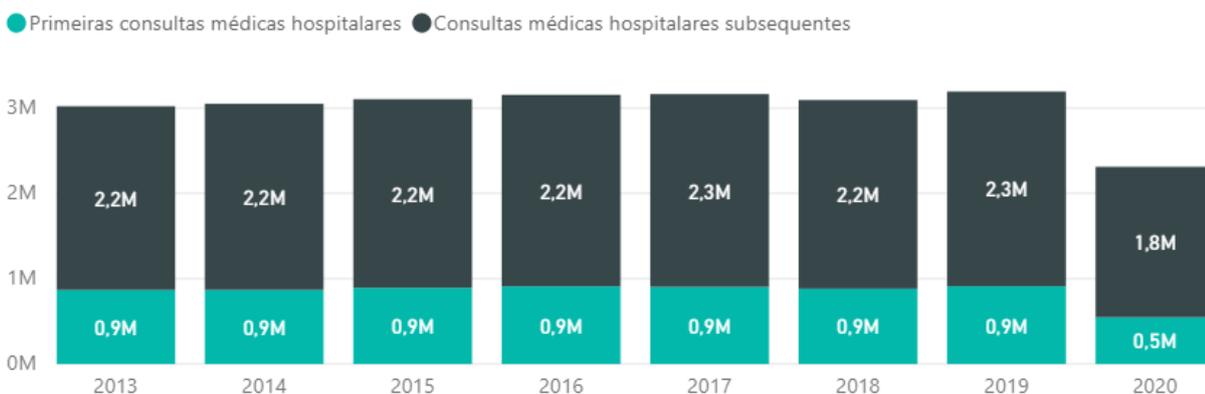
Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponíveis em <https://transparencia.sns.gov.pt>.

2.2. Cuidados de Saúde Hospitalares

Os cuidados de saúde hospitalares desempenham no SNS um papel de diagnóstico e tratamento mais diferenciado face aos cuidados de saúde primários. Têm como principais atividades a realização de consultas externas (primeiras e subsequentes), a referência de utentes para meios complementares de diagnóstico e terapêutica, a realizar dentro ou fora das instalações hospitalares, a prestação de cuidados cirúrgicos, o internamento de doentes para tratamento e o atendimento urgente.

A atividade de consulta externa das unidades hospitalares do SNS entre março e maio de 2020 apresentou uma diminuição de cerca de 28% face ao período homólogo do ano anterior, tendo sido realizadas menos 882.333 consultas médicas.

Figura 4 – Consultas médicas hospitalares realizadas entre março e maio de cada ano (2013 a 2020)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponíveis em <https://transparencia.sns.gov.pt>.

Quadro 3 – Consultas médicas hospitalares realizadas entre março e maio de cada ano (2013 a 2020)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Primeiras consultas médicas hospitalares	867.607	868.131	892.668	910.379	904.011	882.083	911.107	546.572
Consultas médicas hospitalares subsequentes	2.154.364	2.183.456	2.212.327	2.245.155	2.260.738	2.213.057	2.282.983	1.765.185
Total de consultas médicas hospitalares	3.021.971	3.051.587	3.104.995	3.155.534	3.164.749	3.095.140	3.194.090	2.311.757

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponíveis em <https://transparencia.sns.gov.pt>.

A diminuição foi mais acentuada nas primeiras consultas (-40%, menos 364.535 consultas), as que normalmente envolvem um processo mais complexo de diagnóstico e que, eventualmente, serão menos substituíveis por contactos não presenciais. É de notar que parte destas primeiras consultas resulta de referências provenientes dos cuidados de saúde primários, pelo que a redução no número de pedidos inscritos naquelas unidades deve ser tida em conta na análise dos dados. Nas consultas subsequentes, a diminuição foi de cerca de 23%.

Verificou-se algum aumento da utilização das consultas de telemedicina nos cuidados de saúde hospitalares, sem, no entanto, existir um desvio substancial face aos anos anteriores mais recentes.

Figura 5 – Consultas de telemedicina realizadas mensalmente (2016 a 2020)

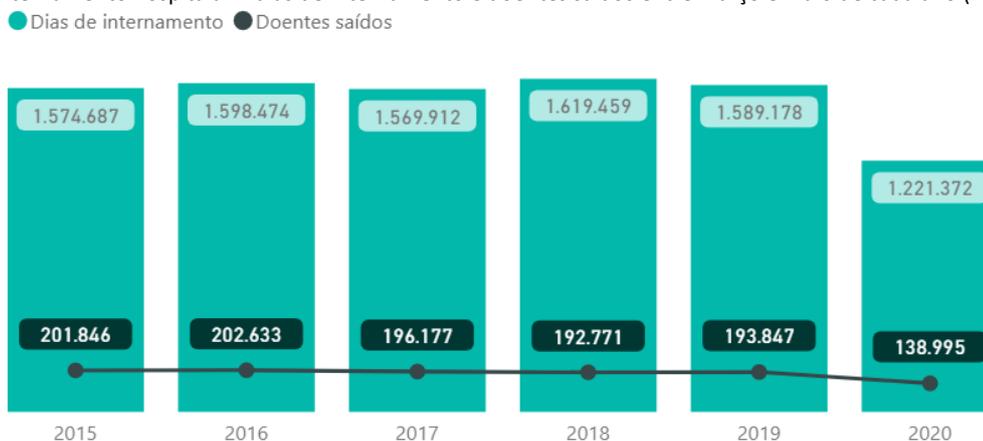


Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponíveis em <https://transparencia.sns.gov.pt>.

De facto, a utilização da telemedicina a nível hospitalar apresenta ainda um carácter residual, com o máximo de consultas médicas realizadas a não ultrapassar os 4.000 contactos mensais, mesmo já no período de pandemia declarada.

A **atividade de internamento** entre março e maio de 2020 reduziu-se acentuadamente face ao período homólogo do ano anterior.

Figura 6 – Internamento hospitalar – dias de internamento e doentes saídos entre março e maio de cada ano (2015 a 2020)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponíveis em <https://transparencia.sns.gov.pt>.

O número de doentes saídos no período foi inferior em 28% face a 2019 e o número de dias de internamento foi inferior em 23%.

A **atividade cirúrgica nas unidades hospitalares do SNS** registou uma quebra acentuada nos meses de março a maio de 2020, em comparação com o período homólogo.

Figura 7 – Intervenções cirúrgicas realizadas entre março e maio de cada ano (2013 a 2020)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponíveis em <https://transparencia.sns.gov.pt>.

As **intervenções cirúrgicas programadas** realizadas entre março e maio de 2020 foram inferiores em **58% face ao mesmo período de 2019 (menos 93.300 cirurgias)**. As **intervenções cirúrgicas urgentes** diminuíram **17% (menos 4.359 cirurgias)**.

Também a **atividade dos serviços de urgência sofreu uma diminuição acentuada** durante o período de resposta à pandemia. Nos meses de março a maio de 2020 ocorreram 887.444 atendimentos nas várias urgências hospitalares do SNS, uma redução de 44% (-683.389) face aos atendimentos do período homólogo em 2019 (1.570.833 atendimentos).

As principais reduções ocorreram nos atendimentos sem triagem (- 54%) e nos atendimentos aos quais foi atribuída a triagem verde e amarela (- 44% e - 45%, respetivamente), na escala de triagem de Manchester. Ainda assim, também se verificou a diminuição da procura de cuidados mais urgentes pela população (prioridade laranja, - 36%, e prioridade vermelha, - 29%), que poderá ter explicação, parcial ou total, pela diminuição dos movimentos populacionais e a conseqüente menor exposição a fatores tendentes a causar doença ou trauma.

Figura 8 – Atendimentos nos serviços de urgência hospitalar ocorridos entre março e maio de cada ano (2015 a 2020)

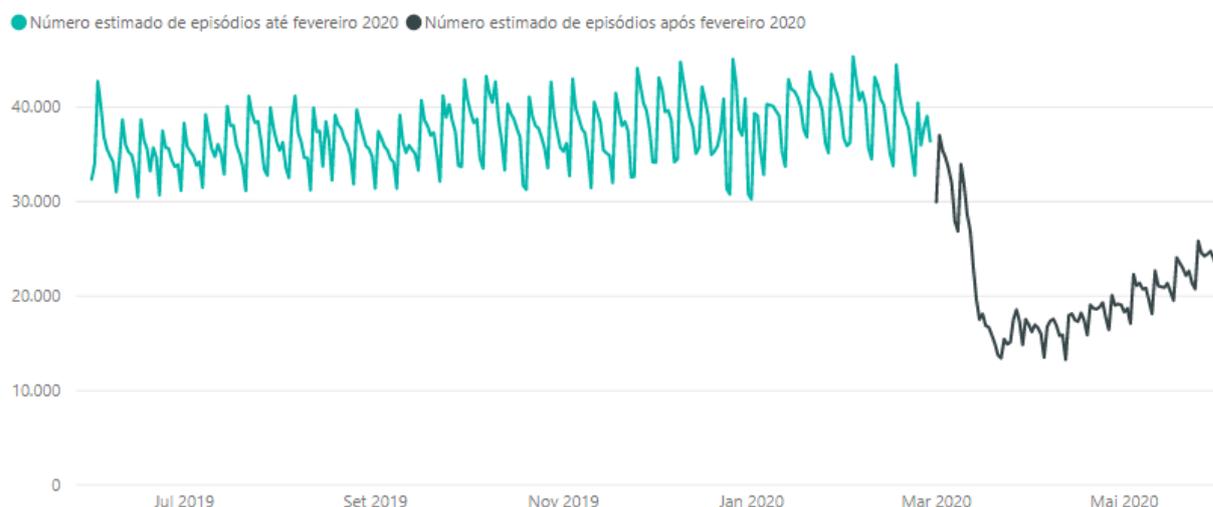


Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponíveis em <https://transparencia.sns.gov.pt>

A redução dos atendimentos nos serviços de urgência foi acentuada desde as primeiras semanas de março, atingindo o valor mais baixo em meados do mês. Até ao final de maio verificou-se um

crescimento sustentado da procura de cuidados de saúde urgentes. A procura de cuidados urgentes mantém-se inferior à verificada nos meses homólogos de 2019.

Figura 9 – Diminuição dos atendimentos nos serviços de urgência em março 2020



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponíveis em <https://transparencia.sns.gov.pt>.

2.3. Linhas telefónicas 112 e SNS 24

A realização de **chamadas para o número nacional de emergência (112) com destino no Centro de Orientação de Doentes Urgentes registou uma diminuição acentuada entre os meses de março e maio**, que poderá ser explicada pela diminuição do movimento da população durante o período em que se promoveram o teletrabalho e o distanciamento social, como formas de contenção da pandemia.

Figura 10 – Número diário de chamadas para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (2017 a 2020)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponíveis em <https://transparencia.sns.gov.pt>.

Por outro lado, e apesar de **os dados disponíveis sobre o funcionamento da linha de atendimento permanente SNS 24 não se encontrarem atualizados** para além do dia 9 de março de 2020, verifica-se que nessa data o número de chamadas oferecidas (27.679) foi superior ao registado em qualquer

momento anterior com dados disponíveis (desde dezembro de 2016). Os picos anuais têm vindo a ocorrer no mês de janeiro, mas sem ultrapassar as 10 mil chamadas.

Figura 11 – Número de chamadas oferecidas pelo SNS 24 (2017 a 2020)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponíveis em <https://transparencia.sns.gov.pt>.

É de salientar que a desatualização que se verifica na informação relativa à atividade do SNS24 não tem justificação face às orientações da DGS, que determinaram o acesso da assistência das pessoas com sintomas COVID através do contacto com a Linha SNS 24 e bem assim face aos objetivos subjacentes ao Portal da Transparência, no qual os dados são habitualmente disponibilizados.

3. INDICADORES DE ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE NO SNS

3.1. Os direitos dos utentes no acesso ao SNS

O acesso dos utentes do SNS aos cuidados de saúde prestados encontra-se presentemente enquadrado por várias legislações⁷ e assenta sobretudo na vertente temporal do acesso, através da definição de tempos máximos a cumprir para várias situações de saúde. Assim, a Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, define os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no Serviço Nacional de Saúde (SNS) para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência e aprova e publica a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utesntes do SNS.

O acesso dos utentes ao SNS é atualmente enquadrado pelo Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS). Este sistema tem por objetivos o acompanhamento, controlo e gestão integrados do acesso ao SNS, bem como possibilitar uma visão global e transparente do percurso do utente na procura da prestação de cuidados de saúde, e dá continuidade aos sistemas já existentes, CTH⁸ e SIGIC⁹.

⁷ Sendo de destacar a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que veio consolidar os direitos e deveres do utente em termos de acesso aos serviços de saúde. Foi alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, que veio, entre outros aspetos, definir os termos a que deve obedecer a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utesntes do SNS e criar o SIGA SNS. A portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, regula o Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS).

⁸ O sistema Consulta a Tempo e Horas (CTH), criado pela Portaria nº 615/2008, de 11 de julho, “contém toda a informação relativa aos pedidos de consulta, desde o momento do seu registo no sistema informático até que fiquem concluídos. Cf. Administração Central do Sistema de Saúde. “[Consulta a Tempo e Horas](#)”. A Portaria 147/2017, de 27 de abril, que regula o SIGA SNS, revogou a Portaria 95/2013, de 4 de março. Ao contrário do previsto legalmente, o sistema apenas viria a incluir as consultas solicitadas aos hospitais por unidades de cuidados de saúde primários.

⁹ O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de junho, e atualizado pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, engloba “todas as etapas do processo

O cumprimento dos TMRG é monitorizado pela ACSS e pelas Administrações Regionais de Saúde, no âmbito do SIGA SNS, sendo reportada à DGS informação sobre esta matéria¹⁰.

O tema do acesso foi objeto de várias auditorias do Tribunal de Contas (TdC), desde 2005¹¹.

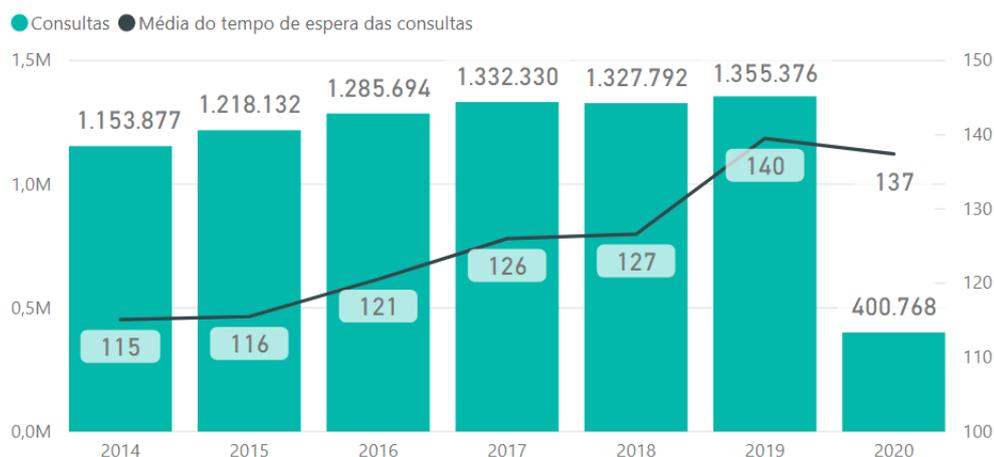
3.2. Acesso à primeira consulta hospitalar

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

Apesar de o CTH pretender cobrir todas as situações de referênciação para uma primeira consulta de especialidade hospitalar, o que deveria ter acontecido a partir de 2010, na prática este limita-se a gerir os pedidos provenientes das unidades de cuidados de saúde primários do SNS, que representam cerca de 1/3 das primeiras consultas hospitalares¹².

O gráfico seguinte apresenta a evolução do número e dos tempos médios de espera das primeiras consultas realizadas no âmbito do sistema CTH ao longo dos anos, entre 2014 e 2020.

Figura 12 – Número de primeiras consultas médicas hospitalares no sistema CTH (2014 a 2019: total anual; 2020: até maio)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS, IP.

Verifica-se um crescimento continuado do número de consultas realizadas ao longo dos anos, tendência que, no entanto, não se manterá em 2020. Os dados mostram que **as primeiras consultas**

de gestão do utente, desde a sua inscrição na lista cirúrgica até à conclusão do processo, após realização da cirurgia. Cf. “Administração Central do Sistema de Saúde. “SIGIC”.

¹⁰ Cf. N.º 4 do art.º 2.º da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio.

¹¹ Relativamente a cuidados de saúde hospitalares: auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde (Relatório n.º 15/17 -2ºS); Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia - SIGIC (Relatório n.º 25/07-2ºS) e respetiva auditoria de seguimento (Relatório n.º 27/09-2ºS); Auditoria de Resultados ao Programa de Intervenção em Oftalmologia (Relatório n.º 48/10-2ºS); Auditoria ao Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas - PECLEC (Relatório n.º 15/05 -2ºS). Em relação a outros cuidados de saúde: auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários (Relatório n.º 17/14-2ºS) e respetiva auditoria de seguimento (Relatório n.º 11/16-2ºS); Auditoria à Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados 2006-2008 (Relatório n.º 38/09 - 2º S).

¹² Cf. Relatório n.º 15/2017 – 2ª Secção - Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no SNS.

realizadas (cerca de 400.000) até maio, ou seja, decorrido quase metade do ano, representam apenas cerca de 30% da produção anual do ano anterior.

Os tempos médios de espera das consultas realizadas cresceram entre 2015 e 2019, particularmente neste ano. Os dados apurados até maio de 2020 mostram uma pequena diminuição do tempo médio de espera em 3 dias.

A quebra de produção não se traduziu no aumento do número de utentes a aguardar consulta, em parte porque se verificou igualmente uma redução do número de consultas de cuidados de saúde primários e consequentemente do número de referençiações provenientes deste nível de cuidados.

Quadro 4 – Lista de espera para primeira consulta médica hospitalar em 31/12 dos anos de 2017 a 2019 e em 31/05/2020

ARS	Número de pedidos em espera				Mediana do tempo de espera			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
Alentejo	27.009	25.448	22.131	22.090	120	119	93	172
Algarve	23.271	24.483	23.980	21.756	218	176	171	237
Centro	118.787	113.256	111.982	103.522	125	120	105	167
LVT	201.055	203.456	195.365	182.302	111	110	100	171
NãoSNS	67.753	64.350	50.307	46.336	183	280	164	220
Norte	261.343	277.716	241.708	213.151	113	120	92	158
Total	699.218	708.709	645.473	589.157	119	125	100	171

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS, IP.

De facto, o número de utentes a aguardar consulta diminuiu face ao verificado no final de 2019. No entanto, **verifica-se um aumento significativo da mediana do tempo de espera dos utentes a aguardar a realização de primeira consulta hospitalar, de 100 dias em 31/12/2019 para 171 dias em 31/05/2020.**

Dos utentes a aguardar consulta em 31/05/2020, com prioridade já atribuída na triagem hospitalar, cerca de 69% já aguardavam para além do tempo máximo de resposta garantido definido para a respetiva prioridade.

Figura 13 – Cumprimento do TMRG na lista de espera para primeiras consultas hospitalares – CTH (2017 a 2019: total anual; 2020: até maio)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS, IP.

Este valor representa um agravamento face aos valores apurados no final dos anos de 2017 a 2019, no entanto, também já existia um elevado incumprimento dos TMRG naqueles anos (mais de 50% em 31/12/2017 e 31/12/2018 e 46% em 31/12/2019).

Acresce que, em 31/05/2020, permaneciam em lista de espera para consulta 49.279 pedidos a aguardar triagem para definição da prioridade, cerca de metade dos quais a aguardar já há mais de 120 dias e, portanto, fora de qualquer TMRG, independentemente da prioridade que vier a ser definida. É, no entanto, de salientar a evolução muito positiva verificada no número de pedidos em lista de espera sem triagem efetuada, que, no final de 2017, ascendiam a 102.350 pedidos.

Quadro 5 – Pedidos de primeira consulta médica hospitalar sem prioridade definida (2017 a maio 2020)

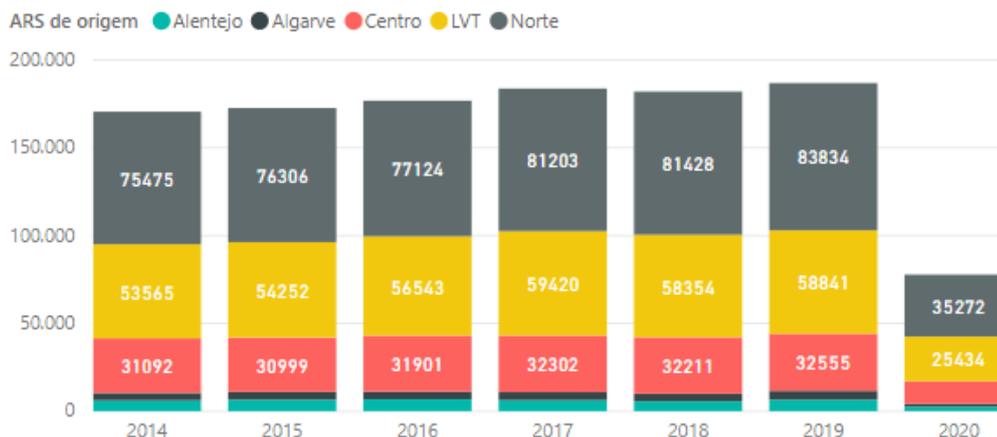
Data da lista de espera	Até 30 dias	Entre 31 e 60 dias	Entre 61 e 120 dias	Mais de 120 dias	Total
31 de Dezembro de 2017	36518	11016	12644	42172	102350
31 de Dezembro de 2018	33333	12721	13967	58177	118198
31 de Dezembro de 2019	29648	10633	8941	20290	69512
31 de Maio de 2020	13843	1979	8921	24536	49279

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS, IP.

3.3. Acesso a cuidados cirúrgicos

A redução da atividade de consulta externa teve como consequência a não identificação de necessidades cirúrgicas. O número de novas inscrições para cirurgia, entre março e maio de 2020 (77.746), representou apenas 42% das novas inscrições ocorridas no período homólogo de 2019. Tendo em conta a tendência de crescimento das inscrições para cirurgia, pode-se inferir que cerca de 109 mil novas inscrições para cirurgia terão ficado por realizar naquele período.

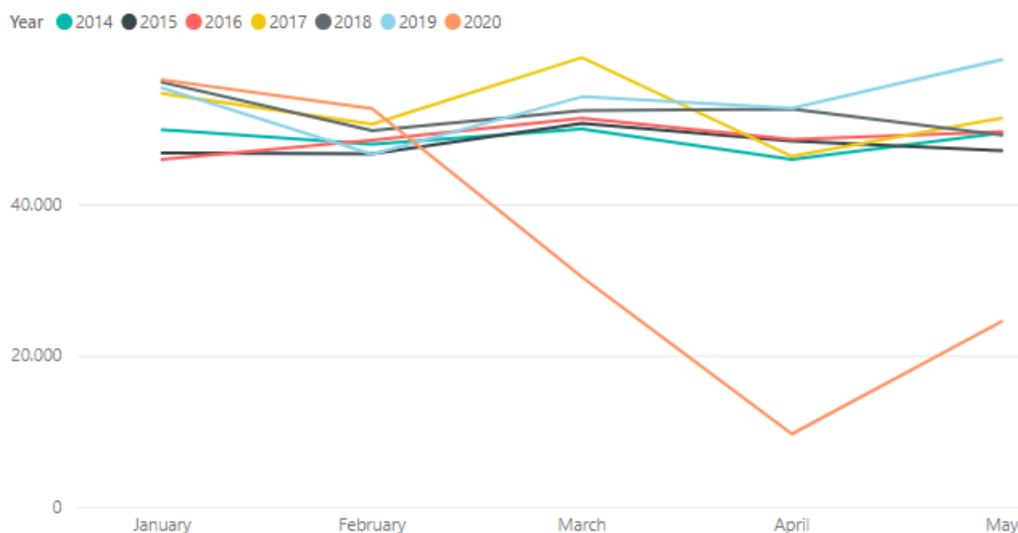
Figura 14 – Entradas em LIC nos meses de março a maio de cada ano, por ARS (2014 a 2020)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS, IP.

A atividade cirúrgica programada realizada sofreu, como já apresentado, uma quebra significativa nos meses de março a maio de 2020, face aos períodos homólogos dos anos anteriores. Nos meses de janeiro e fevereiro a atividade havia sido superior à realizada nos anos anteriores.

Figura 15 – Cirurgias realizadas entre janeiro e maio de cada ano (2014 a 2020)

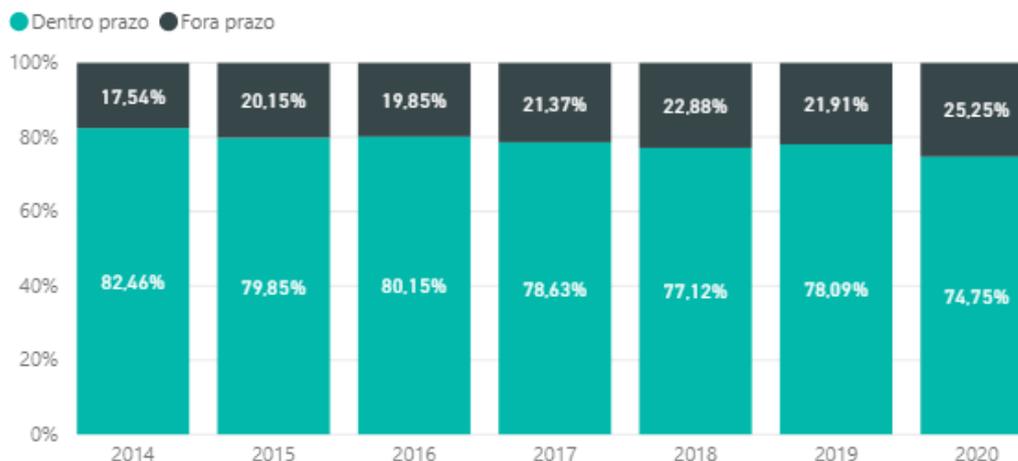


Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS, IP.

Para analisar o impacto da suspensão da atividade programada no cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos, analisou-se a informação relativa à atividade cirúrgica no mês de maio de 2020¹³, comparativamente aos dados do mesmo mês, em anos anteriores.

Verifica-se que ocorreu, como seria expectável, alguma deterioração do cumprimento do TMRG, que, no entanto, se manteve relativamente próximo dos valores registados em anos anteriores.

Figura 16 – Cumprimento do TMRG em maio de cada ano (2014 a 2020)



Nota: Para comparabilidade dos dados, foram aplicados a todos os períodos os TMRG fixados em 2017.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS, IP.

A determinação de que apenas a atividade não urgente deveria ser suspensa parece ter sido efetiva, verificando-se que, no caso das inscrições para cirurgia mais urgentes (prioridades 3 e 4, doença oncológica e não oncológica) o cumprimento do TMRG foi superior em maio de 2020 face a anos anteriores.

¹³ Mês de retoma da atividade eletiva.

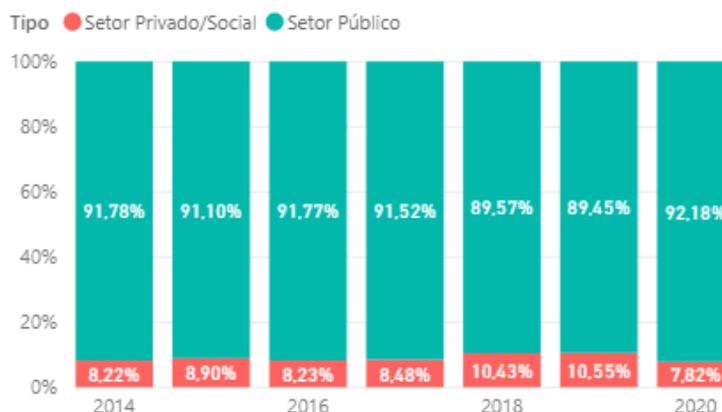
Figura 17 – Cumprimento do TMRG em maio de cada ano (2014 a 2020) nas prioridades mais elevadas (3 e 4)



Nota: Para comparabilidade dos dados, foram aplicados a todos os períodos os TMRG fixados em 2017.
Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS, IP.

Em termos do contributo para a atividade cirúrgica programada, verifica-se que a proporção de cirurgias realizadas por unidades hospitalares do setor social ou privado, no âmbito do SIGIC, entre março e maio de 2020, foi inferior à verificada nos anos anteriores.

Figura 18 – Cirurgias realizadas por tipo de prestador, entre março e maio de cada ano (2014 a 2020)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS, IP.

O menor número de novas referencianções para cuidados cirúrgicos levou a que ocorresse uma diminuição do número de utentes a aguardar cirurgia (-4%, uma diminuição de 10.102 inscritos) entre 31/12/2019 e 31/05/2020, apesar da diminuição no número de cirurgias realizadas.

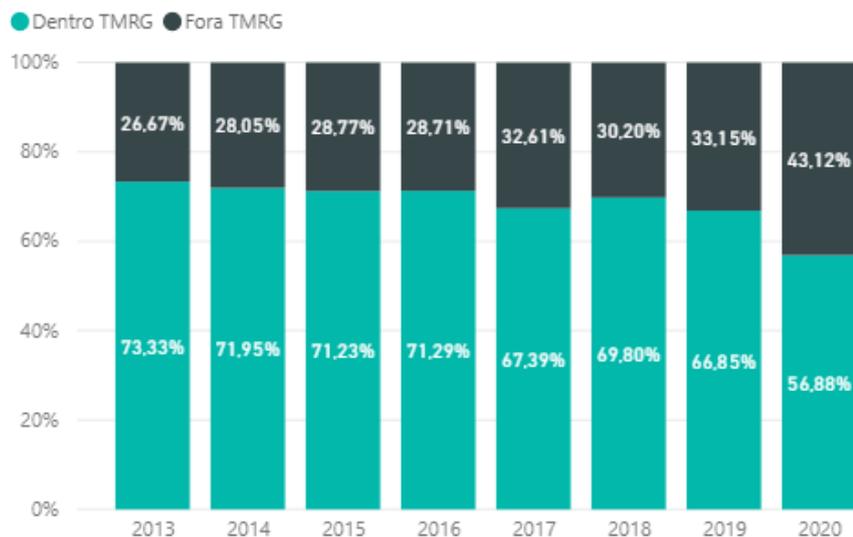
Figura 19 – N.º de utentes em LIC (31/12 dos anos de 2013 a 2019 e maio 2020)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS, IP.

Em 31 de maio de 2020, cerca de 43% dos 242.408 utentes a aguardar uma cirurgia apresentavam tempos de espera que já ultrapassavam os TMRG, isto apesar da diminuição verificada no número de novas inscrições para cirurgia.

Figura 20 – Cumprimento do TMRG dos utentes em LIC (31/12 dos anos de 2013 a 2019 e maio 2020)

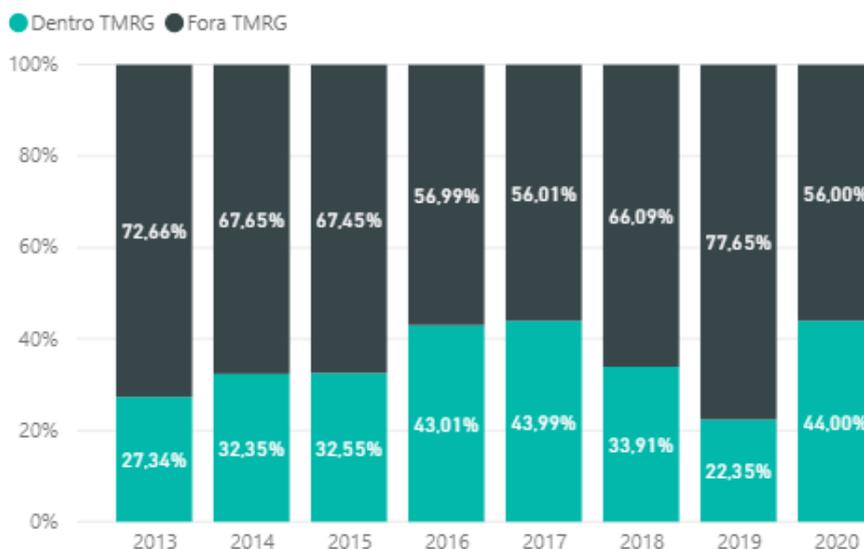


Nota: Para comparabilidade dos dados, foram aplicados a todos os períodos os TMRG fixados em 2017.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS, IP.

Verificou-se, ainda assim, uma melhoria no cumprimento dos TMRG nas prioridades mais elevadas, reflexo do aumento do foco da atividade nestes doentes, face aos menos urgentes.

Figura 21 – Cumprimento do TMRG dos utentes em LIC (31/12 dos anos de 2013 a 2019 e maio 2020) – prioridades 3 e 4



Nota: Para comparabilidade dos dados, foram aplicados a todos os períodos os TMRG fixados em 2017.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS, IP.

As medianas do tempo de espera dos utentes a aguardar cirurgia sofreram um agravamento entre 31/12/2019 e 31/05/2020, particularmente nas regiões de saúde do Norte (+62%), do Algarve (+61%) e do Alentejo (+56%). O crescimento nas ARS do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo foi de 27% e 23%, respetivamente, em virtude do ponto de partida mais elevado em termos de tempo de espera.

Quadro 6 – Medianas dos tempos de espera dos utentes em LIC (31/12 dos anos de 2013 a 2019 e maio 2020)

ARS de origem	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Alentejo	85	83	99	93	108	81	88	137
Algarve	113	120	136	129	143	110	106	171
Centro	96	96	91	106	117	123	130	165
LVT	100	101	108	112	121	123	137	168
Norte	68	78	80	85	89	84	84	136
Total	85	90	93	100	107	104	106	147

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS, IP.

Ainda assim, as unidades hospitalares da ARS Norte mantiveram-se como aquelas que apresentam o melhor resultado neste indicador.

II – RETOMA DA ATIVIDADE E RECUPERAÇÃO DE ATIVIDADE NÃO REALIZADA

A estratégia de contenção da pandemia de COVID-19 e a resposta efetiva das unidades hospitalares do SNS foi conseguida num contexto de reorganização interna dos serviços e de suspensão da atividade programada não urgente, bem como de redução da procura de cuidados de saúde urgentes pelos cidadãos.

Tendo em conta que parte das necessidades de acesso a cuidados de saúde continuaram a verificar-se durante este período (com a natural redução resultante da menor mobilidade e do menor contacto

social da população), uma vez ultrapassado, em meados do mês de abril¹⁴, o pico de contágios e de internamentos relacionados com COVID-19, tornou-se necessário retomar a atividade normal do SNS e, na medida do possível, recuperar a atividade não realizada.

4. MEDIDAS PARA A RETOMA DA ATIVIDADE

Através do Despacho n.º 5314/2020, de 2 de maio, da Ministra da Saúde, foi determinada a *“identificação e reagendamento de toda a atividade assistencial programada não realizada por força da pandemia COVID-19”*, salientando a necessidade de respeitar os critérios de antiguidade e de prioridade clínica. Neste âmbito, foi emitida pela Direção-Geral de Saúde (DGS) a Norma n.º 013/2020, de 10/06/2020, atualizada a 23/06/2020, relativa à retoma da atividade assistencial na cirurgia eletiva.

O referido despacho determina que “Os órgãos dirigentes das entidades prestadoras de cuidados de saúde primários e hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS)...” devem reportar “...o plano e o prazo de recuperação [da atividade] à respetiva Administração Regional de Saúde, I.P. (ARS) e à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS)”. Alerta-se que será relevante definir e divulgar um prazo para o cumprimento daquela obrigação.

As principais medidas determinadas pela tutela no Despacho n.º 5314/2020, que se apresentam no Quadro 7, promovem a redução da propagação da pandemia e são potencialmente promotoras de uma mais eficaz e eficiente alocação dos recursos no SNS, apesar de existirem riscos associados à sua concretização.

Tendo em conta o carácter estruturante de várias medidas preconizadas, poderá justificar-se o seu enquadramento no sistema de financiamento do SNS, nomeadamente autonomizando a produção contratada a realizar nas condições referidas e o respetivo financiamento, por forma a criar incentivos à sua concretização.

¹⁴ Segundo a informação disponível, o pico de novos casos ocorreu em 10 de abril e o número de doentes internados atingiu o pico em 16 de abril (<https://covid19.min-saude.pt/ponto-de-situacao-atual-em-portugal/>).

Quadro 7 – Análise das vantagens e riscos das medidas previstas no Despacho n.º 5314/2020

Medida	Vantagens	Análise factual / Riscos
<i>“recurso a meios não presenciais, utilizando mecanismos de tele saúde (...), exceto quando tal não for clinicamente adequado ou tecnicamente possível”</i>	<p>Aumento da eficiência na alocação do tempo de trabalho dos profissionais médicos.</p> <p>Redução da necessidade de deslocação dos utentes, e dos respetivos custos financeiros e temporais associados.</p>	<p>Os dados apresentados no ponto 2 revelam que a substituição da atividade presencial por meios não presenciais, nos cuidados hospitalares, foi residual.</p> <p>A maior diferenciação das consultas prestadas em meio hospitalar e a necessidade de recurso a meios complementares de diagnóstico e terapêutica no seu contexto podem limitar a adoção do recurso a meios não presenciais.</p>
<i>“desfasamento de horários de atendimento, incluindo ao fim de semana”</i>	<p>Aumento da produção de cuidados de saúde e da resposta às necessidades da população.</p>	<p>A atividade no SNS concentra-se habitualmente nos dias de semana e com maior peso no início do dia e na primeira metade da tarde.</p> <p>A alteração deste paradigma pode não ser atingível no curto prazo.</p>
<i>“agendamento [dos cuidados de saúde a prestar] por hora marcada”</i>	<p>Redução dos custos temporais associados à permanência nas unidades prestadoras do SNS, por períodos superiores aos necessários.</p>	<p>A opção pelo agendamento e convocatória dos utentes por hora marcada já estava disponível para a generalidade dos prestadores de cuidados de saúde do SNS.</p> <p>A sua implementação no presente momento pode encontrar as mesmas dificuldades que terão impedido a sua implementação no passado.</p>
<i>“deslocação ao domicílio do utente”, quando apropriado</i>	<p>Redução da necessidade de deslocação de utentes com dificuldades na mobilidade, por motivos de saúde ou financeiros.</p>	<p>A atividade ao domicílio permanece residual, pelo que o seu crescimento representará uma mudança de paradigma que poderá não ser atingível no curto prazo.</p>
<i>Referenciação de atendimentos não urgentes “para os cuidados de saúde primários e para outras respostas hospitalares programadas”</i>	<p>Concentração da atividade dos serviços de urgência na sua missão.</p> <p>Libertação de tempo médico para a realização de atividade programada.</p> <p>Diminuição de encargos com trabalho extraordinário e suplementos e com o recurso a prestadores de serviços.</p>	<p>A opção pelo encaminhamento dos utentes não urgentes que se dirigem aos serviços de urgência hospitalar para outro tipo de cuidados já estava disponível para a generalidade dos prestadores de cuidados de saúde do SNS.</p> <p>A sua implementação no presente momento pode encontrar as mesmas dificuldades que terão dificultado a sua implementação generalizada no passado.</p>
<i>“realização de atividade de consulta hospitalar, de forma descentralizada nos cuidados de saúde primários ou através de teleconsultadoria”</i>	<p>Aumento do papel dos cuidados de saúde primários no SNS.</p> <p>Concentração da atividade hospitalar no tratamento da doença aguda mais diferenciada.</p>	<p>A alteração preconizada constitui uma mudança de paradigma no funcionamento do SNS, pelo que poderá não ser atingível no curto prazo.</p>
<i>“realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica nos cuidados de saúde primários, nos casos em que essa disponibilidade exista”</i>	<p>Aumento do papel dos cuidados de saúde primários no SNS.</p> <p>Concentração da atividade hospitalar no tratamento da doença aguda mais diferenciada.</p>	<p>A alteração preconizada constitui uma mudança de paradigma no funcionamento do SNS, pelo que poderá não ser atingível no curto prazo.</p>

5. DESAFIOS NA RETOMA DA ATIVIDADE

5.1. Evitar a propagação da COVID-19

O Despacho n.º 5314/2020, de 2 de maio, da Ministra da Saúde, e a Norma n.º 013/2020, de 10/06/2020, atualizada a 23/06/2020, da Direção-Geral da Saúde, salientam a necessidade de, na retoma da atividade assistencial programada, ser assegurado o cumprimento rigoroso das normas e orientações da DGS em termos de segurança para utentes e profissionais de saúde, designadamente equipamentos de proteção individual, circuitos de doentes, testes de diagnóstico e boas práticas clínicas, nas diferentes áreas assistenciais.

São de destacar, na área cirúrgica, a Norma n.º 14/2020, de 14/07 – “Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2: Blocos Operatórios e Procedimentos Cirúrgicos” e, noutras prestações de cuidados de saúde, a Norma n.º 12/2020, de 06/05 – “COVID-19: Exames Endoscópicos Digestivos”, a Orientação n.º 26/2020, de 19/05 – “COVID-19: Cuidados ao Recém-nascido na Maternidade” e a Orientação n.º 22/2020, de 01/05, atualizada a 20/07 – “COVID-19: Procedimentos em Clínicas, Consultórios ou Serviços de Saúde Oral dos Cuidados de Saúde Primários, Setor Social e Privado”.

O esforço de recuperação da atividade não realizada por força da pandemia COVID-19 terá assim de ocorrer num contexto de cuidados adicionais na prática clínica, com o risco de a capacidade instalada no SNS não ser suficiente para fazer face a este acréscimo de procura sem o aumento acentuado dos tempos de espera.

5.2. Minimizar o impacto de uma 2ª vaga de infeções na atividade do SNS

O Despacho n.º 5314/2020, de 2 de maio, da Ministra da Saúde, e a Norma n.º 013/2020, de 10/06/2020, atualizada a 23/06/2020, da Direção-Geral da Saúde salientam a necessidade de salvaguardar a prontidão de resposta necessária a um eventual aumento da incidência da infeção por SARS-CoV-2.

Neste âmbito, o referido Despacho n.º 5314/2020 determina que *“Os órgãos dirigentes dos estabelecimentos e serviços do SNS asseguram, no âmbito das suas competências, em conjunto com a ARS e sob a coordenação da Comissão de Acompanhamento da Resposta Nacional em Medicina Intensiva, a elaboração de um plano de contingência que preveja as condições em que se assegura o ajustamento de recursos para responder a surtos localizados ou aumento da infeção a nível local, permitindo, em segurança, redirecionar a atividade para o tratamento da COVID-19”*. Alerta-se para a necessidade de se estabelecer e divulgar um prazo e um calendário detalhado para a execução dos trabalhos.

5.3. Recuperação da atividade não realizada

Nos cuidados de saúde primários verificou-se alguma recuperação da atividade de consulta médica não realizada nos meses de maior incidência da epidemia. A recuperação foi mais acentuada no mês de junho (o número de consultas médicas foi superior em 16% ao valor verificado no mesmo mês do ano anterior), mas bastante mais reduzida em julho (apenas 3% acima do período homólogo).



Quadros 8 e 9– Atividade mensal nos cuidados de saúde primários no SNS: consultas médicas e contactos de enfermagem

Consultas médicas				Contactos de enfermagem			
Mês	2019	2020	Var.% 2019-20	Mês	2019	2020	Var.% 2019-20
1	2.898.801	2.796.679	-4%	1	1.839.324	1.943.030	5,64%
2	2.513.755	2.445.831	-3%	2	1.691.486	1.733.380	2,48%
3	2.494.283	2.371.348	-5%	3	1.701.951	1.477.573	-13,18%
4	2.434.128	1.961.527	-19%	4	1.660.763	1.047.537	-36,92%
5	2.753.389	2.192.236	-20%	5	1.901.297	1.228.486	-35,39%
6	2.112.798	2.453.498	16%	6	1.550.749	1.312.636	-15,35%
7	2.606.359	2.697.147	3%	7	1.785.610	1.465.404	-17,93%
Total	17.813.513	16.918.266	-5%	Total	12.131.180	10.208.046	-15,85%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponíveis em <https://transparencia.sns.gov.pt>.

Nos contactos de enfermagem realizados não se verificou qualquer recuperação: em junho e julho estes continuaram abaixo dos valores verificados nos meses homólogos de 2019.

Nos cuidados de saúde hospitalares, a redução acentuada da produção realizada nos meses de março a maio de 2020, associada à necessidade maiores cuidados para prevenir a propagação da COVID-19, dificultará o cumprimento dos TMRG no curto prazo.

De facto, apesar de o Despacho n.º 5314/2020, de 2 de maio, da Ministra da Saúde, ter determinado a retoma “gradual” e “dinâmica” da atividade programada, esta mantém-se, desde essa data, em áreas críticas como a consulta externa hospitalar e a atividade cirúrgica programada, em níveis inferiores aos verificados nos meses homólogos do ano anterior.

Quadros 10 e 11– Atividade hospitalar programada mensal no SNS: consultas médicas e intervenções cirúrgicas

Consultas externas médicas				Intervenções cirúrgicas			
Mês	2019	2020	Var.% 2019-20	Mês	2019	2020	Var.% 2019-20
1	1.149.559	1.149.574	0%	1	52.841	55.395	5%
2	1.033.065	1.013.124	-2%	2	42.982	52.435	22%
3	1.015.036	850.021	-16%	3	51.829	31.208	-40%
4	1.012.072	655.922	-35%	4	50.644	10.525	-79%
5	1.166.982	802.697	-31%	5	57.094	24.534	-57%
6	872.136	875.283	0%	6	45.509	37.669	-17%
7	1.089.312	992.724	-9%	7	49.785	45.751	-8%
Total	7.338.162	6.339.345	-14%	Total	350.684	257.517	-57%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponíveis em <https://transparencia.sns.gov.pt>.

Verifica-se que os períodos de maior redução da atividade hospitalar nas linhas de produção da consulta externa e das cirurgias programadas foram os meses de abril e maio, mesmo já existindo neste mês determinações no sentido da retoma da atividade não urgente. É de notar que, mesmo nos meses de junho e julho, a produção cirúrgica programada se situou ainda 17% e 8%, respetivamente, abaixo da verificada nos meses homólogos de 2019. Nas consultas externas médicas, a produção no mês de junho foi ligeiramente superior à do mês homólogo de 2019, mas em julho voltou a ser inferior face ao ano anterior.

Existiu alguma variação no desempenho entre as várias unidades hospitalares, não só quanto ao impacto da suspensão da atividade não urgente, entre 16 de março e 2 de maio, mas também quanto à capacidade de cada unidade retomar a sua atividade normal. Os quadros seguintes apresentam, para

cada um dos meses de março a julho, a variação na produção de consultas e intervenções cirúrgicas programadas entre 2019 e 2020, numa seleção de unidades hospitalares do SNS¹⁵.

Quadro 12 – Atividade mensal programada por hospital: consultas médicas entre março e julho (2019 vs. 2020)

Grupo Financiamento	3	4	5	6	7
Grupo B	-24%	-47%	-39%	-6%	-12%
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	-21%	-51%	-42%	-6%	-12%
Centro Hospitalar do Oeste, EPE	-23%	-42%	-32%	2%	-8%
Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	-26%	-47%	-41%	-12%	-14%
Grupo C	-17%	-38%	-32%	-5%	-12%
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	-10%	-31%	-25%	1%	-6%
Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE	-19%	-37%	-30%	-1%	-16%
Hospital de Loures, PPP	-22%	-46%	-41%	-13%	-15%
Grupo D	-15%	-39%	-34%	6%	-7%
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	-21%	-47%	-33%	2%	-2%
Hospital de Braga, PPP (até agosto 2019), EPE (desde setembro 2019)	-15%	-38%	-37%	20%	-9%
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE	-7%	-29%	-32%	-7%	-14%
Grupo E	-15%	-30%	-30%	1%	-9%
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	-13%	-36%	-28%	11%	-10%
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	-19%	-43%	-43%	-14%	-13%
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE	-16%	-39%	-37%	-3%	-15%
Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE	-15%	-15%	-20%	6%	-3%
Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE	-9%	-22%	-27%	4%	-6%
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE	-16%	-25%	-19%	12%	-8%
Grupo F	-3%	-11%	-15%	12%	2%
Instituto Português Oncologia de Coimbra, EPE	-6%	-5%	-17%	12%	10%
Instituto Português Oncologia de Lisboa, EPE	-7%	-19%	-15%	11%	-1%
Instituto Português Oncologia do Porto, EPE	2%	-8%	-14%	12%	2%
Total	-15%	-32%	-30%	2%	-8%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponíveis em <https://transparencia.sns.gov.pt>.

Nas consultas externas, as reduções na produção programada verificaram-se com maior intensidade no mês de abril e nos hospitais polivalentes menos diferenciados. Entre os hospitais polivalentes, a menor redução ocorreu no Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE (-15%), e a maior no Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE (-51%).

Nos institutos de oncologia a diminuição da produção de consultas externas foi inferior, tendo até, no mês de abril, aumentado o número de consultas realizadas no IPO de Coimbra, face ao mesmo mês do ano anterior.

No mês de junho houve alguma recuperação da atividade não realizada nos meses anteriores, mas em julho a atividade voltou a ser inferior à do período homólogo de 2019. De facto, em junho a maioria das unidades hospitalares analisadas ultrapassou a atividade realizada no mês homólogo de 2019, sendo de salientar o desempenho do IPO de Coimbra (+29%) e do Hospital de Braga, EPE (+20%). Tal não se verificou em julho, no entanto: embora todas as unidades hospitalares analisadas tenham

¹⁵ Foram selecionados os maiores e mais diferenciados hospitais do SNS (grupo E do sistema de financiamento), os 3 Institutos Portugueses de Oncologia e os 3 maiores hospitais de cada um dos restantes grupos de financiamento (como indicador indireto da dimensão de cada hospital utilizou-se o número de doentes padrão atendidos em 2018, o ano mais recente com informação completa disponível em <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>).

aumentado a produção face ao mês anterior, apenas 2 apresentaram uma produção superior à do período homólogo de 2019.

Na atividade cirúrgica programada a suspensão da atividade teve um muito forte impacto, mais uma vez particularmente no mês de abril e nos hospitais polivalentes menos diferenciados. Entre os hospitais polivalentes, a menor redução ocorreu no Hospital de Loures, PPP (-70%) e a maior no Centro Hospitalar do Oeste, EPE (-96%).

Nos institutos de oncologia a diminuição da atividade cirúrgica programada foi inferior, mas ainda relevante, particularmente no mês de abril.

Quadro 13 – Atividade mensal programada por hospital: intervenções cirúrgicas entre março e julho (2019 vs. 2020)

Grupo Financiamento	3	4	5	6	7
Grupo B	-41%	-87%	-57%	-10%	-6%
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	-43%	-93%	-79%	-4%	-8%
Centro Hospitalar do Oeste, EPE	-49%	-96%	-42%	-26%	-23%
Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	-35%	-80%	-49%	-6%	3%
Grupo C	-43%	-80%	-41%	-3%	8%
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	-44%	-81%	-33%	10%	16%
Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE	-46%	-87%	-50%	-17%	-1%
Hospital de Loures, PPP	-38%	-70%	-47%	-15%	1%
Grupo D	-46%	-79%	-53%	-30%	-9%
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	-41%	-82%	-54%	-9%	22%
Hospital de Braga, PPP (até agosto 2019) e EPE (desde setembro 2019)	-53%	-76%	-50%	-31%	-8%
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE	-42%	-81%	-55%	-60%	-61%
Grupo E	-38%	-77%	-55%	-18%	-10%
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	-32%	-83%	-60%	-17%	-15%
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	-46%	-81%	-72%	-37%	-13%
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE	-32%	-75%	-51%	-17%	-18%
Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE	-38%	-72%	-47%	-11%	0%
Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE	-40%	-82%	-60%	-23%	3%
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE	-37%	-74%	-44%	-3%	-27%
Grupo F	-25%	-46%	-32%	6%	3%
Instituto Português Oncologia de Coimbra, EPE	-14%	-52%	-21%	20%	22%
Instituto Português Oncologia de Lisboa, EPE	-15%	-29%	-34%	12%	18%
Instituto Português Oncologia do Porto, EPE	-33%	-51%	-36%	-3%	-10%
Total	-40%	-76%	-51%	-17%	-6%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponíveis em <https://transparencia.sns.gov.pt>.

Nos meses de junho e julho constata-se alguma recuperação dos níveis de produção de cirurgias programadas, mas estes mantiveram-se ainda na generalidade das unidades hospitalares abaixo da atividade ocorrida nos mesmos meses de 2019. É de salientar pela negativa o desempenho do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (-60% e -61% em junho e julho, respetivamente, face aos meses homólogos de 2019). Das 18 unidades hospitalares analisadas, apenas 3 conseguiram, em junho de 2020, realizar mais intervenções cirúrgicas do que as que haviam efetuado em junho de 2019: o Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE (+10%) e os IPO de Lisboa (+12%) e Coimbra (+20%). Em julho, eram 8 as unidades hospitalares nessa situação.

A este propósito, em sede de contraditório, a Ministra da Saúde salienta que *“De acordo com a informação disponível, é notório o esforço de recuperação que tem sido prosseguido pelos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde, designadamente, através de um significativo*

aumento dos meios de atendimento não presenciais e, a julho de 2020, observavam-se sinais de alguma recuperação de atividade, face a meses anteriores.

Não obstante, o Ministério da Saúde continua a acompanhar, com preocupação, a evolução do movimento assistencial no Serviço Nacional de Saúde e o grau do cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos neste ano particular, reconhecendo que ocorreu uma inflexão dos resultados positivos obtidos nos últimos anos, observáveis no Relatório Anual do Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas do ano de 2019.”

A existência de disparidades no impacto da suspensão da atividade programada e nos resultados do processo de retoma suscita a oportunidade de, a nível central, serem identificadas melhores práticas administrativas de reorganização dos serviços, adotadas pelas várias unidades prestadoras do SNS, de modo a conhecer e avaliar o “trade-off” da afetação de recursos ao tratamento dos doentes com COVID-19, em detrimento do diagnóstico e tratamentos de outras doenças, ainda que não urgentes.

O desafio sobre a alocação adequada dos recursos e a regulação dos níveis de serviço disponibilizados, na medida do necessário, mantém-se no presente e no futuro próximo, tendo em conta a necessidade de recuperação da atividade programada não realizada e a resposta do Serviço Nacional de Saúde a uma eventual segunda fase de maior incidência da pandemia.

Sem prejuízo dos desafios existentes à recuperação da atividade não realizada no período de suspensão da atividade não urgente, é de salientar a existência, no SNS, de mecanismos associados à gestão das listas de espera cirúrgicas que visam garantir os direitos dos utentes quanto ao tempo de espera que suportam.

TRANSFERÊNCIA DE UTENTES ENTRE UNIDADES DE SAÚDE

Na atividade cirúrgica, existe a possibilidade de transferência de utentes em situações de incumprimento dos TMRG, através de notas de transferência (entre unidades hospitalares do SNS) ou de vales-cirurgia (para unidades hospitalares dos setores social ou privado).

As notas de transferência entre unidades hospitalares do SNS permitem que as unidades hospitalares, com tempos de espera mais reduzidos, possam receber utentes de unidades hospitalares que não estejam em condições de cumprir os TMRG de determinada especialidade / procedimento cirúrgico. Apesar de terem um caráter residual, as notas de transferência têm vindo a ser emitidas com regularidade ao longo do tempo, tendo apenas sido suspensas durante o período de suspensão da atividade não urgente.

Os vales-cirurgia são emitidos a utentes em lista de espera cirúrgica que se prevê não virem a ser atendidos dentro dos TMRG definidos, possibilitando ao utente a opção pelo recurso a unidades hospitalares dos setores social ou privado com acordo no âmbito do SIGIC. Os Vales Cirurgia têm vindo a ser emitidos com regularidade, ultrapassados os constrangimentos administrativos existentes em 2015 e 2016, descritos no Relatório n.º 15/2017 – 2ª Secção - Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no SNS.

A emissão automática de vales cirurgia nos prazos regulamentares foi uma das recomendações efetuadas no referido relatório. Esta emissão garante que, sem prejuízo do processo de internalização da produção cirúrgica no SNS, com o objetivo de maximizar a utilização da sua capacidade instalada, não seja posto em causa o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde em tempo considerado clinicamente aceitável.



REALIZAÇÃO DE PRODUÇÃO ADICIONAL

A realização de atividade adicional nas unidades hospitalares do SNS, fora do horário normal de funcionamento, baseia-se no mecanismo de incentivos previsto na Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, que se traduz na remuneração dos profissionais de saúde participantes pela *“atividade de primeiras consultas, cirurgias e MCDT realizada nas instituições do SNS, por equipas de profissionais, fora do horário de trabalho, e pagas por unidade de produção, independentemente do tempo afeto à mesma.”*¹⁶ Cabe ao Conselho de Administração de cada unidade hospitalar definir a condição de realização da atividade adicional¹⁷.

O Programa de Estabilização Económica e Social aprovado pelo Governo (Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2020, de 6 de junho) define medidas específicas relativas à recuperação da atividade não realizada, resumidas no quadro seguinte, que se baseiam na majoração dos incentivos aos profissionais já existentes no âmbito da produção adicional.

Quadro 14 – Medidas de Recuperação da atividade assistencial previstas no Programa de Estabilização Económica e Social

Medida	Objetivo	Montante
<i>“aumento do limite máximo do pagamento por produção adicional interna às equipas, de 55 % para 95 % do valor da primeira consulta”</i>	Aumento da produção de consultas externas programadas, para recuperação de toda a atividade de primeira consulta perdida, com foco nas especialidades com maior tempo de espera.	7,7 M€
<i>“aumento do limite máximo do pagamento por produção adicional interna às equipas, de 55 % para 75 % do valor dos episódios”</i>	Aumento da produção de cirurgias programadas, aplicável aos casos com TMRG ultrapassados, para recuperação de 25% da atividade cirúrgica de doentes em LIC acima do TMRG, e com foco nas especialidades e procedimentos com maiores listas de inscritos para cirurgia.	26 M€

A **Portaria n.º 171/2020, de 14 de julho**, regulamenta as medidas previstas no Programa de Estabilização Económica e Social, aprovando o regime excecional de incentivos à recuperação da atividade assistencial não realizada por força da situação epidemiológica provocada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 e pela doença COVID-19. Prevê-se que as medidas vigorem durante o período de vigência da lei que aprova o Orçamento Suplementar para 2020.

Na aplicação deste mecanismo, deverá ser tido em conta o recomendado pelo Tribunal de Contas aos Conselhos Diretivos das Administração Regionais de Saúde, IP, no Relatório n.º 48/2010-2ºS: *“Reforçar, através dos Departamentos de Contratualização, os mecanismos de monitorização, controlo e supervisão da produção base contratualizada em sede de Contrato Programa/Acordo Modificativo, por forma a que a produção adicional seja realizada após esgotada a produção base, minimizando, assim, a respetiva despesa acrescida na área dos recursos humanos.”*. A Portaria n.º 171/2020, de 14 de julho, reforça que a atividade adicional *“não prejudica a realização da atividade assistencial base contratualizada”*, indo ao encontro da citada recomendação do Tribunal.

Importa, no entanto, alertar que a Portaria n.º 171/2020, de 14 de julho, poderá suscitar interpretações não uniformes entre as várias unidades prestadoras de cuidados de saúde do SNS, sobre a possibilidade de realização da atividade adicional dentro do horário normal de trabalho. Repare-se que a referida Portaria estabelece que *“A produção adicional prevista nos números*

¹⁶ Cf. al. a), do n.º 2, do art.º 1.º do Regulamento das Tabelas de Preços das Instituições e Serviços no âmbito de prestações realizadas em produção adicional para o SNS, Anexo II da Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho.

¹⁷ Cf. n.º 9 do art.º 2.º do Regulamento das Tabelas de Preços das Instituições e Serviços no âmbito de prestações realizadas em produção adicional para o SNS, Anexo II da Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho.

anteriores é realizada nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 1.º do Anexo II da Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, na sua redação atual, **preferencialmente**, fora do horário de trabalho das equipas, nomeadamente aos fins de semana, com garantia de composição mínima necessária das referidas equipas.” (sublinhado nosso). No entanto, a alínea a), do n.º 2, do artigo 1.º do Anexo II da Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, exige que a produção seja realizada “fora do horário de trabalho”. Justifica-se, assim, a clarificação e a circularização de uma interpretação uniforme.

Sobre esta matéria, o Conselho Diretivo da ACSS, IP referiu, em sede de contraditório que: *“Até à data, e no âmbito do processo de acompanhamento e monitorização das entidades hospitalares que é efetuado por esta ACSS, de entre todos os pedidos de esclarecimento que já recebemos, não nos foram colocadas questões sobre esta matéria concreta, assumindo esta ACSS que a Produção Adicional Interna (PAI) está a ser realizada fora do horário de trabalho das equipas, nos termos previstos e vertidos na alínea a) do n.º 2 do art.º 1.º do Anexo II da Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho.*

Admitindo que possam vir a surgir questões sobre esta matéria, procuraremos junto da tutela obter informação adicional que permita clarificar esta questão.”

PROGRAMAS ESPECÍFICOS PARA A RECUPERAÇÃO DA ATIVIDADE

A necessidade de cumprimento dos TMRG e de recuperação da atividade realizada pode vir a envolver programas específicos que se sobreponham aos mecanismos já existentes, como já aconteceu no passado, por exemplo, com o Programa de Intervenção em Oftalmologia, analisado pelo Tribunal no Relatório n.º 48/2010-2ªS.

Neste âmbito, salienta-se o recomendado no referido relatório, ao Ministério da Saúde, quanto à necessidade de:

- *“Assegurar que em futuros programas verticais seja dado cumprimento aos princípios de racionalidade de afetação de dinheiros públicos, com base numa análise comparativa entre os custos com recurso a insourcing versus outsourcing e uma avaliação adequada da satisfação das necessidades dos serviços, de forma a ser ponderado o custo de eficiência económica.”;*
- *“Definir de forma clara e precisa as condições a negociar e a terminologia, nos documentos de contratualização com as entidades que prestam cuidados de saúde, a fim de evitar interpretações suscetíveis de gerar conflitos na execução do contratualizado, designadamente no que concerne às quantidades e aos pagamentos.”;*
- *“Garantir, em futuras situações, um levantamento rigoroso das reais necessidades de prestação de cuidados de saúde, acautelando os princípios da economia, eficiência e eficácia na gestão dos recursos públicos.”.*

O determinado no Despacho n.º 5314/2020, de 2 de maio, da Ministra da Saúde, quanto à identificação de toda a atividade assistencial programada não realizada por força da pandemia COVID-19, permitirá dar resposta a esta recomendação, na eventualidade de vir a ser definido um programa específico para recuperação da atividade.

Neste contexto, será ainda de ter em conta o recomendado pelo Tribunal no referido relatório de auditoria (Relatório n.º 48/2010-2ªS), aos Conselhos de Administração das Unidades Hospitalares Auditadas, no sentido de *“Constituir um centro de custo próprio, para cada um dos futuros programas com as características idênticas ao do Programa de Intervenção em Oftalmologia, de modo a apurar a totalidade dos custos resultantes do respetivo programa, possibilitando, assim, efetuar uma análise de Custo-Benefício.”*



Nos termos previstos no Plano de Ação para 2020, o Tribunal, através das ações de controlo em curso e a transitar para o ano seguinte, continuará a tratar o tema do acesso aos cuidados de saúde, incluindo a execução de planos de contingência ou planos de recuperação da atividade programada, em geral, ou em domínios específicos da prestação de cuidados de saúde.

III – EXERCÍCIO DO CONTRADITÓRIO

No exercício do princípio do contraditório, previsto no art.º 13 da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto, o relato da presente ação foi enviado às seguintes entidades, para se pronunciarem sobre o seu conteúdo, tendo sido recebidas respostas de ambas:

1. Ministra da Saúde;
2. Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

Relativamente à resposta da Ministra da Saúde, salienta-se a referência às seguintes medidas adotadas pelo Ministério da Saúde, que acrescem às já abordadas no relato e que vão ao encontro da prevenção dos riscos enunciados, sobretudo, no que respeita à prestação dos cuidados de saúde não COVID-19:

- *“A conclusão do processo de contratualização com as Entidades Públicas Empresariais em 2020, no qual foi firmado, em julho de 2020 entre os prestadores, a Administração Regional de Saúde respetiva e a Administração Central do Sistema de Saúde, um compromisso assistencial de recuperação de atividade suspensa por força da pandemia.”*
- *“A um nível estratégico, a versão não consolidada do Plano da Saúde para o Outono-Inverno (...) demonstra a prioridade do Ministério da Saúde à resposta não COVID-19 no Serviço Nacional de Saúde, designadamente, prevendo a formalização de uma task-force de resposta não-COVID-19 e indicando exemplos de ações concretas que podem e devem ser adotadas pelos estabelecimentos e serviços para assegurar níveis assistenciais adequados em todos os níveis da prestação de cuidados.”*

A resposta apresentada salienta, ainda, que *“o Ministério da Saúde, através das entidades com competência própria na matéria, mantém o acompanhamento da evolução da atividade assistencial, a definição de regras e a alocação de meios para a sua maximização e a procura constante das melhores soluções para a resposta a todas as necessidades em saúde, contando com as suas instituições para a organização e implementação das medidas que, a nível local, se revelem mais adequadas ao cumprimento dos objetivos.”*

Da resposta apresentada pelo Conselho Diretivo da ACSS, IP, salienta-se o alegado sobre terem sido *“(...) reforçados os mecanismos de acompanhamento e monitorização do desempenho das entidades do SNS, de forma a aumentar a capacidade analítica e a promover a implementação atempada de medidas de gestão organizativa, no sentido de uma melhoria contínua da performance em contextos adversos e exigentes, em que são necessárias medidas promotoras de maior eficiência na gestão clínica de forma a que a prestação de cuidados de saúde seja assegurada, equitativamente, a toda a procura, independentemente da sua natureza estar associada diretamente à pandemia COVID, ou não, ou de necessitar de uma resposta mais ou menos urgente.”*

As respostas apresentadas constam, na íntegra, em Anexo ao presente Relatório e foram transcritas, quando diretamente relevantes, para pontos específicos do Relatório.

IV – VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO

Do projeto de Relatório foi dada vista ao Ministério Público, nos termos do art.º 29.º, n.º 5, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto.

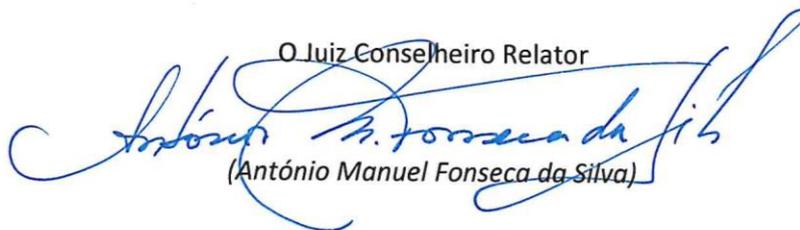
V – DECISÃO

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

1. Aprovar o presente Relatório.
2. Que o Relatório seja remetido às seguintes entidades:
 - a. Comissão Parlamentar de Saúde da Assembleia da República;
 - b. Ministra da Saúde;
 - c. Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP.
3. Que, após a entrega do Relatório às entidades mencionadas, o mesmo seja colocado à disposição dos órgãos de comunicação social e divulgado no sítio do Tribunal de Contas na *internet*.
4. Que um exemplar do presente Relatório seja remetido ao Ministério Público junto deste Tribunal, nos termos dos artigos 29º, n.º 4, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, na redação dada pela Lei nº 48/2006, de 29 de agosto.

Tribunal de Contas, em 15 de outubro de 2020

O Juiz Conselheiro Relator



(António Manuel Fonseca da Silva)

Os Juízes Conselheiros Adjuntos

Ana Furtado
(Ana Margarida Leal Furtado)

Maria da Luz Carmezim Pedroso de Faria
(Maria da Luz Carmezim Pedroso de Faria)

ANEXO – ALEGAÇÕES NO EXERCÍCIO DO CONTRADITÓRIO



TRIBUNAL DE CONTAS

E 13668/2020
2020/9/25



*Ao DA V
25/09/2020
[Signature]*

Exmo. Senhor
Dr. Paulo Nogueira da Costa
Diretor-Geral do Tribunal de Contas
Avenida da República, n.º 65
1050-189 Lisboa

gab.dg@tcontas.pt

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
Ofício n.º 28134	08/09/2020	N.º: ENT.: 12599/2020 PROC. 330/2020 030.01.02/2020	24/09/2020

ASSUNTO: COVID-19 - Impacto na atividade e no acesso ao SNS - Contraditório

Tendo presente v/ ofício acima referenciado, cumpre-nos acusar a receção do Relato da Ação de controlo realizada pelo Tribunal de Contas relativa à gestão da pandemia pelo Ministério da Saúde (“COVID-19 - Impacto na atividade e no acesso ao SNS”) e remeter a respetiva pronúncia da Senhora Ministra da Saúde, no âmbito das suas competências de formulação, condução, execução e avaliação da política nacional de saúde:

1. A suspensão de atividade assistencial não urgente para assegurar a prontidão da capacidade de resposta face ao crescimento exponencial de casos de Covid-19, no contexto de uma emergência de saúde pública internacional e pandemia, verificou-se em diversos sistemas de saúde.
2. O mesmo sucedeu com os processos de retoma da atividade assistencial programada, sendo que, em Portugal, o Ministério da Saúde deu orientações concretas, aos estabelecimentos públicos de saúde, para que a mesma ocorresse, desde logo, com recurso a mecanismos já existentes, como o recurso a meios não presenciais, desfasamento de horários, atendimento ao fim-de-semana, agendamento por hora marcada, entre outros (Despacho n.º 5314/2020, da Ministra da Saúde, de 2 de maio de 2020).
3. De acordo com a informação disponível, é notório o esforço de recuperação que tem sido prosseguido pelos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde, designadamente, através de um significativo aumento dos meios de atendimento não presenciais e, a julho de 2020, observavam-se sinais de alguma recuperação de atividade, face a meses anteriores.



4. Não obstante, o Ministério da Saúde continua a acompanhar, com preocupação, a evolução do movimento assistencial no Serviço Nacional de Saúde e o grau do cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos neste ano particular, reconhecendo que ocorreu uma inflexão dos resultados positivos obtidos nos últimos anos, observáveis no Relatório Anual do Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas do ano de 2019(https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf).
5. A pandemia COVID-19 trouxe novos desafios à organização das instituições prestadoras de cuidados de saúde, por força dos imperativos de segurança para utentes e profissionais (v.g., menor concentração de pessoas, higienização de espaços entre cada utilização), dificultando, adicionalmente, a manutenção dos níveis assistenciais observados em 2019.
6. Face à **necessidade de assegurar e aumentar a resposta assistencial “não COVID-19”, ao mesmo tempo que mantém a resposta a uma pandemia que só desaparecerá quando surgir um tratamento ou vacina eficazes**, o **Ministério da Saúde definiu e disponibilizou um conjunto de instrumentos de incentivo às instituições e seus profissionais**, dos quais se salientam:
 - i. Os mecanismos de incentivo à **recuperação de primeiras consultas e intervenções cirúrgicas** previstos no Programa de Estabilização Económica e Social e constantes da Portaria n.º 171/2020, de 14 de julho, cujos efeitos se estimam mais visíveis a partir de setembro de 2020;
 - ii. A **conclusão do processo de contratualização** com as Entidades Públicas Empresariais em 2020, no qual foi firmado, em julho de 2020 entre os prestadores, a Administração Regional de Saúde respetiva e a Administração Central do Sistema de Saúde, um compromisso assistencial de recuperação de atividade suspensa por força da pandemia.
7. A um nível estratégico, a versão não consolidada do **Plano da Saúde para o Outono-Inverno** [em fase de apreciação pelo Conselho Económico e Social e Conselho Nacional de Saúde (<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-da-saude-para-o-outono-inverno-2020-2021-pdf.aspx>)], demonstra a prioridade do Ministério da Saúde à resposta não COVID-19 no Serviço Nacional de Saúde, designadamente, prevendo a formalização de uma task-force de resposta não-COVID-19 e indicando exemplos de ações concretas que podem e devem ser adotadas pelos estabelecimentos e serviços para assegurar níveis assistenciais adequados em todos os níveis da prestação de cuidados.



REPÚBLICA
PORTUGUESA

GABINETE DA MINISTRA DA SAÚDE

8. Em síntese, o Ministério da Saúde, através das entidades com competência própria na matéria, mantém o acompanhamento da evolução da atividade assistencial, a definição de regras e a alocação de meios para a sua maximização e a procura constante das melhores soluções para a resposta a todas as necessidades em saúde, contando com as suas instituições para a organização e implementação das medidas que, a nível local, se revelem mais adequadas ao cumprimento dos objetivos.

Com os melhores cumprimentos,

A Chefe do Gabinete

Eva Falcão

(Eva Falcão)

Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



S/referência: DA V – UAT.1 - Proc. N.º 4/2020-OAC
S-28135/2020 de 08.09.2020

N/referência: 55715/2020/GAI Coord./ACSS

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

Assunto: COVID-19 - Impacto na atividade e no acesso ao SNS - Contraditório

Relativamente ao assunto em epígrafe, e na sequência da vossa comunicação em referência, relativamente ao Relato da Ação que foi elaborado por esse douto Tribunal, vem esta Administração Central aduzir a seguinte informação.

O referido Relato faz uma análise estatística da evolução da resposta assistencial do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na vertente dos cuidados de saúde primários e hospitalares, refletindo o impacto que a pandemia COVID-19 teve na atividade assistencial e nos níveis de acesso a cuidados de saúde no SNS, recorrendo para tal a diversa informação disponibilizada na área da Transparência do Portal do SNS ou a dados fornecidos diretamente por esta Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS).

Embora não conste um tópico específico com recomendações, são efetuadas considerações e observações ao longo do Relato que importa comentar, nomeadamente:

1. Na Síntese, é referido que ***“a recuperação da atividade não realizada por força da pandemia COVID-19 pode justificar a criação extraordinária de incentivos específicos no sistema de financiamento do SNS, para além do uso que o Ministério confira a todos os mecanismos já existentes e sem prejuízo do seu reforço, como já ocorrido pela majoração dos incentivos à produção adicional no Serviço Nacional de Saúde.”***

Em relação a este assunto, e sem prejuízo de eventuais decisões futuras da Tutela sobre esta matéria, importa destacar que atualmente já existem diversos incentivos financeiros para a realização de atividade adicional dentro dos hospitais públicos, nomeadamente a majoração do pagamento das primeiras consultas, das teleconsultas, das consultas descentralizadas, das respostas domiciliárias, da atividade realizada em Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) e em Centros de Referência, do

reforço do peso da componente de incentivos correspondente ao Acesso, entre outras, assim como também já existem programas que incentivam a partilha de recursos e a rentabilização da capacidade instalada neste Serviço Público, como é o caso das transferências de responsabilidade no âmbito do SIGIC ou do CTH, da afiliação entre hospitais, ou da contratação de serviços no âmbito do mecanismo de Gestão Partilhada de Recursos no SNS (GPR SNS), entre outras.

Para além disso, existe também a possibilidade de pagamento aos profissionais do SNS da atividade adicional que estes realizem nos seus hospitais, nomeadamente no âmbito dos Programas Integrados de Gestão do Acesso que existem no SNS (Programa Consulta a Tempo e Horas e Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia), a qual é realizada para além do horário normal de trabalho, em percentagem que recentemente foi majorada, na sequência da criação do Programa de Estabilização Económica e Social aprovado pelo Governo, conforme referido no Relato.

- 2. Ainda na Síntese, é referido que “após o confinamento geral decorrente do estado de emergência poderá ser oportuno proceder a um reconhecimento no Serviço Nacional de Saúde das melhores práticas administrativas de reorganização dos serviços, bem como a revisão e o ajustamento de planos de contingência, de modo a conhecer e avaliar o “trade-off” da afetação de recursos ao tratamento dos doentes com COVID-19, face às necessidades de diagnóstico e tratamentos de outras doenças, ainda que não urgente.”**

Importa referir, que no âmbito das atribuições desta ACSS, foram reforçados os mecanismos de acompanhamento e monitorização do desempenho das entidades do SNS, de forma a aumentar a capacidade analítica e a promover a implementação atempada de medidas de gestão organizativa, no sentido de uma melhoria contínua da performance em contextos adversos e exigentes, em que são necessárias medidas promotoras de maior eficiência na gestão clínica de forma a que a prestação de cuidados de saúde seja assegurada, equitativamente, a toda a procura, independentemente da sua natureza estar associada diretamente à pandemia COVID, ou não, ou de necessitar de uma resposta mais ou menos urgente.

Na área da Gestão do Acesso em particular, a ACSS implementou, neste período, diversas medidas direcionadas para a melhoria da adequação dos dados, para a partilha de boas práticas institucionais e para a monitorização atempada do impacto da COVID-19 na oferta de cuidados do SNS, as quais podem ser agrupadas em três níveis:

- Normativo, através da elaboração de circulares e orientações (na área da realização do diagnóstico desta doença, da resposta em termos de consultos ou cirurgias, da realização dos transportes, entre outras), assim como da criação de novos indicadores ou áreas de análise do desempenho assistencial realizado pelas entidades do SNS;
 - Pedagógico/didático, pela monitorização de boas práticas junto das Unidades Regionais de Gestão do Acesso e das Unidades Locais de Gestão do Acesso, com emissão de normas e alertas diretos relacionados com procedimentos no domínio da resposta à COVID-19, entre outros;
 - Informático, ao nível da produção de informação no domínio da referenciação para 1^{as} consultas a partir dos cuidados de saúde primários e ajustando os sistemas de forma a promover a correta monitorização do acesso e da prestação do SNS no domínio do SIGIC.
3. No ponto 5.3, na parte relativa à “Realização de produção adicional” é mencionado que *“importa, no entanto, alertar que a Portaria n.º 171/2020, de 14 de julho, poderá suscitar interpretações não uniformes entre as várias unidades prestadoras de cuidados de saúde do SNS, sobre a possibilidade de realização da atividade adicional dentro do horário normal de trabalho. Repare-se que a referida Portaria estabelece que “A produção adicional prevista nos números anteriores é realizada nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 1.2 do Anexo II da Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, na sua redação atual, preferencialmente, fora do horário de trabalho das equipas, nomeadamente aos fins de semana, com garantia de composição mínima necessária das referidas equipas.” (sublinhado nosso). No entanto, a alínea a), do n.º 2, do artigo 1.º do Anexo II da Portaria n.º 2 207/2017, de 11 de julho, exige que a produção seja realizada “fora do horário de trabalho”. Justifica-se, assim, a clarificação e a circularização de uma interpretação uniforme. “*

Até à data, e no âmbito do processo de acompanhamento e monitorização das entidades hospitalares que é efetuado por esta ACSS, de entre todos os pedidos de esclarecimento que já recebemos, não nos foram colocadas questões sobre esta matéria concreta, assumindo esta ACSS que a Produção Adicional Interna (PAI) está a ser realizada fora do horário de trabalho das equipas, nos termos previstos e vertidos na alínea a) do n.º 2 do art.º 1.º do Anexo II da Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho.

Admitindo que possam vir a surgir questões sobre esta matéria, procuraremos junto da tutela obter informação adicional que permita clarificar esta questão.

Por último, importa referir que no âmbito das competências desta Administração Central existe um empenho total por parte das diferentes áreas da ACSS, no sentido de minorar o impacto do COVID-19 e na retoma da atividade assistencial do SNS, através da utilização dos mecanismos e ferramentas que estão ao nosso alcance para melhorar a monitorização, o desempenho e a performance da prestação de cuidados do SNS ao cidadão no SNS.

Ficamos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento adicional que seja necessário da nossa parte sobre esta matéria.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho Diretivo

Márcia Raquel
Inácio Roque

Digitally Signed by Márcia Raquel
Inácio Roque
DN: C=PT, O=Administração Central
do Sistema de Saúde, IP, CN=Márcia
Raquel Inácio Roque
Reason:
Date: 2020.09.25T18:49:58.708 UTC

Márcia Roque