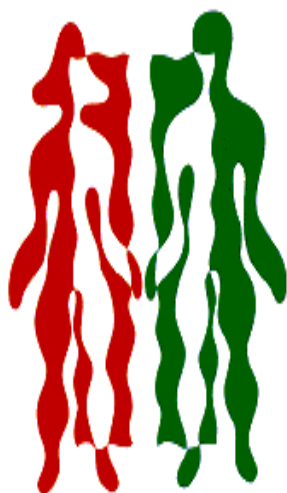




Tribunal de Contas

Auditoria de Resultados ao Instituto Nacional de Emergência Médica



Relatório n.º 47 /2010 2ª S

Processo n.º 10/2010-AUDIT

Volume I



ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS	3
ÍNDICE DE GRÁFICOS	4
ÍNDICE DE FIGURAS	4
<i>FICHA TÉCNICA</i>	5
RELAÇÃO DE SIGLAS	7
GLOSSÁRIO.....	8
I. Sumário	9
1 Conclusões	9
2 Recomendações	19
II. Introdução	22
3 Âmbito e Objectivos da Auditoria	22
4 Metodologia e Procedimentos.....	22
5 Condicionantes e Limitações	23
6 Audição dos Responsáveis em Cumprimento do Princípio do Contraditório	24
6.1 <i>Alegações apresentadas pela Ministra da Saúde</i>	24
6.2 <i>Alegações apresentadas pelo Presidente do Conselho Directivo do INEM - IP</i>	25
III. Desenvolvimento da Auditoria	26
7 Antecedentes Estrutura e Organização do INEM	26
7.1 <i>Antecedentes</i>	26
7.2 <i>Estrutura e Organização</i>	26
8 Funcionamento do Sistema Integrado de Emergência médica	29
9 Recursos do INEM	30
9.1 <i>Recursos Materiais</i>	30
9.2 <i>Recursos Humanos</i>	34
10 Situação Económico-Financeira do INEM	36
10.1 <i>Financiamento</i>	36
10.2 <i>Resultados Apurados no triénio 2007- 2009</i>	37
10.2.1 <i>Balanço</i>	37
10.2.2 <i>Mapa de Cash Flow</i>	40
10.2.3 <i>Demonstração de Resultados</i>	41



Tribunal de Contas

Auditoria de Resultados ao INEM

11 Performance do INEM	44
11.1 Atendimento de Chamadas.....	45
11.1.1 Metas estabelecidas e Desempenho dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes	45
11.1.2 Condicionantes do desempenho dos CODU	48
11.2 Prestação do Socorro na Emergência Pré-Hospitalar	52
11.2.1 Tempo de Resposta das Ambulâncias: Metas Internas e Padrões de Referência Internacional	53
11.2.2 Desempenho Comparado do INEM na Resposta a Casos de Emergência	55
11.2.3 Condicionantes da resposta a casos de Emergência Pré-Hospitalar	59
11.2.4 Custos Unitários de Accionamento das Ambulâncias (SBV, SIV e Helis)	61
11.2.5 Insuficiências das Metas Definidas no QUAR e na Mensuração dos Outcomes (Resultados)	63
11.3 Falhas de Controlo do Desempenho Operacional.....	64
11.4 Situações de Ineficiência e Custos de Oportunidade.....	66
11.5 Análise da Economia.....	67
11.5.1 Contrapartidas Financeiras estabelecidas nos Protocolos de Cooperação para a criação dos Postos de Emergência Médica e Postos de Reserva	67
11.5.2 Estimativa da Poupança a Obter	69
11.5.3 Substituição das Ambulâncias Sedeadas nos PEM.....	72
12 Qualidade do Serviço	73
12.1 Avaliação da Qualidade da Triagem.....	73
12.2 Sinistralidade.....	74
12.3 Reclamações dos utentes.....	74
IV. Emolumentos.....	78
V. Determinações Finais	79



ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Meios de Emergência Médica do INEM.....	30
Quadro 2 – Nº de Accionamentos de Helicópteros.....	31
Quadro 3 – Taxa cobertura da população	33
Quadro 4 - Recursos Humanos do INEM	34
Quadro 5 – Distribuição dos Recursos Humanos por Região	34
Quadro 6 – Distribuição dos Recursos Humanos por Estrutura Profissional.....	35
Quadro 7 – Balanço	37
Quadro 8 – Indicadores Financeiros.....	39
Quadro 9 – Mapas de Cash Flow	40
Quadro 10 – Demonstração de Resultados	41
Quadro 11 – Estrutura dos Proveitos e Ganhos	41
Quadro 12 – Estrutura dos Custos e Perdas	42
Quadro 13 – Custos com Pessoal	42
Quadro 14 – Tempo médio de atendimento de chamadas (segundos)	45
Quadro 15 - % de chamadas não atendidas no 1.º trimestre do triénio 2008-2010.....	47
Quadro 16 – Tempo médio de abandono das chamadas não atendidas (em segundos).....	48
Quadro 17 – % de chamadas não atendidas 1º Trimestre de 2009 VS Ano 2009	48
Quadro 18 – Rácio TOTE+Enfermeiro/Chamadas recebidas por turno – 1º Trimestre 2009.....	49
Quadro 19 – N.º de situações em que o rácio TOTE+Enfermeiro/Chamadas foi excedido	49
Quadro 20 – Nº de posições óptimas definidas pela Intergraph.....	50
Quadro 21 – N.º de posições óptimas estimadas de operadores de telecomunicações.....	50
Quadro 22 – N.º médio de operadores TOTE+Enfermeiro.....	51
Quadro 23 – Peso das chamadas internas nas chamadas recebidas por CODU - 2009.....	52
Quadro 24 – Tempo Accionamento por CODU (P0, P1 e P9)	55
Quadro 25 – Tempo Resposta* – SBV, SIV	55
Quadro 26 – Tempo Resposta* de SAV	56
Quadro 27 – % de chamadas de emergência com Tempo de Resposta no intervalo de 8 minutos.....	57
Quadro 28 – Custo médio por accionamento – SBV e SIV	61
Quadro 29 – Custo por accionamento de ambulâncias de Suporte Básico de Vida - SBV.....	62
Quadro 30 – Custo por accionamento de ambulâncias de Suporte Imediato de Vida– SIV	62
Quadro 31 – Custo por accionamento dos Helis	63
Quadro 32 – Custo de oportunidade dos equipamentos não utilizados.....	67
Quadro 33 – % PEM com menos de 5 accionamentos diários	68
Quadro 34 – Poupança gerada pela aplicação do modelo de financiamento dos PR aos PEM	69
Quadro 35 – PEM sem Ambulância INEM e sem Subsídio Trimestral	69
Quadro 36 – Compensação financeira obtida como PEM.....	70
Quadro 37 – Compensação financeira obtida como PR	70
Quadro 38 – PEM com % Prémios Saída pagos como Reserva > 30% e com Acc Dia ≤5	71
Quadro 39 – Evolução da Sinistralidade (Frota INEM e PEM)	74



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos Meios de Emergência Médica por CODU	32
Gráfico 2- Estrutura Profissional por CODU – 2007	35
Gráfico 3- Estrutura Profissional por CODU – 2008.....	35
Gráfico 4- Estrutura Profissional por CODU – 2009.....	35
Gráfico 5- Custos com FSE em 2007	43
Gráfico 6- Custos com FSE em 2008	43
Gráfico 7- Custos com FSE em 2009	43
Gráfico 8 – Evolução do custo per capita do Sistema de Socorro Pré-hospitalar	43
Gráfico 9 – Evolução do custo por Doente Socorrido.....	43
Gráfico 10 - % de chamadas atendidas no intervalo definido pelo serviço no âmbito do SIADAP (intervalo 5 a 10 segs).....	46
Gráfico 11- % de chamadas atendidas no intervalo definido pelo serviço no âmbito do QUAR (meta ≤ 5 segs.)	46
Gráfico 12 - % de chamadas abandonadas após um período de espera superior a 10 segundos... ..	47
Gráfico 13 - % Chamadas (P0, P1 e P9) com Tempo Accionamento de 1 e 2 minutos	55
Gráfico 14 - % Chamadas com Tempo Resposta no intervalo de 8 minutos	55
Gráfico 15 – % de casos que beneficiaram de SAV no intervalo de 8 e 19 minutos.	56
Gráfico 16 – % de Tempo de Inoperacionalidade dos meios de Suporte Avançado de Vida (SAV) por CODU.....	59
Gráfico 17 – PEM - % de prémios saída pagos pela tabela de preços dos PR.....	71
Gráfico 18- Reclamações Recebidas nos Últimos Três Anos	75
Gráfico 19- Reclamações por Entidade Responsável.....	76
Gráfico 20- Reclamações por Tipologia	76

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura Orgânica do INEM	27
Figura 2 – Financiamento	36
Figura 3 – Estrutura do Balanço.....	39
Figura 4 -Metas de Desempenho para atendimento das chamadas	45
Figura 5- Indicador Tempo de Resposta (INEM vs Padrões Internacionais).....	53
Figura 6 – Metas de Desempenho para o indicador Tempo Accionamento	53
Figura 7- Metas de Desempenho para o indicador Tempo Resposta	54
Figura 8- Modelo da viagem do paciente – AVC, Ataque cardíaco, Coronária – Sistema Alto Desempenho.....	54
Figura 9 – Critérios para a criação de novos PEM	68

Volume II...- Alegações

Volume III ...- Anexos e nota de emolumentos



FICHA TÉCNICA

Coordenação e Controlo

Auditor-Coordenador
Abílio Pereira de Matos
(Licenciado em Economia)

Auditor-Chefe
José António Carpinteiro
(Licenciado em Direito)

Equipa de Auditoria

Elisa Ponte
(Licenciada em Economia)

Ruben Rebelo
(Licenciado em Economia)



RELAÇÃO DE SIGLAS

ANPC	Autoridade Nacional de Protecção Civil
ATE	Auxiliar de Telecomunicações de Emergência Médica
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BV	Bombeiros Voluntários
CIAV	Centro de Informação Anti-Venenos
CD	Conselho Directivo
CODU	Centros de Orientação de Doentes Urgentes
CVP	Cruz Vermelha Portuguesa
DAE	Desfibrilhador Automático Externo
DT	Departamento de Transportes
DFEM	Departamento de Formação em Emergência Médica
DRC	Delegação Regional de Coimbra
DRF	Delegação Regional de Faro
DRL	Delegação Regional de Lisboa
DRP	Delegação Regional do Porto
GPS	Sistema de Posicionamento Global
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
PCR	Paragem Córdio Respiratória
PEM	Posto de Emergência Médica
PR	Posto de Reserva
SAE	Serviço de Ambulâncias de Emergência
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SIADAP	Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública
SIADEM	Sistema de Informação Integrado de Atendimento e Despacho da Emergência Médica
SIEM	Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV	Suporte Imediato de Vida
TAE	Técnicos de Ambulância e Emergência
TAS	Tripulante de Ambulância de Socorro
TAT	Tripulante de Ambulância de Transporte
TOTE	Técnicos Operadores de Telecomunicações de Emergência
QUAR	Quadro de Avaliação e Responsabilização
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação



GLOSSÁRIO

<i>Terminologia</i>	<i>Significado</i>
Ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV)	Destinadas à estabilização de transporte de doentes, com capacidade de aplicação de medidas SBV e tripuladas por dois “Técnicos de Ambulância de Emergência” (TAE).
Veículos de Suporte Avançado de Vida (SAV)	Administração de manobras médicas invasivas destinadas à estabilização clínica de um paciente. Constituem meios SAV os helicópteros e as Viaturas Médicas de Emergência Rápida (VMER).
Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV)	Veículos com maiores capacidades que as ambulâncias SBV, destinadas a garantir cuidados de saúde diferenciados e tripuladas por um enfermeiro e um TAE.
Ambulâncias para Recém Nascidos	Ambulâncias destinadas à prestação de socorro a recém-nascidos em risco e prematuros, transportando-os para os hospitais onde existam unidades de neonatologia. Tripuladas por um TAE, um enfermeiro e médico neonatologista.
Isócronas	São linhas que unem pontos das principais rotas de acesso que geram modelos destinados a determinar o limite da área de influência.
“Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação” (VMER)	Veículos de intervenção pré-hospitalar (nível de cuidados SAV), concebidos para um transporte de uma equipa médica directamente ao local onde se encontra a vítima. Tripulados por um médico e um enfermeiro.
“Helicópteros de Emergência Médica”	Aeronaves equipadas com material de Suporte Avançado de Vida e destinados ao transporte de doentes graves entre hospitais ou entre o local da ocorrência e um hospital. Tripulados por dois pilotos, um médico e um enfermeiro. Além dos helicópteros próprios, o INEM fornece equipas médicas para os helicópteros da Autoridade Nacional de Protecção Civil.
“Motos de Emergência Médica”	Motos equipadas com material para medidas iniciais de estabelecimento da vítima, permitem chegar mais rapidamente ao local, sobretudo em meios urbanos.
Projecto Europeu de Dados de Emergência (EED Project)	Estudo internacional em que o INEM foi participante onde consta um conjunto de recomendações/boas práticas que têm como objectivo maximizar os benefícios em saúde. Este projecto usou igualmente informação/evidência clínica de diversas organizações de prestígio internacional, sendo uma delas o Conselho Europeu de Ressuscitação (<i>European Resuscitation Council</i>).
Satisfação do Utente	Termo que numa perspectiva teórica se refere ao leque variado de reacções do utente à experiência dos cuidados de saúde. Do ponto de vista aplicado, este conceito refere-se a uma das dimensões dos serviços de saúde que devem ser avaliadas quando se monitoriza a qualidade dos mesmos (cfr. INEM; 1º congresso de Emergência Médica de 2/10/2009).



I. SUMÁRIO

Em cumprimento do Programa de Fiscalização para 2010, aprovado pela Resolução n.º 06/09 – 2.ª Secção, de 3 de Dezembro, realizou-se uma Auditoria de Resultados ao “**Instituto Nacional de Emergência Médica, IP**, (INEM), na perspectiva da avaliação dos resultados ocorridos entre **2007 e 2009**¹.

1 CONCLUSÕES

1.1 Enquadramento do INEM (pontos 7 e 8)

O INEM é um Instituto Público, integrado na administração indirecta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e de património próprio que é tutelado pelo Ministério da Saúde, e cuja organização contabilística segue o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS).

Encontra-se estruturado em Serviços Centrais e quatro Delegações Regionais (Porto, Lisboa, Coimbra e Faro) que asseguram, na respectiva área geográfica, o funcionamento dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), a gestão da frota, da rede de telecomunicações e do centro de formação.

O INEM tem por missão, coordenar, participar e avaliar as actividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)² de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e adequada prestação de cuidados de saúde. Embora, no actual contexto, não exista um quadro legal de referência para o Sistema Integrado de Emergência Médica que clarifique o âmbito e limites de intervenção das entidades que nele intervêm (pré ou intra-hospitalar) e respectivas responsabilidades e competências, com especial incidência na acção coordenadora atribuída ao INEM.

O Planeamento estratégico encontra-se definido no Quadro de Avaliação e Responsabilização - QUAR, no Plano de Actividades, no Orçamento por Actividades e no Sistema de Contratualização e Responsabilização Interna.

No que respeita à regulamentação interna, o INEM não dispõe de um manual que integre todos os procedimentos dos Departamentos e das Delegações Regionais, embora no domínio operacional, disponha de vários tipos de regulamentos orientados para procedimentos críticos (vg. Telecomunicações e Transporte de doentes).

1.2 Recursos do INEM (ponto 9)

Para exercer a sua actividade o INEM dispõe de meios de emergência médica operados directamente ou no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica através de protocolos, acordos e contratos com outras entidades, tais como Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa e Hospitais.

¹ Sem prejuízo do recurso pontual a informação relativa ao ano de 2010.

² O Sistema Integrado de Emergência Médica – SIEM (existente desde 1981), é um conjunto de entidades que cooperam com um objectivo: prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. Essas entidades são o INEM, a PSP, a GNR, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, os Hospitais e Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde.



Na sequência da implementação do Projecto de Requalificação das Urgências, as necessidades de meios de emergência médica, existentes no triénio 2007/2009, originaram um reforço global de 28% dos meios do INEM. O número de ambulâncias de Suporte Básico de Vida e de Suporte Imediato de Vida, sedeadas nas Delegações Regionais do INEM, foram reforçadas em 44% com particular destaque para as de Suporte Imediato de Vida, cujo número cresceu 75%.

As ambulâncias INEM sedeadas em entidades do Sistema Integrado de Emergência Médica tiveram um acréscimo de 22% muito superior ao acréscimo da actividade que apenas registou 6,1%³, embora esta situação resulte da necessária cobertura de zonas do território nacional do interior, com menor densidade populacional, que apresentam necessariamente taxas de utilização mais reduzidas.

Todavia, esta cobertura universal do território nacional poderia ser obtida de forma menos onerosa, caso o INEM privilegiasse os acordos de cooperação com corporações de bombeiros sob a forma de “Postos de Reserva”⁴.

A maior concentração de meios localiza-se nos CODU do Porto e de Lisboa, os quais detêm em conjunto cerca de **67%** do total, o que é justificado por abrangerem um número significativo de população (um total de 7.372.615 habitantes).

O número de motos de emergência (2) e o número de helicópteros (3) utilizados pelo INEM mantiveram-se ao longo do triénio, podendo ainda ser utilizados helicópteros da Força Aérea Portuguesa, cuja utilização é remunerada pelo INEM.

O valor do equipamento de transporte representou, em cada ano do biénio 2008/2009, aproximadamente 30% do Activo Patrimonial do INEM⁵ enquanto em 2007, representava apenas 11%, o que é demonstrativo do elevado crescimento do investimento efectuado.

Saliente-se que em 2009, **as taxas de cobertura da população pelos meios de socorro pré-hospitalar já são superiores aos padrões definidos a nível internacional**, dado que apresentam uma relação de ambulâncias de Suporte Básico de Vida superior a 1/40.000 habitantes e uma relação de equipas com capacidade para administrar cuidados diferenciados superior a 1/200.000 habitantes⁶.

No entanto, **os actuais critérios de alocação dos meios de transporte pré-hospitalar (ambulâncias SBV e SIV) ainda não se encontram devidamente comprovados por um modelo rigoroso que evidencie fundamento científico (matemático/estatístico)**, encontrando-se o INEM a desenvolver uma “Proposta de Organização, Normalização e Regulamentação dos Meios SBV e SIV”, para a qual concorrem as Isócronas, como ferramenta para melhorar a actual distribuição destes meios, de forma a responder com eficácia à relação tempo/distância que determina o raio de acção em tempo útil dos meios de socorro.

Não existe legislação específica que enquadre o Sistema Integrado de Emergência Médica no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, designadamente o conceito e âmbito da prestação dos cuidados de socorro pré-hospitalar, os poderes de coordenação e supervisão do INEM em relação a

³ Em 2007 foram efectuados 353.37 accionamentos e em 2009 foram efectuados 375.509.

⁴ Vd. ponto 1.4.4. das Conclusões e pontos 11.2.4 e 11.5 do Relatório.

⁵ O valor do material de transporte foi de € 18.003.715,99 em 2009, de € 17.624.134,11 em 2008 e de € 8.923.029,65 em 2007 registando-se os valores do Activo do INEM no ponto 9.

⁶ Rácio de 1,2/40.000 habitantes para os meios SBV; 1,5/200.000 habitantes para os meios SIV e SAV.



outras entidades que integrem o sistema e sua articulação com outras redes de prestação de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados.

Quanto aos recursos humanos verificou-se, no triénio 2007/2009, um crescimento de cerca de 27%, isto é, passou-se de um total de 1027 para 1302 colaboradores a prestar funções nos Serviços Centrais e Delegações Regionais do INEM. Este aumento foi motivado pelo acréscimo de meios colocados no terreno no âmbito do Projecto de Requalificação das Urgências.

1.3 Análise Económico - Financeira (ponto 10.)

A maior fonte de receita do INEM provém de verbas transferidas das seguradoras (impostos indirectos) que, no triénio 2007/2009, representaram mais de 90% do total da receita arrecadada em cada ano. No entanto, o circuito desta receita carece de um sistema de validação e controlo que garanta a cobrança da integralidade da receita legalmente atribuída ao INEM, dado que os mecanismos de articulação com o Instituto de Seguros de Portugal (ISP) não são eficazes, quanto ao tratamento da informação das diferentes seguradoras que reportam àquele Instituto.

A análise das Demonstrações Financeiras, relativas a cada ano do triénio 2007 a 2009, **demonstra que estas não apresentavam de forma verdadeira e apropriada**, a posição financeira do INEM, dado que não reflectiam a **“Especialização dos Exercícios”**.

Na análise financeira destaca-se **o agravamento do “Resultado Líquido do Exercício”** verificado no biénio 2007/2008 (passou de € -6,5 milhões para € -22,7 milhões), tendência invertida em 2009 (com um Resultado Líquido de € 2,8 milhões) por efeito do incremento da receita proveniente de impostos indirectos, cuja base de incidência passou de 1% para 2%. Caso este aumento da receita não tivesse ocorrido o Resultado Líquido de 2009 manter-se-ia negativo.

A situação financeira apresenta equilíbrio, uma vez que o Fundo Patrimonial é superior ao Passivo, e o rácio de solvabilidade demonstra a boa capacidade do INEM em satisfazer os seus compromissos; contudo, considerando que este rácio teve um decréscimo de 24%, no triénio, verifica-se que essa capacidade tem vindo a reduzir-se.

O Mapa de *Cash Flow* evidencia, em 2009, a existência de uma **variação positiva das disponibilidades**, no valor de € 62 milhares.

Os meios libertos pela actividade ascendem a cerca de € 9,6 milhões. O *Cash Flow* Ajustado é **influenciado negativamente pelas políticas associadas à gestão dos Capitais Circulantes na componente associada ao ciclo de exploração**. O crédito concedido a clientes (€ 6,1 milhões) é largamente superior ao crédito obtido de Fornecedores (€ 1,3 milhões), o que coloca dificuldades à gestão de tesouraria do INEM.

O INEM efectuou **investimentos** no exercício de 2009 no montante de € 4 milhões **que não garantem a renovação do imobilizado corpóreo** (note-se que a depreciação do imobilizado no exercício ascende a € 5,9 milhões).

Na análise económica destacam-se os resultados operacionais que apresentaram, em 2007 e 2008, **crescimentos de custos superiores aos dos proveitos**, que concorreram para o aumento do défice operacional verificado no biénio de cerca de € 15,2 milhões. Todavia, em 2009, a situação inverteu-se, apurando-se um resultado operacional positivo de € 1,5 milhões. Este impacto positivo resulta do referido incremento da taxa (de 1% para 2%) sobre contratos de seguro, que caso não se tivesse concretizado, manteria os resultados negativos.



Tribunal de Contas

Auditoria de Resultados ao INEM

No triénio apurou-se, ainda, um acréscimo de 65% nos proveitos e ganhos e um acréscimo de 39% nos custos e perdas. **Destacando-se o aumento significativo dos custos com pessoal**, que ao longo do triénio cresceram **84%**. Em 2009 os custos mais significativos foram com pessoal, fornecimentos e serviços externos e transferências correntes, os quais, representaram no total dos custos 33%, 29% e 26%, respectivamente.

Os **custos com pessoal** ascenderam, em 2009, a € 24,1 milhões, que resultaram do acréscimo de 466% dos custos com “Pessoal dos Quadros – Função Publica” e do acréscimo de 203% nos custos com “Prestações Sociais Directas”.

Nas transferências correntes estão incluídos os encargos com as corporações de bombeiros que aumentaram cerca de 24%. Salienta-se que **a validação dessas transferências não é exaustiva**, uma vez que tem sido realizada por amostragem, através de um controlo manual dos verbetes enviados em suporte papel pelas corporações de bombeiros.

Nos “Fornecimento e Serviços Externos” **as sub-rubricas de “Conservação e Reparação” e de “Trabalhos Especializados” são as mais representativas ao longo do triénio**, o que coincide com o acréscimo de meios implementados no terreno, em parte significativa, resultante da implementação do Projecto de Requalificação das Urgências.

Assim, **o custo per capita do INEM aumentou mais de 30% ao passar de € 6, em 2007, para € 8 em 2009. Por sua vez, o custo por doente socorrido aumentou 25%, ao evoluir de € 76, em 2007, para € 95 em 2009.**

A tendência crescente do custo *per capita* resulta, em grande parte, das novas exigências de expansão com que o INEM, IP, se tem deparado. Sem prejuízo da imprescindível cobertura universal do território nacional com os meios necessários a uma prestação de cuidados de socorro com qualidade, foram quantificadas poupanças possíveis⁷ na área do socorro pré hospitalar que podiam conduzir a uma gestão de meios mais económica, e com impacto positivo na evolução do custo *per capita*.

1.4 Performance do INEM (ponto 11)

A rapidez de resposta do Serviço de Emergência depende de dois factores principais: i) o tempo que o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) demora para atender as chamadas⁸ e efectuar a triagem⁹ de modo a permitir o despacho do meio disponível adequado; ii) o tempo que o meio demora para iniciar a deslocação e chegar à zona do incidente⁹.

1.4.1 Atendimento das chamadas (ponto 11.1)

Em 2009, os operadores de telecomunicações **não conseguiram atingir os objectivos fixados internamente à excepção do CDU Coimbra.**

O desempenho na área de atendimento de **chamadas ficou muito aquém do padrão que o Serviço se propôs a atingir no Quadro de Avaliação e Responsabilização.** Face ao objectivo de atender as

⁷ Vide 1.4.4. das Conclusões e pontos 11.2.4 e 11.5 do Relatório.

⁸ Vide ponto 11.1

⁹ Vide ponto 11.2



chamadas em tempo ≤ 5 segundos após o 1º toque, observaram-se desempenhos que variam entre os 40,9% e os 76,9% registados pelo CODU Lisboa e CODU Coimbra no 1º trimestre de 2009. Em 2010, perspectiva-se que a performance deste indicador se deteriore, caso o INEM não adopte medidas correctivas.

Os **tempos médios de atendimento** das chamadas registados foram de 14 segundos, em 2007, 12 segundos, em 2008, e 13 segundos, em 2009, o que significa que **ao longo do triénio não se verificou uma melhoria significativa do desempenho relativamente a este indicador**.

A consideração conjunta dos indicadores “percentagem de chamadas não atendidas por CODU” e “percentagem de chamadas abandonadas após um período de espera superior a 10 segundos” revelam que **as maiores dificuldades em aceder ao Sistema Integrado de Emergência Médica se registam no CODU Lisboa e Faro**, seguindo-se o CODU Coimbra. A evolução desfavorável registada no 1º trimestre de 2010 indicia um acréscimo da dificuldade de acesso ao sistema de emergência pré-hospitalar e consequente degradação da eficácia e da qualidade da assistência prestada aos utentes.

A partir de uma “hipótese de trabalho”¹⁰ conclui-se que **o INEM possui margem para efectuar uma gestão mais eficiente e económica dos recursos que dispõe nos CODU**, considerando o número ótimo de operadores de telecomunicações e os meios tecnológicos ao seu dispor.

Em 2009, apenas o CODU Porto regista um número de operadores inferior ao ótimo (turno 08-16H) e **todos os restantes CODU evidenciam um número de operadores superior ao padrão ótimo**, destacando-se casos em que o número de operadores ao serviço duplica o respectivo número ótimo, como sejam o CODU Faro (todos os turnos) e CODU Lisboa (turno das 00-08H). Os resultados apurados indiciam diferentes níveis de produtividade por parte dos Técnicos Operadores de Telecomunicações de Emergência nos quatro CODU existentes. Além disso, **o número elevado de operadores não evitou um desempenho global aquém do esperado**, tal como acima se referiu.

Por sua vez, **o número total de chamadas entradas no INEM** podia ser reduzido caso se implementassem as soluções tecnológicas que não estão a ser devidamente utilizadas pelo Serviço. **Cerca de 20,5% das chamadas recebidas são internas** e resultam da necessidade dos meios que se encontram no terreno de obterem informações adicionais acerca do local da ocorrência e de procederem à passagem de dados clínicos para o CODU.

O uso pleno das tecnologias do Terminal Móvel Embarcado e do Tablet PC, que **deviam estar instalados nos meios de socorro**, poderia contribuir para uma redução substancial do número de chamadas internas recebidas pelos operadores do CODU, permitindo-lhes concentrar a sua disponibilidade e desempenho no atendimento das chamadas externas de emergência, o que contribuiria para a melhoria da eficiência, do acesso e qualidade da assistência prestada ao utente.

1.4.2 Prestação do Socorro na Emergência Pré-Hospitalar: Tempo de Resposta (ponto 11.2; 11.4)

O tempo que o CODU demora para aferir a natureza da emergência (P0, P1, P9) e proceder ao despacho do meio adequado praticado pelo INEM é muito superior aos padrões definidos internacionalmente¹¹ influenciando negativamente o tempo de resposta do Serviço. Em termos

¹⁰ “Nº de chamadas de emergência”, “% máxima de chamadas por turno”, “% de chamadas em hora de pico”, “duração média do atendimento de uma chamada”, “% de chamadas que resultam em despacho”, “duração do acompanhamento da ocorrência” e “nº máximo de ocorrências acompanhadas em simultâneo por um operador de telecomunicações responsável pelo accionamento de meios”

¹¹ No Projecto Europeu de recolha de Dados de Emergência (EED Project) é ≤ 1 minuto e no Sistema Inglês (Internacional) é entre 1,5 e 2 minutos.



nacionais, em 2009, só 42,8% das chamadas ocasionaram o accionamento de meios em 2 minutos e 13,8% em 1 minuto.

Nas chamadas de emergência associadas a risco imediato de vida (P0, P1, P9) a capacidade de resposta dos meios de Suporte Básico de Vida e de Suporte Imediato de Vida, é manifestamente insuficiente, quando comparado com os standards internacionais. **Apenas 20,5% das ocorrências são respondidas pelos referidos meios no intervalo de 8 minutos**. A nível regional, observa-se que a área servida pelo CODU Algarve é a que evidencia o pior desempenho com aproximadamente 7,8% das ocorrências respondidas no intervalo de 8 minutos. O CODU Coimbra e Lisboa são os que apresentam uma maior percentagem de ocorrências respondidas no intervalo de 8 minutos (22,5% e 22,0%), mesmo assim, muito aquém dos padrões clínicos desejáveis para este tipo de ocorrências.

O desempenho do sistema inglês de emergência ao nível de Suporte Básico de Vida registou uma capacidade de resposta que se situou no intervalo entre 68,4% e 78% de prestação de socorro no intervalo dos 8 minutos, sublinhando-se que na maior parte das suas unidades operacionais a percentagem de resposta é superior a 70%, enquanto o sistema escocês revela também um desempenho relevante, uma vez que a percentagem de respostas no intervalo dos 8 minutos foi de 71,9%.

No que respeita à intervenção de meios de Suporte Avançado de Vida através de Viaturas Médicas de Emergência Rápida **apenas 9,8% das respostas se realizaram no intervalo de 8 minutos definido pelo Projecto Europeu de Recolha de dados de Emergência**.

O CODU Porto e o CODU Lisboa apresentam os maiores índices de inoperacionalidade de meios de Suporte Avançado de Vida (Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação), os quais ascendem a 9,8% e 3,5%. Seguem-se o CODU Faro e CODU Coimbra com taxas de inoperacionalidade que rondam os 2,8% e 1,8%.

Mais de 20% das **Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação existentes apresentam uma taxa de inoperacionalidade superior a um mês**. As **Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação** de Matosinhos, Vale do Sousa, Chaves e Santo António apresentam taxas de inoperacionalidade que igualam ou mesmo superam os três meses.

Constata-se que mais de 90% do tempo de inoperacionalidade dos meios de Suporte Avançado de Vida resulta **de falta de tripulação das Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação**, sobretudo, dada a dificuldade dos hospitais manterem uma escala permanente de médicos, situação que escapa ao poder de decisão do INEM.

O desempenho dos tempos de resposta poderia ser melhorado por via do incremento da eficiência técnica, nomeadamente pela já referida implementação das funcionalidades Terminal Móvel Embarcado e do Tablet PC nos meios de socorro.

A não utilização das referidas tecnologias traduz-se num **custo de inactividade que se comporta em cerca de € 844,9 milhares**. Não obstante, o INEM adquiriu as referidas tecnologias no pressuposto de obtenção de redução de tempos de chamada e de resposta, uma vez que as mesmas são utilizadas por outros sistemas de emergência internacionais que revelam melhores desempenhos, tais como o sistema inglês e escocês.



No que respeita às emergências provocadas por Paragem Cardio Respiratória, estas exigem a rápida aplicação do Desfibrilhador Automático Externo, cuja eficácia pode ser próxima dos 100% quando aplicado logo no 1º minuto, mas quase nula se for aplicado nos 8-10 minutos seguintes.

A partir do Registo Nacional de Paragem Cardio Respiratória, para o período de 2007 a 2009, apurou-se que **em 62% dos casos foram os bombeiros os primeiros a chegar ao local da ocorrência, mas que não dispõem do equipamento de desfibrilhação automática nem de formação adequada para o utilizar.** Torna-se premente que todos os Postos de Emergência Médica das corporações de bombeiros sejam equipados com o referido dispositivo e que o INEM proceda à supervisão médica do uso de Desfibrilhador Automático Externo pelos técnicos que forma e certifica.

A disponibilização dos equipamentos de Desfibrilhador Automático Externo aos actuais 222 Postos Emergência Médica implicaria um investimento adicional na ordem dos € 948,6 milhares, o qual poderia ser sustentado pelas poupanças que resultariam da reformulação da actual lógica de financiamento da rede de Postos de Emergência Médica, optimização dos recursos financeiros ou da manutenção de estruturas próprias do INEM em zonas com actividade diminuta¹².

O INEM **não dispõe de um sistema de contabilidade integrado que permita imputar e conhecer os custos directos e indirectos por unidade orgânica ou por actividade.** Repare-se que a partir de uma análise da média diária de utilização das unidades fixadas no Quadro de Avaliação e Responsabilização 2009, (5/dia), cerca de 45% e 89% das ambulâncias de Suporte Básico de Vida e Suporte Imediato de Vida apresentam uma média de utilização ≤ 5 accionamentos dia. Tal facto resulta em custos **por accionamento elevados,** nas ambulâncias com baixos índices de actividade, **que são significativamente superiores ao custo médio apurado pelo INEM.**

Assim, e no sentido de alcançar uma maior racionalização dos recursos **torna-se necessário que o INEM pondere a não manutenção de uma estrutura própria de meios de Suporte Básico de Vida excessivamente dispendiosa em locais onde a frequência de serviços nem sequer atinge os 15 accionamentos mensais.**

A opção por um modelo de partilha de responsabilidades na prestação do socorro pré-hospitalar (Postos de Emergência Médica e Postos Reserva) permitiria um uso mais racional dos recursos, garantindo a necessária cobertura universal do território nacional, uma vez que não está em causa a quantidade de ambulâncias disponíveis, já que, tal como acima se referiu, o rácio destes meios de socorro por habitante excede o padrão de referência internacional (1,2 ambulâncias Suporte Básico de Vida por 40.000 habitantes).

No âmbito da utilização de meios de Suporte Avançado de Vida, **observa-se uma redução da actividade dos Helicópteros do INEM ao longo do triénio em análise em cerca de 25%.** Tal facto, conjugado com o incremento dos custos em 5%, resulta no incremento do custo por accionamento em aproximadamente 40%.

1.4.3 Insuficiências das metas definidas no QUAR e na mensuração dos Outcomes (pontos 11.1.1 e 11.2.5)

A utilização pelo INEM do indicador **“Tempo Médio”**, em segundos, para atendimento das chamadas **não é o mais adequado para se proceder à avaliação dos seus operadores de telecomunicações.** As boas práticas internacionais, recomendam que a apresentação e a avaliação dos dados clínicos devem privilegiar o método dos *percentis*.

¹² Vd. Pontos 1.4.2 e 1.4.4. .



As **metas de desempenho definidas para o “Tempo de Reposta” encerram diversas limitações**, designadamente:

- i. **Apenas respeitam aos meios próprios do INEM** na categoria de Suporte Básico de Vida e Suporte Imediato de Vida. Cerca de 70% dos accionamentos do Sistema de Emergência Pré-hospitalar são realizados pelos Postos de Emergência Médica e Postos Reserva que integram o Sistema Integrado de Emergência Médica e por isso não é compreensível que este indicador não considere a actividade realizada por estes meios tão relevantes;
- ii. Os tempos de resposta padrão **não procedem a uma distinção das solicitações dos utentes em termos de gravidade das ocorrências**. Por isso, não evidenciam procedimentos mais criteriosos face às solicitações de emergência pré-hospitalar;
- iii. **O intervalo de tempo de resposta não inclui dois intervalos de tempo distintos**: o tempo que a chamada demorou a ser atendida e o tempo de conversação até que o operador efectue a triagem apropriada. A conjugação destes dois tempos é necessária para uma avaliação rigorosa do processo de prestação de cuidados pré-hospitalar

O INEM não utiliza regularmente *outcomes*/resultados que permitam medir o efeito da performance do sistema de socorro pré-hospitalar ao nível da saúde pública, visto que o Serviço não procede ao *follow up* dos doentes para avaliar a capacidade de sobrevivência dos doentes socorridos nas casuísticas com maior relevância¹³.

1.4.3.1 Falhas de Controlo do Desempenho Operacional (ponto 11.3)

A **informação operacional não é precisa e exacta**:

- No atendimento das chamadas, **o INEM não dispõe de todos os dados mensais e anuais, por CODU que lhe permitam monitorizar o indicador do “tempo de atendimento”**;
- O INEM dispõe de **informação reduzida sobre o indicador relativo ao “Tempo do Incidente”**, não lhe permitindo proceder à monitorização de todas as componentes do tempo do incidente;
- Verificaram-se **inconsistências dos dados relativos à atribuição de prioridade aos accionamentos efectuados** (casos de accionamentos categorizados como P2 (3), P4 (52), P5 (58), P7 (20) e P8 (92));
- **Não se encontram definidos todos os parâmetros estatísticos** a ser extraídos do Sistema de Informação Integrado de Atendimento e Despacho da Emergência Médica e que permitam estabelecer um quadro de controlo;
- **Não se verifica um alinhamento entre as metas definidas no QUAR e o acompanhamento/monitorização dos indicadores que antecipem a melhoria do desempenho do Serviço** e conduzam à responsabilização interna dos intervenientes nos processos;
- **O INEM não avalia o impacto na qualidade do serviço de emergência pré-hospitalar** prestado à população resultante da inoperacionalidade ou indisponibilidade dos meios de Suporte Avançado de Vida, apesar da aplicação informática que utiliza poder gerar um indicador denominado “Alarme de Insuficiência de Meios”, o qual devia alertar o operador para o accionamento inadequado dos meios.

¹³ Vg. Acidente Vascular Cerebral; Paragens Cardio-Respiratórias; Enfarte Agudo do Miocárdio.



A gestão **não recorre sistematicamente a práticas de Benchmarking internacional** e a análise comparativa de melhores práticas não é utilizada de forma recorrente.

As decisões de gestão não são baseadas na medição rigorosa da economia dos meios/recursos, visto que o INEM não dispõe de um sistema de contabilidade integrado que permita imputar e conhecer os custos directos e indirectos, por unidade orgânica ou por actividade.

Face ao que precede **os centros de decisão do INEM não dispõem de informação de gestão em tempo real**, que permita diagnosticar deficiências na performance, planear mudanças nas operações e rever os processos/procedimentos que lhe permitam realizar a melhoria contínua do Serviço. Estas falhas prejudicam a **“Accountability” que a instituição devia assumir considerando o desempenho que realiza face ao esperado**.

1.4.4 Análise da Economia (ponto 11.5)

O INEM definiu como condição prioritária para a passagem de um Posto de Reserva a Posto de Emergência Médica a existência de uma média superior a 5 accionamentos diários. Os Protocolos de Cooperação celebrados entre o INEM, Autoridade Nacional de Protecção Civil e Liga dos Bombeiros estabelecem a incumbência de ambos os postos manterem operacional diariamente uma ambulância para a prestação do serviço de emergência pré-hospitalar.

Constatou-se que **cerca de 62% dos Postos de Emergência Médica existentes possuem, em média, menos de 5 accionamentos diários**.

Assim, caso a metodologia de financiamento dos Postos de Reserva fosse aplicada à maioria dos 222 Postos de Emergência Médica existentes, **seria possível gerar uma poupança estimada de aproximadamente € 3,7 milhões**.

No mesmo sentido, **a gestão da frota que o INEM coloca nos Postos de Emergência Médica poderia ser melhorada** por via da reafecção das ambulâncias em função dos níveis de utilização verificados.

1.5 Qualidade do Serviço (ponto 12)

1.5.1 Avaliação da Qualidade da Triagem

Os sistemas de triagem têm por finalidade permitir a avaliação rápida das chamadas que representam situações clínicas críticas e consequentemente determinar que os meios de socorro adequados sejam rapidamente despachados, de acordo com as prioridades estabelecidas. A qualidade da triagem pode revelar-se particularmente pertinente nas emergências provocadas por Acidente Vascular Cerebral, Enfarte Agudo do Miocárdio e Paragem Cardio Respiratória.

O módulo do fluxo de triagem automática inserido no Sistema de Informação Integrado de Atendimento e Despacho da Emergência Médica não está a ser utilizado. Esta aplicação poderia contribuir para uma categorização mais rápida das chamadas, para a melhoria da celeridade da activação dos meios de socorro, maior controlo dos erros sobre o estabelecimento de prioridades e melhoria da homogeneidade das respostas em detrimento da subjectividade.

A avaliação contínua da qualidade da triagem também não é realizada sistematicamente pelo INEM, o que prejudica a melhoria dos níveis de eficiência, eficácia e qualidade do Serviço.



1.5.2 Sinistralidade

A sinistralidade ocorrida na frota de ambulâncias do INEM e dos Postos Emergência Médica **diminuiu ao longo do triénio**, com excepção do ano de 2008, no qual se registaram 275 acidentes.

No entanto, **o INEM não realiza estudos periódicos sobre as causas da sinistralidade e das consequências em termos de danos pessoais e perdas de vidas humanas**, o que se justificaria, já que os sinistros que envolvem os meios de socorro constituem um risco que prejudica a eficácia e a qualidade do serviço prestado.

1.5.3 Reclamações dos Utentes

No que respeita ao número de reclamações ocorridas no triénio 2007-2009 verifica-se que **o ano de 2008 foi o ano que registou o maior número** (248) face a uma média de cerca de 226 reclamações por ano. Contudo, o rácio¹⁴ de reclamações constantes dos registos é diminuto considerando o elevado número de chamadas atendidas pelo INEM nesse período. Mas, enquanto o número total de chamadas atendidas diminuiu cerca de 6% nesse triénio, o número de reclamações aumentou naquele período 19%.

Das reclamações recebidas em cada ano, **a maioria respeita à Região de Lisboa** (50%, em 2007 e 2009, e 40%, em 2008), verificando-se um crescimento de 7% no triénio.

O maior número de reclamações respeita à **falta de assistência** (92, em 2007, 85, em 2008 e 114, em 2009), ao **comportamento profissional dos técnicos** (48, em 2007, 56, em 2008 e 36, em 2009) e à **falta de qualidade na assistência** (39, em 2007, 58, em 2008 e 17, em 2009). O INEM considerou procedentes 16% das reclamações (36) que lhe foram submetidas, das quais resultou apenas a instauração de um processo de inquérito.

O tratamento das reclamações carece de um esclarecimento das funções e responsabilidades dos vários intervenientes/profissionais no que se refere à respectiva avaliação técnica.

O tempo médio de resposta do INEM às reclamações tem sido excessivo. Entre 2007 e 2009, o tempo médio foi de 52 dias (decorridos entre o registo da reclamação e a remessa da resposta), num intervalo de 8 a 90 dias, não tendo assim, cumprido a meta de promover uma resposta às reclamações no prazo de 12 dias úteis definida no Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR) de 2009.

O INEM não tem, ainda, cumprido o prazo de cinco dias úteis para remessa à Tutela de cópia das reclamações do Livro de Reclamações preceituado nas disposições legais, o que impossibilita que a Tutela acompanhe com oportunidade as averiguações desenvolvidas e que, eventualmente, promova a realização de inquéritos ou inspecções.

¹⁴ Nº Reclamações/Nº chamadas recebidas.



2 RECOMENDAÇÕES

Face às conclusões que antecedem, formulam-se as seguintes recomendações:

• À Ministra da Saúde

- Diligenciar pela elaboração de projectos legislativos que enquadrem no Serviço Nacional de Saúde o Sistema Integrado de Emergência Médica, consagrando o conceito e âmbito da prestação dos cuidados de socorro pré-hospitalar, clarificando os poderes de coordenação e supervisão do INEM em relação a outras entidades que integrem o sistema e sua articulação com outras redes de prestação de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados.
- Diligenciar pela definição de metas e objectivos para a actividade do INEM nas áreas de maior relevância em termos de saúde pública, que se encontrem alinhadas com os actuais padrões de desempenho e qualidade internacionais.
- Aferir se a actual disposição dos recursos de emergência pré-hospitalar se adequa a uma distribuição geográfica dos meios, equitativa, eficiente e eficaz, considerando os critérios do tempo e distância às ocorrências e às unidades de saúde que prestam cuidados hospitalares.
- Providenciar, junto do Conselho Directivo do INEM, para que as Demonstrações Financeiras traduzam de forma apropriada os resultados da actividade do Instituto, nomeadamente considerando o acolhimento das reservas do Revisor Oficial de Contas.
- Diligenciar para que seja criada uma estreita colaboração entre o Instituto de Seguros de Portugal e o INEM que permita a validação e controlo da receita legalmente atribuída, de modo a garantir a integridade e efectividade da sua arrecadação.
- Providenciar pela avaliação do impacto da inoperacionalidade ou indisponibilidade dos meios de Suporte Avançado de Vida na qualidade do serviço de emergência pré-hospitalar prestado à população.
- Conferir orientações para que sejam resolvidas as causas que impedem o funcionamento eficaz dos meios de Suporte Avançado de Vida, designadamente no que respeita à articulação entre o INEM e os hospitais, tendo em vista a operacionalidade eficiente e eficaz dos meios de socorro envolvidos (Viaturas Médicas de Emergência Rápida - VMER).
- Providenciar pelo tratamento adequado das reclamações dirigidas ao INEM, zelando pela defesa dos direitos dos utentes instituindo procedimentos que possibilitem que a decisão das reclamações dirigidas ao INEM seja realizada por uma terceira entidade, designadamente a Entidade Reguladora da Saúde.



- **Ao Presidente do Conselho Directivo do Instituto Nacional de Emergência Médica**

- ▶ Adotar medidas que conduzam a que os serviços financeiros efectuem um controlo da receita que garanta a cobrança da integralidade da receita legalmente atribuída ao INEM e de mecanismos de validação eficaz dos encargos com corporações de bombeiros que permitam a sua conferência exaustiva.
- ▶ Garantir que as demonstrações financeiras apresentem de forma verdadeira e apropriada a posição financeira do INEM, os resultados das suas operações e fluxos de caixa, com a correcta especialização dos exercícios, efectuando os ajustamentos necessários de acordo com o determinado pela certificação legal das contas.
- ▶ Reorganizar os centros de custos e adoptar um sistema de contabilidade analítica adequado às especificidades de funcionamento do INEM que possibilite a imputação dos custos directos e indirectos, por unidade orgânica e por actividade.
- ▶ Potenciar o uso da aplicação informática “*Sistema de Informação Integrado de Atendimento e Despacho da Emergência Médica*”, analisando detalhada e regularmente cada aspecto da performance do serviço, de modo a que a gestão tome decisões informadas em tempo útil, que permitam suprir os constrangimentos/estrangulamentos identificados nas operações.
- ▶ Providenciar a conclusão, até 30 de Junho de 2011, do estudo sobre a “*Organização, Normalização e Regulamentação dos Meios SBV e SIV*”, para a qual concorrem as Isócronas, com a finalidade de aferir se a actual disposição dos recursos de emergência pré-hospitalar se adequa a uma distribuição geográfica dos meios, equitativa, eficiente e eficaz, considerando os critérios do tempo e distância aos locais das ocorrências e unidades de saúde que prestam cuidados hospitalares.
- ▶ Implementar processos de auditoria da qualidade da triagem efectuada no CODU, por via da confrontação entre o código de prioridade estipulado no CODU *versus* diagnóstico efectuado pelas equipas no terreno e nos hospitais que incluam o *follow up* dos doentes socorridos (mensuração dos *outcomes*).
- ▶ Afectar os equipamentos de Desfibrilhador Automático Externo a todos os Postos de Emergência Médica e ministrar a respectiva formação e certificação a todos os parceiros do Sistema Integrado de Emergência Médica, devendo produzir um relatório trimestral de execução, que deverá ser enviado ao TC ao longo do ano de 2011.
- ▶ Intensificar as acções formativas direccionadas aos operacionais dos Postos de Emergência Médica e Postos Reserva com a finalidade de os dotar de competências técnicas certificadas pelo INEM, que permitam assegurar ao utente uma resposta com padrões homogéneos de qualidade, qualquer que seja a sua situação clínica e a localização geográfica da ocorrência, devendo produzir um relatório trimestral de execução, que deverá ser enviado ao TC ao longo do ano de 2011.
- ▶ Implementar, até ao final do primeiro semestre de 2011, o uso efectivo das soluções tecnológicas adquiridas (Terminal Móvel Embarcado, Tablet PC e Módulo de Triagem automático), tendo em vista rendibilizar o investimento efectuado e promover a melhoria da



eficiência e da eficácia operacional, bem como a qualidade da assistência prestada que resulte da utilização dessas tecnologias.

- ▶ Instituir procedimentos e medidas que se traduzam no funcionamento eficaz dos meios de Suporte Avançado de Vida, revendo os protocolos com as unidades hospitalares no sentido de contribuir para a eliminação das causas de inoperacionalidade desses meios de socorro.
- ▶ Proceder à análise criteriosa e rigorosa dos critérios subjacentes à constituição de um Posto de Emergência Médica, ponderando os fundamentos que justificam a sua criação, bem como a atribuição de meios novos de transporte a postos que evidenciem uma actividade diária mais intensa, tendo em vista a maximização da economia de meios.
- ▶ Instituir procedimentos que determinem a atribuição de responsabilidades bem definidas pela compilação de dados, relato e registo que permitam a obtenção de informação exacta e completa.
- ▶ Instituir procedimentos que possibilitem uma avaliação técnica das causas da sinistralidade e das consequências que provoquem danos pessoais e perdas de vidas humanas, no sentido de definir objectivos e metas mais exigentes, tendo em vista a redução contínua dos sinistros ocorridos com os meios de socorro accionados.
- ▶ Garantir as condições técnicas que preservem todos os dados respeitantes às ocorrências, de modo a assegurar as informações e esclarecimentos de que os reclamantes careçam e permitir uma avaliação rigorosa das reclamações por uma terceira entidade.
- ▶ Remeter em tempo útil (5 dias úteis) cópia das reclamações do Livro de Reclamações à Tutela e reduzir o tempo de resposta das reclamações dos utentes dando cumprimento às metas estabelecidas internamente (12 dias).



II. INTRODUÇÃO

3 ÂMBITO E OBJECTIVOS DA AUDITORIA

Em cumprimento do Programa de Fiscalização de 2010, aprovado pela Resolução n.º 06/09 – 2.ª Secção, de 3 de Dezembro, realizou-se uma Auditoria de Resultados ao “*Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.*” (INEM), na perspectiva da avaliação dos resultados ocorridos entre 2007 e 2009¹⁵.

A auditoria teve como finalidade verificar os ganhos e perdas de economia, eficiência, eficácia e qualidade do serviço de socorro prestado pelo INEM incluindo a aferição dos resultados esperados face às metas e padrões internos e internacionais.

Nesse sentido, a auditoria conjugou os seguintes objectivos:

- I. Análise da eficácia da gestão;
- II. Avaliação da eficiência na prestação de cuidados de emergência médica;
- III. Avaliação da qualidade dos serviços de socorro prestados;
- IV. Apuramento do desempenho económico-financeiro.

4 METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

A auditoria foi realizada em conformidade com as normas, procedimentos e metodologias adoptadas pelo Tribunal de Contas (TC) e acolhidos no seu “*Manual de Auditoria e de Procedimentos*”, 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.

A execução da auditoria decorreu nos Serviços Centrais do INEM e na Delegação Regional de Lisboa, onde se realizaram entrevistas com os membros do Conselho Directivo, Directores e técnicos dos vários Departamentos internos do INEM e da Delegação Regional de Lisboa efectuando-se:

- Testes de conformidade que conduziram ao preenchimento dos questionários respeitantes ao sistema de controlo interno;
- Testes analíticos e substantivos suportados na recolha e análise de dados relativos ao atendimento de chamadas no CODU e ao accionamento de meios (*Transporte de Doentes*), tendo em vista a constituição de amostras representativas para a análise de áreas críticas de desempenho;
- Verificação da conformidade do desempenho ocorrido face às metas internas estabelecidas no Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR) e comparação com padrões internacionais;
- Análise da situação económico-financeira;
- Análise dos recursos materiais e humanos face à actividade desenvolvida e cobertura geográfica;
- Análise dos critérios subjacentes à constituição de Postos de Emergência Médica (PEM) e sua economia;
- Recolha de dados sobre a sinistralidade verificada nos meios de socorro accionados pelo INEM;

¹⁵ Sem prejuízo do recurso pontual a informação relativa ao ano de 2010.



- Verificação do “*Tratamento de Reclamações*” recebidas no INEM, apurando-se o acompanhamento efectuado¹⁶ e a constituição de processos de averiguações, de inquéritos e de imputação de responsabilidade.

Para avaliar a capacidade de resposta dos vários sistemas de emergência pré-hospitalar de uma forma padronizada recorreu-se a uma comparação internacional dos indicadores de “*Tempo de atendimento das chamadas*” e “*Tempo de Resposta*”, que reflectem a disponibilidade da emergência pré-hospitalar face aos padrões de desempenho dos Departamentos de Saúde Inglês do *National Health Service* (NHS) e Escocês encarregues da prestação de emergência médica e ao Projecto Europeu de Recolha de dados de emergência pré-hospitalar (*EED Project*).

Concorreram ainda para o desenvolvimento desta auditoria várias fontes relevantes de informação, tais como o “*Projecto de Requalificação das Urgências*”, o “*Programa de Procedimentos DAE*”, o “*Regulamento de Transporte de Doentes*”, o “*Documento Orientador da Via Verde Pré-hospitalar do AVC e da Coronária*”, “*Relatório sobre o Funcionamento da Rede Nacional de Ambulâncias de Socorro – RNAS*” realizado por empresa de assessoria, *Projecto Europeu de Recolha de Dados de Emergência Pré-hospitalar (EED Project)* e ainda, o “*Projecto para a Sustentabilidade Financeira do INEM*”, bem como, outros relatórios de entidades externas¹⁷.

5 CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES

Considerando o actual desenvolvimento em curso dos sistemas de informação de gestão do INEM nem sempre foi possível recolher dados uniformizados sobre a actividade, o que condicionou as várias análises integradas sobre o triénio 2007-2009, no domínio operacional e do controlo de gestão. Na impossibilidade de reconstituir a evolução plurianual, algumas análises do desempenho centraram-se nos dados mais recentes relativos ao ano de 2009 ou ao primeiro trimestre de 2010.

A análise da economia dos meios e instalações do INEM ficou limitada por este não dispor de um sistema de contabilidade integrado que permita imputar e conhecer os custos (directos e indirectos) por unidade orgânica ou por actividade, o que limitou a análise sobre a economia dos meios que dispõe.

Sem prejuízo de o INEM coordenar o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), este não dispõe de toda a informação respeitante à actividade das outras entidades que o compõem, o que limitou as análises integradas sobre utilização de meios socorro.

Foram também observadas algumas condicionantes ao normal desenvolvimento dos trabalhos, decorrentes da não obtenção, em tempo útil, de alguma informação solicitada. No entanto, expressa-se o apreço pela disponibilidade revelada e pela colaboração prestada pelos responsáveis, dirigentes e funcionários que contactaram com a equipa de auditoria, com particular destaque para os que integram o Departamento de Transportes.

¹⁶ Verificando se foram enviadas à Tutela cfr. disposto na Resolução de Conselho de Ministros n.º 189/96, bem como no 3.º ponto da Portaria n.º 355/97.

¹⁷ Vd. Estudos de Notoriedade e de Satisfação – realizados pela empresa “*Spin Doctors – Consultoria de Comunicação e Imagem, Lda e Relatórios da Inspeção Geral de Finanças*.”



6 AUDIÇÃO DOS RESPONSÁVEIS EM CUMPRIMENTO DO PRINCÍPIO DO CONTRADITÓRIO

Tendo em vista o exercício do direito de resposta, em cumprimento do princípio do contraditório, nos termos dos artigos 13º e 87º, n.º3, da Lei n.º98/97, de 26 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, o relato foi enviado às seguintes entidades:

- Ministra da Saúde;
- Presidente do Conselho Directivo do Instituto Nacional de Emergência Médica, IP;
- Alto-Comissário da Saúde.

Foi definido como prazo limite para o exercício do contraditório o dia 18 de Novembro, do corrente ano; no entanto, por solicitação do Presidente do Conselho Directivo do INEM e da Ministra da Saúde através do Chefe do Gabinete foi concedida prorrogação do prazo por mais 4 dias úteis.

Todas as entidades notificadas apresentaram alegações, à excepção do Alto-Comissário da Saúde.

As alegações apresentadas constam, na íntegra, do Volume II do presente Relatório, nos termos dos artigos 13º, n.º 4, da Lei n.º 98/97, e 60º, n.º 3, do Regulamento da 2.ª Secção, do Tribunal de Contas aprovado pela Resolução n.º 3/98-2.ª Secção, de 19 de Junho, com as alterações introduzidas pela Resolução n.º 2/2002-2.ª Secção, de 17 de Janeiro, e pela Resolução n.º 3/2002-2.ª Secção, de 23 de Maio, e, em síntese, nas partes tidas como relevantes, nos pontos do Relatório a que respeitam.

Considerando que o teor da generalidade das alegações, não contradiz a avaliação efectuada nesta auditoria, mantêm-se substancialmente as conclusões e recomendações inicialmente formuladas, sem prejuízo de o resultado da implementação de algumas das medidas enunciadas virem a ser evidenciadas em sede de acolhimento de recomendações.

Sem prejuízo do que antecede, das respostas apresentadas, destacam-se, desde já, os seguintes aspectos.

6.1 Alegações apresentadas pela Ministra da Saúde

A Ministra da Saúde, através do Chefe do Gabinete, Informa que as recomendações “(...) serão acolhidas e consideradas no processo de acompanhamento e monitorização da actividade do Instituto Nacional de Emergência Médica (...)” ressaltando, no entanto, que “As reclamações dirigidas ao INEM são já alvo de um tratamento criterioso através de um circuito que oferece garantias de isenção, imparcialidade e rigor (...)”.

Salienta ainda que “(...) a emergência pré-hospitalar conheceu um forte desenvolvimento nos anos auditados (2007-2009), materializado no crescimento de meios operacionais, de recursos humanos e da resposta aos cidadãos. Neste sentido, o INEM entrou agora num novo ciclo de actuação no qual importa consolidar os meios e recursos disponíveis, reforçar os aspectos da formação e da diferenciação profissional, mas também reflectir, repensar e rever procedimentos e mecanismos de controlo interno e de articulação com terceiros, realizando os estudos e a competente reorganização, necessária à contínua melhoria da qualidade do serviço de emergência médica em Portugal (...). Por outro lado, a emergência pré-hospitalar é uma área de actividade particularmente exigente, quer sob o ponto de vista da qualificação requerida aos profissionais, quer pelo desgaste físico e emocional inerente, razão pela qual a rotação de profissionais é particularmente elevada e a gestão de recursos humanos especialmente complexa”.



6.2 Alegações apresentadas pelo Presidente do Conselho Directivo do INEM - IP

Em sede de contraditório, o Presidente do Conselho Directivo do INEM, IP, vem acolher favoravelmente o relatório, “(...) por proporcionar os elementos essenciais para um processo de melhoria (...)” e apresentar os esclarecimentos tidos por convenientes, que constam em síntese, nos pontos a que respeitam do Relatório.

Enuncia, ainda, medidas tomadas ou a tomar para ultrapassar os problemas identificados, as quais serão evidenciadas em sede de acolhimento de recomendações.



III. DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA

7 ANTECEDENTES ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO INEM

7.1 Antecedentes

O INEM tem origem no Serviço de Primeiros - Socorros e Transporte de Feridos e Doentes, criado em 13 de Outubro de 1965, pelo Ministério do Interior e pelo Ministério da Saúde e Assistência.

O serviço estava a cargo da Polícia de Segurança Pública, sendo activado pelo número telefónico de socorro 115, pelo qual, desde então, ficou geralmente conhecido.

Em 22 de Novembro de 1971, foi criado, no Ministério do Interior, o “Serviço Nacional de Ambulâncias” (SNA), encarregue de assegurar a orientação, a coordenação e a eficiência das actividades respeitantes à prestação de primeiros socorros a sinistrados e doentes e ao respectivo transporte.

O SNA assumiu a coordenação do serviço 115 e, além das suas próprias ambulâncias que continuavam a ser operadas pela PSP, coordenava também a prestação de serviços de emergência médica, por parte de outras entidades.

Em 1981, através do Dec.-Lei nº 234/81, de 3 de Agosto, o SNA foi transformado no INEM - I.P., o qual foi instituído como o **organismo do Ministério da Saúde coordenador do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)**¹⁸.

A prestação de socorros no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do Sistema, são as principais tarefas do INEM.

No contexto actual não existe um quadro legal de referência para o SIEM que clarifique o âmbito e limites de intervenção das entidades que nele intervêm, respectivas responsabilidades e competências, com especial incidência na acção coordenadora atribuída ao INEM.

7.2 Estrutura e Organização

O INEM, I.P, é um Instituto Público¹⁹, integrado na administração indirecta do Estado²⁰, dotado de autonomia administrativa e financeira²¹ e de património próprio²², que é tutelado pelo Ministério da Saúde, e cuja organização contabilística segue o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS).

São atribuições do INEM assegurar o atendimento das chamadas que lhe sejam encaminhadas pelo número telefónico de emergência e accionar os meios de socorro apropriados; assegurar a prestação de “Socorro Pré-Hospitalar” e providenciar o transporte assistido das vítimas para as unidades de saúde adequadas; promover a coordenação entre o SIEM e os serviços de urgência/emergência; promover a formação e qualificação do pessoal indispensável às acções de emergência médica e providenciar pela qualidade do transporte e da imagem do INEM na opinião pública.

¹⁸ O INEM integra e coordena o Sistema Integrado de Emergência Médica – SIEM, no qual cooperam um conjunto de entidades com o objectivo de prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. Essas entidades são a PSP, a GNR, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa - CVP, o INEM e os Hospitais e Centros de Saúde do SNS, que se encontram ligadas através de uma rede de comunicações accionada pelo número de emergência “112”) – Vd. Ponto 8.

¹⁹ Cfr. art.º 24º dos Estatutos aprovados pelo DL n.º 233/2005.

²⁰ Tutelado pelo Ministério da Saúde (Vd. alínea c) do n.º 1 do artigo 6º do DL nº 10/93, de 15 de Janeiro).

²¹ Nos termos da Lei Orgânica do INEM aprovada pelo DL nº 220/2007, de 29 de Maio.

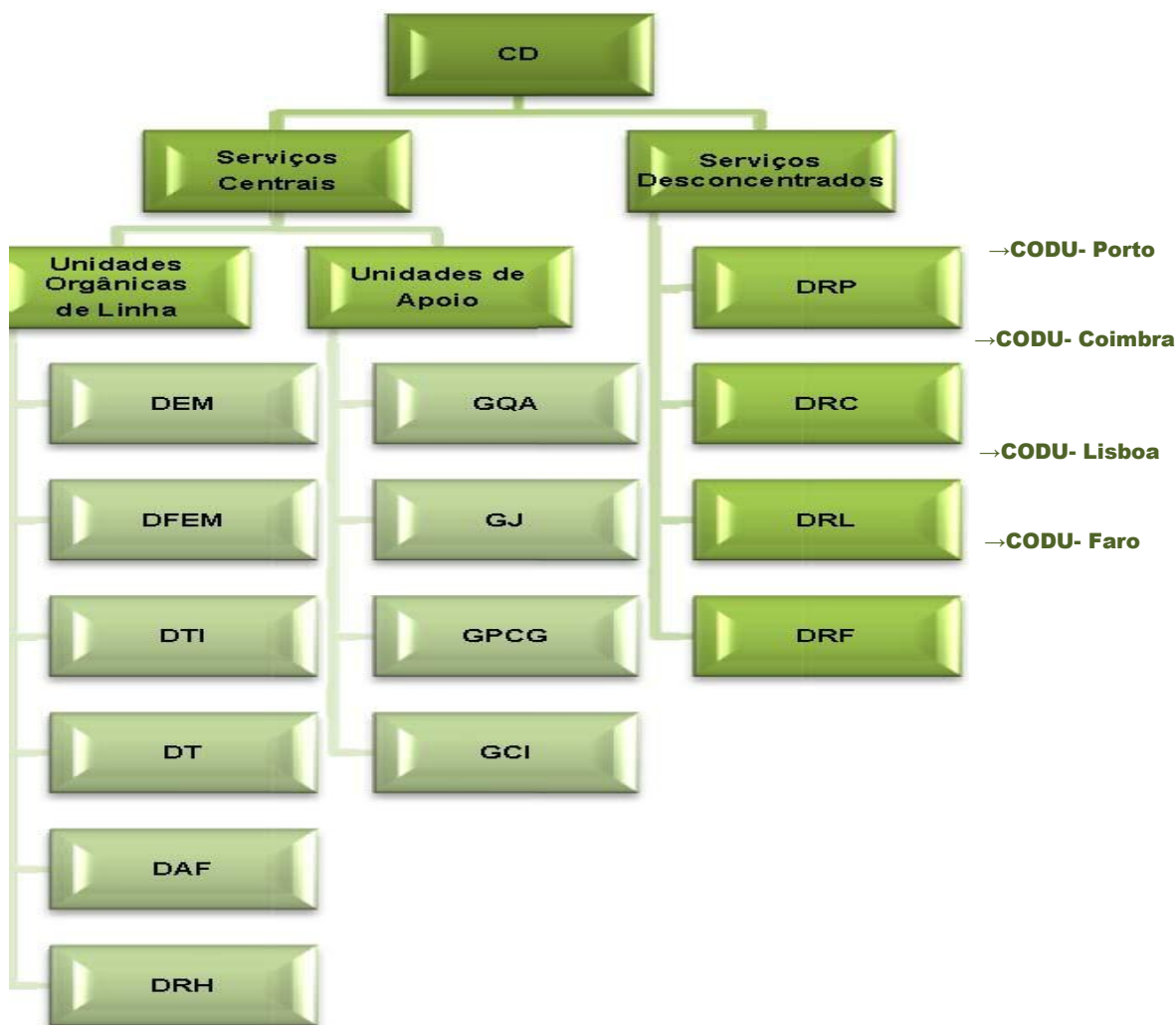
²² Nos termos do nº 2 do artigo 1º do DL nº 234/81, de 3 de Agosto.



O INEM é um organismo central com poderes administrativos sobre o território nacional continental, que tem sede em Lisboa e é constituído por serviços centrais e serviços regionais (desconcentrados).

Integram os serviços centrais as unidades orgânicas (departamentos e unidades funcionais) e as unidades de apoio, bem como o “Centro de Informação Antivenenos - CIAV” (Centro Médico Nacional de Informação Toxicológica) e constituem os serviços desconcentrados as delegações regionais localizadas no Porto, Coimbra, Lisboa e Faro.

Figura 1 – Estrutura Orgânica do INEM



Fonte: Relatório de Auto Avaliação – QUAR INEM 2009 - recebido em 8-6-2010

Legenda:

DEM - Departamento de Emergência Médica
DFEM - Departamento de Formação em Emergência Médica
DTI - Departamento de Telecomunicações e Informática
DT - Departamento de Transportes
DAF - Departamento Administrativo e Financeiro

DRH - Departamento de Recursos Humanos
CD - Conselho Directivo
GQA - Gabinete de Qualidade e Auditoria
GJ - Gabinete Jurídico
GPCG - Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão
GCI - Gabinete de Comunicação e Imagem

DRP - Delegação Regional do Porto
DRC - Delegação Regional de Coimbra
DRL - Delegação Regional de Lisboa
DRF - Delegação Regional de Faro



Em cada Delegação Regional existe um (CODU) onde são atendidas as chamadas de emergência, é realizada a triagem, o aconselhamento e accionamento dos meios de socorro pelas equipas compostas pelos Técnicos Operadores de Telecomunicações de Emergência (TOTE' s)²³, Auxiliares de Telecomunicações de Emergência Médica e médicos.

Este modelo organizacional visa satisfazer a finalidade última de um serviço de emergência, que consiste na rapidez de atendimento das chamadas, realização da triagem correcta, envio do meio adequado no menor tempo de chegada ao local do incidente.

O Planeamento estratégico do INEM encontra-se definido no Quadro de Avaliação e Responsabilização – QUAR²⁴, no Plano de Actividades por Objectivos, no Orçamento por Actividades e no Sistema de Contratualização e Responsabilização Interna.

O QUAR (implementado em 2008) apresenta as “Orientações Estratégicas”, sendo que uma das linhas de orientação estratégica definidas foi a da profissionalização do INEM, no sentido da sua sustentabilidade técnica, e qualidade do serviço prestado ao nível dos tempos de resposta e da segurança do transporte de doentes.

O INEM estabeleceu metas de produção para a prossecução dos objectivos estratégicos fixados em cada ano do biénio 2008/2009 nos QUAR, reflectindo-os na avaliação do desempenho dos funcionários através dos objectivos e metas estabelecidas no SIADAP.

O Conselho Directivo do INEM é o responsável máximo pelo Sistema de Gestão da Qualidade e pela definição da Política da Qualidade. O Gabinete da Qualidade, o Gabinete de Planeamento e o Departamento de Formação, são responsáveis pela concepção e planeamento da Política da Qualidade definida pelo Conselho de Directivo²⁵.

No que respeita à regulamentação interna, o INEM ainda não dispõe de um único manual que integre todos os procedimentos dos Departamentos e das Delegações Regionais, embora disponha de vários tipos de regulamentos orientados para áreas críticas, designadamente a regulamentação sobre o Transporte de Doentes, o acesso às chamadas telefónicas dos CODU ou os procedimentos nacionais de utilização das comunicações telefónicas fixas e móveis.

A actividade operacional do INEM encontra-se suportada por um Sistema de Informação que integra várias aplicações de gestão e monitorização, das quais se destacam o SIADEM que gere toda a actividade operacional do INEM relacionada com a coordenação do Sistema Integrado de Emergência Médica.

²³ Os TOTE foram recrutados entre pessoas com habilitações a partir do 12.º ano de escolaridade que tenham obtido aproveitamento no curso de formação profissional ministrado pelo INEM.

²⁴ A Lei nº 66-B/2007, de 28 de Dezembro, no ponto nº1 do artigo 10º, veio estabelecer que a avaliação dos serviços é feita com base num QUAR, onde se evidencia a missão, os objectivos estratégicos e operacionais, os indicadores de desempenho e respectivas fontes de verificação e meios disponíveis.

²⁵ A política de qualidade definida incide fundamentalmente sobre as áreas de formação especializada, dos seus profissionais de emergência médica, considerando as necessidades actuais e previsíveis do SIEM, o cumprimento dos requisitos e a melhoria contínua da qualidade dos seus sistemas e processos. Assegurar a eficiência na utilização dos recursos disponibilizados, melhorando o desempenho através da contratualização de metas de desempenho e da monitorização e análise sistemática da produção.



8 FUNCIONAMENTO DO SISTEMA INTEGRADO DE EMERGÊNCIA MÉDICA

O Sistema Integrado de Emergência Médica – SIEM (existente desde 1981), é um conjunto de entidades que cooperam com um objectivo: prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. Essas entidades são o INEM, a PSP, a GNR, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa - CVP, e os Hospitais e Centros de Saúde.

O funcionamento deste sistema tem início quando alguém liga 112. O atendimento das chamadas cabe à PSP e à GNR, nas centrais de emergência, mas sempre que o motivo da chamada tenha a ver com a área da saúde, esta é encaminhada para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM.

O SIEM compreende toda a actividade de emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré – hospitalar, o transporte, a recepção hospitalar e a adequada referenciação do doente emergente.

A decisão dos meios a enviar é tomada pelos médicos dos CODU, após a triagem realizada pelos operadores de comunicações, sendo o funcionamento dos CODU assegurado ao longo das 24 horas do dia por uma equipa de profissionais qualificados (médicos, enfermeiros e operadores) com formação específica para efectuar o atendimento, triagem, aconselhamento, selecção e envio de meios de socorro – **Vd. Ponto 9.2.**

Os meios são enviados quando exista uma situação de risco de vida ou esteja em causa uma função vital da vítima. A decisão do tipo de meios a enviar – medicalizados ou não medicalizados – tem em conta um conjunto de factores, designadamente a situação clínica da vítima, os meios disponíveis em cada momento e a distância às unidades de saúde. No caso de não ser necessário o envio de uma ambulância, serão dadas informações sobre a melhor forma do doente ser transportado para a unidade de saúde adequada.

No que diz respeito aos meios a enviar, existem duas vertentes:

- ✚ **O socorro não-medicalizado** assegurado por ambulâncias que funcionam junto do INEM, dos Bombeiros e da Cruz Vermelha²⁶, com accionamento da que está mais perto do local, independentemente da entidade a que pertence.

Nas cidades de Lisboa e do Porto existe ainda um outro meio de socorro não-medicalizado: as **Motas de Emergência Médica**. Trata-se de um projecto iniciado em 2004 pelo INEM.

- ✚ **O socorro medicalizado**, que tal como em outros países, procura assegurar a assistência pré-hospitalar às vítimas por pessoal médico. Esses meios são as Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) e os Helicópteros de Emergência Médica (Helis) que têm um médico na sua tripulação.

As VMER funcionam ao abrigo de protocolos entre o INEM e os hospitais, pois é nestas unidades de saúde que estão localizadas. Ou seja, são os hospitais que asseguram a operacionalização das VMER, disponibilizando os médicos e enfermeiros para o funcionamento da viatura. Ao INEM cabe, entre outros, dar a formação aos médicos e enfermeiros do Hospital e disponibilizar a viatura e respectivo equipamento.

Também os Helis têm uma equipa médica e, tal como as VMER, são autênticas unidades de cuidados intensivos móveis. Para além dos Helis do INEM, podem ainda ser utilizados Helis da Força Aérea Portuguesa ou da Autoridade Nacional de Protecção Civil- ANPC.

²⁶ Cujas características, inerentes à viatura e à formação da tripulação, estão definidas no Regulamento do Transporte de Doentes.

9 RECURSOS DO INEM

9.1 Recursos Materiais

Para exercer a sua actividade, o INEM I.P, dispõe de meios de emergência médica, operados directamente ou - através de protocolos, acordos e contratos - com outras entidades, tais como Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa e Hospitais²⁷.

Analisando a evolução dos recursos materiais do INEM ao longo do triénio 2007/2009, verifica-se que existiu um reforço de 44% no número de ambulâncias do Serviço de Ambulâncias de Emergência (SAE), com particular destaque para as de Suporte Imediato de Vida, que cresceram 75% e cujos accionamentos foram em 2009 cerca de dezassete vezes superiores aos verificados em 2007²⁸, na sequência da implementação do Projecto de Requalificação das Urgências que determinou o encerramento de Serviços de Atendimento Permanente nos Centros de Saúde. Tal como é mencionado, em sede de contraditório, pelo Presidente do Conselho Directivo do INEM, IP, “ Este crescimento não significa apenas mais um meio, mas uma nova cobertura, por um nível diferenciado de uma tipologia de meios que aumenta a qualidade e efectividade da assistência em situação de emergência”.

Quadro 1 – Meios de Emergência Médica do INEM

	2007	2008	2009	Δ% 07/08	Δ% 08/09	Δ% 07/09
Ambulâncias INEM - do Serviço de Ambulâncias de Emergência (SAE) sedeadas nas Delegações Regionais	62	87	89	40,3%	2,3%	43,5%
• Nº ambulâncias INEM de Suporte Básico de Vida -SBV	46	61	61	32,6%	0,0%	32,6%
• Nº ambulâncias INEM de Suporte Imediato de Vida -SIV	16	26	28	62,5%	7,7%	75,0%
Ambulâncias INEM sedeadas em entidades do Sistema Integrado Emergência Médica *	184	185	225	0,5%	21,6%	22,3%
Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)	38	40	42	5,3%	5,0%	10,5%
Motos de emergência INEM	2	2	2	0,0%	0,0%	0,0%
Helicópteros INEM	3	3	3	0,0%	0,0%	0,0%

* Ambulâncias sedeadas em Postos de Emergência Médica (PEM)

Fonte: Dados recebidos do INEM em 16-3-2010

Quanto ao crescimento dos meios de transporte SAE (44%) verifica-se que acompanhou um acréscimo de actividade quase idêntica (42%)²⁹ respondendo, assim às necessidades constantes dos planos estratégicos.

As ambulâncias INEM sedeadas em entidades do SIEM tiveram um acréscimo de 22%, superior ao acréscimo da actividade de 6,1%³⁰.

Em sede de contraditório, o Presidente do Conselho Directivo do INEM, IP, refere que “A análise realizada ao crescimento de meios versus actividade, em particular no caso dos postos PEM, é redutora porque desinsere os meios de uma análise global do SIEM no que diz respeito à cobertura geográfica e à complementaridade que as várias tipologias de meios têm umas sobre as outras”.

²⁷ Para além de meios destinados ao transporte de doentes, o INEM dispõe de outros meios pré-hospitalares, designadamente VMER e Motos de Emergência Médica.

²⁸ Em 2007 foram efectuados 1571 accionamentos e em 2009 foram efectuados 27.691.

²⁹ Em 2007 foram efectuados 109.063 accionamentos e em 2009 foram efectuados 155.180.

³⁰ Em 2007 foram efectuados 353.37 accionamentos e em 2009 foram efectuados 375.509.



Considera-se a pertinência do alegado, no entanto reitera-se que existem no terreno ambulâncias de outras entidades³¹ com quem o INEM estabelece acordos de cooperação (“Postos de Reserva”), que podem satisfazer as necessidades de cobertura de uma forma menos onerosa para o INEM, do que a criação ou manutenção de PEM em locais onde a média diária de accionamentos é inferior a 5, conforme se demonstra no ponto 11.5 deste relatório.

De referir que o valor do “Equipamento de Transporte” representou em cada ano do biénio 2008/2009 aproximadamente 30% do Activo Patrimonial do INEM³², enquanto em 2007 representava apenas 11% o que é demonstrativo do elevado investimento efectuado.

Refira-se que o aumento generalizado dos meios resulta da execução do Plano de Requalificação das Urgências³³.

Verificou-se, ainda, que o processo de aquisição destes meios seguiu os procedimentos de contratação pública tendo os contratos sido sujeitos a visto do TC.

Entre 2007 e 2009, não se registou variação no número de motos de emergência (2) e do número de helicópteros (3) dois próprios do INEM (em regime de outsourcing, sedeados no aeródromo de Tires, em Lisboa e no hospital Pedro Hispano, no Porto) e um da Autoridade Nacional de Protecção Civil – ANPC (situado em Santa Comba Dão), providenciando o INEM as equipas médicas. Para além destes três helicópteros, podem ainda ser utilizados helicópteros da Força Aérea Portuguesa, cuja utilização é remunerada pelo INEM.

De referir que, por falta de tripulação, o helicóptero de Lisboa teve uma inoperacionalidade de 2,52 horas em 2007, 0,12 horas em 2008, e de 22,53 horas em 2009 e o helicóptero do Porto de 8,30 horas em 2009.

A inoperacionalidade verificada resultou apenas da falta de tripulação (composta por um médico, um enfermeiro e dois pilotos) dado que a actividade decresceu (o número de accionamentos passou de 898 em 2007 para 666 em 2009), vd. quadro seguinte.

Quadro 2 – Nº de Accionamentos de Helicópteros

N.º de Accionamentos	2007	2008	2009	Δ% 07/08	Δ% 08/09	Δ% 07/09
Héli INEM - Porto	428	446	354	4%	-21%	-17%
Héli INEM - Lisboa	448	318	303	-29%	-5%	-32%
Héli ANPC - St.ª Comba Dão	22	12	9	-45%	-25%	-59%
INEM	898	776	666	-14%	-14%	-26%

Fonte: Dados recebidos do INEM em 26-10-2010

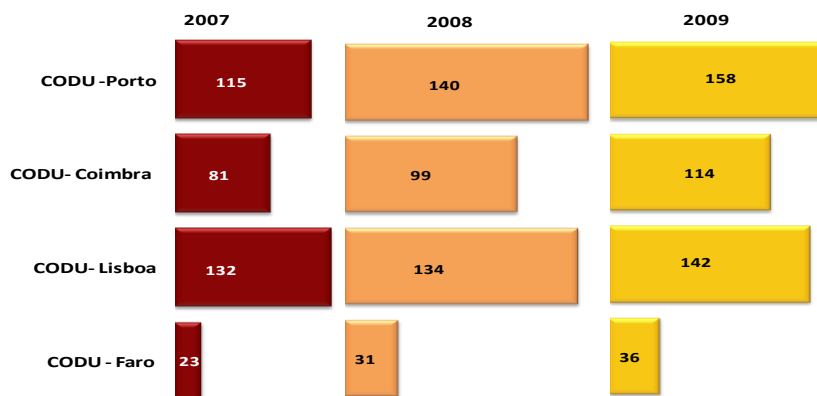
³¹ Designadamente corporações de bombeiros.

³² O valor do material de transporte foi de € 18.003.715,99 em 2009, de € 17.624.134,11 em 2008 e de € 8.923.029,65 em 2007 registando-se os valores do Activo do INEM- vd. ponto 9.

³³ Vide Anexo nº 39 e nº 40.

Os recursos materiais do INEM tiveram a seguinte **distribuição por região**:

Gráfico 1 – Distribuição dos Meios de Emergência Médica por CODU



Fonte: Dados recebidos do INEM em 16-3-2010

Obs: O desenvolvimento por tipo de meio consta do Anexo nº1 a 3

Constata-se um crescimento global de 28% dos meios registando-se uma maior concentração de recursos nos CODU do Porto e de Lisboa, que representam em conjunto 67% do total, o que se justifica por abrangerem um número significativo de habitantes (7.372.615 habitantes).

Relativamente à actividade, o CODU Porto apresenta um crescimento de 30% no accionamento de ambulâncias, o que é coerente com o acréscimo de 37% verificado nestes recursos. Contrariamente o CODU de Lisboa apresenta um decréscimo de actividade de 1% apesar de os meios terem crescido 8%.

Independentemente da quantidade de ambulâncias disponíveis, se o seu posicionamento não reflectir de um modo óptimo e eficaz as relações tempo/distância e procura, será impossível alcançar uma resposta satisfatória dessa distribuição segundo critérios equitativos. No caso das viaturas VMER e Helicópteros (SAV) a sua disposição obedeceu a um conjunto de critérios estatísticos³⁴.

Importa realçar que os actuais critérios de alocação dos meios de transporte pré-hospitalar (ambulâncias SBV e SIV) **não se encontram devidamente comprovados por um modelo rigoroso que evidencie fundamento científico (matemático/estatístico)**. O INEM constituiu um grupo de trabalho para desenvolver uma “Proposta de Organização, Normalização e Regulamentação dos Meios SBV e SIV”, para a qual concorrem as Isócronas, como ferramenta para reequacionar a actual distribuição destes meios, de forma a responder com eficácia à relação tempo/distância que determina o raio de acção em tempo útil daqueles meios de socorro. O projecto ainda não se encontra totalmente concluído e, por isso, ainda não está aprovado nem implementado. Em Junho de **2010**, o referido Grupo de Trabalho já tinha concluído a 1.ª e 2.ª fases, encontrando-se em curso a 3.ª fase do projecto³⁵.

³⁴ Os Helicópteros de Emergência Médica foram objecto de um estudo baseado nas isócronas. Na sequência do Projecto de Reestruturação das Urgências, a distribuição das VMER obedeceu, conjuntamente, aos seguintes pressupostos: a) velocidades consideradas nas vias de comunicação; b) condições óptimas de tráfego; c) População obtida pelo somatório das subsecções estatísticas internamente abrangidas pelas vias de comunicação (INE/Census 2001).

³⁵ O faseamento previsto no estudo para a Implementação do modelo de distribuição e localização dos meios é o seguinte:
1ª fase - com a duração de 12 meses, a contar do primeiro dia após a entrega do trabalho, para identificação de situações atípicas;
2ª fase - com a duração global de 12 meses, a contar do primeiro dia após a conclusão da 1ª fase (ou seja, assim que tiver 12 meses de registo de informação estatística), para implementação do Modelo em três “Áreas Piloto” (Lisboa; Braga e Beja).



A futura alteração do posicionamento dos meios criará dificuldades de reorganização e constrangimentos operacionais que podiam ter sido evitados, caso a expansão e distribuição dos meios já realizada tivesse sido precedida pelo estudo que ainda se encontra em curso.

A taxa de cobertura da população abrangida por cada região é a que se apresenta no quadro seguinte:

Quadro 3 – Taxa cobertura da população

Ano: 2009

	Nº habitantes	SBV	PEM	SBV+PEM	SIV	VMER	HELI	(SBV+PEM)/40 mil habitantes	(SIV+VMER+HELI)/2 00 mil habitantes
Porto	3.654.773	19	74	93	15	14	1	1,0	1,6
Coimbra	1.863.690	16	61	77	5	10	0	1,7	1,6
Lisboa	3.717.842	21	75	96	4	15	1	1,0	1,1
Faro	420.166	5	15	20	4	3	0	1,9	3,3
INEM	9.656.471	61	225	286	28	42	2	1,2	1,5

Fonte: Relatório de Auto - Avaliação QUAR INEM 2009
Recebido do INEM em 8-6- 2010

A actual rede de ambulâncias cobre todo o país de norte a sul, do litoral ao interior, embora não seja possível determinar com rigor se a alocação actualmente existente é equitativa e eficiente, uma vez que ainda se encontra em curso o estudo da “Organização, Normalização e Regulamentação dos Meios SBV e SIV”.

Os rácios de referência internacionais preconizam a existência de uma ambulância de emergência por cada 40.000 habitantes e, pelo menos, uma equipa com nível paramédico por cada 200.000 habitantes³⁶.

Face aos rácios supracitados observa-se que, em 2009, existe uma relação de ambulâncias de SBV superior a 1/40.000 habitantes. Verifica-se igualmente uma relação de equipas com capacidade para administrar cuidados diferenciados superior a 1/200.000 habitantes.

Do exposto, conclui-se que presentemente existe uma relação de meios de emergência superior aos padrões definidos a nível internacional.

Note-se que ainda não existe legislação específica que **enquadre o Sistema Integrado de Emergência Médica no âmbito do Serviço Nacional de Saúde**, designadamente o conceito e âmbito da prestação dos cuidados de socorro pré-hospitalar, os poderes de coordenação e supervisão do INEM em relação a outras entidades que integrem o sistema e sua articulação com as entidades que integram outras redes de prestação de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados.

No âmbito do contraditório, o Presidente do Conselho Directivo do INEM, IP, refere que não se justifica a elaboração de um quadro legislativo específico “ (...) uma vez que se trata de uma matéria eminentemente técnica e operacional, como tal sujeita a constantes actualizações, incompatíveis com a rigidez inerente à natureza de um diploma legal” informando que “O INEM, em articulação com a respectiva Tutela, tem trabalhado no sentido de criar os instrumentos de regulação que se enquadrem na respectiva área de competência, sempre que essa necessidade se faça sentir e sempre que a maturidade das soluções encontradas assim o aconselhe (...)” referindo a título de exemplo duas iniciativas recentes “ (...) uma, com vista a regular a utilização de desfibriladores automáticos externos por não médicos em ambiente extra-hospitalar (proposta aprovada pelo Decreto-Lei nº 188/2009, publicado em 12-8), outra, com vista à criação da carreira de Técnico de Emergência Pré-

3ª fase – com a duração de 3 anos, a contar do primeiro dia após validação do Modelo nas Regiões Piloto, para replicação do Modelo às restantes regiões. – Vd. Anexo nº 38 – Memória descritiva e ponto de situação do estudo das Isócronas.

36 Proposta da Rede de Urgências – Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências – Ministério da Saúde.



Hospitalar (proposta em análise, após aprovação por despacho tutelar de 20-7-2010, do Plano Estratégico para os Recursos Humanos da Emergência Pré-Hospitalar) ...”

A Ministra da Saúde, corroborando as alegações do Presidente do Conselho Directivo do INEM, IP, vem referir, em sede de contraditório, que “(...) não parece justificar-se a elaboração de um quadro legislativo específico para o SIEM e, em especial para regular a intervenção dos meios de socorro...deve, isso sim, ser produzido pelo INEM um conjunto de normas de orientação que clarifiquem, de modo rigoroso, os critérios de activação de cada um dos meios. Essas normas deverão depois, naturalmente, ser avaliadas e actualizadas (...)”

Apesar das justificações apresentadas, mantém-se, em parte, a conclusão respeitante a este ponto, pois, a observância de um quadro legal podia ter evitado os níveis de inoperacionalidade das VMER, por falta de tripulação disponibilizada pelos hospitais onde as VMER estão colocadas, situação que não é passível de ser resolvida pelo INEM.

9.2 Recursos Humanos

Os recursos humanos do INEM encontram-se repartidos por Serviços Centrais e Delegações Regionais e tiveram a evolução que se indica:

Quadro 4 - Recursos Humanos do INEM

Tipo de vínculo	2007	2008	2009
Contrato Individual de Trabalho	672	817	
Prestação de Serviços	162	166	170
Nomeação (função publica)	113	112	
Contrato de Trabalho em Funções Públicas			1022
Regime de Mobilidade	80	85	110
total	1027	1180	1302

Fonte: Dados recebidos do INEM em 16-3-2010.

Em 2009 o pessoal que se encontrava com “Contrato Individual de Trabalho” passou por força da legislação³⁷ a contratos de trabalho em funções públicas, onde 1022 se encontram em situação de “Contrato de Trabalho em Funções Públicas” e 110 em regime de mobilidade.

Os prestadores de serviços têm um peso de 13% no total de efectivos (-1% do que em 2008). Encontram-se neste regime 170 médicos que exercem função a tempo parcial nos 4 CODU e no CIAV, ao abrigo dos Decretos-Lei nº 140-C/86, de 14 de Junho, e nº 64/88, de 27 de Fevereiro.

Nos Serviços Centrais e Delegações Regionais do INEM verificou-se um acentuado crescimento dos recursos humanos de cerca de 27% de 2007 para 2009, isto é evolui-se de um total de 1027 colaboradores para 1302.

Cerca de 92% dos efectivos do INEM trabalham nas Delegações Regionais concentrando-se maioritariamente na Região Norte, a qual, em 2009, dispunha de 445 efectivos o que representava 37% do total de profissionais em funções nos serviços desconcentrados.

O número de efectivos teve um crescimento de 32% ao longo do triénio, mas face a 2008 a taxa de crescimento mais expressiva, verificou-se na Delegação Regional de Faro, com 57% (cfr quadro).

Quadro 5 – Distribuição dos Recursos Humanos por Região

Efectivos por Região	2007	2008	2009
Norte	348	424	445
Centro	179	237	275
LVT	335	338	364
Algarve	54	70	110
total	916	1069	1194

Nota: Estavam afectos aos Serviços centrais 111 funcionários em 2007 e 2008 e de 108 em 2009.

Fonte: Dados recebidos do INEM em 16-3-2010

A estrutura organizacional complexa do INEM inclui recursos humanos com conhecimentos técnicos diferenciados e treino específico adequado às respectivas áreas funcionais, sendo que em 2009, cerca

³⁷ Lei nº 12-A/2008 de 27 de Fevereiro.



de 89% dos efectivos eram profissionais directamente afectos à prestação de cuidados de emergência pré-hospitalar sendo o peso crescente destes operacionais, expressão do investimento que o Instituto tem vindo a realizar na profissionalização da emergência pré-hospitalar.

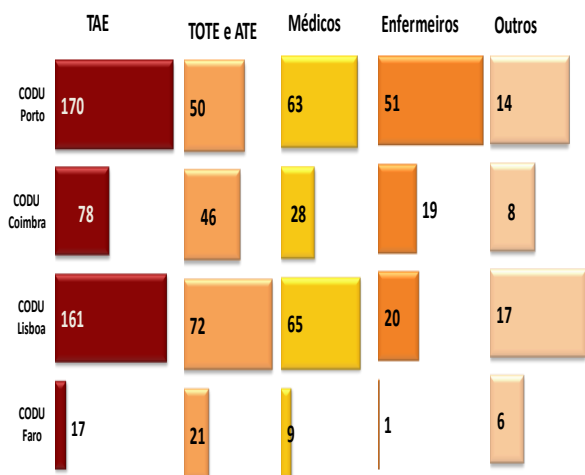
Quadro 6 – Distribuição dos Recursos Humanos por Estrutura Profissional

Estrutura profissional	2007	2008	2009
Técnicos de Ambulância e Emergência- TAE	426	519	633
Técnicos Operadores de Telecomunicações de Emergência- TOTE e ATE	189	186	210
Médicos	167	193	191
Enfermeiros	94	135	120
Outros	151	147	148
total	1027	1180	1302

Fonte: Dados recebidos do INEM em 16-3-2010

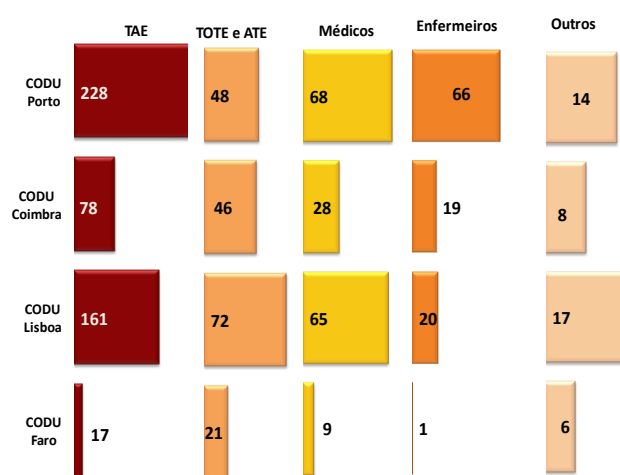
Ao longo do triénio verificaram-se crescimentos em quase todas as estruturas profissionais com particular destaque para os Técnicos de Ambulância e Emergência -TAE que cresceram 49%³⁸.

Gráfico 2- Estrutura Profissional por CODU – 2007



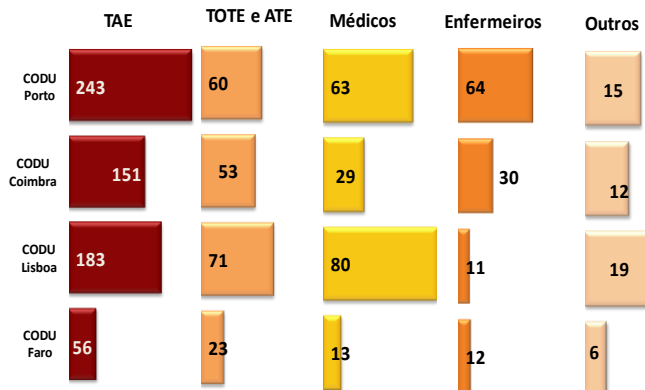
Fonte: Dados recebidos do INEM em 16-3-2010

Gráfico 3- Estrutura Profissional por CODU – 2008



Fonte: Dados recebidos do INEM em 16-3-2010

Gráfico 4- Estrutura Profissional por CODU – 2009



Fonte: Dados recebidos do INEM em 16-3-2010

De referir, que o aumento dos recursos humanos é justificado pelo acréscimo de meios colocados no terreno no âmbito do Projecto de Requalificação das Urgências.

³⁸ Refira-se ainda o aumento de 28% nos enfermeiros, 14% nos médicos e 11% no grupo dos operadores de telecomunicações. Nos restantes efectivos registou-se um decréscimo de 2%.

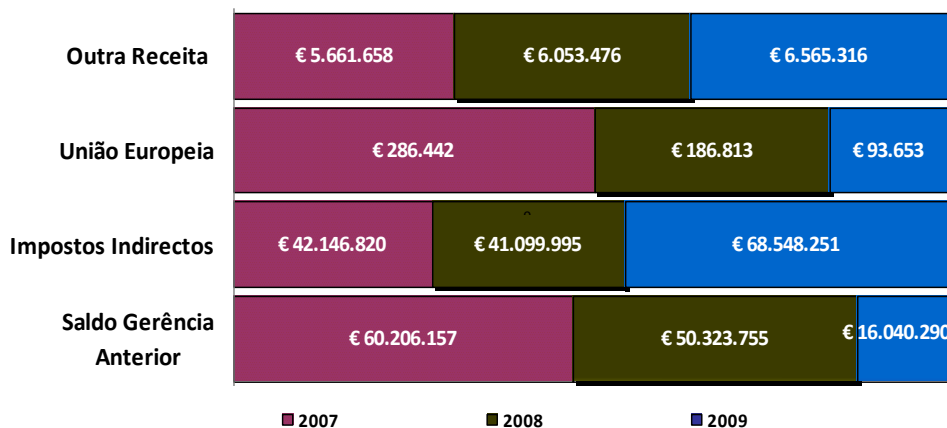
10 SITUAÇÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA DO INEM

10.1 Financiamento

As necessidades de financiamento do INEM têm sido na totalidade satisfeitas por receita própria, não tendo, até ao momento, sido transferidas verbas do OE³⁹ para o seu orçamento.

Constituíram recursos financeiros do INEM as verbas (impostos indirectos) provenientes de companhias de seguros (até 2009 foi 1% sobre o valor dos prémios de seguros de determinados ramos⁴⁰ e a partir de 2009 passou a 2%), os saldos de gerências anteriores que transitam automaticamente, as verbas do Fundo Social Europeu e outra receita constituída por juros de instituições bancárias e pelo produto de serviços prestados (cfr. Cursos de formação).

Figura 2 – Financiamento



Fonte: Elaboração própria com base em informação financeira -recebida do INEM em 3-3-2010 e 7-5-2010

A maior fonte de financiamento tem sido constituída por verbas transferidas das seguradoras (impostos indirectos) que têm representado aproximadamente 90% do total da receita arrecadada em cada ano.

O circuito desta receita **carece de um sistema de validação e controlo** que garanta a cobrança da integralidade da receita legalmente atribuída ao INEM. Os mecanismos de articulação com o Instituto de Seguros de Portugal (ISP) não são eficazes quanto ao tratamento da informação das diferentes seguradoras que reportam àquele Instituto⁴¹, de modo a permitir o confronto entre os valores transferidos para a conta da receita do INEM e os declarados pelas seguradoras ao ISP⁴².

³⁹ Ao abrigo do artº 11º do DL nº 220/2007 de 29 de Maio.

⁴⁰ Relativos a contratos de seguros do ramo “vida” e respectivas coberturas complementares e contratos de seguros dos ramos “doença”, “acidentes”, “veículos terrestres” e “responsabilidade civil de veículos terrestres a motor”, celebrados por entidades sedeadas ou residentes no continente, conforme dispõe a alínea a) do nº 2 do artº 11º da Lei orgânica do INEM.

⁴¹ Situação anteriormente reportada na auditoria realizada pela IGF em 2008 (Relatório nº 1602/2008 de 31 de Dezembro) e que não foi corrigida.

⁴² As dificuldades existentes nesse tratamento resultam do hiato de tempo que medeia entre a emissão do recibo e a entrega da comparticipação ao INEM (cerca de 4 meses) e a existência de estornos emitidos nesse período.



10.2 Resultados Apurados no triénio 2007- 2009

10.2.1 Balanço

A análise das Demonstrações Financeiras demonstra que os balanços apresentados em cada ano do triénio 2007/ 2009 não representavam de forma verdadeira e apropriada a posição financeira do INEM, dado não reflectirem uma “**Especialização de Exercício**”, tal como se explicita:

- ✚ O “**Activo**” não considerava todos os proveitos referentes a cada ano (€ 6,7 milhões, em 2007, € 7,6 milhões, em 2008 e € 12,9 milhões, em 2009) e abrangia proveitos respeitantes a exercícios anteriores;
- ✚ O “**Passivo**” não incluía todas as responsabilidades assumidas perante terceiros no ano a que respeitavam (€ 2 milhões, em 2007, € 1,5 milhões, em 2008 e € 2, 8 milhões, em 2009⁴³);
- ✚ Os “**Resultados Transitados**” não incluíam proveitos de anos anteriores (no valor de € 6,6 milhões, em 2007, € 6,7 milhões, em 2008, e € 7,6 milhões em 2009) e abrangiam responsabilidades indevidamente registadas nesses anos (€ 1,6 milhões, em 2007, € 2 milhões, em 2008 e € 1,5 milhões, em 2009), encontrando-se subvalorizados.

A partir de 2008, as Demonstrações Financeiras foram objecto de certificação por um Revisor Oficial de Contas (ROC)⁴⁴, que levantou as reservas relacionadas com as situações supracitadas e que o INEM ainda não acolheu.

Efectuados os ajustamentos, apura-se a situação patrimonial reflectida no quadro 7.

Sobre os ajustamentos efectuados às contas do triénio em análise, o Presidente do Conselho Directivo do INEM, IP, refere, em sede de contraditório, que “...no exercício de 2009, falta ajustar em proveitos cerca de 12,9 M€ cujo registo foi efectuado, erradamente, aquando do seu recebimento em 2010 ... e que ...há que retirar 6,7 M€ de proveitos registados que respeitam ao exercício de 2008 “acrescendo ainda que “ (...) a Especialização de Exercício será efectuada no exercício de 2010 (...)”, e que “ (...) existe orientação expressa para o cumprimento das recomendações do Fiscal Único (...)”.

Refira-se que, no ajustamento efectuado em sede de auditoria, às Demonstrações Financeiras de 2009, foram considerados proveitos no valor de € 12,9 milhões contabilizados indevidamente em 2010 e, foram retirados proveitos no valor de € 7,6 milhões que respeitavam a 2008 indevidamente contabilizados em 2009, conforme evidência recolhida e reserva que o ROC redigiu no âmbito da certificação das contas de 2009 do INEM.

Também a Ministra da Saúde refere que “Reconhece-se a pertinência das recomendações referentes à área financeira, nomeadamente quanto ao registo (especialização) e à validação da receita devida”.

⁴³ Em 2009, deveria, ainda, ter sido constituída uma provisão para processos judiciais em curso, no valor de €1.521.648,60 (cfr reserva do ROC).

⁴⁴ Cfr. Lei nº 3/2004, de 15 de Janeiro, foi obrigado a partir de 2008 a apresentar as Demonstrações Financeiras certificadas por um Revisor Oficial de Contas.



Quadro 7 – Balanço

	31.12.07		31.12.08		31.12.09		Unid: euros		
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Δ% 07/08	Δ% 08/09	Δ% 07/09
Activo Líquido									
<i>Imobilizado</i>	23.117.730,62	29%	31.543.379,66	56%	29.612.479,45	49%	36%	-6%	28%
Imobilizações Corpóreas	23.117.730,62	29%	31.543.379,66	56%	29.612.479,45	49%	36%	-6%	28%
<i>Circulante</i>	57.891.136,85	71%	24.523.903,35	44%	31.416.862,14	51%	-58%	28%	-46%
Existências	784.043,47	1%	833.705,09	1%	1.526.326,36	3%	6%	83%	95%
Dívidas de Terceiros - Curto Prazo	94.107,89	0%	94.107,89	0%	870.285,49	1%	0%	825%	825%
Títulos Negociáveis			15.000.000,00	27%	15.853.850,00	26%		6%	
Disponibilidades	50.323.755,46	62%	1.040.290,17	2%	248.310,93	0%	-98%	-76%	-100%
Acréscimos e Diferimentos	6.689.230,03	8%	7.555.800,20	13%	12.918.089,36	21%			
Total Activo Líquido	81.008.867,47	100%	56.067.283,01	100%	61.029.341,59	100%			
Fundos Próprios e Passivo									
<i>Fundo Patrimonial</i>	76.300.817,78	94%	53.588.422,06	96%	56.418.172,73	92%	-30%	5%	-26%
Património									
Reservas	260.677,58	0%	260.677,58	0%	260.677,58	0%	0%	0%	0%
Resultados Transitados	82.553.125,02	102%	76.040.140,20	136%	53.327.744,48	87%	-8%	-30%	-35%
R.Líquido Exercício	-6.512.984,82	-8%	-22.712.395,72	-41%	2.829.750,67	5%	249%	-112%	-143%
<i>Passivo</i>	4.708.049,69	6%	2.478.860,95	4%	4.611.168,86	8%	-47%	86%	-2%
Provisões para Riscos/Encargos					1.521.648,60	2%			
Dívidas a Terceiros (*)	2.271.363,17	3%	1.804.623,98	3%	3.089.520,26	5%	-21%	71%	36%
Acréscimos e Diferimentos	2.436.686,52	3%	674.236,97	1%	0,00	0%	-72%	-100%	-100%
Total Fundos Próprios e Passivo	81.008.867,47	100%	56.067.283,01	100%	61.029.341,59	100%			

Fonte: Elaboração própria com correcção dos balanços do INEM recebidos em 3-3-2010 e 7-5-2010

OBS: Balanço integral – vd. Anexo n.º 6, 7 e 8.

Destaca-se o **agravamento do “Resultado Líquido do Exercício”** verificado no biénio 2007/2008, tendência que se alterou em 2009 por efeito do incremento da receita proveniente de impostos indirectos⁴⁵, uma vez que a percentagem de cobrança sobre contratos de seguros passou de 1% para 2%.

Ao longo do triénio constata-se uma **diminuição acentuada das “Disponibilidades”** (-100%), apesar de em 2007 estas incluírem o valor das aplicações financeiras (Títulos Negociáveis) existentes em 2006 no valor de € 49 milhões, resultando esta diminuição de avultados investimentos efectuados em recursos materiais (vd. ponto 9.1). Verifica-se, ainda, que em 2006 e 2007 se observou uma transição de saldos⁴⁶ de montante superior aos orçamentos de funcionamento⁴⁷ (veja-se as contas de gerência de 2006 e 2007).

Os **Fundos Próprios dependeram quase exclusivamente de resultados transitados**, tendo em 2009 representado 92% da rubrica de Património, colocando o INEM numa situação sustentável, já que o passivo representou apenas 8%.

A posição financeira corrigida agrupada e classificada pelos activos, passivos e fundo patrimonial, apurada em 31 de Dezembro de 2009, é a que se apresenta na figura seguinte:

⁴⁵ Entrou em vigor com a Lei do Orçamento para 2009.

⁴⁶ Os saldos transitados de 2006 e de 2007 foram respectivamente, € 60,2 milhões e € 50,3 milhões.

⁴⁷ O Orçamento de funcionamento previsto para 2006 foi de € 31,9 milhões e para 2007 foi de € 43,9 milhões.



Figura 3 – Estrutura do Balanço



Fonte: Elaboração própria com correcção do Balanço recebido em 7-5-2010

Verifica-se que existe equilíbrio na situação financeira uma vez que o Fundo Patrimonial é muito superior ao Passivo.

O **rácio de solvabilidade**⁴⁸ sendo superior a 1 é demonstrativo da **boa capacidade financeira em satisfazer os compromissos** (cfr. quadro), contudo, considerando que este rácio teve, no triénio, um decréscimo de 24%, **verifica-se que essa capacidade tem vindo a reduzir-se**. O **indicador de autonomia financeira**⁴⁹ revela a boa capacidade da entidade financiar o activo através dos capitais próprios sem ter de recorrer a empréstimos.

Quadro 8 – Indicadores Financeiros

	2007	2008	2009
<i>Indicadores de Equilíbrio Financeiro</i>			
Autonomia Financeira	0,94	0,96	0,92
Solvabilidade	16,21	21,62	12,24
Endividamento	0,06	0,04	0,08
<i>Indicador de Liquidez</i>			
Liquidez Geral	12,30	9,89	6,81

Fonte: Elaboração própria com correcção dos balanços recebidos em 3-3-2010 e 7-5-2010

O **indicador de liquidez de geral**⁵⁰ apresenta, no triénio, uma redução de 96% o que é revelador da **diminuição da capacidade de solver as obrigações de curto prazo** através da realização dos direitos de curto prazo.

Face aos indicadores apresentados conclui-se pela consistência da estrutura financeira.

⁴⁸ Avalia a capacidade da entidade para solver as responsabilidades assumidas a curto, médio e longo prazo. (Capitais Próprios / Passivo).

⁴⁹ Traduz a capacidade da entidade financiar o activo através dos capitais próprios sem ter de recorrer a empréstimos. (Capitais Próprios / Activo Líquido).

⁵⁰ Revela a capacidade que a entidade tem de solver as suas obrigações correntes. (Activo Circulante / Passivo de Curto Prazo).



10.2.2 Mapa de Cash Flow

A análise do desempenho do INEM em termos monetários encontra-se expresso no seguinte quadro:

Quadro 9 – Mapas de Cash Flow

Unidade: euros

ORIGENS	2009
Resultado Líquido do Exercício	2.829.751
Custos "non cash"	7.422.599
Proveitos "non cash"	674.237
cash-flow potencial	9.578.112
Δ Capital Circulante Líquido	-5.546.192
cash-flow ajustado	4.031.921
Desinvestimentos	117.828
Outras origens de fundos	117.828
Total das origens	4.149.748
APLICAÇÕES	
Inv. Capital Fixo	4.087.878
Reembolsos empréstimos	
Total das aplicações	4.087.878
Excedente	61.871
Caixa e seus equivalentes no início do período	16.040.290
Caixa e seus equivalentes no fim do período	16.102.161

Fonte: Elaboração própria com base em dados recebidos do INEM em 3-3-2010 e 7-5-2010

O Mapa de *Cash Flow* evidencia, em 2009, a existência de uma **variação positiva das disponibilidades**, no valor de € 62 milhares.

Os meios libertos pela actividade ascendem a cerca de € 9,6 milhões. O *Cash Flow* Ajustado é **influenciado negativamente pelas políticas associadas à gestão dos Capitais Circulantes na componente associada ao ciclo de exploração**. O crédito concedido a clientes (€ 6,1 milhões) é largamente superior ao crédito obtido de Fornecedores (€ 1,3 milhões), o que coloca dificuldades à gestão de tesouraria.

O INEM efectuou investimentos no exercício no montante de € 4 milhões que não garantem a renovação do imobilizado corpóreo (note-se que a depreciação do imobilizado no exercício ascende a € 5,9 milhões).



10.2.3 Demonstração de Resultados

O exercício de 2009 inverteu a tendência de deterioração dos resultados líquidos do exercício que se verificara até 2008, apresentando um valor positivo de € 2,8 milhões⁵¹.

Quadro 10 – Demonstração de Resultados

Unidade: euros

Rubrica	2007	2008	2009	Δ% 07/08	Δ% 08/09	Δ% 07/09
Custos Operacionais	53.059.909,61	67.858.804,57	73.751.709,52	27,9%	8,7%	39,0%
Proveitos Operacionais	42.822.119,15	42.376.140,78	75.207.469,92	-1,0%	77,5%	75,6%
Resultados Operacionais	-10.237.790,46	-25.482.663,79	1.455.760,40	148,9%	-105,7%	-114,2%
Custos e Perdas Financeiras	398,27	1.085,68	11.779,74	172,6%	985,0%	2858%
Proveitos e Ganhos Financeiros	1.561.676,77	1.040.058,35	134.214,98	-33,4%	-87,1%	-91,4%
Resultados Financeiros	1.561.278,50	1.038.972,67	122.435,24	-33,5%	-88%	-92,2%
Custos e Perdas Extraordinárias	152.034,71	311.946,54	326.408,17	105,2%	4,6%	114,7%
Proveitos e Ganhos Extraordinários	2.315.561,85	2.043.241,94	1.577.963,20	-11,8%	-22,8%	-31,9%
Resultados Extraordinários	2.163.527,14	1.731.295,40	1.251.555,03	-20,0%	-27,7%	-42,2%
Resultado Antes de Impostos	-6.512.984,82	-22.712.395,72	2.829.750,67	-249%	112,5%	-143,4%
Resultado Líquido do Exercício	-6.512.984,82	-22.712.395,72	2.829.750,67	-249%	112,5%	-143,4%

Fonte: Elaboração própria com correcção dos dados recebidos do INEM em 3-3-2010 e 7-5-2010

Concorrem para os resultados líquidos negativos de 2007 e 2008 **os resultados operacionais que apresentaram custos superiores aos proveitos**, o que concorreu para o aumento do défice operacional verificado no biénio de cerca de € 15,2 milhões; no entanto, em 2009, a situação inverteu-se, apurando-se um resultado operacional positivo de € 1,5 milhões. Este impacto positivo resulta do incremento da receita (% de cobrança sobre contratos de seguro que passou de 1% para 2%), que caso não se tivesse concretizado, originaria a manutenção de resultados negativos.

No triénio em análise apurou-se um acréscimo de 65% no total dos proveitos e ganhos e um acréscimo de 39% no total dos custos e perdas, encontrando-se a sua estrutura evidenciada nos **Quadro 21**.

Quadro 11 – Estrutura dos Proveitos e Ganhos

Unidade: euros

Proveitos e Ganhos	2007		2008		2009		Δ% 07/08	Δ% 08/09	Δ% 07/09
	Valor	%	Valor	%	Valor	%			
Prestação de Serviços	186.058,97	0,4%	144.904,09	0,3%	174.702,30	0,2%	-22,1%	20,6%	-6,1%
Impostos, Taxas e Outros	42.248.471,74	90,5%	41.966.565,49	92,3%	74.686.717,31	97,1%	-0,7%	78,0%	76,8%
Proveitos Suplementares	91.300,00	0,2%	68.725,00	0,2%	243.042,00	0,3%	-24,7%	253,6%	166,2%
Transferências Correntes Obtidas	291.123,13	0,6%	186.813,01	0,4%	93.653,10	0,1%	-35,8%	-49,9%	-67,8%
Outros Proveitos e Ganhos Operacionais	5.165,31	0,0%	9.133,19	0,0%	9.355,21	0,0%	76,8%	2,4%	81,1%
Total de Proveitos Operacionais	42.822.119,15	92%	42.376.140,78	93%	75.207.469,92	98%	-1%	77%	76%
Proveitos e Ganhos Financeiros	1.561.676,77	3,3%	1.040.058,35	2,3%	134.214,98	0,2%	-33,4%	-87,1%	-91,4%
Proveitos e Ganhos Extraordinários	2.315.561,85	5,0%	2.043.241,94	4,5%	1.577.963,20	2,1%	-11,8%	-22,8%	-31,9%
Total de Proveitos e Ganhos	46.699.357,77	100%	45.459.441,07	100%	76.919.648,10	100%	-3%	69%	65%

Fonte: Elaboração própria com correcção dos dados recebidos do INEM em 3-3-2010 e 7-5-2010

Relativamente aos proveitos e ganhos, os Impostos e Taxas representaram, em cada ano do triénio, mais de 90% do total, tendo em 2009 atingido uma representatividade de 97%, com um crescimento face a 2008 de 78%, o que traduz uma inversão da tendência decrescente registada no biénio anterior (-1%).

⁵¹ A DR apresentada foi objecto das alterações explicitadas no Ponto 10.2.1



Tribunal de Contas

Auditoria de Resultados ao INEM

O incremento da receita proveniente de impostos indirectos é justificado pelo aumento da percentagem de cobrança sobre os contratos de seguros, que passou de 1% para 2%.

No que se refere aos custos (vd. **Quadro 12**), verifica-se que os mais significativos foram com pessoal, fornecimentos e serviços externos e transferências correntes, que em 2009 representaram respectivamente 33%, 29% e 26% do total dos custos. Todos estes custos aumentaram ao longo do triénio, com especial destaque para os custos com pessoal que aumentaram 84%.

Quadro 12 – Estrutura dos Custos e Perdas

Custos e Perdas	Unidade: euros								
	2007		2008		2009		Δ%	Δ%	Δ%
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	07/08	08/09	07/09
Custo das Matérias de Consumo	1.030.346,02	1,9%	1.868.972,35	2,7%	1.454.181,21	2,0%	81,4%	-22,2%	41,1%
Fornec. Serviços Externos	16.411.112,67	30,8%	19.486.239,34	28,6%	21.363.362,09	28,8%	18,7%	9,6%	30,2%
Custos c/ Pessoal	13.101.527,22	24,6%	21.477.428,65	31,5%	24.129.499,39	32,6%	63,9%	12,3%	84,2%
Transf. Correntes Conced. e Prest Sociais	15.451.403,06	29,0%	18.240.240,94	26,8%	19.378.415,50	26,2%	18,0%	6,2%	25,4%
Amortizações/Provisões	7.056.710,99	13,3%	6.782.247,00	9,9%	7.422.598,64	10,0%	-3,9%	9,4%	5,2%
Outros Custos Operacionais	8.809,65	0,0%	3.676,29	0,0%	3.652,69	0,0%	-58,3%	-0,6%	-58,5%
Total de Custos Operacionais	53.059.910	99,7%	67.858.805	99,5%	73.751.710	99,5%	28%	9%	39%
Custos e Perdas Financeiras	398,27	0,0%	1.085,68	0,0%	11.779,74	0,0%	172,6%	985%	2857,7%
Custos e Perdas Extraordinárias	152.034,71	0,3%	311.946,54	0,5%	326.408,17	0,4%	105,2%	4,6%	114,7%
Imposto sobre o Rendimento do Exercício	0,00	0,0%	0,00	0,0%	0,00	0,0%			
Total de Custos e Perdas	53.212.342,59	100%	68.171.836,79	100%	74.089.897,43	100%	28%	9%	39%

Fonte: Elaboração própria com correcção dos dados recebidos do INEM em 3-3-2010 e 7-5-2011

Nas transferências correntes estão incluídos os encargos com as corporações de bombeiros, **cuja validação não é exaustiva**, uma vez que tem sido realizada através de amostragem, através do controlo manual dos verbetes enviados pelos bombeiros em suporte papel. Esta validação devia ser exaustiva e realizada por via informática, de modo a garantir uma confirmação da integralidade destes encargos.

Os custos com pessoal ascenderam, em 2009, a € 24,1 milhões **verificando-se um crescimento de 84% face a 2007, o qual resultou do acréscimo de 466% dos custos com “Pessoal dos Quadros – Função Pública”** e do acréscimo de 203% nos custos com “Prestações Sociais Directas” - vd. quadro seguinte.

Quadro 13 – Custos com Pessoal

	Unidade: euros					
	Anos			Δ%	Δ%	Δ%
	2007	2008	2009	07/08	08/09	07/09
Remuneração Org. Dirigentes	215.097,67	184.709,31	185.404,48	-14,1%	0,4%	-13,8%
Remuneração de Pessoal	10.799.949,64	17.949.655,02	20.276.879,43	66,2%	13,0%	87,7%
Remuneração Base do Pessoal	6.464.700,67	10.223.965,11	11.157.735,46	58,2%	8,4%	72,6%
Pessoal Quadros (Função Pública)	1.469.528,03	1.441.856,94	8.312.731,96	-1,9%	82,7%	465,7%
Pessoal C/Contrato Termo Certo		276.327,62	567.422,41		51,3%	
Pessoal em Outra Situação	729.538,78	1.485.191,69		103,6%		-100,0%
Pessoal Quadros (CIT)	4.265.633,86	7.020.588,86	2.277.581,09	64,6%	-208%	-46,6%
Suplementos de Remunerações	3.096.792,70	5.817.022,00	7.013.659,28	87,8%	17,1%	126,5%
Prestações Sociais Directas	31.880,75	47.866,97	96.603,94	50,1%	50,5%	203,0%
Subsídios	1.206.575,52	1.860.800,94	2.008.880,75	54,2%	7,4%	66,5%
Encargos sobre Remunerações	1.703.447,27	2.891.851,51	3.393.027,13	69,8%	17,3%	99,2%
Outros Custos C/Pessoal	383.032,64	451.212,81	274.188,35	17,8%	-39,2%	-28,4%
Total	13.101.527,22	21.477.428,65	24.129.499,39	64%	12%	84%

Fonte: Balancetes do INEM (2007-2009) recebidos em 3-3-2010 e 7-5-2011

O acréscimo dos custos com pessoal resultou do aumento do número efectivos em funções no INEM, que passou de 1042, em 2007, para 1302, em 2009, (estando, neste último ano, 1022 com contrato de trabalho em funções públicas e 110 em mobilidade).



Das restantes rubricas de custos e perdas, salientam-se as diminuições verificadas entre 2007 e 2009, com outros custos operacionais.

Relativamente aos “Fornecimentos e Serviços Externos” verificou-se um aumento de 30% no triénio, sendo a sua composição, em cada ano a que se apresenta:

Gráfico 5- Custos com FSE em 2007

Unidade: milhares de euros

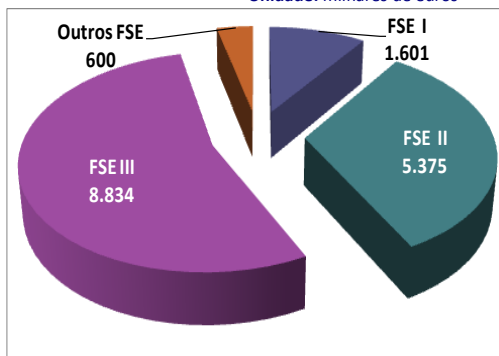
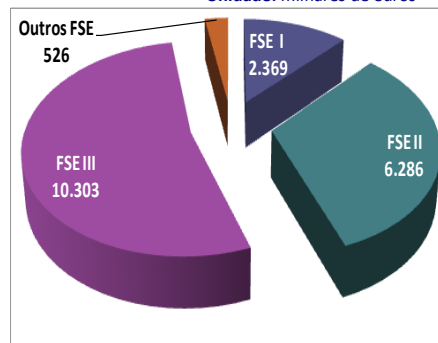


Gráfico 6- Custos com FSE em 2008

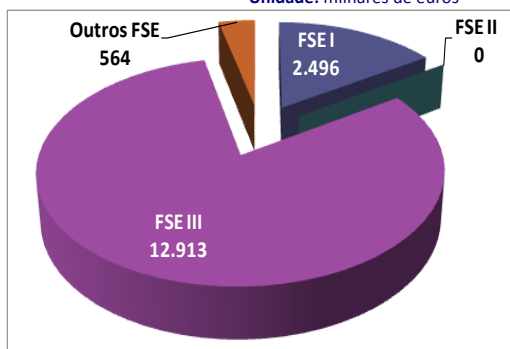
Unidade: milhares de euros



Fonte: Elaboração própria com base em dados recebidos do INEM em 3-3-2010

Gráfico 7- Custos com FSE em 2009

Unidade: milhares de euros



Fonte: Elaboração própria com base em dados recebidos do INEM em 7-5-2010

A rubrica mais expressiva foi a de “Fornecimento e Serviços III” que representou em cada ano do triénio aproximadamente 60% do total. Nesta rubrica destacam-se as sub-rubricas de “Conservação e Reparação” e de “Trabalhos Especializados” que em 2009 representaram 28% e 32% do total (vd. Anexo n.º 9, 10 e 11).

O custo *per capita* e o custo por doente socorrido encontra-se expresso nos gráficos seguintes:

Gráfico 8 – Evolução do custo *per capita* do Sistema de Socorro Pré-hospitalar

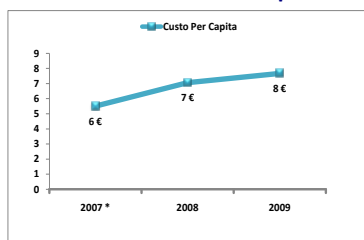
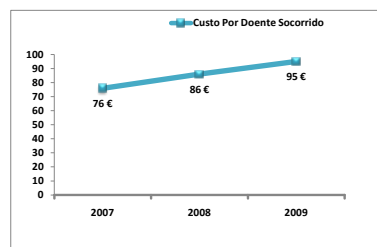


Gráfico 9 – Evolução do custo por Doente Socorrido.



Fonte: Elaboração própria com base em dados recebidos do INEM em 16-03-2010.



O custo *per capita* com a emergência médica pré-hospitalar apresenta uma tendência crescente no triénio em análise. Esta evolução é, em parte, explicada pela necessidade do INEM ampliar a sua rede de meios de modo a responder às exigências do projecto do Ministério da Saúde de Requalificação das Urgências.

Efectuando a análise da evolução do custo por doente socorrido verifica-se um crescimento no triénio de 24%.

Caso se mantenham estes níveis de crescimento de custos, nos próximos anos, e caso o INEM não os consiga conter, será provável que reclame um novo aumento da sua principal receita, isto é da taxa sobre contratos de seguro.

Sobre esta matéria quer a Ministra da Saúde quer o Presidente do Conselho Directivo do INEM, IP, alegam, em sede de contraditório, que “(...) a rede de emergência pré-hospitalar passou de uma cobertura regional para uma cobertura nacional, o que obviamente implica um aumento de custos totais que incorporam, por questões de equidade, os custos de interioridade” referindo ainda que tais factos “(...) traduzem-se inexoravelmente num aumento do custo unitário respectivo, uma vez que a pequena densidade populacional tem como consequência um número de accionamentos menor (...)”.

A Ministra da Saúde refere, ainda, que “(...) Trata-se, nesta matéria de uma opção política do governo e do Ministério da Saúde, de que não aceitamos prescindir: garantir a todos os portugueses condições de acesso à emergência pré-hospitalar em tempo aceitável (...). Pelo exposto não pode ser aplicada uma visão extrinsecamente financeira ao domínio da saúde em particularmente na área da urgência/emergência hospitalar. Em saúde, a eficiência afere-se numa perspectiva macro tendo por base o binómio ganhos em saúde/recursos totais alocados”.

Consideram-se pertinentes as alegações apresentadas, no entanto, as mesmas não invalidam as conclusões retiradas na auditoria, tendo sido inclusivé referido neste ponto do relatório que a tendência crescente do custo *per capita* resulta, em grande parte, das novas exigências de expansão com que o INEM, IP, se tem deparado. Além disso, nunca se colocaram objecções a essa expansão nem à assumpção de custos de interioridade, mas sim à necessidade de uma gestão de meios mais económica, visto que foram quantificadas poupanças possíveis na área do socorro pré hospitalar (vide ponto 11.2.4 e 11.5), que não foram explicitamente contestadas em sede de contraditório, nem colocariam em causa a imprescindível cobertura universal do território nacional⁵².

A aferição da eficiência pressupõe o conhecimento da limitação dos recursos conjugado com a apresentação de evidência sobre a mensuração dos ganhos em saúde, o que não tem sucedido nas decisões tomadas pelo INEM, nem foi evidenciada nas alegações apresentadas pela Tutela, através da apresentação de indicadores próprios que demonstrassem a aplicação do “(...) binómio ganhos em saúde/recursos totais alocados(...)”.

11 PERFORMANCE DO INEM

A rapidez de resposta do Serviço de Emergência está dependente de dois factores principais: i) o tempo que o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) demora para atender as chamadas⁵³ e efectuar a triagem⁵⁴ de modo a permitir o despacho do meio disponível adequado; ii) o tempo que o meio demora para iniciar a deslocação e chegar à zona do incidente⁵⁴.

⁵² E, como tal, permitiriam obter um impacto positivo na evolução do custo *per capita* do sistema de socorro pré hospitalar.

⁵³ Vd. ponto 11.1

⁵⁴ Vd. ponto 11.2



A performance do Serviço será analisada em função da resposta atempada às chamadas de emergência (P0, P1, P9 ou *Category A Calls*)⁵⁵ ocorrida no ano de 2009, a partir das metas internas definidas nos instrumentos de gestão (QUAR), bem como dos padrões estabelecidos noutros serviços de emergência (Inglaterra e Escócia) e estudos de referência internacional. Nesta análise será também tida em consideração a capacidade de resposta do INEM aos pacientes com diferentes níveis de necessidade que determinem prioridades distintas, em função da avaliação e accionamento adequado dos meios de socorro (prioritização das chamadas).

11.1 Atendimento de Chamadas

11.1.1 Metas estabelecidas e Desempenho dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes

No sentido de aferir o desempenho do atendimento de chamadas do INEM foram tidos em consideração os seguintes padrões de referência estabelecidos, a nível interno (SIADAP/QUAR) e internacional, no sistema inglês de emergência (*National Health Service - NHS*):

Figura 4 -Metas de Desempenho para atendimento das chamadas

SIADAP (Interno)	QUAR (Interno)	Sistema Inglês (Internacional)
<ul style="list-style-type: none"> •Supera: Chamadas atendidas, em média, no intervalo [0 a 5 seg[•Atinge: Chamadas atendidas, em média, no intervalo [5 a 10 seg[•Não Atinge: Chamadas atendidas, em média, no intervalo [10 a +00 seg[	<ul style="list-style-type: none"> •Chamadas atendidas em período ≤ 5 seg. 	<ul style="list-style-type: none"> •95 % chamadas atendidas em período ≤ 5 seg.

Fonte: Dados recebidos do INEM em 17-03-2010, QUAR 2009 e metas definidas pelo National Health Service (NHS).

Quadro 14 – Tempo médio de atendimento de chamadas (segundos)

Tempo Médio Atendimento (Segundos)	
2007	14
2008	12
2009	13

Fonte: Dados recebidos do INEM em 17-03-2010

Confrontando o indicador do INEM para o “Tempo médio de resposta no atendimento das chamadas para o período 2007-2009” apurou-se que, em 2009 à excepção do CODU Coimbra, os operadores dos CODU não atingiram os objectivos fixados no âmbito do SIADAP, uma vez que o tempo médio de resposta de 13 seg. ficou muito aquém da superação (0 a 5 seg.) e acima do limite de 10 seg. para o nível de cumprimento.

Relativamente à evolução deste indicador no triénio (2007-2009) verifica-se que o desempenho do mesmo, além de não ter alcançado as metas desejadas para 2009, não registou uma melhoria significativa face ao ano de 2007.

O Presidente do Conselho Directivo do INEM, IP, informa, em sede de contraditório, que:

- “Foram registadas situações de cumprimento do tempo médio fixado - foi o caso de Coimbra, que registou um tempo médio de atendimento de 4,3 segundos (em 2009), e de 5 segundos (até Outubro de 2010);
- Para 2009, foi adoptado um valor padrão cuja evidência demonstrou não ser ajustado à realidade. Só em 2010 foi estabelecido o padrão dos 5 segundos, o qual foi entretanto revisto no QUAR proposto à Tutela para 2011 (a meta passou a [6;7], sendo 5 o valor crítico)”.

⁵⁵O INEM dispõe de uma escala de definição de prioridades das chamadas que contempla 9 níveis. Destes, apenas 4 originam o accionamento de meios (P0,P1, P3 e P9). Os níveis P0, P1 e P9 correspondem a situações de emergência (risco de vida) onde se assume a necessidade de providenciar uma resposta imediata. Estes níveis de prioridade (P0, P1 e P9) encontram paralelo ao nível das *Category A Calls* do Sistema Inglês e Escocês.

Esta informação complementar, ora apresentada, não altera a conclusão vertida sobre o rácio “tempo médio de atendimento das chamadas por operador”. Pelo contrário, revela uma regressão face à meta anterior e às metas internacionalmente definidas, aliviando o grau de exigência no desempenho do atendimento das chamadas.

Além disso, o INEM não procede à recolha permanente e análise regular dos dados que permitem monitorizar este indicador (tempo de atendimento das chamadas), tal como seria exigível face às metas internas estabelecidas no SIADAP e no QUAR.

A utilização pelo INEM do indicador “Tempo médio, em segundos, para atendimento das chamadas” não é o mais adequado para se proceder à avaliação dos técnicos de telecomunicações, uma vez que a leitura deste indicador poderá ocultar um número significativo de casos em que o operador excedeu largamente o tempo de atendimento de chamadas aceitável, condicionando a rapidez e prontidão da resposta ao utente.

As boas práticas internacionais, recomendam que, quer a apresentação, quer a avaliação dos dados deve privilegiar o método dos percentis. O uso de indicadores, tais como a média e a mediana, além de induzirem interpretações ilusórias não têm utilidade para as avaliações clínicas.

No entanto, em sede desta auditoria, construiu-se uma amostra dos tempos de atendimento de todas as chamadas atendidas no primeiro trimestre de cada ano incluído no triénio 2008-2010⁵⁶, de modo a precisar o número de chamadas, por CODU, atendidas nos intervalos de tempo definidos pelas metas estabelecidas no SIADAP e no QUAR.

Os gráficos seguintes evidenciam os resultados apurados:

Gráfico 10 - % de chamadas atendidas no intervalo definido pelo serviço no âmbito do SIADAP (intervalo 5 a 10 segs)

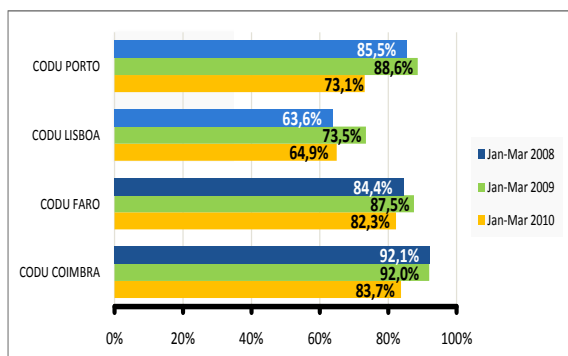
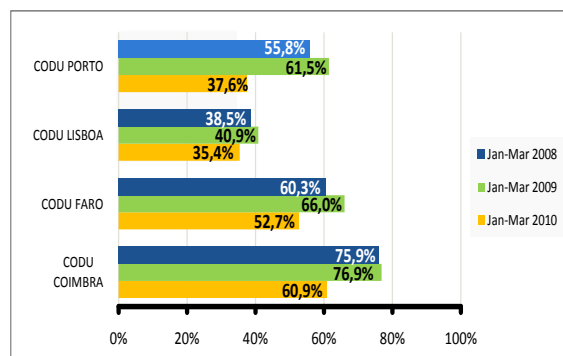


Gráfico 11- % de chamadas atendidas no intervalo definido pelo serviço no âmbito do QUAR (meta ≤ 5 segs.)



Fonte: Dados recebidos do INEM em 04-05-2010

Nota: Apenas se encontram consideradas as chamadas 112. Incluem-se as chamadas não atendidas cuja duração do toque é superior a 10 segundo.

Verifica-se **uma percentagem insatisfatória de chamadas atendidas no intervalo definido no âmbito do QUAR**. Observam-se, em 2009, percentagens que variam entre os 40,9% e os 76,9% registados pelo CODU Lisboa e CODU Coimbra, respectivamente. Perspectiva-se que o desempenho se deteriora em 2010, já que a percentagem de chamadas atendidas que cumpre a meta definida no QUAR se situa entre os 35,4% e os 60,9% registados novamente pelo CODU Lisboa e CODU Coimbra.

⁵⁶ Em virtude do INEM não ter disponibilizado dados relativos ao ano completo, tendo apenas facultado uma amostra detalhada relativa ao 1º trimestre do triénio 2008-2010.



No que respeita à percentagem de chamadas não atendidas, destacou-se a percentagem que se situa em intervalo de tempo superior a 10 segundos⁵⁷.

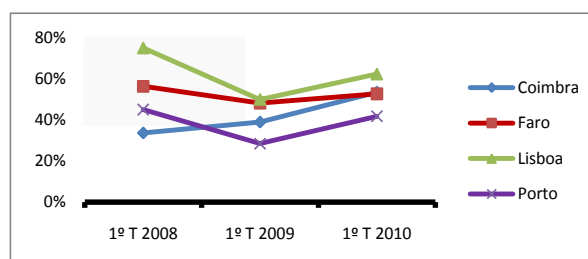
O Presidente do Conselho Directivo do INEM, IP, vem referir, em sede de contraditório, que “(...) foi implementado um posto de “call-back”, que pretende minimizar o impacto do não atendimento de situações potenciais de emergência, funcionalidade implementada no CODU de Lisboa em Março de 2009, e posteriormente nos restantes CODU (Porto, Coimbra e Algarve) ...”.

Apesar da justificação, mantém-se a conclusão respeitante a este ponto, uma vez que não está em causa o número de chamadas não atendidas, mas sim o restabelecimento posterior dos contactos perdidos.

Quadro 15 - % de chamadas não atendidas no 1.º trimestre do triénio 2008-2010

CODU	1º T 2008	1º T 2009	1º T 2010
Coimbra	2,1%	2,2%	2,7%
Faro	3,0%	2,4%	3,0%
Lisboa	8,6%	4,3%	4,9%
Porto	3,9%	3,4%	4,8%

Gráfico 12 - % de chamadas abandonadas após um período de espera superior a 10 segundos



Fonte: Dados recebidos do INEM em 04-05-2010; **Nota:** Só inclui chamadas 112. Dados reportados ao 1º trimestre.

A maior percentagem de chamadas não atendidas no 1º trimestre de 2009 regista-se no CODU Lisboa e Porto com 4,3% e 3,4% respectivamente. Seguem-se o CODU Faro e Coimbra com níveis de chamadas não atendidas semelhantes (2,4% e 2,2%).

Observa-se que são os utentes servidos pelo CODU Lisboa e Faro que registam uma maior insistência em encetar contactos sem obter a devida resposta por parte do operador de telecomunicações (cerca de 50%) num período de 10 segundos. Seguem-se o CODU Coimbra e Porto com 39% e 28,5% de chamadas abandonadas após um período de espera superior a 10 segundos.

Assim, a análise conjugada dos indicadores “% de chamadas não atendidas por CODU” e “% de chamadas abandonadas após um período de espera superior a 10 segundos” permite concluir que as maiores dificuldades em aceder ao Sistema Integrado de Emergência Médica se registam no CODU Lisboa e Faro, seguindo-se o CODU Coimbra, a que corresponde a maior parte do território nacional. Note-se que, embora o CODU Porto apresente a segunda maior percentagem de chamadas não atendidas, observa-se que apenas 28,5% de chamadas abandonadas superam um período de 10 segundos, tal como se confirma no quadro seguinte:

⁵⁷A percentagem de chamadas não atendidas por CODU constitui um indicador importante que permite aferir a maior ou menor facilidade por parte dos utentes em encetar contactos com o CODU. No entanto, torna-se necessário efectuar uma análise conjugada deste indicador com a % de chamadas abandonadas após um período de espera superior a 10 segundos, porque existem situações em que o Serviço regista chamadas abandonadas (não atendidas) cuja duração do toque ainda não excedeu o tempo clinicamente aceitável ou definido nas metas internas e internacionais. Tais situações deverão ser excluídas da análise, uma vez que não revelam tempos de espera inaceitáveis. Para uma análise mais detalhada **Vd. Anexo nº 9 a 11.**

Quadro 16 – Tempo médio de abandono das chamadas não atendidas (em segundos)

CODU	2008			2009			2010		
	Jan	Fev	Mar	Jan	Fev	Mar	Jan	Fev	Mar
Faro	27,5	36,9	26,8	31,5	27,3	24,1	38,9	31,5	28,0
Lisboa	35,4	52,4	56,3	35,8	29,3	21,7	51,1	41,7	46,7
Porto	30,5	21,6	15,8	18,7	7,8	10,9	25,0	18,2	18,4
Coimbra	13,8	17,1	19,6	19,4	18,0	23,8	34,9	23,4	28,2

Fonte: Dados recebidos do INEM em 04-05-2010; Nota: Só inclui chamadas 112

A evolução desfavorável dos indicadores acima mencionados para o 1º trimestre de 2010 revela um acréscimo na dificuldade de acesso ao sistema pelos utentes o que poderá implicar uma deterioração da qualidade da assistência prestada aos utentes, sem prejuízo das medidas correctivas que venham a ser implementadas até ao fim do ano.

Quando confrontados os dados da amostra por trimestre face aos dados anuais do ano de 2009, isto é, relativos à totalidade das chamadas recebidas em 2009⁵⁸, observou-se que a percentagem de chamadas não atendidas do universo apresenta um desvio materialmente relevante relativamente á percentagem de chamadas não atendidas da amostra no primeiro trimestre de 2009.

Quadro 17 – % de chamadas não atendidas 1º Trimestre de 2009 VS Ano 2009

CODU	1º T 2009	Ano 2009	Desvio
Coimbra	2,2%	3,8%	71,9%
Faro	2,4%	3,6%	49,2%
Lisboa	4,3%	5,5%	28,9%
Porto	3,4%	5,5%	62,0%
Nacional	3,3%	4,9%	47,8%

Fonte: Dados recebidos do INEM em 03-03-2010 e 04-05-2010. Nota: Só inclui chamadas 112

A análise efectuada revela que as evidencias relativas ao 1º trimestre de cada ano podem ser extrapoladas para o universo, dado que os valores, por si só, inaceitáveis dos indicadores trimestrais ainda são mais graves quando apurados anualmente.

Em síntese, considerando que, a qualidade da assistência aos utentes se inicia num contacto rápido e eficaz com o CODU, a existência de tempos de atendimento de chamadas significativamente superiores aos estabelecidos como referência e elevadas percentagem de chamadas não atendidas poderão resultar em consequências graves para os utentes.

11.1.2 Condicionantes do desempenho dos CODU

No sentido de identificar as causas que poderão estar na origem de um desempenho aquém das metas e padrões estabelecidos, analisaram-se duas áreas chave:

- Identificação do n.º óptimo de operadores face às solicitações efectuadas a cada CODU;
- Identificar recursos que não se encontram devidamente potenciados e que poderiam contribuir para a melhoria da performance do serviço e da qualidade da assistência prestada ao cidadão.

A avaliação da relação entre o número de operadores de telecomunicações existentes em cada CODU e o desempenho de referência do serviço foi determinado com base nos seguintes rácios:

- i. O rácio óptimo de operadores de telecomunicações definidos no Manual do CODU;

⁵⁸ Este ficheiro não dispõe dos tempos de atendimento das chamadas. Apenas possui o total de chamadas atendidas e não atendidas para o ano de 2009.



- ii. O rácio óptimo considerado pela empresa Intergraph, que foi responsável pela concepção da aplicação informática SIADEM que gere toda a actividade operacional do INEM.

O rácio óptimo fixado no Manual do CODU é de 1 posto de Operador de Comunicações em Emergência Médica - OPCEM por 100 chamadas recebidas em cada turno⁵⁹. Este indicador resulta em aproximadamente 12,5 chamadas/hora atendidas por cada posto de -OPCEM⁶⁰.

Assim, a partir do quadro infra constata-se que, em média, nenhum CODU excedeu o rácio operador/chamadas padrão.

Quadro 18 – Rácio TOTE+Enfermeiro/Chamadas recebidas por turno – 1º Trimestre 2009

CODU	Jan			Fev			Mar		
	00-08H	08-16H	16-24H	00-08H	08-16H	16-24H	00-08H	08-16H	16-24H
Porto	47,6	78,6	50,4	40,9	67,9	43,9	39,4	64,5	46,8
Coimbra	26,0	47,9	30,0	23,8	46,8	30,2	22,4	43,0	29,4
Lisboa	35,0	49,0	34,0	30,3	44,1	32,8	31,3	42,4	32,2
Faro	14,4	23,2	16,9	12,1	21,3	16,5	12,8	20,4	16,5

Fonte: Dados recebidos do INEM em 03-03-2010.

Nota: Inclui todas as chamadas (Só 112+ Internas).

Contudo, para confirmar, se, em cada dia do trimestre analisado, se registaram situações em que o rácio óptimo foi excedido, apurou-se que só o CODU Porto ultrapassou o rácio óptimo de chamadas por operador (12,5 chamadas/hora) em apenas quatro dias, a maioria das quais no turno das 08-16H.

Quadro 19 – N.º de situações em que o rácio TOTE+Enfermeiro/Chamadas foi excedido

CODU	Jan			Fev			Mar		
	00-08H	08-16H	16-24H	00-08H	08-16H	16-24H	00-08H	08-16H	16-24H
Porto	1	3	0	0	0	0	0	0	0
Coimbra	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lisboa	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Faro	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Dados recebidos do INEM em 03-03-2010.

Nota: Inclui todas as chamadas (Só 112+ Internas).

O CODU Lisboa, apesar de evidenciar uma menor carga de trabalho face ao CODU Porto, regista um pior desempenho ao nível dos indicadores “Tempo de atendimento das chamadas (em segundos) e “% de chamadas não atendidas” no decurso do 1º Trimestre de 2009. O mesmo facto se observa quando se procede à comparação entre o CODU Coimbra e o CODU Faro. Apesar de um índice largamente superior de chamadas recebidas por operador, verifica-se que o CODU Coimbra apresenta um desempenho superior ao CODU Faro no que respeita aos indicadores acima referidos.

As observações acima descritas indiciam diferentes níveis de produtividade por parte dos operadores TOTE dos diversos CODU.

Recorde-se que o indicador “Tempo médio de abandono das chamadas” explicitado no **Quadro 16** veio confirmar que no 1º trimestre de 2009 foram os CODU Lisboa e Faro que foram objecto de uma maior insistência por parte dos utentes em efectuarem o primeiro contacto com o SIEM, sem obterem a devida prontidão no atendimento das chamadas. Este indicador no CODU Lisboa e CODU

⁵⁹ Cada turno abrange um período de 8 horas.

⁶⁰ 100 chamadas/8 horas=12,5 chamadas

Faro representa sensivelmente o dobro do verificado no CODU Porto e CODU Coimbra, respectivamente.

Considerando o número de posições desejáveis para cada CODU sugeridas pela Intergraph⁶¹, observa-se o seguinte:

Quadro 20 – N.º de posições óptimas definidas pela Intergraph

CODU	Porto	Coimbra	Lisboa	Faro
N.º operadores atendimento para a hora de pico	7,03	4,69	8,59	3,52
N.º operadores despacho para a hora de pico	8	5	9	4
N.º operadores atendimento para a hora de pico	3,75	2,50	4,58	1,88
N.º operadores despacho para a hora de pico	4	3	5	2

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recebidos do INEM em 03-03-2010 e 22-04-2010.

Repare-se que o n.º de posições ideais constantes do quadro supra foi estimado pela Intergraph em 2004, tendo incidido sobre o **conjunto de pressupostos de anos anteriores que se encontram desajustados⁶² e distantes da actual actividade do INEM.**

Tendo presente o actual número de chamadas de emergência recebidas e respectivo perfil, usando a metodologia proposta pela Intergraph⁶³, procedeu-se à identificação do número óptimo de posições desejáveis para cada um dos CODU:

Quadro 21 – N.º de posições óptimas estimadas de operadores de telecomunicações

CODU	Porto			Coimbra			Lisboa			Faro		
	00-08H	08-16H	16-24H	00-08H	08-16H	16-24H	00-08H	08-16H	16-24H	00-08H	08-16H	16-24H
N.º chamadas por dia	2.018			1.079			1.764			329		
% máxima de chamadas por turno	19%	45%	36%	19%	45%	36%	19%	45%	36%	19%	45%	36%
Chamadas no turno com % máxima	391	904	722	209	484	386	342	790	632	64	147	118
% de chamadas em hora de pico	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
N.º chamadas durante a hora de pico	98	226	181	52	121	97	86	198	158	16	37	29
Atendimento	Porto			Coimbra			Lisboa			Faro		
	00-08H	08-16H	16-24H	00-08H	08-16H	16-24H	00-08H	08-16H	16-24H	00-08H	08-16H	16-24H
Duração média do atendimento telefónico de uma chamada	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
N.º operadores atendimento para a hora de pico	4,08	9,42	7,52	2,18	5,04	4,03	3,57	8,23	6,58	0,66	1,53	1,23
	5	10	8	3	6	5	4	9	7	1	2	2
Despacho	Porto			Coimbra			Lisboa			Faro		
	00-08H	08-16H	16-24H	00-08H	08-16H	16-24H	00-08H	08-16H	16-24H	00-08H	08-16H	16-24H
% de chamadas que resultam em despacho	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%
N.º de chamadas que resultam em despacho por hora	39	90	72	21	48	39	34	79	63	6	15	12
Duração do acompanhamento da ocorrência	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
N.º máximo de ocorrências acompanhadas em simultâneo por um despachante	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
N.º operadores despacho para a hora de pico	2,17	5,02	4,01	1,16	2,69	2,15	1,90	4,39	3,51	0,35	0,82	0,65
	3	6	5	2	3	3	2	5	4	1	1	1
Total Operadores	8	16	13	5	9	8	6	14	11	2	3	3

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recebidos do INEM em 03-03-2010 e 22-04-2010.

⁶¹Os pressupostos subjacentes à metodologia usada pela Intergraph poderão ser analisados no Anexo nº16 e nº17.

⁶² O n.º de posições ideais estimadas pela Intergraph foi elaborado em 2004. Desde então, a actividade do INEM sofreu um acréscimo muito considerável, o que se traduz numa necessidade de alteração dos pressupostos assumidos.

⁶³ De mencionar que face ao que havia sido inicialmente assumido pela Intergraph, foram alterados os pressupostos **% média de ocorrências por turno e valor de pico de ocorrência por turno**. Os novos pressupostos assumidos encontram-se sustentados no perfil das chamadas recebidas em 2009, os quais podem ser visualizados no **Anexo nº 18 e nº 19**.



Quadro 22 – N.º médio de operadores TOTE+Enfermeiro por turno em 2009 por CODU

CODU	TOTE+Enfermeiro		
	00-08H	08-16H	16-24H
Porto	9	13	13
Coimbra	7	11	10
Lisboa	11	16	15
Faro	5	6	6

Fonte: Dados recebidos do INEM em 03-03-2010.

Da confrontação entre o **Quadro 21** e **Quadro 22** resulta que apenas o CODU Porto regista um número de operadores inferior ao óptimo. Face ao volume de chamadas recebidas e respectivo perfil, este CODU necessitaria que lhe fossem afectos três elementos adicionais (turno das 08-16H). Inversamente, todos os restantes CODU evidenciam um número de operadores superior ao padrão óptimo, sendo de destacar casos em que o número de operadores ao serviço duplica o respectivo número de óptimo, como sejam o CODU Faro (todos os turnos) e CODU Lisboa (turno das 00-08H).

Face ao que precede, salienta-se que o **INEM possui margem para efectuar uma gestão mais eficiente dos recursos ao seu dispor**. Conclui-se igualmente que, à excepção do CODU Porto (turnos 00-08H e 08-16H), todos os CODU evidenciam um número de operadores ao seu dispor que não justificam o desempenho evidenciado ao nível dos indicadores “% de chamadas não atendidas”, “ % de chamadas abandonadas após um período de 10 segundos” e o desfasamento evidenciado face á meta “Tempo decorrido entre o 1º toque e o atendimento da chamada inferior ou igual a 5 segundos”, o que significa que **será desejável melhorar os procedimentos operacionais actualmente existentes nos CODU**.

Em sede de contraditório, o Presidente do Conselho Directivo do INEM, IP, vem referir que “(...) No tocante ao número ideal de operadores por turno, entende-se que o número de posições óptimas definidas pela empresa consultora está desadequado, atendendo a que foi elaborado em 2004 e não considera o total de chamadas processadas pelo CODU, nomeadamente as chamadas «internas», decorrentes de pedidos de triagem dos bombeiros (...)” informando ainda que “Em qualquer caso irão ser reforçados os mecanismos de recolha e disponibilização de informação de gestão relevante aos responsáveis pelos CODU de modo a facilitar a identificação e a tomada de medidas correctivas para as disfuncionalidades verificadas”.

Sobre esta matéria refira-se que o número óptimo de posições desejáveis para cada CODU foi estimado pela equipa de auditoria utilizando a metodologia proposta pela Intergraph, com alteração dos pressupostos “nº médio de chamadas recebidas por dia”, o qual inclui as chamadas internas, “% média de ocorrências por turno” e “valor de pico de ocorrência por turno”, encontrando-se os pressupostos assumidos sustentados no perfil das chamadas recebidas em 2009.

Face ao que antecede, considera-se que o teor das alegações proferidas não altera as observações de auditoria respeitantes ao número de posições óptimas estimadas de operadores de telecomunicações.

Por outro lado importará também considerar a possibilidade de reduzir o número de chamadas entradas no INEM, tal como resulta da análise do quadro seguinte:

Quadro 23 – Peso das chamadas internas nas chamadas recebidas por CODU - 2009

CODU	Total chamadas recebidas			Chamadas internas			% Chamadas internas		
	Ch. Atend	Perdidas	Total	Ch. Atend	Perdidas	Total	Ch. Atend	Perdidas	Total
Faro	115.594	4.321	119.915	7.087	275	7.362	6,1%	6,4%	6,1%
Lisboa	601.301	42.666	643.967	115.402	14.367	129.769	19,2%	33,7%	20,2%
Porto	687.747	48.751	736.498	200.651	20.537	221.188	29,2%	42,1%	30,0%
Coimbra	378.999	15.001	394.000	27.947	1.190	29.137	7,4%	7,9%	7,4%
Total Nacional	1.783.641	110.739	1.894.380	351.087	36.369	387.456	19,7%	32,8%	20,5%

Fonte: Dados recebidos do INEM em 03-03-2010.

Salienta-se que cerca de 20,5% das chamadas são internas, resultando da necessidade dos meios que se encontram no terreno obterem informações adicionais acerca do local da ocorrência e de procederem à passagem de dados clínicos para o CODU.

Assim, o volume de chamadas internas poderia ser largamente reduzido caso as funcionalidades tecnológicas já adquiridas (Terminal Móvel Embarcado e Tablet PC) estivessem em pleno funcionamento⁶⁴. Para além dos evidentes benefícios ao nível da redução da percentagem de chamadas não atendidas e tempo de atendimento de chamadas e consequente melhoria na qualidade do serviço prestado, poder-se-ia igualmente obter uma redução das posições óptimas estimadas⁶⁵, explicitadas no **Quadro 21**.

11.2 Prestação do Socorro na Emergência Pré-Hospitalar

No que respeita à avaliação da capacidade do sistema de socorro pré - hospitalar⁶⁶, coordenado pelo INEM em providenciar a chegada do meio adequado ao local do incidente em tempo útil, procedeu-se à análise de áreas críticas onde o socorro pré-hospitalar pode interferir na optimização dos ganhos em saúde.

De acordo com o Conselho Europeu de Ressuscitação (*European Resuscitation Council*) destacam-se cinco ocorrências onde os sistemas de emergência pré - hospitalar podem desempenhar um papel crucial:

- Acidente vascular cerebral;
- Ataques cardíacos (Morte Cardíaca Súbita);
- Dor de peito, incluindo síndrome agudo da coronária;
- Dificuldades de respiração severas;
- Traumas severos.

Estas patologias estão entre as quatro principais causas de morte na União Europeia e apresentam como características comuns a necessidade de uma rápida avaliação e tratamento dos pacientes e, especificamente, a necessidade de iniciar os cuidados em ambiente pré-hospitalar e o transporte para um serviço de atendimento definitivo.

As recomendações internacionais preconizam que o acesso óptimo deve ser providenciado a todos os habitantes que tenham a possibilidade de sobreviver a uma situação de risco de vida, pelo que os sintomas dos pacientes devem ser avaliados de um modo preciso e rápido, devendo ser estabelecidas prioridades e providenciadas respostas com os meios adequados às situações.

⁶⁴ Vd. Ponto 11.4.

⁶⁵ Vd. Anexo nº20.

⁶⁶ A emergência pré - hospitalar é uma parte vital do processo, fornecendo as ligações críticas no início da cadeia de sobrevivência.



11.2.1 Tempo de Resposta das Ambulâncias: Metas Internas e Padrões de Referência Internacional

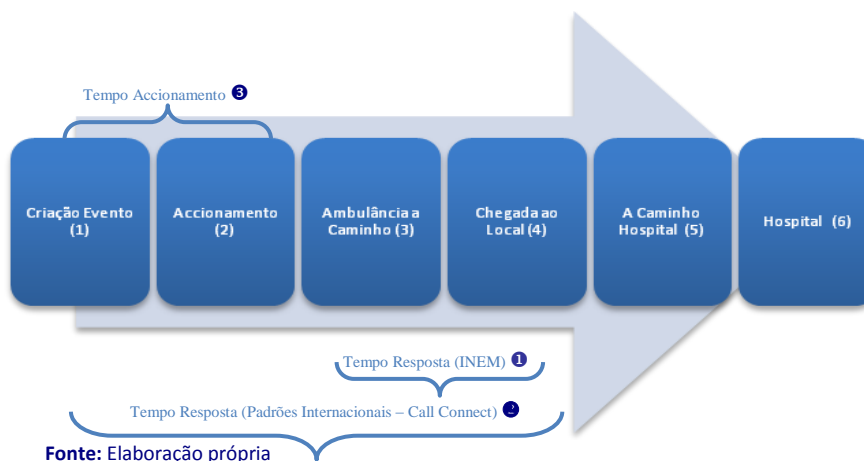
Para avaliar a capacidade de resposta dos vários sistemas de emergência pré - hospitalar de uma forma padronizada e comparável é usado, a nível internacional, o indicador Tempo de Resposta, o qual reflecte precisamente a disponibilidade de atendimento de emergência pré - hospitalar.

Desde 1 de Abril de 2008, as instruções emanadas pelo Departamento de Saúde Inglês (*National Health Service*) exigem que o Tempo de Resposta seja aferido a partir do momento em que a chamada dá entrada na sala de controlo das ambulâncias. Os serviços de ambulâncias passaram a ser avaliados de acordo com este novo critério a partir de 2008.

O indicador Tempo de Resposta utilizado pelo INEM para monitorizar o desempenho, não se encontra alinhado com os actuais padrões internacionais, uma vez que **não inclui dois intervalos de tempo que assumem um papel relevante na demora do socorro pré-hospitalar**: i) o tempo que a chamada demorou a ser atendida e ii) o tempo gasto na comunicação com o operador, durante o qual este efectua a triagem (avaliação da severidade da ocorrência, estabelecimento de prioridades e accionamento do meio apropriado).

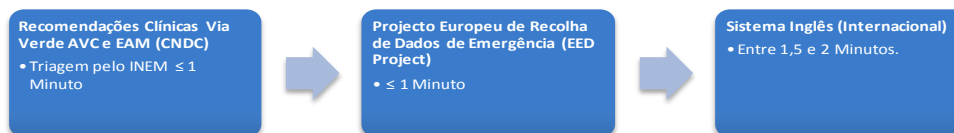
As diferentes metodologias de cálculo acima descritas encontram-se explicitadas na figura infra:

Figura 5- Indicador Tempo de Resposta (INEM vs Padrões Internacionais)



As metas de desempenho recomendadas para avaliar a natureza da emergência (3) e chegada do meio ao local (1) (2) encontram-se evidenciadas nas figuras infra:

Figura 6 – Metas de Desempenho para o indicador Tempo Accionamento



Fonte: Elaboração própria

Figura 7- Metas de Desempenho para o indicador Tempo Resposta

QUAR (Interno)	Recomendações Clínicas Via Verde AVC e EAM (Cordenação Nacional Doenças Cardiovasculares)	Serviço Saúde Inglês (National Health Service)	Sistema Escocês	Projecto Europeu Recolha Dados Emergência (Internacional)
<ul style="list-style-type: none"> Tempo de Resposta das ambulâncias SIV e SBV, desde o accionamento pelo CODU à chegada ao local em tempo ≤ 15 minutos, em áreas urbanas Tempo de Resposta das ambulâncias SIV e SBV, desde o accionamento pelo CODU à chegada ao local em tempo ≤ 30 minutos, em áreas rurais 	<ul style="list-style-type: none"> Chegada da equipe do INEM ao local até 8 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> 75% Chamadas Emergência (Category A Calls) ≤ 8 minutos 95% das Chamadas Emergência (Category A Calls) num intervalo de 14 minutos nas áreas urbanas e 19 minutos nas áreas rurais 	<ul style="list-style-type: none"> 75% Chamadas Emergência (Category A Calls) ≤ 8 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> Chamadas de Emergência (Category A Calls) ≤ 8 minutos.

O modelo da viagem do paciente de emergência preconizado pelo Sistema Europeu de Recolha de dados de Emergência encontra-se evidenciado na figura infra:

Figura 8- Modelo da viagem do paciente – AVC, Ataque cardíaco, Coronária – Sistema Alto Desempenho



Fonte: Projecto Europeu de Recolha de Dados de Emergência (EED Project)

* Este tempo de accionamento é mais exigente que o obtido através do INEM, dado que neste caso pressupõem-se que a ambulância já se encontra a caminho.

De acordo com o sustentado pelas recomendações constantes do Projecto Europeu de recolha de dados, em situações onde se verifica risco imediato de vida, **o meio de emergência deverá chegar ao local da ocorrência num intervalo de 8 minutos**. O meio a que se referem as recomendações contidas neste estudo é de Suporte Avançado de Vida (SAV), uma vez que se está perante situações graves que exigem a administração de cuidados diferenciados/avançados.



11.2.2 Desempenho Comparado do INEM na Resposta a Casos de Emergência

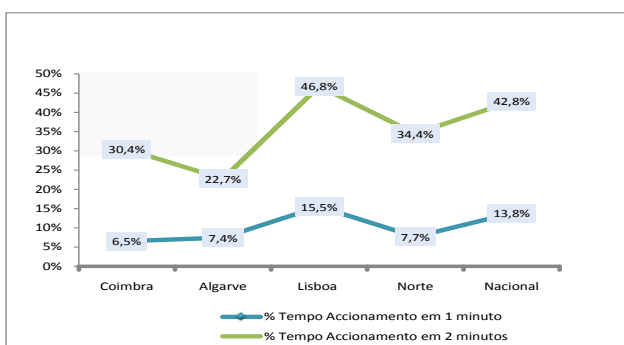
Com a finalidade de avaliar a performance do Serviço ao nível das solicitações de emergência (risco de vida), procedeu-se a uma análise da escala de prioridade usada pelo INEM na triagem das chamadas, identificando-se as que se traduzem em risco imediato de vida – Situações de Emergência - (P0, P1 e P9). A P3 consiste numa Situação de Urgência onde não existe risco imediato de vida.

O INEM evidenciou o seguinte desempenho para o ano de 2009 ao nível das chamadas de emergência (P0, P1, P9)⁶⁷:

Quadro 24 – Tempo Accionamento por CODU (P0, P1 e P9)

Table with 4 columns: CODU, Percentil 75, Percentil 90, Percentil 95. Rows include Coimbra, Algarve, Lisboa, Norte, and Nacional.

Gráfico 13 - % Chamadas (P0, P1 e P9) com Tempo Accionamento de 1 e 2 minutos



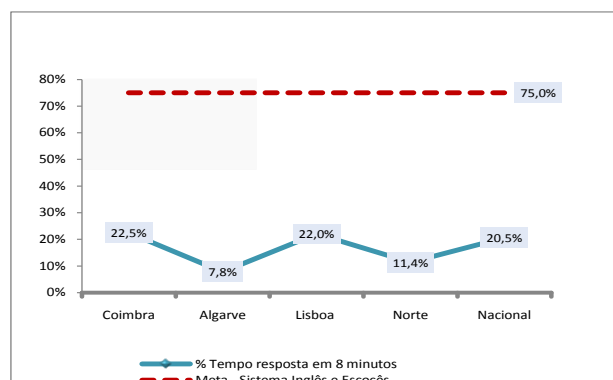
Fonte: Elaboração própria com base nos dados recebidos do INEM em 22-04-2010

Nota: % accionamentos monitorizados 11,2% (23.203+64.244) / (779.770). Excluídos Tempos Accionamento <10 segundos

Quadro 25 – Tempo Resposta* – SBV, SIV

Table with 4 columns: CODU, Percentil 75, Percentil 90, Percentil 95. Rows include Coimbra, Algarve, Lisboa, Norte, and Nacional.

Gráfico 14 - % Chamadas com Tempo Resposta no intervalo de 8 minutos



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recebidos do INEM em 22-04-2010

Pressuposto: Nos níveis P0, P1 e P9 são accionados meios de SBV e SAV. Assume-se que pela maior quantidade de meios disponíveis, o primeiro meio a chegar ao local é o de SBV. Como tal, expurgou-se os tempos de resposta do SAV (VMER, Helis).

Nota: A % de accionamentos monitorizados a nível nacional (SBV, SIV, PEM, Reserva, NINEM) ascende a 11,5%. CODU Lisboa (28,2%); CODU Coimbra (6%); CODU Algarve (17,6%) e CODU Norte (0,8%).

* Corresponde à medição do Tempo de Resposta de acordo com os padrões internacionais (vide Figura 5).

Da leitura do Gráfico 13, depreende-se que o tempo que o CODU demora para aferir a natureza da emergência e proceder ao accionamento do meio adequado é muito superior aos padrões definidos a nível internacional, o que prejudica a capacidade do meio chegar ao local da ocorrência em tempo útil.

67 A informação disponibilizada pelo INEM não permitiu monitorizar a totalidade das ocorrências

Observa-se que a performance associada aos meios SBV e SIV, ao nível das chamadas de emergência (P0, P1, P9), é manifestamente insuficiente, quando comparada com os standards internacionais. Como se depreende pela leitura do **Gráfico 14**, apenas **20,5% das ocorrências são respondidas no intervalo de 8 minutos**. A nível regional, observa-se que a área servida pelo CODU Algarve é a que evidencia o pior desempenho com aproximadamente 7,8% das ocorrências respondidas no intervalo de 8 minutos. O CODU Coimbra e Lisboa são os que apresentam uma maior % de ocorrências respondidas no intervalo de 8 minutos (22,5% e 22,0% respectivamente), mesmo assim extremamente aquém dos padrões clínicos desejáveis para este tipo de ocorrências. De acordo com o **Quadro 25**, 75% dos casos são atendidos no intervalo de, aproximadamente, 20 minutos.

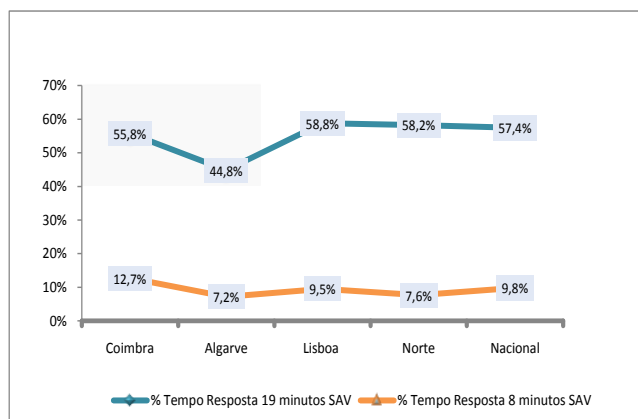
Note-se que se trata de ocorrências onde a resposta rápida e a administração de tratamento precoce têm um forte impacto na sobrevivência e redução da morbilidade do paciente, designadamente nas ocorrências relacionadas com AVC, enfarte agudo do miocárdio ou paragens cárdio-respiratórias.

A **capacidade do serviço em fornecer uma resposta de Suporte Avançado de Vida** no local da ocorrência, recorrendo às viaturas VMER, encontra-se expressa na seguinte representação gráfica:

Quadro 26 – Tempo Resposta* de SAV

CODU	Percentil 75	Percentil 90	Percentil 95
Coimbra	00:28:49	00:44:28	00:56:36
Algarve	00:32:43	00:49:50	01:02:20
Lisboa	00:26:55	00:42:30	00:53:18
Norte	00:26:18	00:43:43	00:52:48
Nacional	00:27:52	00:43:26	00:54:44

Gráfico 15 – % de casos que beneficiaram de SAV no intervalo de 8 e 19 minutos.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recebidos do INEM em 22-04-2010

Nota: Accionamentos monitorizados – CODU Nacional (12,4%); CODU Lisboa (29,3%); CODU Coimbra (7,6%); CODU Algarve (12,3%) e CODU Norte (0,8%).

* Corresponde à medição do Tempo de Resposta de acordo com os padrões internacionais (vide Figura 5).

O desempenho do INEM em providenciar Suporte Avançado de Vida está muito distante dos standards internacionais. Face ao padrão definido pelo *South Western Ambulance*⁶⁸ (NHS) de 95% das chamadas de emergência beneficiarem de uma resposta de SAV no intervalo de 19 minutos, observa-se que a nível nacional, apenas 57,4% das ocorrências de emergência beneficiam de uma tripulação com dispositivos para prestar cuidados avançados/diferenciados no horizonte temporal referido. A área coberta pelo CODU Algarve é a que apresenta uma pior performance evidenciando apenas 44,8% dos casos atendidos no intervalo de 19 minutos. De acordo com o **Quadro 26**, 95% dos casos são atendidos no intervalo de, aproximadamente, 54 minutos.

O desempenho do Serviço revela maior fragilidade quando comparado com o standard definido no Projecto Europeu de Recolha de Dados de Emergência. Observa-se que a nível nacional, a percentagem de casos em que foram utilizados os meios de Suporte Avançado de Vida (VMER) no intervalo de 8 minutos é apenas de 9,8%.

⁶⁸ O qual é menos exigente que o definido no Projecto Europeu de Recolha de Dados de Emergência (EED Project).



Quadro 27 – % de chamadas de emergência com Tempo de Resposta no intervalo de 8 minutos

Face ao desempenho do Serviço Inglês e Escocês, ao nível das chamadas de emergência (Category A Calls) o desempenho do INEM fica muito aquém do desempenho evidenciado por aqueles sistemas.

O desempenho do sistema inglês registou uma capacidade de resposta (SBV) que se situou no intervalo entre 68,4% e 78% de prestação de socorro no intervalo dos 8 minutos, sublinhando-se que na maior parte das suas unidades operacionais a percentagem de resposta é superior a 70%.

O sistema escocês revela também um desempenho relevante, uma vez que a percentagem de respostas (SBV) no intervalo dos 8 minutos foi de 71,9%.

Serviços de Ambulância - Inglês (NHS Trust) e Escocês	% Chamadas
East Midlands Ambulance Service NHS Trust	76,0%
East of England Ambulance Service NHS Trust	74,6%
Great Western Ambulance Service NHS Trust	68,4%
London Ambulance Service NHS Trust	75,5%
North East Ambulance Service NHS Trust	75,7%
North West Ambulance Service NHS Trust	74,3%
South Central Ambulance Service NHS Trust	72,6%
South East Coast Ambulance Service NHS Trust	75,2%
South Western Ambulance Service NHS Trust	78,0%
West Midlands Ambulance Service NHS Trust	75,4%
Yorkshire Ambulance Service NHS Trust	69,4%
Scottish Ambulance Service (Serviço Escocês)	71,9%

Nota: Serviço Inglês – Período análise Abril 2008 a Março 2009; Serviço Escocês – Período análise 2009. Refira-se que o Serviço Inglês é composto por 12 companhias de ambulâncias, devidamente identificadas com a designação NHS Trust.

Fonte: Care Quality Commissions annual health check

Em sede de contraditório, o Presidente do Conselho Directivo do INEM, IP, refere que “(...) Importa reter que se comparam realidades que porventura não são comparáveis entre si. Com efeito, os modelos internacionais têm procedimentos automatizados de triagem e accionamento que não se verificam ainda no nosso País. Em determinados Países, que aqui são usados como termo de comparação, a ambulância é sempre accionada e nunca se verifica uma recusa de envio deste meio, pelo que a triagem não é tão exaustiva (...)”.

Referiu concretamente ao nível do Indicador Tempo de Resposta que, “(...) Para além disso, os próprios tempos de resposta definidos a nível internacional não são homogéneos nem uniformes, sendo que alguns são considerados desde o momento em que a chamada se inicia, e outros apenas se contabilizam a partir do momento em que o meio é accionado. Acresce que os próprios tempos de resposta internacionalmente recomendados também diferem consoante se trate de zona urbana ou rural (...)”.

Menciona, ainda, “ (...) o Relatório Final da proposta da Rede de Urgências da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências, de Janeiro de 2007, disponível no Portal da Saúde, define como meta que 90% dos casos em zona urbana tenham resposta em menos de 15 minutos, e 90% dos casos em zona rural em menos de 30 minutos, pelo que o INEM está, inequivocamente, num nível de desempenho melhor do que o recomendado. Não obstante, com o aprofundamento da utilização de novas tecnologias [ver ponto 9 das Recomendações], é expectável que nos aproximemos ainda mais dos padrões internacionais (...)”.

Face ao que antecede, considera-se que o teor das alegações proferidas não contraria as observações acima expressas, em resultado dos seguintes factos:

- Além do referido módulo de fluxos de triagem automático o INEM já dispõe de um conjunto de funcionalidades tecnológicas que, caso estivessem devidamente potenciadas, permitiriam uma aproximação aos actuais padrões internacionais;



- Observa-se que, nos países usados para efeitos de comparação de desempenho (Inglaterra e Escócia), existe um sistema de triagem das chamadas com a finalidade de assegurar que as ocorrências que constituem risco imediato de vida (*Category A Calls*)⁶⁹ sejam rapidamente identificadas e beneficiem de uma resposta imediata. Acresce que, tal como mencionado no ponto 11.2.1, desde 1 de Abril de 2008, o Departamento de Saúde Inglês (*National Health Service*) exige que o indicador Tempo de Resposta seja aferido a partir do momento em que a chamada dá entrada na sala de controlo das ambulâncias (*Call Connect*), pelo que o desempenho apresentado no Quadro 27 está em consonância com este novo critério. Assim, o envio de meios de socorro é sempre precedido de uma triagem;
- No que respeita aos tempos de resposta internacionalmente recomendados, observa-se que o padrão estipulado no sistema Inglês e Escocês é de que 75% das chamadas que constituem risco imediato de vida beneficiem de uma resposta no intervalo de 8 minutos. A intenção de alcançar este padrão de desempenho a nível nacional encontra-se igualmente expresso no *Relatório Final da proposta da Rede de Urgências da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências, de Janeiro de 2007*, o qual menciona que “ (...) Com a evolução do sistema de socorro, uma aproximação crescente dos tempos de resposta padronizados a nível internacional, para as situações emergentes – que colocam a vida em perigo (> 75 a 90% das respostas dentro de 8 minutos) ”.

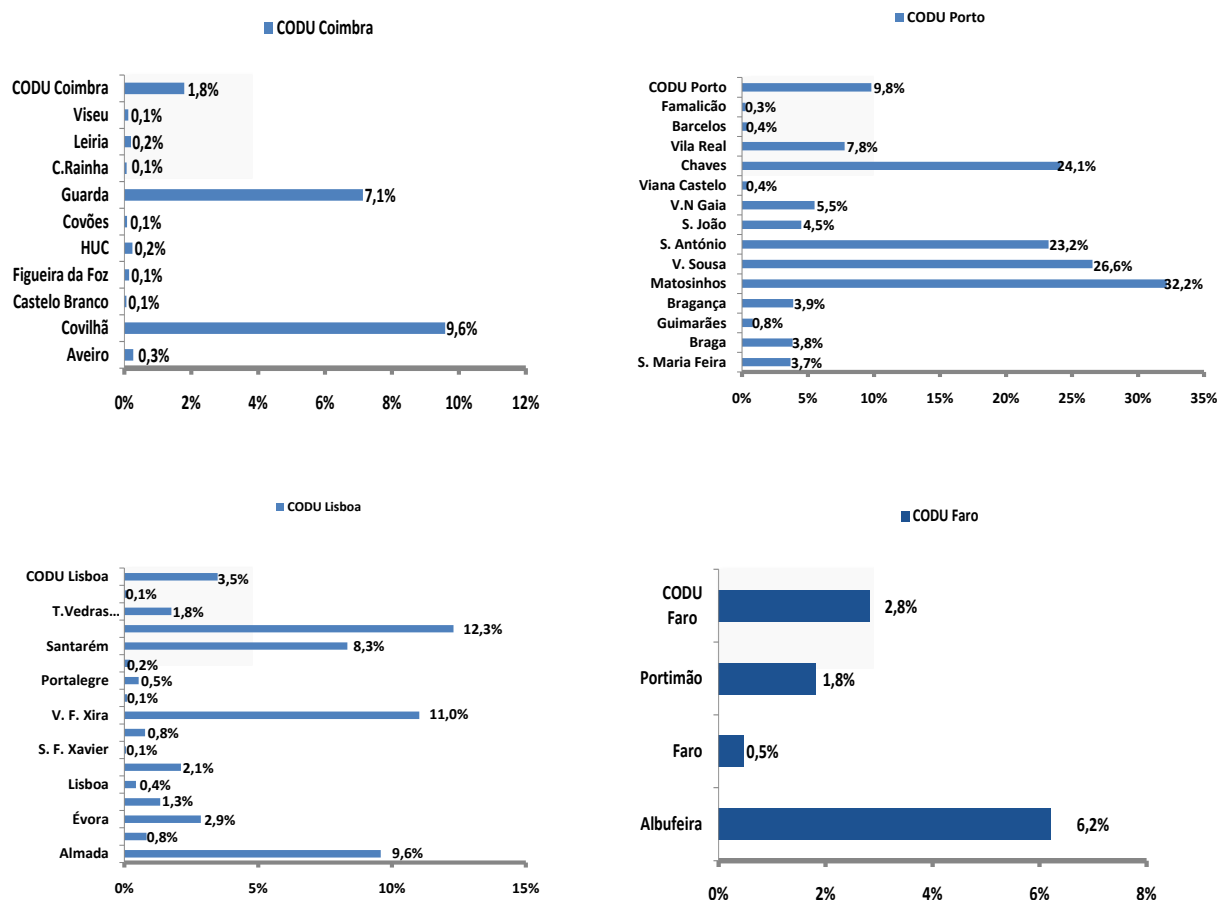
⁶⁹ Tal pressupõe a existência de um sistema de triagem. Além disso a distinção entre tempos de resposta em zonas rurais e urbanas não é aplicável às situações de risco imediato de vida (*category A calls*), nas quais o padrão estabelecido é de 75% de respostas no intervalo de 8 minutos.



11.2.3 Condicionantes da resposta a casos de Emergência Pré-Hospitalar

A principal causa do fraco desempenho do INEM em providenciar ajuda especializada na resposta às situações de emergência pré-hospitalar deve-se à inoperacionalidade dos meios de Suporte Avançado de Vida que se encontra reflectida por CODU, na seguinte representação gráfica:

Gráfico 16 – % de Tempo de Inoperacionalidade dos meios de Suporte Avançado de Vida (SAV) por CODU



Fonte: Dados recebidos do INEM em 15-04-2010

O CODU Porto e o CODU Lisboa apresentam os maiores índices de inoperacionalidade de meios de Suporte Avançado de Vida, os quais ascendem a 9,8% e 3,5% respectivamente. Seguem-se o CODU Faro e CODU Coimbra com taxas de inoperacionalidade que rondam os 2,8% e 1,8%.

Mais de 20% das VMER existentes apresentam uma taxa de inoperacionalidade superior a um mês. As VMER Matosinhos, Vale do Sousa, Chaves e Santo António apresentam taxas de inoperacionalidade que igualam ou mesmo superam os três meses.

Constata-se que mais de 90% do tempo de inoperacionalidade dos meios de Suporte Avançado de Vida resulta de falta de tripulação das ambulâncias VMER, sobretudo, dada a dificuldade dos hospitais em manter uma escala permanente de médicos.



A rede nacional de ambulâncias VMER é assegurada por um protocolo estabelecido entre o INEM e os hospitais, a partir do qual o INEM disponibiliza a ambulância devidamente equipada e os hospitais responsabilizam-se pela disponibilização e remuneração dos respectivos tripulantes. Neste contexto, o INEM, apesar de responsável pela coordenação do SIEM, não dispõe de autoridade sobre a disponibilidade dos recursos humanos pertencentes aos hospitais, além de que esses meios não integram os serviços de urgência desses hospitais e nem existe uma obrigatoriedade legal que imponha o desempenho de funções inerente ao accionamento de ajuda especializada ou médica nesta área de prestação de socorro pré-hospitalar.

No que respeita às emergências provocadas por Paragem Cardio Respiratória (PCR), estas exigem a rápida aplicação do Desfibrilhador Automático Externo (DAE)⁷⁰, cuja eficácia pode ser próxima dos 100% quando aplicado logo no 1º minuto, mas quase nula se for aplicado nos 8-10 minutos seguintes.

Actualmente, os meios de SBV, SIV e VMER do INEM dispõem deste equipamento (DAE), o que apenas representa cerca de 1/5 dos meios disponíveis na rede de socorro pré-hospitalar. Os Postos de Emergência Médica (PEM) que se encontram constituídos junto das corporações de bombeiros e que respondem pela maioria dos accionamentos efectuados no âmbito do SIEM **ainda não dispõem do referido equipamento.**

A informação constante da base de dados do Registo Nacional de Paragem Cardio Respiratória, para o período de 2007 a 2009, contém 9.649⁷¹ registos, a partir dos quais se constata que **em 62% dos casos, os primeiros meios a chegar ao local da ocorrência foram os bombeiros que não dispõem do DAE nem de formação adequada para o utilizar**⁷².

Assim, torna-se premente que o programa de DAE seja rapidamente estendido aos PEM e que o INEM proceda à supervisão médica do uso de DAE pelos elementos dos PEM devidamente formados à semelhança do que já acontece com os TAS do INEM que integram a tripulação das ambulâncias do INEM.

A disponibilização dos equipamentos de DAE aos actuais 222 PEM implicaria um investimento na ordem dos € 948,6 milhares⁷³.

⁷⁰ A desfibrilhação consiste na aplicação de um choque eléctrico, externamente a nível do tórax da vítima, para que a passagem de corrente eléctrica pelo coração interrompa a actividade caótica manifestada.

⁷¹ O total de registos ascende a 11.555. A informação constante do RNPCR não permite aferir os tempos de resposta.

⁷² Note-se que, em termos de formação adquirida, a única característica que distingue um Tripulante de Ambulância de Socorro (operacional do PEM) de um Técnico de Ambulância de Socorro (operacional do INEM), é o facto de este último dispor de um módulo suplementar de DAE com uma carga horária de aproximadamente 6 a 12 H. Todos os actos de DAE praticados por operacionais do INEM são posteriormente analisados e avaliados por um médico responsável pelo programa.

⁷³ De acordo com a informação disponibilizada em 26 de Outubro de 2010 pelo INEM, o custo unitário do DAE utilizado nas Ambulâncias SBV é de € 3.531,55, acrescido de IVA.



11.2.4 Custos Unitários de Accionamento das Ambulâncias (SBV, SIV e Helis)

O INEM não dispõe de um sistema de contabilidade integrado que permita imputar e conhecer os custos directos e indirectos por unidade orgânica ou por actividade, o que constitui uma falha que prejudica as decisões de gestão baseadas na análise da economia dos meios e, em especial, o que respeita ao apuramento dos custos respeitantes ao accionamento dos vários meios de socorro que dispõe⁷⁴.

Não obstante as limitações referidas, foram estimados pelo INEM para 2009, os seguintes custos médios por accionamento das ambulâncias de SBV e SIV:

Quadro 28 – Custo médio por accionamento – SBV e SIV

Unidade: Euros

Meio	Imob. Corpóreas	Custos Pessoal	Compras	FSE	CMVC	Transf. Concedidas	Accionamentos	Custo Accionamento
SBV	137	8.598.180	10.105	998.662	181.714	N/A	127.489	77
SIV	N/A	5.127.313	N/A	584.452	379.652	66.519	27.691	222

Fonte: Dados recebidos do INEM, em 28-05-2010

No que respeita a estes custos médios estimados pelo INEM importa destacar as seguintes observações:

- Não entram em linha de conta com os custos inerentes ao desgaste do equipamento;
- Não individualizam o custo médio por accionamento de todas as unidades de SBV. Isto porque, o Serviço não conseguiu proceder à imputação dos custos com pessoal a cerca de 27 unidades das 63 existentes. Cerca de € 4,4 milhões de custos com pessoal dos meios de SBV não foram imputados às respectivas unidades;
- Das 28 unidades de SIV, 8 não possuem valores imputados ao nível dos consumos o que conduz a uma subvalorização destas unidades;

Considerando uma análise da média diária de utilização das unidades fixadas no QUAR 2009 (5/dia), cerca de 45% e 89% das ambulâncias de SBV e SIV apresentam uma média de utilização ≤ 5 accionamentos dia. Tal facto resulta em **custos por accionamento elevados**, nas ambulâncias com baixos índices de actividade, **que são significativamente superiores ao custo médio apurado pelo INEM**, conforme resulta dos quadros seguintes:

⁷⁴ Não obstante o INEM mencionou que se encontra a ser desenvolvido um sistema de informação para suprir esta insuficiência.



Tribunal de Contas

Auditoria de Resultados ao INEM

Quadro 29 – Custo por accionamento de ambulâncias de Suporte Básico de Vida - SBV

Unidade: Euros

Meio	Total Geral	Nº Acc	Custo Unitário / Acc	Acc Dia
SBV Figueiró dos Vinhos N	82.855	76	1.090	0,2
SBV Baião N	85.092	79	1.077	0,2
SBV Celorico de Basto N	95.092	110	864	0,3
SBV Sta Comba Dão / Tábua	82.807	102	812	0,3
SBV Mortágua	86.983	118	737	0,3
SBV Vouzela	111.828	191	585	0,5
SBV Vieira do Minho	191.432	380	504	1,0
SBV Miranda do Douro	122.040	277	441	0,8
SBV Trancoso	182.793	511	358	1,4
SBV Torre de Moncorvo	146.227	563	260	1,5
SBV Oleiros	27.588	118	234	0,5
SBV Fratel (e Castelo Brc ^o)	25.304	113	224	0,5
SBV Sabugal	45.043	202	223	0,6
SBV Estarreja	178.395	864	206	2,4
SBV Figueira de Cast. Rodrigo	55.043	272	202	0,7
SBV Ovar	205.447	1.528	134	4,2
SBV Fundão N	166.062	1.396	119	3,8
SBV Anadia	172.432	1.456	118	4,0
SBV Chaves	200.251	2.177	92	6,0
SBV Espinho	154.211	1.738	89	4,8
SBV Leiria	177.457	2.227	80	6,1
SAE Porto 8 (Matosinhos 1)	124.098	1.956	63	5,4
SAE Maia 1	138.847	2.239	62	6,1
SAE Gaia 2	115.831	1.940	60	5,3
SBV Braga	244.606	4.158	59	11,4
SAE Gaia 1	167.824	2.894	58	7,9
SAE Porto 4	110.755	1.947	57	5,3
SAE Rio Tinto 1	156.619	3.280	48	9,0
SAE Porto 3	176.861	3.753	47	10,3
SAE Porto 2	197.944	4.212	47	11,5
SBV Viseu	163.430	3.488	47	9,6
SAE Porto 5	117.925	2.732	43	7,5
SBV Silves	42.347	1.122	38	3,1
SAE Porto 1	179.573	4.815	37	13,2
SAE Porto 6	159.133	4.851	33	13,3

Nota: Dos 63 meios de SBV existentes, apenas foi possível individualizar os custos unitários de 35, em virtude da não imputação dos custos com pessoal nas restantes

Quadro 30 – Custo por accionamento de ambulâncias de Suporte Imediato de Vida– SIV

Unidade: Euros

Meio	Total Geral	Nº Acc	Custo Unitário / Acc	Acc Dia
SIV Aljô	131.344	237	554	0,6
SIV Cab. de Basto	282.978	401	706	1,1
SIV Peso da Régua N	189.433	516	367	1,4
SIV Melgaço N	220.741	538	410	1,5
SIV VR Sto António	137.264	459	299	1,5
SIV Montalegre	202.858	571	355	1,6
SIV Estremoz	247.962	666	372	1,8
SIV Seia	253.879	698	364	1,9
SIV Tondela	298.534	746	400	2,0
SIV Valença	217.300	786	276	2,2
SIV Tavira	147.512	836	176	2,3
SIV Lagos	192.628	841	229	2,3
SIV Fafe	273.246	842	325	2,3
SIV Elvas	236.181	866	273	2,4
SIV Odemira	214.779	871	247	2,4
SIV Moura	215.283	879	245	2,4
SIV Peniche	256.147	1.003	255	2,7
SIV Loulé	78.227	874	90	2,9
SIV Cantanhede/Mira	249.099	1.107	225	3,0
SIV Vila do Conde	236.200	1.111	213	3,0
SIV Porto / Gondomar	245.143	1.288	190	3,5
SIV Pombal	267.435	1.292	207	3,5
SIV Santo Tirso	259.479	1.400	185	3,8
SIV Amarante	246.348	1.435	172	3,9
SIV Lamego	227.568	1.578	144	4,3
SIV Mirandela	272.404	1.827	149	5,0
SIV Arcos de Valdevez	172.073	1.833	94	5,0
SIV Ponte de Lima	185.888	2.190	85	6,0

Fonte: Dados recebidos do INEM em 03-03-2010 e 29-06-2010

Nota: Dos 28 meios de SIV existentes, 8 não possuem valores imputados ao nível dos consumos

Assim e no sentido de alcançar uma maior racionalização dos recursos torna-se necessário que o INEM pondere a não manutenção de uma estrutura própria de meios de SBV extremamente dispendiosa, em locais onde a frequência de serviços nem sequer atinge os 15 accionamentos mensais. Esta reduzida actividade também prejudica os operacionais que, ao desenvolverem um trabalho essencialmente técnico, necessitam de um maior número de saídas que também permitem desenvolver as suas competências.

Existem outras soluções a nível local, designadamente os Postos de Emergência Médica e Postos de Reserva, que poderiam assegurar esse serviço, com qualidade, assumindo o INEM a responsabilidade de assegurar a formação adequada desses operacionais.

Este modelo de partilha de responsabilidades ao nível do socorro pré-hospitalar, que já está implementado nos actuais 222 Postos de Emergência Médica e 135 Postos de Reserva, permitiria



obter uma maior rendibilidade dos recursos financeiros, sem prejuízo da necessária cobertura do território nacional tendo em vista a universalidade do serviço.

Relativamente aos custos por accionamento dos Helicópteros do INEM apresenta-se o seguinte quadro:

Quadro 31 – Custo por accionamento dos Helis

Helis	2007	2008	2009	Δ% 07/08	Δ% 08/09	Δ% 07/09
Nº Accionamentos	876	764	657	-13%	-14%	-25%
Custos	3.921.720	3.998.207	4.110.650	2%	3%	5%
Custo Accionamento	4.477	5.233	6.257	17%	20%	40%

Fonte: Dados recebidos do INEM em 26-06-2010. Dados respeitantes aos 2 Helis do INEM.

Observa-se uma redução da actividade dos Helis do INEM ao longo do triénio em análise em cerca de 25%. Tal facto, conjugado com o incremento dos custos em 5%, resulta no incremento do custo por accionamento em aproximadamente 40%.

11.2.5 Insuficiências das Metas Definidas no QUAR e na Mensuração dos Outcomes (Resultados)

As metas definidas pelo Serviço ao nível do indicador “Tempo de Resposta” encerram diversas limitações:

Em primeiro lugar apenas respeitam aos meios próprios do INEM na categoria de SBV e SIV. Dado que mais de 70% dos accionamentos são realizados por meios dos Postos de Emergência Médica, Postos de Reserva e Entidades não INEM e que todos estes meios integram o SIEM não é compreensível que as metas definidas pelo INEM ao nível do indicador “Tempo de Resposta” não compreendam a actividade realizada por estes meios. Independentemente de os utentes serem servidos por meios próprios do INEM ou por outros meios da estrutura do SIEM devem beneficiar igualmente de uma resposta pronta e adequada por parte do INEM.

Segundo, os tempos de resposta padrão não procedem a uma distinção das solicitações dos utentes em termos de gravidade das ocorrências e por isso não evidenciam procedimentos mais criteriosos face às solicitações de emergência pré-hospitalar. Não procedem a uma categorização das ocorrências, tal como acontece na maioria dos sistemas internacionais, nomeadamente Inglaterra e Escócia. Nestes países procede-se a uma categorização das ocorrências em três níveis: A – Emergência (Risco Imediato de vida); B – Urgente (Sem risco de vida); C – Não Urgente.

O objectivo último deste sistema seria permitir que o serviço se concentre na resposta aos casos onde existe risco imediato de vida onde cada segundo conta, procedendo-se à definição de padrões de tempo de resposta mais curtos para estas situações. Nas restantes situações, onde não existe risco imediato de vida, são definidos padrões de tempos de resposta mais ampliados. Nos casos de Emergência (onde existe risco de vida) a rapidez e prontidão da chegada do meio ao local pode fazer a diferença entre a sobrevivência e a morte.

Terceiro, o intervalo de tempo de resposta não inclui dois intervalos de tempo distintos que desempenham um papel relevante no processo de prestação de cuidados pré-hospitalar: o tempo que a chamada demorou a ser atendida e o tempo gasto a falar com o operador para este efectuar a triagem apropriada. O Serviço possui metas definidas com a finalidade de monitorizar o tempo que a chamada demorou a ser atendida. No entanto, não possui qualquer objectivo definido para o tempo que o operador deveria demorar para identificar de um modo preciso e rápido os sintomas do paciente com a finalidade de providenciar uma resposta com os meios adequados à situação.



No que respeita à mensuração dos **Outcomes (resultados)** não está implementado o uso de medidas de *outcomes*/resultados que permitam medir o efeito da performance do sistema de socorro pré-hospitalar ao nível da saúde pública⁷⁵.

Exemplos importantes de indicadores de *outcome* são: taxa de sobrevivência de vítimas de ataque cardíaco, AVC e Enfarte Agudo do Miocárdio à chegada ao hospital; percentagem de reanimações com sucesso e avaliação de sobrevivência para os casos de PCR com Fibrilhação Ventricular, AVC e doenças coronárias. O *Scottish Ambulance Service*, no objectivo específico de “Salvar mais vidas” utiliza o indicador de *outcome* denominado “Taxa de Sobrevivência à chegada ao hospital de vítimas de ataque cardíaco”, para o qual definiu o alvo de 12% a 20%.

Para que se possa avaliar os benefícios produzidos pelo Sistema de Socorro Pré-hospitalar é determinante que o INEM proceda ao *follow up* do doente nas casuísticas com maior impacto na saúde pública (por exemplo: Acidente vascular cerebral, Ataques cardíacos, entre outros).

11.3 Falhas de Controlo do Desempenho Operacional

As falhas de gestão sobre o controlo do desempenho operacional do INEM, mais significativas são as seguintes:

- No atendimento das chamadas, **o INEM não dispõe de todos os dados mensais e anuais, por CODU que lhe permitam monitorizar o indicador do “tempo de atendimento”**, apesar do Sistema Informático de Atendimento e Despacho de Emergência Médica dispor de um módulo especificamente destinado à área de atendimento de chamadas, que deveria permitir monitorizar toda a informação relativa ao referido indicador;
- O INEM dispõe de **informação reduzida sobre o indicador relativo ao “Tempo do Incidente”**, não lhe permitindo proceder à monitorização de todas as componentes do tempo do incidente. Algumas componentes do tempo do incidente apresentam uma percentagem de accionamentos monitorizados reduzida. Ao nível do indicador tempo de resposta foram detectadas algumas inconsistências nos dados fornecidos, tais como tempos de resposta ≤ 0 e de 23:59:00 (cerca de 258 registos);
- Verificaram-se **inconsistências dos dados relativos à atribuição de prioridade aos accionamentos efectuados** (casos de accionamentos categorizados como P2 (3), P4 (52), P5 (58), P7 (20) e P8 (92));
- **Não se encontram definidos todos os parâmetros estatísticos** que podiam ser extraídos do SIADEM que permitem estabelecer um quadro de controlo. O funcionamento actual baseia-se em pedidos pontuais de informação estatística à empresa *Intergraph* que acarretam, não só, custos adicionais para o INEM, mas também acentuam uma dependência funcional da referida prestadora de serviços externos;
- **Não se verifica um alinhamento entre as metas definidas no QUAR e no SIADEM e o acompanhamento/monitorização dos indicadores que antecipem a melhoria do desempenho do Serviço** que conduzam à responsabilização interna dos intervenientes nos processos;
- **O INEM não avalia o impacto na qualidade do serviço de emergência pré-hospitalar** prestado à população resultante da inoperacionalidade ou indisponibilidade dos meios de

⁷⁵ Os indicadores de *outcome* permitem avaliar se o actual funcionamento dos processos do sistema de socorro pré-hospitalar estão a permitir alcançar os resultados desejados.



Suporte Avançado de Vida, apesar da aplicação informática (SIDEM) poder gerar um indicador denominado “Alarme de Insuficiência de Meios”, o qual devia alertar o operador para o accionamento inadequado dos meios (por exemplo, quando o responsável pelo accionamento dos meios está perante uma situação de emergência (P0, P1, P9) e apenas acciona um meio de Suporte Básico de Vida).

A gestão **não recorre sistematicamente a práticas de Benchmarking internacional** e a análise comparativa de melhores práticas não é utilizada de forma recorrente;

- **As decisões de gestão não são baseadas na medição rigorosa da economia dos meios/recursos**, visto que o INEM não dispõe de um sistema de contabilidade integrado que permita imputar e conhecer os custos directos e indirectos, por unidade orgânica ou por actividade.

Os constrangimentos acima descritos prejudicam a **“Accountability” que a instituição devia assumir face ao desempenho que realiza**. Não se vislumbram responsabilidades bem definidas por compilação de dados, relato, análise e registo. A gestão não procede à avaliação e utilização da informação de desempenho para identificar oportunidades de reengenharia de processos/operações e, deste modo, promover a melhoria contínua do Serviço.

Em sede de contraditório, o Presidente do Conselho Directivo do INEM, IP, vem referir as medidas a implementar ou procedimentos futuros que irão suprir os constrangimentos referidos, nomeadamente:

- *“A proposta de QUAR para 2011 já prevê a implementação de um procedimento de controlo, de periodicidade quadrimestral, de recolha de dados respeitantes ao desempenho relativamente aos **objectivos** nele fixados, de forma a que o Conselho Directivo possua informação de gestão que permita introduzir, em tempo oportuno, as correcções que, eventualmente, se mostrem necessárias.”*
- *“Durante o ano de 2010 decorreram medidas de aperfeiçoamento do sistema de informação e da plataforma tecnológica, com vista a tornar compatível o controlo operacional aos vários níveis de intervenção no sistema... Incluem-se nestas medidas a implementação do i-mobile e do módulo clínico (mobileclinic). E, foi já possível verificar relativamente ao primeiro que a qualidade da informação dos eventos no que diz respeito ao registo e controlo de tempos de activação e utilização tiveram uma franca melhoria.”*
- *“Em 2010, com a reestruturação da contabilidade analítica, iniciada com a nova estrutura de centros de custos centrada na actividade e meios, é possível fazer uma análise mais concreta dos custos directos. Após a definição que está em curso dos critérios de imputação já aferidos, estaremos muito em breve capacitados para concretizar uma análise apurada de custos unitários por tipo de actividade e meio”.*

Considerando que o teor destas alegações não contradita as observações de auditoria, mantêm-se as conclusões e recomendações respeitantes a este ponto e o resultado esperado através da implementação de algumas das medidas enunciadas ou em curso será observado em sede de acolhimento de recomendações.



11.4 Situações de Ineficiência e Custos de Oportunidade

Constatou-se a existência de recursos financeiros aplicados num conjunto de funcionalidades tecnológicas que não se encontram devidamente utilizadas pelo INEM. Estas situações além de prejudicarem a rapidez e qualidade da resposta operacional existente impedem que os recursos nelas investidos gerassem alternativas ou meios adicionais que poderiam ser aplicados com oportunidade noutras áreas de actuação do socorro pré-hospitalar.

As referidas funcionalidades são:

a) Terminal Móvel Embarcado (TME)

A funcionalidade do Terminal Móvel Embarcado⁷⁶, que se encontra presente nas ambulâncias do INEM, não se encontra activada. Esta funcionalidade permite que os dados da localização da ocorrência sejam automaticamente transferidos do CODU para o veículo accionado, instruindo visual e verbalmente as tripulações (enfermeiros e tripulantes de ambulância de socorro) do melhor caminho para chegar ao local da ocorrência, sendo a navegação feita com auxílio de GPS.

b) Tablet PC;

A aplicação clínica (Tablet PC) permite efectuar a passagem de dados associados à ocorrência da VMER para o CODU. A utilização desta funcionalidade evita que os médicos das VMER tenham que proceder à transmissão dessa informação via telefone a um operador do CODU. Caso esta funcionalidade estivesse implementada reduzir-se-iam as chamadas de passagens de dados e evitar-se-ia a sobrecarga do CODU com aquele tipo de comunicações.

c) Módulo Estatístico do SIADEM

Não existe um **módulo estatístico do SIADEM**, isto é, não existe um quadro de todos os parâmetros estatísticos a serem utilizados pela gestão. O funcionamento actual baseia-se em pedidos pontuais de informação estatística que acarretam custos adicionais para o serviço, já que o INEM tem que recorrer à empresa *Intergraph* para apurar esta informação implicando um pagamento por este serviço.

d) Módulo de triagem automática.

A aplicação informática do SIADEM dispõe de um módulo de fluxos de triagem médica para ajudar o operador de atendimento a avaliar a natureza da emergência que não se encontra implementada.

Em sede de contraditório, o Presidente do Conselho Directivo do INEM, IP, vem informar que *“No âmbito do processo da qualidade que o INEM desenvolve com a Certificação/Acreditação de serviços, foi dada prioridade ao CODU enquanto serviço, pelo que a implementação do módulo de triagem ocorrerá durante os próximos meses”*. *“Encontra-se em implementação a introdução de novas tecnologias, como o i-Mobile, com automatização do accionamento, que se consagra elementar para a diminuição do tempo intra-CODU relativamente aos eventos com risco imediato de vida, estando previsto que até ao final do mês de Novembro de 2010 sejam colocados em funcionamento todos os equipamentos/aplicações i-Mobile nos meios SBV, SIV e VMER”*. *“Estão também a ser implementados os TME e os Tablet PC, prevendo-se o seu funcionamento em pleno dentro dos próximos 2 meses (os TME em Dezembro e os Tablet PC em Janeiro próximo)”*.

A implementação destas medidas será confirmada em sede de acompanhamento do acolhimento de recomendações.

⁷⁶ Estes equipamentos foram adquiridos em 2007. Actualmente, este sistema apenas está activo em 4 ambulâncias em Lisboa à cerca de 5 semanas.



Com a finalidade de obter uma estimativa do custo de oportunidade do capital optou-se, por hipótese de trabalho, utilizar a taxa de rendibilidade social de 6,08% que consta do Despacho n.º 13208/2003 (2ª Série) da Ministra de Estado e das Finanças, publicado em 7 de Julho.

Quadro 32 – Custo de oportunidade dos equipamentos não utilizados

Unidade: Euros

Equipamento	Ano Aquisição	Qtd	Valor Total c/IVA	Custo Oportunidade
TME	2007	114	281.057	200.602
	2008	69	142.714	67.907
	2009	28	46.284	11.012
Tablet PC	2006	110	345.988	329.261
	2008	143	449.785	214.020
Elementos estatísticos	2009	n/d	20.806	22.071
Total	-	464	1.286.633	844.871

Fonte: Dados recebidos em 03-05-2010 e 28-05-2010.

De acordo com os pressupostos assumidos **os custos de inactividade dos equipamentos comportar-se-iam em cerca de € 844,9 milhares.**

Não obstante o referido desperdício financeiro, o INEM adquiriu as referidas tecnologias no pressuposto da obtenção de redução de tempos de chamada e de resposta, uma vez que as mesmas são utilizadas por outros sistemas de emergência internacionais que revelam melhores desempenhos, tais como o sistema inglês e escocês.

11.5 Análise da Economia

Uma vez que compete ao INEM a definição, organização, coordenação e avaliação das actividades do SIEM, de modo a possibilitar uma actuação rápida, eficaz e com economia de meios⁷⁷, proceder-se-á a uma análise da **economia de meios ao nível das contrapartidas financeiras estabelecidas nos acordos estabelecidos pelo INEM para a constituição dos Postos de Emergência Médica (PEM) e Postos de Reserva (PR)**. Esta análise tem em vista a identificação das opções economicamente mais vantajosas, sem prejuízo da qualidade do serviço de socorro pré-hospitalar prestado.

11.5.1 Contrapartidas Financeiras estabelecidas nos Protocolos de Cooperação para a criação dos Postos de Emergência Médica e Postos de Reserva

No âmbito dos acordos e parcerias estabelecidas pelo INEM destacam-se os Acordos de Cooperação celebrados com a Autoridade Nacional de Protecção Civil (ANPC) e a Liga dos Bombeiros Portugueses (LBP) para a constituição dos Postos de Emergência Médica (PEM) e dos Postos de Reserva (PR), os quais desempenham um papel relevante no sistema de socorro pré-hospitalar.

Estes acordos definem os princípios e regras de enquadramento dos Protocolos de constituição de Postos de Emergência Médica (PEM) e Postos de Reserva – **Vd. Anexo nº27 e nº28.**

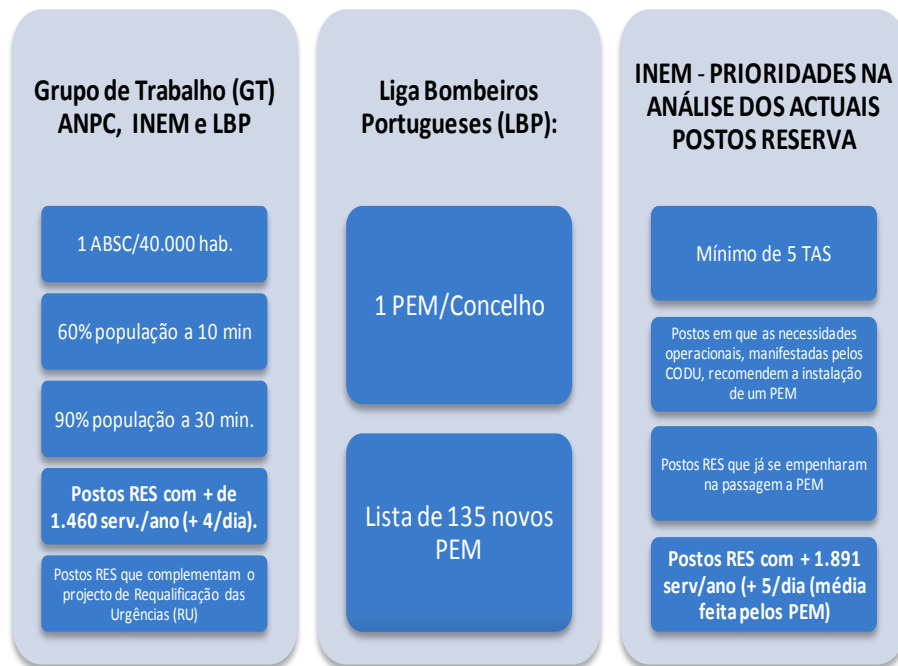
O subsídio, comumente designado “Prémio de Saída”, atribuído pelo INEM, por cada um dos serviços prestados pelo PEM ou pelo PR e registados no Verbete Socorro/Transporte (VST), de acordo com as regras em vigor, tem um valor variável consoante a Área de Intervenção, a Unidade de Saúde de evacuação e o serviço prestado com ou sem Tripulante de Ambulância de Socorro (TAS) – **Vd. Anexo nº 29.**

⁷⁷ Vd. Ponto 8.

Além disso, existe um Subsídio Trimestral recebido pelos PEM, o qual é variável com o número de serviços prestados mensalmente, consoante o escalão, cujo intervalo se situa entre os € 6.000 e os € 10.500 – Vd. Anexo nº30.

No âmbito do Protocolo celebrado entre o INEM, Liga dos Bombeiros Portugueses e a Autoridade Nacional Protecção Civil os critérios para a criação de novos PEM são os seguintes:

Figura 9 – Critérios para a criação de novos PEM



Fonte: Protocolo celebrado entre o INEM, Liga Bombeiros Portugueses e Autoridade Nacional Protecção Civil

Considerando a verificação dos vários requisitos, constatou-se que cerca de **62% dos PEM existentes possuem, em média, menos de 5 accionamentos diários**. Atente-se que o INEM definiu como condição prioritária para a constituição de um PEM a existência de uma média superior a 5 accionamentos diários.

Esta constatação coloca em causa a criação de postos PEM face à alternativa menos onerosa representada pela criação de PR.

Quadro 33 – % PEM com menos de 5 accionamentos diários

Bloco	Frequência	% acumulada
[0 a 1]	13	6%
] 1 a 2]	34	21%
] 2 a 3]	40	39%
] 3 a 4]	27	51%
] 4 a 5]	24	62%
>5	84	100%
Total	222	100%

Fonte: Dados recebidos em 10-05-2010



11.5.2 Estimativa da Poupança a Obter

Confrontando o modelo de financiamento dos PEM e dos PR, analisaram-se os 222 PEM existentes e elaborou-se uma hipótese de trabalho que consistiu na aplicação do modelo de financiamento dos PR aos PEM com a finalidade de evidenciar a alternativa menos onerosa e identificar em que condições se torna economicamente vantajoso proceder à constituição de um PEM.

Caso a metodologia de financiamento dos PR fosse aplicada aos 222 PEM existentes, **seria possível gerar uma poupança estimada de aproximadamente € 3,7 M**⁷⁸.

Quadro 34 – Poupança gerada pela aplicação do modelo de financiamento dos PR aos PEM

Unidade: Euros

Distrito	Financiamento PEM *	Sub. Trimestral
AVEIRO	955.970	355.500
BEJA	248.927	154.500
BRAGA	921.537	319.500
BRAGANÇA	334.739	184.500
C. BRANCO	527.568	216.000
COIMBRA	755.932	343.500
ÉVORA	367.179	210.000
FARO	801.218	397.500
GUARDA	423.738	249.000
LEIRIA	680.841	333.000
LISBOA	1.436.756	823.500
PORTALEGRE	131.183	100.500
PORTO	1.426.790	678.000
SANTARÉM	709.725	361.500
SETÚBAL	904.879	396.000
V. CASTELO	355.793	165.000
VILA REAL	323.089	213.000
VISEU	409.143	216.000
Total	11.715.004	5.716.500

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recebidos em 10-05-2010.

Nota: Relativamente aos BV Ponte Lima não foi possível apurar a Poupança Reserva.

Nota: Foram analisados 222 PEM tendo sido efectuada uma simulação do financiamento com base nos prémios de saída dos Postos de Reserva. Apenas em 11 Corporações se obteve uma maior economia com a metodologia de financiamento dos PEM (€ 39.985).

* Inclui Prémio Saída, Subsídio Trimestral e Subsídio Consumíveis.

Esta hipótese não será de excluir já que, actualmente, existem PEM que não dispõem quer da componente de subsídio trimestral quer da ambulância cedida pelo INEM.

A colocar-se esta alternativa o INEM deixaria de ter um encargo semi fixo com a Corporação de Bombeiros (subsídio trimestral) e pagaria apenas um prémio de saída de acordo com a tabela de preços estipulada para os Postos de Reserva.

Saliente-se que a qualidade do socorro pré-hospitalar serviço prestado pelos PEM e PR, aferida pelo n.º de serviços prestados por técnicos com formação em SBV certificada pelo INEM (TAS), não sofre grandes oscilações: 57% dos accionamentos respondidos pelos PEM são efectuados por TAS face aos 42% de accionamentos respondidos pelos PR com TAS.

Face ao que precede, o INEM poderá proceder a uma análise criteriosa e rigorosa quanto à constituição de um PEM, tendo em vista a economia de meios, ponderando os seguintes **factores chave**:

- a) **Número de Accionamentos Dia:** Importa avaliar se a actividade diária do posto justifica a constituição de um PEM. Isto porque, a atribuição de um subsídio trimestral (específico de um PEM) a um posto que evidencia uma média de accionamentos diários baixa irá agravar o

Quadro 35 – PEM sem Ambulância INEM e sem Subsídio Trimestral

PEM SEM AMBULÂNCIA INEM
B V CINFÃES
BV NAZARÉ
RSB LISBOA

Fonte: Dados recebidos em 10-05-2010

⁷⁸ Apenas no que respeita às componentes prémio de saída, subsídio trimestral e subsídio consumíveis. Nesta poupança, considera-se que o INEM continuaria a ser responsável pela disponibilização da ambulância, pagamento do seguro e dos encargos de manutenção e reparação. Para uma análise mais detalhada da poupança apurada **Vide Anexo nº 32**.

custo unitário de cada accionamento. Tal como acima mencionado, observa-se que cerca de 62% dos actuais 222 PEM existentes, evidenciam uma média inferior a 5 accionamentos diários.

- b) **Perfil dos serviços prestados:** Trata-se de outro factor que pesa na economia da criação de um PEM. Observou-se que os PEM cuja actividade se concentra em accionamentos de curta distância auferem uma compensação financeira mais vantajosa face à que obteriam caso fossem remunerados como PR.

Tal benefício resulta da existência de um subsídio trimestral (exclusivo dos PEM), apenas variável com o nº de accionamentos que onera o preço unitário de cada accionamento. Nestes casos, o diferencial de preço existente entre o prémio de saída de um PEM e de um PR não é suficiente para contribuir para uma maior economia de recursos nos PEM com elevada concentração da actividade em curtas distâncias. A situação descrita encontra-se ilustrada no exemplo seguinte:

Quadro 36 – Compensação financeira obtida como PEM

Entidade	Escalão	Kms à Unidade de Saúde	Nº Acc	Com TAS	P Saída	Subsídio Trimestral	Compensação Financeira
A	2	16 a 40 KM	1.000	10,00	10.000,00	18.000,00	28.000,00
B	4	66 a 90 KM	1.000	25,00	25.000,00	18.000,00	43.000,00

Nota: Não foi considerado o subsídio de consumíveis (1€ por saída).

Quadro 37 – Compensação financeira obtida como PR

Entidade	Escalão	Kms à Unidade de Saúde	Nº Acc	Com TAS	P Saída	Compensação Financeira
A	2	16 a 40 KM	1.000	18,00	18.000,00	18.000,00
B	4	66 a 90 KM	1.000	50,00	50.000,00	50.000,00

Para minimizar esta situação a metodologia de definição do subsídio trimestral a atribuir deveria efectuar uma distinção entre os PEM que possuem uma maior concentração de serviços que envolvem maiores distâncias face aos que percorrem distâncias mais curtas.

- c) **% Accionamentos Meios PEM VS Meios Reserva:** Nas ocorrências em que um PEM usa a ambulância que não é disponibilizada pelo INEM o valor do prémio de saída pago é o valor correspondente à tabela de preços do PR⁷⁹, o qual é superior ao prémio de saída de um PEM.

O pagamento a um PEM de um prémio de saída correspondente ao preço estipulado para os PR resulta do facto de a ambulância cedida pelo INEM se encontrar inoperacional⁸⁰.

Assim, **o INEM tem um maior dispêndio financeiro com os PEM que se encontram nesta situação, uma vez que ao subsídio trimestral** (característico dos PEM), **acresce um prémio de saída mais oneroso do que aquele que seria pago caso fosse usada a ambulância cedida pelo INEM.**

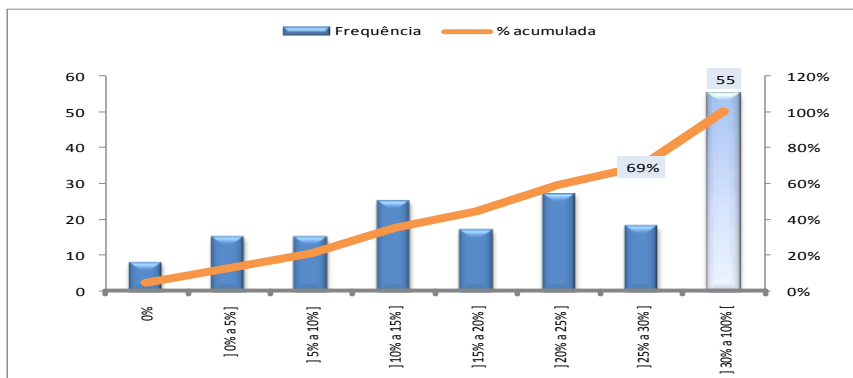
Logo, importa analisar as Corporações de Bombeiros que, apesar de serem PEM, apresentam uma percentagem elevada de prémios de saída pagos à tabela de preços dos PR.

⁷⁹ Nestes casos o prémio de saída é superior para compensar os custos de manutenção da viatura da Corporação de Bombeiros (desgaste, combustíveis, etc.).

⁸⁰ Devido a se encontrar afecta a outra ocorrência ou estar em manutenção/reparação.



Gráfico 17 – PEM - % de prémios saída pagos pela tabela de preços dos PR



Fonte: Dados recebidos em 10-05-2010

Nota: Foram excluídos da análise os PEM constituídos no decurso de 2009 bem como os PEM sem ambulância INEM e sem subsídio.

Observa-se que, dos 180 PEM analisados, **55 (cerca de 31%)** apresentam uma percentagem de prémios de saída pagos pela tabela dos PR superior a 30%.

Identificaram-se 19 PEM com uma média diária de accionamentos ≤5 e com uma percentagem de prémios de saída pagos pela tabela dos PR > a 30%, o que indicia que a inoperacionalidade da ambulância cedida pelo INEM não se fica a dever a um excesso de utilização, eventualmente por estar afectada a outro serviço no momento do accionamento.

Uma das razões que mais contribui para os elevados índices de inoperacionalidade está relacionada com a sinistralidade. Nestas situações, o INEM suporta um duplo encargo financeiro: além de ser contratualmente responsável pelos encargos com a reparação das viaturas, também procede ao pagamento de um prémio de saída mais oneroso, durante o período de inoperacionalidade à corporação em causa, de acordo com a tabela de preços dos PR. **Estas condições desresponsabilizam as entidades que gerem e utilizam os meios disponibilizados pelo INEM.**

Quadro 38 – PEM com % Prémios Saída pagos como Reserva > 30% e com Acc Dia ≤5

Distrito	Entidade	Acc/Dia	% Reserva
FARO	B V SILVES	2,4	73%
SETÚBAL	B V PALMELA	4,1	60%
VIANA DO CASTELO	B V VALENCA	1,6	57%
LEIRIA	B V ALCOBACA	5,0	56%
GUARDA	B V SEIA	2,8	52%
COIMBRA	B V MONTEMOR O VELHO	4,7	51%
CASTELO BRANCO	B V FUNDAO	4,3	47%
SETÚBAL	B V PINHAL NOVO	2,5	43%
LIS BOA	B V LOURINHA	4,0	42%
SANTARÉM	B V SAMORA CORREIA	3,0	41%
FARO	B M FARO	0,9	38%
LIS BOA	B V BELAS	3,9	37%
UIVISEU	B V VOUZELA	2,5	37%
LEIRIA	B V BATALHA	3,5	36%
LIS BOA	B V MALVEIRA	4,9	35%
SANTARÉM	B V RIO MAIOR	3,6	33%
SANTARÉM	B V BENAVENTE	2,0	32%
COIMBRA	B V PENACOVA	3,8	32%
SANTARÉM	B M CARTAXO	5,0	32%

Fonte: Dados recebidos em 10-05-2010



11.5.3 Substituição das Ambulâncias Sedeadas nos PEM

A avaliação da política de gestão/administração dos meios de transporte⁸¹ do INEM sedeados nos PEM com a finalidade de apurar uma maior economia e eficiência de meios implicou a análise sobre a actividade de dois conjuntos de PEM distintos:

- PEM com n.º de accionamentos diários ≤ 3 e com atribuição de uma ambulância nova em 2008 ou 2009 - **Vd. Anexo nº33**;
- PEM com uma média de accionamentos diários > 3 e sem atribuição de uma ambulância nova em 2008 ou 2009 - **Vd. Anexo nº34**.

Relativamente ao primeiro bloco observou-se o seguinte:

- Identificaram-se 68 PEM com n.º de accionamentos diários ≤ 3 e com atribuição de uma ambulância nova em 2008 ou 2009;
- A média de Kms diária registada de 32 PEM⁸² (de 68 PEM) foi de 71 Km.
- Foi possível analisar os Km das viaturas antes da substituição em 32 PEM, em que 21 PEM apresentavam ambulâncias com um desgaste inferior a 150.000 Km.

Adicionalmente, observou-se a existência de 33 PEM com uma média de accionamentos diários > 3 e sem atribuição de uma ambulância nova em 2008 ou 2009.

As situações acima descritas indiciam a necessidade de **o INEM proceder a uma gestão mais racional da frota sediada em entidades externas**. Ao invés de proceder à atribuição de ambulâncias novas a entidades que evidenciam uma actividade diária baixa **seria mais económico e eficiente canalizar estes meios para os PEM que têm um uso mais intensivo da ambulância em virtude de um elevado número diário de solicitações**.

Aos PEM com reduzida actividade diária, seriam atribuídas as ambulâncias que já exerceram actividade nos PEM com maior número de accionamentos e que continuem a evidenciar bons padrões de qualidade de utilização.

Esta opção gestonária seria viável e sustentada pela existência de:

- PEM com número accionamentos diários ≤ 3 e cuja ambulância substituída apresentava uma Kilometragem ≤ 150.000 ;
- PEM com número accionamentos diários > 3 e cuja ambulância a substituir apresenta uma Kilometragem ≤ 150.000 .

Conclui-se que **a introdução dos critérios acima apresentados poderia contribuir para uma redução dos custos de manutenção, reparação e da inoperacionalidade da frota INEM ao serviço dos PEM**.

⁸¹ A definição de vida útil definida pelo INEM situa-se nos 250.000 kms – 4 a 5 anos.

⁸² Dos 68 PEM analisados, a informação disponibilizada apenas permitiu apurar a média diária de Kms para 32 PEM.



12 Qualidade do Serviço

12.1 Avaliação da Qualidade da Triagem

Os sistemas de triagem têm por finalidade permitir a avaliação rápida das chamadas que representam situações clínicas críticas e consequentemente determinar que os meios de socorro adequados sejam rapidamente despachados, de acordo com as prioridades estabelecidas.

A triagem tem sido efectuada nos CODU pelos operadores de telecomunicações (TOTE), que mediante a aplicação de um questionário tomam decisões que são objecto de validação médica. A tensão, desgaste e necessidade de decidir em segundos, traduz-se no risco de atribuição de um nível de prioridade e accionamento de meios inadequados.

Apesar da aplicação informática do SIADEM dispor de um Módulo de Triagem Automática destinado a ajudar os operadores do CODU, o mesmo **não se encontra em utilização**, uma vez que o Departamento de Emergência Médica considera que o mesmo é complexo e ainda não está adaptado às necessidades operativas, propondo-se simplificar os algoritmos existentes, com vista a agilizar e uniformizar os procedimentos nos CODU.

A utilização de critérios de atribuição de prioridades baseados em módulos de triagem automática poderia contribuir para uma categorização mais rápida das chamadas, para a melhoria da celeridade da activação dos meios de socorro, maior controlo dos erros sobre o estabelecimento de prioridades e mais homogeneidade das respostas. Tal como é reconhecido pelo INEM⁸³ *“(...) A implementação do algoritmo de triagem da aplicação informática do SIADEM, adquirida pelo INEM há cerca de 3 anos, é condição imprescindível para existir uma efectiva triagem clínica baseada num algoritmo e não na subjectividade resultante da experiência e bom senso de cada operador e de cada médico regulador (dos cerca de 40 fluxos de triagem clínica, apenas 1 está implementado originando para além do referido, quer desaproveitamento do investimento realizado quer a existência de uma actuação desregulada, efectuada em função do que de melhor parece a cada Delegado regional, a cada Médico regulador em cada dia em cada turno e a cada operador de serviço em cada dia em cada turno)”*.

O INEM não instituiu um processo de avaliação da qualidade da triagem efectuada pelos CODU que permita aferir se a mesma é suficientemente sensível para identificar correctamente as necessidades dos utentes no momento da chamada de emergência. Além disso, não avaliou os impactos no desempenho dos CODU provocados pela utilização, ou não, do módulo automático que adquiriu e que não utiliza.

A qualidade da triagem pode revelar-se particularmente pertinente nas emergências provocadas por AVC, uma vez que se trata de uma patologia com uma incidência muito significativa que acarreta consequências relevantes em termos de saúde pública, por constituir em Portugal a primeira causa isolada de mortalidade, morbidade e de anos potenciais de vida perdidos.

O INEM não instituiu um processo de avaliação da qualidade da triagem dos casos de AVC que permitisse destacar os casos de AVC não identificados pelo CODU e os casos em que o diagnóstico inicial de AVC atribuído pelo CODU não foi confirmado. A referida avaliação poderia provocar acções correctivas, de modo a que o INEM contribuísse para a melhoria do acesso e incremento da

⁸³ Cfr. Ponto de situação sobre a Proposta de Organização, Normalização e Regulamentação dos Meios SBV e SIV – Vd Anexo nº38.



utilização da Via Verde do AVC – Vd. Anexo nº 35 a 37 - Quadros de utilização da Via Verde do AVC e Tempos de Resposta do INEM.

Em geral, a avaliação da qualidade da triagem também não é realizada sistematicamente pelo INEM. Esta avaliação poderia ser concretizada por via de uma confrontação entre os códigos de gravidade atribuídos pelo CODU no momento da triagem versus os diagnósticos efectuados pelas equipas de socorro no terreno e, posteriormente, pelos serviços de urgência nos hospitais. A informação resultante poderia ser usada para implementar futuros aperfeiçoamentos no módulo de triagem automática e incrementar o grau de confiança na sua utilização.

12.2 Sinistralidade

A sinistralidade ocorrida na frota de ambulâncias do INEM e dos PEM diminuiu ao longo do triénio, com excepção do ano de 2008, no qual se registaram 275 acidentes.

Contudo, o INEM não realiza estudos periódicos sobre as causas da sinistralidade e das consequências em termos de danos pessoais e perdas de vidas humanas, uma vez que os sinistros dos meios de transporte constituem um risco que prejudica a eficácia e a qualidade do serviço prestado.

Quadro 39 – Evolução da Sinistralidade (Frota INEM e PEM)

Ano	Nº Acidentes (Frota INEM + PEM)	Nº Feridos	Nº Óbitos
2006	236	a) c)	a) c)
2007	166	19 b) c)	1
2008	275	33 b) c)	1 c)
2009	175	35 b) c)	c)

a) Informação não disponível

b) Informação não diferenciada quanto a feridos ligeiros e graves

c) Não foram facultados, pelos PEM, dados detalhados relativamente ao número e gravidade dos feridos.

A análise pormenorizada dos dados sobre sinistralidade devia contribuir para a implementação das devidas acções preventivas e correctivas, de modo melhorar continuamente os procedimentos de manutenção, operação dos vários meios de transporte utilizados na emergência médica, bem como a conduta e competências dos tripulantes, através da formação especializada que lhes é ministrada.

12.3 Reclamações dos utentes

A análise das reclamações e sugestões apresentadas pelos utentes é uma das atribuições do Departamento de Comunicação e Imagem que integra os serviços centrais do INEM. Este Departamento instrui os processos de reclamação e promove o seu encaminhamento para as instâncias de decisão⁸⁴.

O referido Departamento efectua a selecção dos casos a enviar ao Director Regional para “*produção de relatório médico*” e apreciação da matéria susceptível para abertura de procedimento disciplinar, cabendo ao Conselho de Administração do INEM a nomeação do relator (que pode ser um jurista interno ou externo).

O Presidente do Conselho Directivo do INEM, refere que “(...)as reclamações são (...)tratadas por profissionais que não intervêm na ocorrência em questão, com participação do responsável pelo CODU respectivo ... ou do serviço a que a reclamação diz respeito” e que “(...)os referidos relatórios [de avaliação da ocorrência que motivou a reclamação] são novamente sujeitos a análise pelo

⁸⁴ O Departamento de Comunicação e Imagem detém todos os processos de reclamação devidamente arquivados, integrando a reclamação, informações de responsáveis e resultados de averiguações, bem como as respostas aos reclamantes.



Gabinete de Comunicação e Imagem, que assume o papel de “provedor”, mantendo uma posição equidistante relativamente ao utente e também ao serviço do INEM que é alvo da reclamação”.

Embora o tratamento das reclamações seja realizado por profissionais que não intervieram nas ocorrências que lhes deram origem, no entanto no caso das reclamações respeitantes ao funcionamento dos CODU (atendimento de chamadas e despacho dos meios de socorro), o profissional que emite parecer sobre reclamações, também pode desempenhar funções operacionais de natureza reguladora no mesmo CODU.

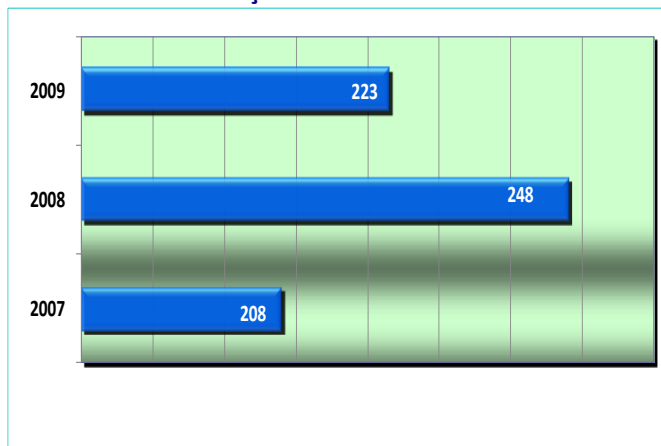
O alegado papel de “Provedor” do Gabinete de Comunicação não tem correspondência na previsão na alínea e) do art.º 13.º do Regulamento de Organização Interna INEM⁸⁵ que apenas lhe atribui competência no âmbito da gestão dos processos de reclamação e não a emissão de um parecer técnico ou decisão da reclamação com carácter de independência.

O possível conflito de interesses dos profissionais/avaliadores poderia ser evitado caso o INEM instituisse um comité pluridisciplinar que reunisse vários profissionais pertencentes a estruturas distintas do INEM com outros elementos externos pertencentes a outros organismos ou ordens profissionais.

No que respeita ao número de reclamações ocorridas no triénio verifica-se que o ano de 2008 foi o ano em que se registou o maior número de reclamações (248) face a uma média de cerca de 226 ocorridas nestes três anos em análise.

De referir, que o número de chamadas atendidas teve um decréscimo de 6% em 2008 (passou de 1.432.554, em 2007, para 1.412.997, em 2008) enquanto as reclamações aumentaram 19% nesse período, sendo o rácio “nº de reclamações /nº de chamadas atendidas” igual a 0,000176.

Gráfico 18- Reclamações Recebidas nos Últimos Três Anos

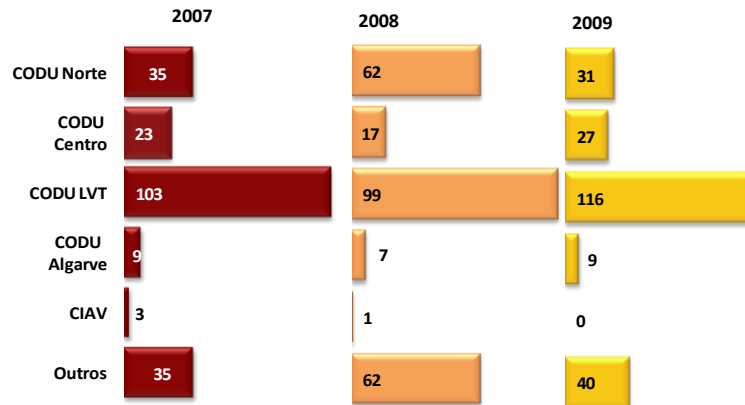


Fonte: Elaboração própria com base em informação do INEM

⁸⁵ Vd. Regulamento da organização interna do INEM Anexo à Portaria n.º 458-A/2004, de 23 de Janeiro.

Das reclamações recebidas em cada ano, a maioria respeita à Região de Lisboa (50%, em 2007 e 2009, e 40%, em 2008), verificando-se um crescimento de 7% no triénio.

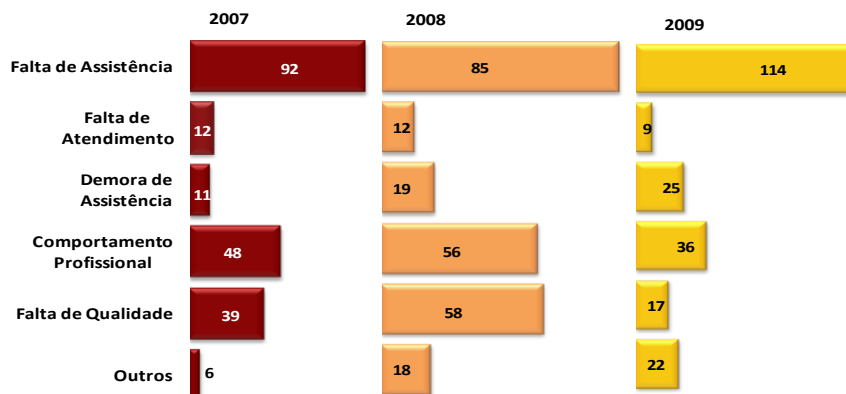
Gráfico 19- Reclamações por Entidade Responsável



Fonte: Elaboração própria com base em informação do INEM

O maior número de reclamações respeita à falta de assistência, seguida do deficiente comportamento profissional e da falta de qualidade, conforme a tipologia constante do gráfico seguinte:

Gráfico 20- Reclamações por Tipologia



Fonte: Elaboração própria com base na análise das reclamações de 2009 e em informação do INEM sobre 2007 e 2008.

Nota: A categorização efectuada pelo INEM às reclamações de 2009 foi a seguinte: “Falta de Assistência”-109; “Falta de Atendimento”-6; “Demora de Assistência” 16; “Comportamento Profissional”-36; “Qualidade de Assistência”- 42; “Outros”-14.

A “**Falta de Assistência**” abrange situações em que o INEM não enviou o meio de socorro por considerar que não existia perigo de vida, decorrendo desse facto 13 situações em que ocorreram óbitos em 2009, abrange, ainda, situações em que o técnico de ambulância não considerou necessário o transporte do doente ao hospital.

A “**Falta de Qualidade**” tem a ver com o não envio do meio adequado em tempo útil, com o mau aconselhamento do médico de turno e conseqüente tratamento desadequada do técnico de ambulância.



Estas situações são potenciadas pelo facto de não estarem a ser utilizados os fluxos de triagem médica do sistema (Módulo de Triagem Automática⁸⁶), que se destinam a ajudar o operador a avaliar a natureza da emergência e a determinar a prioridade da ocorrência de acordo com critérios de gravidade (actualmente apenas existe um fluxo de triagem genérico).

O “**Comportamento Profissional**” abrange situações em que não foram respeitadas as boas regras de atendimento de chamadas de urgência, quer por má educação quer por realização de triagem demasiado prolongada e inadequada que colocou em risco o socorro ao doente, ou por comportamento incorrecto dos técnicos de ambulância.

Verificou-se que o INEM reconhece que em algumas destas situações o procedimento dos operadores de comunicações dos CODU foi incorrecto, no entanto não diligenciou nenhum procedimento disciplinar.

Quanto às reclamações respeitantes à “**Falta de Atendimento**” e a “**Demora de Assistência**” que abrangem situações de “*chamadas não atendidas*” ou em que existiu “*demora na chegada ao local da ocorrência*”, apesar de pouco expressivas, poderiam ser minimizadas se fossem potenciadas as seguintes funcionalidades existentes (TME e Tablet PC), já referidas no ponto 11.4.

Destas incidências resultaram sempre respostas escritas remetidas pelo Presidente do Conselho de Administração aos reclamantes, tendo o INEM considerado procedentes 16% das reclamações (36), das quais resultou apenas a instauração de um processo de inquérito, o que indicia a falta de iniciativa para a imputação de responsabilidades individuais.

De referir ainda, que da análise da totalidade das respostas às reclamações de 2009, em 14 situações os registos informáticos das gravações audio encontravam-se danificados ou não existiam por falha do sistema. Tais situações prejudicam uma avaliação mais rigorosa das reclamações e impedem a prestação de informações e esclarecimentos que os reclamantes solicitem, podendo colocar em causa os seus direitos, dado que poderão ficar impossibilitados de obter uma prova crucial para a elaboração de uma reclamação devidamente fundamentada.

O tempo médio de resposta do INEM aos reclamantes foi de 52 dias (decorridos entre o registo da reclamação e a remessa da resposta), num intervalo de 8 a 90 dias. **Não foi cumprida a meta definida no QUAR de 2009**, na qual se determinou que a resposta às reclamações devia ocorrer no prazo de 12 dias úteis e ficou muito aquém do que é promovido por exemplo no sistema inglês de emergência do NHS, no qual o tempo estabelecido é de 2 dias para análise de cada reclamação e de 25 dias para resposta.

Em 2009 foram registadas no “Livro de Reclamações” apenas 27 das reclamações recebidas, das quais 59% foram assinaladas na Região de Lisboa e respeitavam 56% à “Falta de Assistência”.

Confirmou-se que foram enviadas cópias de todas as reclamações do Livro de Reclamações, à Tutela e à Administração Pública, no entanto não foi cumprido o prazo de 5 dias úteis, preceituado no 8.º ponto da Resolução de Conselho de Ministros n.º 189/96, bem como no 3.º ponto da Portaria n.º

⁸⁶ A utilização deste módulo encontra-se dependente de autorização do Departamento de Emergência Médica.



Tribunal de Contas

Auditoria de Resultados ao INEM

355/97. Esta situação resulta do procedimento utilizado, de serem remetidas as cópias das reclamações acompanhadas de cópias das respostas dirigidas aos reclamantes.

Ao não ser cumprido aquele prazo legal a Tutela ficou impossibilitada de acompanhar com oportunidade as averiguações desenvolvidas e eventualmente promover a realização de inquéritos ou inspeções.

IV. EMOLUMENTOS

Nos termos dos artigos 1º, 2º, 10º, n.º 1, e 11º, n.os 1 e 3, do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de Maio⁸⁷, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 139/99, de 28 de Agosto, e 3-B/2000, de 4 de Abril, e em conformidade com a Nota de Emolumentos apresentada no Volume II, são devidos emolumentos, num total de € 17.164,00, a suportar pelo INEM, IP.

⁸⁷ Alterado pela Lei n.º139/99, de 28 de Agosto e pela Lei n.º 3-B/2000, de 4 de Abril.



V. DETERMINAÇÕES FINAIS

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

1. Aprovar o presente Relatório, nos termos da al. a) do n.º 2 do artigo 78º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto.
2. Que o presente relatório seja remetido às seguintes entidades:
 - ◆ Ministra da Saúde;
 - ◆ Comissão Parlamentar de Saúde;
 - ◆ Instituto Nacional de Emergência Médica;
 - ◆ Alto Comissário da Saúde.
3. Que, após a entrega do Relatório às entidades supra-referidas, o mesmo, constituído pelos volumes I, II e III, seja colocado à disposição dos órgãos de comunicação social e divulgado no sítio do Tribunal.
4. Expressar aos responsáveis, dirigentes e funcionários da entidade auditada o apreço pela disponibilidade revelada e pela colaboração prestada no desenvolvimento desta acção.
5. Que as entidades destinatárias das recomendações comuniquem, no prazo de seis meses, após a recepção deste Relatório, ao Tribunal de Contas, por escrito e com a inclusão dos respectivos documentos comprovativos, a sequência dada às recomendações formuladas.
6. Que um exemplar do presente Relatório seja remetido ao Ministério Público junto deste Tribunal, nos termos dos artigos 29º, n.º 4, 55º, n.º 2, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, na redacção dada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto.

Tribunal de Contas, em 16 de Dezembro de 2010

O Juiz Conselheiro Relator



(Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes)

Os Juízes Conselheiros Adjuntos



(João Manuel Macedo Ferreira Dias)



(José Luís Pinto Almeida)

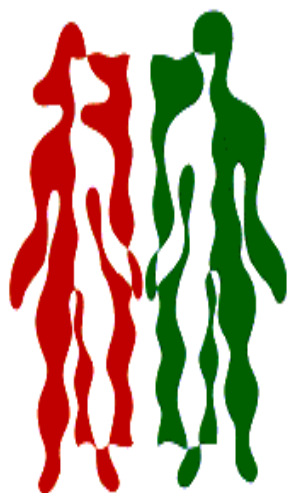
Fui presente

O Procurador-Geral Adjunto



Tribunal de Contas

Auditoria de Resultados ao Instituto Nacional de Emergência Médica



Relatório nº 47 /2010 2ª S

Processo n.º 10/2010-AUDIT

Volume II



ÍNDICE

1	ALEGAÇÕES DOS RESPONSÁVEIS.....	3
1.1	Ministra da Saúde	3
1.2	INEM, I.P.	7



Tribunal de Contas

AUDITORIA DE RESULTADOS AO INEM:

1 ALEGAÇÕES DOS RESPONSÁVEIS

1.1 Ministra da Saúde

Ofício N.º: 6263
Data: 25-11-2010



MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DA SAÚDE

Exmo. Senhor Director-Geral
Meritíssimo Juiz Conselheiro José F. F. Tavares
Tribunal de Contas
Av. Barbosa do Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Sua referência
Proc. n.º 10/2010-AUDIT

Sua comunicação

Nossa referência
Ent. 11934

ASSUNTO: Auditoria de Resultados ao Instituto Nacional de Emergência Médica – INEM

Foi recebido o relato de auditoria supra referido, que desde já se agradece quanto ao trabalho desenvolvido e às conclusões e recomendações apresentadas.

Encarrega-me Sua Excelência o Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde de comunicar que as recomendações formuladas a Sua Excelência a Ministra da Saúde serão acolhidas e consideradas no processo de acompanhamento e monitorização da actividade do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), não obstante serem apresentados esclarecimentos adicionais ou complementares face ao relato de auditoria em questão.

Importa lembrar que a emergência pré-hospitalar conheceu um forte desenvolvimento nos anos auditados (2007-2009), materializado no crescimento de meios operacionais, de recursos humanos e da resposta aos cidadãos. Neste sentido, o INEM entrou agora num novo ciclo de actuação no qual importa consolidar os meios e recursos disponíveis, reforçar os aspectos da formação e da diferenciação profissional, mas também reflectir, repensar e rever os procedimentos e mecanismos de controlo interno e de articulação com terceiros, realizando os estudos e a competente reorganização, necessária à contínua melhoria da qualidade do serviço de emergência médica em Portugal.

Sem prejuízo de um comentário mais detalhado na resposta a remeter pelo INEM, importa sublinhar e evidenciar que a rede de emergência pré-hospitalar passou de uma cobertura regional para uma cobertura nacional, o que obviamente implica um aumento de custos totais que incorporam, por questões de equidade, os custos de interioridade. Tal facto, por aumentar as estruturas e os meios operacionais



Tribunal de Contas

AUDITORIA DE RESULTADOS AO INEM:



MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DA SAÚDE

disponíveis nesses locais, traduz-se inexoravelmente num aumento do custo per capita e por doente socorrido. A baixa densidade populacional tem como efeito um número de accionamentos mais reduzido e, conseqüentemente, um aumento do custo por activação. É muito limitado avaliar a eficiência na utilização dos meios operacionais em função do número de activações. É muitas vezes nas regiões menos povoadas e pior dotadas em termos de unidades de saúde – necessariamente com menos activações - que os meios operacionais são mais necessários. Trata-se, nesta matéria de uma opção política do governo e do Ministério de Saúde, de que não aceitamos prescindir: garantir a todos os portugueses condições de acesso à emergência pré-hospitalar em tempo aceitável.

Acresce ainda referir que, neste caso, como aliás acontece com os custos fixos associados ao atendimento em urgência, não pode o aumento de despesa ser directamente associado a uma redução de eficiência.

Por outro lado, a diminuição do número de activações de meios de emergência pode, isso sim, indiciar uma melhoria do desempenho global do sistema de saúde, nomeadamente ao nível da promoção da saúde e da prevenção da doença, através de uma melhor resposta dos cuidados de saúde primários.

Pelo exposto, não pode ser aplicada uma visão estritamente financeira ao domínio da saúde, particularmente na área da urgência / emergência pré-hospitalar. Em saúde, a eficiência afere-se numa perspectiva macro, tendo por base o binómio ganhos em saúde / recursos totais alocados.

Relativamente às recomendações concretas dirigidas a Sua Excelência a Senhora Ministra da Saúde, cumpre referir:

1. Não parece justificar-se a elaboração de um quadro legislativo específico para o SIEM e, em especial, para regular a intervenção dos meios de socorro. Trata-se de uma matéria eminentemente técnica e operacional, como tal sujeita a constantes actualizações, incompatíveis com a rigidez inerente à natureza de diploma legal. Deve, isso sim, ser produzido pelo INEM um conjunto de normas de orientação que clarifiquem, de modo rigoroso, os critérios de activação de cada um dos meios. Essas normas deverão depois, naturalmente, ser avaliadas e actualizadas.
2. No que respeita à definição de metas e objectivos para o INEM, particularmente nas áreas de maior relevância em termos de saúde pública, releva salientar que os instrumentos de gestão aprovados



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DA SAÚDE

superiormente pela tutela - quer o plano de actividades, quer o orçamento e os objectivos QUAR - se enquadram nas metas e objectivos referidos e que são alvo de monitorização nas reuniões de acompanhamento regular com a respectiva tutela. Acresce que as auditorias regulares a que o INEM se encontra sujeito permitem avaliar o nível de cumprimento das metas e objectivos definidos nos documentos de planeamento referidos.

3. A performance e a qualidade do serviço de socorro pré-hospitalar prestado pelo INEM já são objecto de avaliação e de comparação com entidades congéneres internacionais. A actual evidência clínica de referência internacional serve de base à definição das metas e objectivos definidos anualmente para o INEM. A título de exemplo, refira-se a fixação de uma percentagem máxima de 5% de chamadas abandonadas pelo CODU, valor que corresponde ao padrão internacionalmente aceite. O INEM tem estado presente na generalidade dos encontros internacionais na área da emergência pré-hospitalar, comparando e incorporando as melhores práticas.

Pelos motivos expostos, afigura-se desnecessária a criação de mais uma nova "comissão independente" especificamente dedicada à avaliação da performance e qualidade do INEM. Além de esta função já poder ser actualmente assegurada por entidades existentes, nomeadamente a Comissão Técnico Científica do INEM, afigura-se, no actual contexto económico-financeiro, pouco aconselhável.

4. A actual disposição dos recursos de emergência pré-hospitalar surge na sequência da reorganização da rede de urgência hospitalar tendo exactamente por objectivo uma distribuição equitativa, eficiente e eficaz dos meios. O documento técnico que conduziu à aprovação da Rede de Urgências Hospitalares visa garantir a maior percentagem possível de população residente a uma distância inferior a trinta minutos de um ponto de rede, tendo por referência critérios de tempo e distância às unidades que prestam cuidados de urgência / emergência médica. O cumprimento deste objectivo é também assegurado por via do reforço da rede de emergência pré-hospitalar, em grande parte assegurada pelo INEM. De facto, a colocação e distribuição dos meios operacionais do INEM tem vindo a ser ajustada em conformidade com este objectivo global.
5. e 6. Reconhece-se a pertinência das recomendações referentes à área financeira, nomeadamente quanto ao registo (especialização) e à validação da receita devida. Neste sentido, informa-se que o novo Conselho Directivo do INEM já recebeu instruções no sentido de acatar e implementar os procedimentos e mecanismos de controlo interno atinentes à adequada certificação legal de contas.





Tribunal de Contas

AUDITORIA DE RESULTADOS AO INEM:



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DA SAÚDE

7. e 8. A inoperacionalidade ou indisponibilidade dos meios de suporte avançado de vida (VMER) tem obviamente impacto na qualidade dos serviços prestados à população, sendo nessa medida sempre indesejável. Nenhum meio operacional do INEM é criado para estar em situação de inoperacional ou indisponível. No entanto o rápido crescimento dos meios existentes, associado à escassez de recursos humanos diferenciados com formação específica, conduz à verificação de situações pontuais e excepcionais de inoperacionalidade, que o INEM tem procurado minimizar.

Há que valorizar, no entanto, o funcionamento em rede dos diferentes meios operacionais. Isto faz com que, sobretudo no caso dos grandes centros urbanos, uma eventual inoperacionalidade temporária de uma VMER possa ser adequadamente compensada com os outros meios existentes.

Em algumas regiões – as mais difíceis – esta situação é também compensada pelos novos helicópteros instalados a partir de 1 de Abril de 2010 em Macedo de Cavaleiros, Santa Comba Dão e Loulé, cuja tripulação inclui médico e enfermeiro.

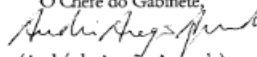
Por outro lado, a emergência pré-hospitalar é uma área de actividade particularmente exigente, quer sob o ponto de vista da qualificação requerida aos profissionais, quer pelo desgaste físico e emocional inerente, razão pela qual a rotação de profissionais é particularmente elevada e a gestão de recursos humanos especialmente complexa.

Estão em curso um conjunto de mecanismos e medidas que permitirão no curto prazo aumentar o número e a formação dos recursos humanos envolvidos e melhorar a articulação entre o INEM e os hospitais.

9. As reclamações dirigidas ao INEM são já alvo de um tratamento criterioso através de um circuito que oferece garantias de isenção, imparcialidade e rigor.

Face ao exposto, agradeço a atenção de V. Exa. para as informações ora prestadas, estando ciente que as mesmas serão devidamente consideradas.

Com os melhores cumprimentos.

O Chefe do Gabinete,

(André de Aragão Azevedo)



1.2 INEM, I.P.



Instituto Nacional de Emergência Médica

Sede: R. Almirante Barroso, nº 36 / 1000-013 Lisboa
Tel : 213 508 100 / Fax : 213 508 180
Norte: R. Alfredo Magalhães, nº 62 - 5º / 4000-063 Porto
Tel : 222.065 010 / Fax : 222.065 000
Centro: Av. Dr. Elísio de Moura, nº 29 / 3030-183 Coimbra
Tel : 239 797 800 / Fax : 239 401 484
Algarve: Rua Teófilo Braga, nº 19 / 8000-438 Faro
Tel : 289 830 900 / Fax : 289 830 924

Exmº Senhor
Dr. Abílio Augusto Pereira Matos
Dígmº Auditor-Coordenador do Tribunal de Contas
Avª da República
Lisboa

S/ Referência

S/ Comunicação de

Nº Referência
19582 25-11-2010

Assunto : Auditoria de Resultados ao INEM.

Considerando o relatório da auditoria de resultados ao INEM, cujo Conselho Directivo acolhe favoravelmente por proporcionar elementos essenciais para um processo de melhoria, e no exercício do direito de contraditório, apresentam-se os esclarecimentos tidos por convenientes, bem como as medidas tomadas ou a tomar para ultrapassar os problemas identificados.

Destaca-se que as principais opções estratégicas tomadas na área do Sistema Integrado de Emergência Médica tiveram como inevitável consequência o aumento da despesa do INEM no período em análise, designadamente:

- Ao nível da profissionalização da rede nacional de ambulâncias, com implementação de meios próprios do INEM em substituição e/ou reforço dos meios dos Bombeiros;
- Ao nível do papel atribuído ao INEM no processo de requalificação das urgências que conduziu à criação de nova tipologia de meios (SIV) e à necessidade de abertura e disponibilização de novos meios.

[Das Conclusões]

Recursos do INEM

O papel atribuído ao INEM, no âmbito do processo de requalificação das urgências que conduziu à criação de nova tipologia de meios (SIV), justifica a razão do crescimento de 75% nos dois primeiros anos da sua implementação. Este crescimento não significa apenas mais um meio, mas uma nova cobertura, por um nível diferenciado de uma tipologia de meios que aumenta a qualidade e efectividade da assistência em situação de emergência.

A análise realizada ao crescimento de meios *versus* actividade, em particular no caso dos postos PEM, é redutora porque desinsere os meios de uma análise global do SIEM no que diz respeito à cobertura geográfica e à complementaridade que as várias tipologias de meios têm umas sobre as outras. No nosso entender, desagrega uma análise que, a não for efectuada de forma também agregada, se torna redutora.



Tribunal de Contas

AUDITORIA DE RESULTADOS AO INEM:



No que respeita aos recursos humanos realça-se que o crescimento de 27% do total de colaboradores registado no triénio decorre directamente do aumento de meios e da actividade, pelo que respeita apenas aos operacionais (o aumento foi de 49% nos TAE, 28% nos enfermeiros, 14% nos médicos e 11% no grupo dos operadores de telecomunicações de emergência). Nos restantes efectivos registou-se um decréscimo de 2%.

Efectivamente, não existe legislação específica abrangente que regule a intervenção dos meios de socorro aos vários níveis, nem parece ser necessária, uma vez que a natureza técnica do conteúdo está plasmada em diversos manuais, designadamente “manual CODU”, “manual VMER”, “manual de Protocolos SIV”, “manual do SHEM” e “manual de Tripulante de Ambulância de Socorro”, que regulamentam a maior parte desta actividade, existindo ainda uma Portaria que regulamenta o “Transporte de Doentes”, em complemento da informação mencionada.

Não parece justificar-se a elaboração de um quadro legislativo específico para esta matéria uma vez que se trata de uma matéria eminentemente técnica e operacional, como tal sujeita a constantes actualizações, incompatíveis com a rigidez inerente à natureza de um diploma legal.

O INEM, em articulação com a respectiva Tutela, tem trabalhado no sentido de criar os instrumentos de regulação que se enquadrem na respectiva área de competência, sempre que essa necessidade se faça sentir e sempre que a maturidade das soluções encontradas assim o aconselhe.

A título de exemplo, podem referir-se duas iniciativas recentes: uma, com vista a regular a utilização de desfibriladores automáticos externos por não médicos em ambiente extra-hospitalar (proposta aprovada pelo Decreto-Lei nº 188/2009, publicado em 12-8), outra, com vista à criação da carreira de Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (proposta em análise, após aprovação por despacho tutelar de 20-7-2010, do Plano Estratégico para os Recursos Humanos da Emergência Pré-Hospitalar).

Análise Económico-Financeira

Enquadrando a análise da situação económico-financeira do Instituto no contexto do seu modelo organizacional e da respectiva missão, considera-se importante esclarecer que a análise do triénio 2007 a 2009 é demonstrativa de três exercícios de actividade muito diferentes.

Em 2007, com o arranque do Projecto de Requalificação das Urgências (RU), o INEM foi chamado a dar resposta a um acréscimo de actividade que a sua estrutura financeira não comportava. Esse desequilíbrio foi colmatado com recurso ao Saldo de Gerência de anos anteriores, conforme evidencia a evolução dos Resultados Transitados.

Em 2009, embora não sendo ainda um ano cruzeiro na implementação daquele projecto, a situação recuperou, apresentando, além dos resultados líquidos positivos, também um resultado operacional positivo. Esta situação resultou, essencialmente do aumento da percentagem de 1% para 2% sobre o valor dos prémios de seguros, decorrente da alteração à Lei orgânica do INEM, embora o acréscimo tenha ficado aquém do valor previsto, de cerca de 20 M€, porque esse aumento só se fez sentir em pleno no 2º semestre.



MINISTÉRIO
DA SAÚDE



Instituto Nacional de Emergência Médica

Sobre os ajustamentos efectuados às contas no triénio em análise, descritos na página 35 do Relatório, é nosso entendimento que os valores a ajustar pela falta da "Especialização de Exercício" terão que levar em conta o que está registado a mais num ano e o que falta registar. Tomando como exemplo o exercício de 2009, falta ajustar em proveitos cerca de 12,9 M€ cujo registo foi efectuado, erradamente, aquando do seu recebimento (em 2010), mas por outro lado há que retirar 6,7 M€ de proveitos registados que respeitam ao exercício de 2008. A este propósito, realça-se ainda que a "Especialização de Exercício" será efectuada no exercício de 2010, acrescendo à aplicação do Princípio da Prudência, fazendo a constituição de provisões para processos judiciais em curso, para que os resultados apurados possam espelhar todos os factos economicamente relevantes para o seu apuramento.

Neste sentido, existe a orientação expressa de cumprir todas as recomendações do Fiscal Único, estando em curso o trabalho conjunto entre a equipa de auditoria e dos serviços financeiros, com vista à correcta aplicação da especialização já no exercício de 2010.

No que diz respeito aos custos *per capita* interessa referir que a rede de emergência pré-hospitalar passou de uma cobertura regional para uma cobertura nacional, o que obviamente implica um aumento de custos totais que incorporam, por questões de equidade, os custos de interioridade.

Tais factos, por aumentarem as estruturas com base na cobertura, traduzem-se inexoravelmente num aumento do custo unitário respectivo, uma vez que a pequena densidade populacional tem como consequência um número de accionamentos menor. Acresce ainda referir que, neste caso, como nos restantes relacionados com custos fixos associados ao atendimento em urgência, não podem os aumentos ser associados a uma redução de eficiência.

Performance

Atendimento das chamadas

Em relação ao desempenho na área do CODU, e com o devido respeito, discorda-se da afirmação de que «em 2009, os operadores de telecomunicações não conseguiram atingir os objectivos fixados internamente», uma vez que:

- Foram registadas situações de cumprimento do tempo médio fixado - foi o caso de Coimbra, que registou um tempo médio de atendimento de 4,3 segundos (em 2009), e de 5 segundos (até Outubro de 2010);
- Para 2009, foi adoptado um valor padrão cuja evidência demonstrou não ser ajustado à realidade. Só em 2010 foi estabelecido o padrão dos 5 segundos, o qual foi entretanto revisto no QUAR proposto à Tutela para 2011 (a meta passou a [6;7], sendo 5 o valor crítico).

No que respeita ao número de chamadas não atendidas por dia, foi implementado um posto de "call-back", que pretende minimizar o impacto do não atendimento de situações potenciais de emergência, funcionalidade implementada no CODU de Lisboa em Março de 2009, e posteriormente nos restantes CODU (Porto, Coimbra e Algarve). Visa essencialmente atingir os 0% de chamadas desligadas pelo número chamador (na origem), garantindo que todas as chamadas provenientes do Número Nacional de Socorro 112 são atendidas mediante a função "call-back", sendo efectuada a triagem para identificação de



Tribunal de Contas

AUDITORIA DE RESULTADOS AO INEM:



Instituto Nacional de Emergência Médica

potenciais situações de perigo de vida. A monitorização do tráfego na central telefónica permite verificar que há chamadas desligadas pelo número do chamador, isto é, são intencionalmente desligadas pela origem sem terem sido atendidas. Para desincentivar o procedimento atrás referido foi introduzida, em 06.02.2009, na central telefónica do INEM uma voz de acolhimento em três idiomas (português, inglês e castelhano).

No tocante ao número ideal de operadores por turno, entende-se que o número de posições óptimas definidas pela empresa consultora está desadequado, atendendo a que foi elaborado em 2004 e não considera o total de chamadas processadas pelo CODU, nomeadamente as chamadas «internas», decorrentes de pedidos de triagem dos bombeiros (a central dos bombeiros não liga 112, mas sim o número verde para triagem), sendo que para cada situação destas o operador recebe uma chamada e efectua, pelo menos, mais duas, uma delas para efectuar triagem da situação para o local e outra de retorno à Corporação de Bombeiros respectiva, chamadas estas que não são assim consideradas para o cálculo do número de operadores necessários no CODU.

Em qualquer caso, irão ser reforçados os mecanismos de recolha e disponibilização de informação de gestão relevante aos responsáveis pelos CODU de modo a facilitar a identificação e a tomada de medidas correctivas para as disfuncionalidades verificadas.

Prestação do socorro na Emergência Pré-Hospitalar: tempo de resposta.

Importa reter que se comparam realidades que porventura não são comparáveis entre si. Com efeito, os modelos internacionais têm procedimentos automatizados de triagem e accionamento que não se verificam ainda no nosso País. Em determinados Países, que aqui são usados como termo de comparação, a ambulância é sempre accionada e nunca se verifica uma recusa de envio deste meio, pelo que a triagem também não é tão exaustiva. Este sistema, único, assenta na mais-valia da existência de Médico Regulador nos CODU, em permanência, que assegura a adequada triagem das chamadas, a decisão do meio a enviar, a decisão de não envio de qualquer meio por tal não ser considerado necessário, bem como o aconselhamento médico e terapêutico, quando tal se justifica.

Para além disso, os próprios “tempos de resposta” definidos a nível internacional não são homogêneos nem uniformes, sendo que alguns são considerados desde o momento em que a chamada se inicia, e outros apenas se contabilizam a partir do momento em que o meio é accionado.

Acresce que os próprios “tempos de resposta” internacionalmente recomendados também diferem consoante se trata de zona urbana ou rural (o tempo de chegada ao local nestas zonas é aceite como sendo de até 20 minutos), o que se agrupa nos nossos quatro CODU, uma vez que todos eles coordenam meios em ambas as tipologias de zonas.

Ainda, o Relatório Final da proposta da Rede de Urgências da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências, de Janeiro de 2007, disponível no Portal da Saúde, define como meta que 90% dos casos em zona urbana tenham resposta em menos de 15 minutos, e 90% dos casos em zona rural em menos de 30 minutos, pelo que o INEM está, inequivocamente, num nível de desempenho melhor do que o recomendado.



Instituto Nacional de Emergência Médica

Não obstante, com o aprofundamento da utilização de novas tecnologias [ver ponto 9 das Recomendações], é expectável que nos aproximemos ainda mais dos padrões internacionais.

Falhas de Controlo do Desempenho Operacional

A proposta de QUAR para 2011 já prevê a implementação de um procedimento de controlo, de periodicidade quadrimestral, de recolha de dados respeitantes ao desempenho relativamente aos objectivos nele fixados, de forma a que o Conselho Directivo possua informação de gestão que permita introduzir, em tempo oportuno, as correcções que, eventualmente, se mostrem necessárias.

Durante o ano de 2010 decorreram medidas de aperfeiçoamento do sistema de informação e da plataforma tecnológica, com vista a tornar compatível o controlo operacional aos vários níveis de intervenção no sistema. Algumas destas intervenções terão como resultado a melhoria de informação de todos os processos conducentes à avaliação dos resultados da actividade e dos objectivos definidos. Incluem-se nestas medidas a implementação do i-mobile e do módulo clínico (mobileclinic). E, foi já possível verificar relativamente ao primeiro que a qualidade da informação dos eventos no que diz respeito ao registo e controlo de tempos de activação e utilização tiveram uma franca melhoria.

No que respeita à inexistência de um sistema de contabilidade integrado, as limitações no tratamento dos custos directos e indirectos estão identificadas e têm sido objecto de análise e reestruturação, através do desenvolvimento dos centros de custo por quatro dimensões e, bem assim, de um sistema de informação que permita tratar as diferentes variáveis.

Relativamente aos **custos unitários de accionamento**, o seu apuramento obrigou a um aperfeiçoamento do sistema de informação, havendo necessidade do tratamento de todas as componentes desse custo, uma vez que a informação existe, ainda que possa ser melhorada. No entanto, refira-se que toda e qualquer despesa é imputada a um centro de custo, uma vez que o programa de contabilidade está parametrizado e não permite o registo de qualquer despesa sem o respectivo centro de custo.

Em 2010, com a reestruturação da contabilidade analítica, iniciada com a nova estrutura de centros de custos centrada na actividade e meios, é possível fazer uma análise mais concreta dos custos directos. Após a definição que está em curso dos critérios de imputação já aferidos, estaremos muito em breve capacitados para concretizar uma análise apurada de custos unitários por tipo de actividade e meio.

Cumpre ainda informar que a despesa de conservação de viaturas, que é significativa dada a sinistralidade, é imputada ao centro de custo da viatura permitindo obter a informação por matrícula, pelo que se refuta o referido a págs. 55 do Relatório.

Avaliação da Qualidade da Triagem

No âmbito do processo da qualidade que o INEM desenvolve com a Certificação/Acreditação de serviços, foi dada prioridade ao CODU enquanto serviço, pelo que a implementação do módulo de triagem ocorrerá



Tribunal de Contas

AUDITORIA DE RESULTADOS AO INEM:



durante os próximos meses. As discussões técnicas que têm impedido a definição de algoritmos para o sistema serão resolvidas com a implementação das metodologias associadas aos processos de aperfeiçoamento contínuo e com base nos padrões nacionais e internacionais já instituídos.

Reclamações dos Utentes

Discorda-se do Relatório ora em análise no que respeita à conclusão de que “o tratamento das reclamações não envolve uma segregação de funções efectiva, uma vez que nele participam o Director Regional de cada CODU, que intervêm na validação das decisões dos operadores que lhes estão subordinados (...)”, e na medida em que as reclamações são efectivamente tratadas por profissionais que não intervêm na ocorrência em questão, com participação do responsável pelo CODU respectivo (e não o Delegado Regional) ou pelo serviço a que a reclamação diz respeito.

Diga-se, ainda, que os referidos relatórios [de avaliação da ocorrência que motivou a reclamação] são novamente sujeitos a análise pelo Gabinete de Comunicação e Imagem, que assume o papel de “provedor”, mantendo uma posição equidistante relativamente ao utente e também ao serviço do INEM que é alvo da reclamação, e que é livre de solicitar, quando assim o entender conveniente, uma melhor avaliação da situação, e de decidir fundamentadamente não acompanhar as conclusões dos serviços, no intuito de elaborar uma resposta que efectivamente sirva aos motivos que levaram o utente a apresentar a reclamação.

No que respeita à conclusão apresentada no Relatório de que “registaram-se 13 óbitos relacionados com situações que reclamam que o INEM não enviou o meio de socorro por considerar que não existia perigo de vida” nada aprez comentar senão que, em sede própria, poderão ser, ou não, realizadas as diligências necessárias à prova do estabelecimento de nexos de causalidade entre a ocorrência de mortes e eventuais e alegadas omissões de auxílio por parte do INEM, discordando-se necessariamente da catalogação das reclamações conforme mencionada.

[Das Recomendações]

- 1) Adoptar medidas que conduzam a que os serviços financeiros efectuem um controlo da receita que garanta a cobrança na integralidade da receita legalmente atribuída ao INEM e de mecanismos de validação eficaz dos encargos com corporações de bombeiros que permitam a sua conferência exhaustiva.**

A implementação de um controlo eficaz da receita é uma preocupação do INEM, estando por isso em curso contactos com o Instituto de Seguros de Portugal, entidade que supervisiona a actividade seguradora em Portugal, e através da qual se poderão obter informações necessárias, e atempadas, a um controlo mais eficaz da cobrança dos prémios de seguros, basilar fonte de receita do INEM, IP. .

Encontra-se também em implementação a informatização dos encargos com as corporações de bombeiros, dada a sua materialidade em termos do peso da despesa na execução orçamental do Instituto, com vista à minimização de eventuais erros decorrentes da intervenção humana.



MINISTÉRIO
DA SAÚDE



Instituto Nacional de Emergência Médica

- 2) **Garantir que as demonstrações financeiras apresentem de forma verdadeira e apropriada a posição financeira do INEM, os resultados das suas operações e fluxos de caixa, com a correcta especialização dos exercícios, efectuando os ajustamentos necessários de acordo com o determinado pela certificação legal das contas.**

Considera-se efectivamente demonstrado o esforço levado a cabo para redução do número de reservas nas contas do exercício de 2008 para 2009, com vista à demonstração verdadeira e apropriada da posição financeira do INEM, assegurando-se a continuidade dos ajustamentos necessários decorrentes da certificação legal das contas.

- 3) **Reorganizar os centros de custo e adoptar um sistema de contabilidade analítica adequado às especificidades de funcionamento do INEM que possibilite a imputação dos custos directos e indirectos, por unidade orgânica e por actividade.**

Os Centros de Custo foram já objecto de reorganização, no início do exercício de 2010, tendo sido adoptada uma nova estrutura base para a contabilidade de gestão que organiza os proveitos e custos em torno de quatro dimensões de análise (a Estrutura, os Meios, as Actividades e os Colaboradores), que veio permitir uma análise fiável da respectiva imputação aos respectivos centros de custo.

- 4) **Potenciar o uso da aplicação informática SIADEM, analisando detalhada e regularmente cada aspecto da performance do serviço, de modo a que gestão tome decisões informadas em tempo útil, que permitam suprir os constrangimentos/estrangulamentos identificados nas operações.**

Reconhece-se a necessidade de rentabilizar e melhorar a utilização da ferramenta em causa. Nesse sentido, estão a ser estudadas medidas, a adoptar a curto prazo, que passam por formação especializada dirigida aos utilizadores, desenvolvimento de relatórios tipo e atribuição a um colaborador da tarefa de os verificar sistematicamente, no intuito de assegurar um melhor conhecimento da aplicação e uma maior uniformidade na introdução dos dados e na recolha e tratamento da informação. Saliente-se, no entanto, o elevado grau de sensibilidade com que esta informação deve ser tratada..

- 5) **Providenciar a conclusão do estudo sobre a «Organização, Normalização e Regulamentação dos Meios SBV e SIV»,**

O estudo encontra-se em elaboração, na sua Fase 3, devendo ser objecto de decisão pelo Conselho Directivo do INEM tão breve quanto possível.

- 6) **Implementar processos de auditoria da qualidade da triagem efectuada no CODU, por via da confrontação entre o código de prioridade estipulado no CODU versus diagnóstico efectuado pelas equipas no terreno e nos hospitais que incluam o *follow up* dos doentes socorridos (mensuração dos *outcomes*)**

Esta recomendação consta do estudo supra referenciado [Recomendação 5], havendo necessidade de ultrapassar as limitações de compatibilização entre os sistemas informáticos do INEM e das unidades de saúde de drenagem e estabelecer acordos com essas unidades. No entanto, relembra-se que a integração da informação em si só não será a solução de todas as situações, uma vez que o *outcome* de um processo com vários intervenientes (INEM e Hospital) será sempre de interpretação difícil e não linear.



Instituto Nacional de Emergência Médica

7) Afectar os equipamentos de DAE a todos os PEM e ministrar a respectiva formação e certificação a todos os parceiros do SIEM

Importa começar por dizer que só após a solidificação do próprio processo de Desfibrilhação poderia esta medida ser implementada na prática.

Nesse sentido, o INEM iniciou em 2010, através das diferentes estruturas formativas das suas Delegações (Centros de Formação), um esforço de formação nesta área. Esta vertente privilegiou elementos habilitados com formação TAS sediados nos nossos PEM e que foram identificados por análise de prioridade face à estatística disponível relativamente a ocorrência de PCR, e de proximidade a meios alternativos de intervenção equipados com desfibrilhadores.

Estão, à data, a ser realizadas 12 acções de formação (com cerca de 240 formandos envolvidos) que irão permitir apurar Operacionais DAE por posto PEM, o que irá significar implementar, até final do mês de Janeiro próximo, o programa de DAE em 30 ambulâncias PEM.

O alargamento a mais 100 ambulâncias PEM irá ocorrer a curto prazo, estando a decorrer neste momento concurso para a aquisição de mais cerca de 100 aparelhos DAE.

No plano de formação de 2011 está previsto já este importante alargamento da rede de DAE aos PEM, prevendo-se que no final do ano mais de metade dos PEM estejam integrados na REDE nacional de DAE.

Ainda, importa referir que foram já encetados contactos com a Cruz Vermelha Portuguesa, parceiro no SIEM, para que a mesma venha a integrar o Programa durante 2011, provendo as respectivas ambulâncias e técnicos para os devidos efeitos.

8) Intensificar as acções formativas direccionadas aos operacionais dos PEM e Postos Reserva com a finalidade de os dotar de competências técnicas certificadas pelo INEM, que permitam assegurar ao utente uma resposta com padrões homogéneos de qualidade, qualquer que seja a sua situação clínica e a localização geográfica da ocorrência.

Consta do Plano de formação anual do Instituto a continuação do esforço de formação aos postos PEM na área da DAE, do TAS e respectiva recertificação, diligência que será adaptada às dificuldades de cada uma das zonas geográficas de cobertura de cada Delegação em decorrência do diagnóstico de necessidades inicialmente realizado.

A título de exemplo informa-se que está prevista a realização de formação em DAE a mais cerca de 500 bombeiros, durante o próximo ano.

9) Implementar o uso efectivo das soluções tecnológicas adquiridas (TME, Tablet PC e Módulo de Triagem automático), tendo em vista uma gestão adequada do custo de oportunidade do capital, bem como a melhoria da eficiência e eficácia operacional e qualidade da assistência prestada que resulte da utilização dessas tecnologias.

Encontra-se em implementação a introdução de novas tecnologias, como o i-Mobile, com automatização do accionamento, que se consagra elementar para a diminuição do tempo intra-CODU relativamente aos eventos com risco imediato de vida, estando previsto que até ao final do mês de Novembro de 2010 sejam colocados em funcionamento todos os equipamentos/aplicações i-Mobile nos meios SBV, SIV e VMER.

Estão também a ser implementados os TME e os Tablet PC, prevendo-se o seu funcionamento em pleno dentro dos próximos 2 meses (os TME em Dezembro e os Tablet PC em Janeiro próximo).



MINISTÉRIO
DA SAÚDE



Instituto Nacional de Emergência Médica



No âmbito do processo da Qualidade que o INEM desenvolve com a Certificação/Acreditação de serviços, foi dada prioridade ao CODU como serviço para entrar neste processo, pelo que a implementação do módulo de triagem ocorrerá durante os próximos meses.

10) Instituir procedimentos e medidas que se traduzam no funcionamento eficaz dos meios de SAV, revendo os protocolos com as unidades hospitalares no sentido de contribuir para a eliminação das causas de inoperacionalidade desses meios de socorro.

Está em construção um modelo de financiamento dos meios SAV tendo em vista a promoção da sua operacionalidade, eficiência e qualidade de utilização, em complemento do reforço de formação em SAV aos recursos humanos das unidades hospitalares.

Refira-se, a título de exemplo, que até final de 2009 o INEM formou para as VMER com maior taxa de inoperacionalidade na Região Norte (Matosinhos, Vale de Sousa, Chaves e Santo António), um total de 175 médicos [geralmente, considera-se que são necessários 20 médicos para assegurarem a escala de uma VMER].

11) Proceder à análise criteriosa e rigorosa dos critérios subjacentes à constituição de um PEM.

O INEM irá observar a recomendação e dar continuidade ao trabalho desenvolvido nesta matéria pelo Grupo de Trabalho que envolve representantes da ANPC e da Liga Portuguesa de Bombeiros.

12) Instituir procedimentos que determinem a atribuição de responsabilidades bem definidas pela compilação de dados, relato e registo que permitam a obtenção de informação exacta e completa.

Uma vez concluída a definição dos relatórios tipo [ver Recomendação 4], será atribuída em concreto a um posto de trabalho a incumbência da sua verificação sistemática, com vista a melhorar os procedimentos de recolha e tratamento dos dados e a qualidade da informação obtida.

13) Instituir procedimentos que possibilitem uma avaliação técnica das causas da sinistralidade e das consequências que provoquem danos pessoais e perdas de vidas humanas, no sentido de definir objectivos e metas mais exigentes, tendo em vista a redução contínua dos sinistros ocorridos com os meios de socorro accionados.

Esta é uma preocupação recorrente e que presidiu à criação e desenvolvimento do projecto NuCE. Existindo uma maior sistematização ao nível do tratamento de dados, face aos processos de selecção via bateria de testes psicotécnicos (decorrente da dimensão de elementos avaliados), possui o INEM a capacidade de costumizar de forma mais “fina” a bateria a que submete os múltiplos candidatos aos seus concursos, permitindo assim maior eficácia na selecção e rentabilização de meios, e distinção de quem possui efectivamente capacidade de desenvolver a sua competência de forma enquadrada com os objectivos preconizados para a sua intervenção.

No que respeita à instituição de procedimentos que conduzam a uma apreciação técnica de causas da sinistralidade, está em curso a implementação do Regulamento de Utilização de Veículos (RUV) do INEM, que será certamente uma mais valia na matéria, porquanto se exige em vários preceitos daquele, que se perfilhe toda uma metodologia tendente ao apuramento das circunstâncias do sinistro, da extensão dos danos e da identificação e grau de responsabilidade do causador (referimo-nos concretamente ao processo de inquérito de acidente que será instaurado sempre que ocorra um sinistro).



Tribunal de Contas

AUDITORIA DE RESULTADOS AO INEM:



Instituto Nacional de Emergência Médica



A aprovação do RUV e o trabalho que o INEM poderá empreender na área da selecção e formação podem ter um impacto qualitativo positivo a vários níveis, destacando-se:

- A constituição de uma base de dados relevante ao nível da sinistralidade preconizando a existência de um registo interno por condutor;
- A prática, já existente de forma reiterada e consolidada desde 2004, de não permitir que qualquer operacional conduza um meio do INEM sem que tenha cumprido um processo integrado de selecção nesta área (prova de condução seguida de realização de bateria de testes psicotécnicos), complementada pela realização de uma acção de condução de carga horária de 42 horas;
- Ao determinar imputação de responsabilidades (apuradas através de inquérito com a eventual intervenção de elemento do NuCE), possibilita-se a obtenção de *feed-back* qualificante do percurso de cada condutor/operacional do Instituto;
- A recertificação da área da condução, associando a esta valência a lógica que tem presidido à da formação TAS (validade da formação pelo prazo de 3 anos), complementada por extensão desta formação aos postos PEM onde os meios do INEM são operacionalizados.

14) Instituir procedimentos que possibilitem uma avaliação técnica das reclamações dos utentes por parte de uma entidade externa.

Conforme já mencionado supra, o tratamento das reclamações é levado a cabo por profissionais que não intervieram na ocorrência em questão, participando na análise o responsável pelo CODU respectivo ou pelo serviço a que a reclamação diz respeito.

Não obstante, e antecedendo a preparação de resposta pelo Gabinete de Comunicação e Imagem (ou pelo Gabinete Jurídico, caso estejam em causa matérias susceptíveis de integrar violações de sigilo profissional nos devidos termos legais), as reclamações são sujeitas aos pareceres técnicos que se entendam necessários a uma adequada resposta aos utentes, desencadeando-se os procedimentos internos que se entendam por convenientes ao apuramento das circunstâncias que deram origem à reclamação analisada.

15) Facilitar o acesso aos meios de elaboração das reclamações dos utentes e garantir-lhes o acesso a toda a informação e registos que lhes respeitem, incluindo gravações áudio.

Repudia-se veementemente a recomendação ora sugerida, na medida em que “garantir-lhes o acesso a toda a informação e registos que lhes respeitem, incluindo gravações áudio” colidirá certamente com a confidencialidade de dados pessoais, sensíveis e não sensíveis, e cuja protecção tem vindo a ser rigorosamente cumprida ao abrigo do disposto na lei e nas orientações proferidas pela Comissão Nacional de Protecção de Dados nesse sentido. Não obstante, e no estrito cumprimento das disposições legais e orientativas mencionadas, e em absoluto respeito pelo princípio do sigilo profissional em causa, cumpre acrescentar que todo o utente tem tido efectivamente acesso às informações e registos cujos dados pessoais envolvidos sejam exclusivamente da sua titularidade.

16) Remeter em tempo útil (5 dias úteis) cópia das reclamações do Livro de Reclamações à Tutela e reduzir o tempo de resposta das reclamações dos utentes dando cumprimento às metas estabelecidas internamente (12 dias).



Instituto Nacional de Emergência Médica

Sem prejuízo de se acatarem ambas as recomendações expressas, realça-se que o elevado tempo médio de resposta do INEM aos reclamantes, de 52 dias, destacado no Relatório, se reporta apenas ao ano de 2009, precisamente aquele em que o Instituto teve piores resultados.

Tratando-se de uma auditoria ao triénio 2007-2009, não podem deixar de se notar os tempos substancialmente inferiores registados nos outros dois anos que integram o conjunto dos três em análise: 13 dias em 2007 e 17 dias em 2008.

Em conclusão, o Conselho Directivo comunica que primará pelo acatamento das recomendações plasmadas no Relatório Preliminar ora analisado, desenvolvendo-se as medidas necessárias à respectiva implementação, mantendo-se disponível para facultar as informações e esclarecimentos que a Tutela considere pertinentes para os devidos efeitos.

Com os melhores cumprimentos.

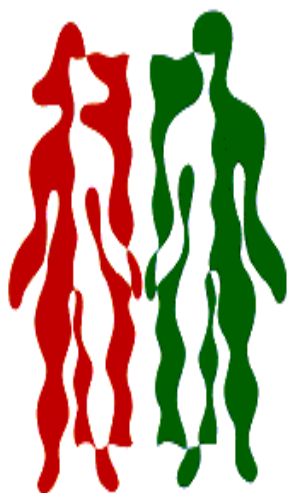
O Presidente do Conselho Directivo,

(Miguel Soares de Oliveira)



Tribunal de Contas

Auditoria de Resultados ao Instituto Nacional de Emergência Médica



Relatório n.º 47/2010 2ª S

Processo n.º 10/2010-AUDIT

Volume III



ÍNDICE

Anexo 1 – Recursos Materiais por CODU -2007.....	3 -
Anexo 2 – Recursos Materiais por CODU -2008.....	3 -
Anexo 3 – Recursos Materiais por CODU -2009.....	3 -
Anexo 4 – Circuito das Chamadas.....	4 -
Anexo 5 – Total de Accionamentos de Meios de Emergência Médica	5 -
Anexo 6 – Balanço a 31/12/2009.....	5 -
Anexo 7 – Balanço a 31/12/2008.....	6 -
Anexo 8 – Balanço a 31/12/2007.....	6 -
Anexo 9 – Custos com Fornecimentos e Serviços Externos I.....	7 -
Anexo 10 – Custos com Fornecimentos e Serviços Externos II.....	7 -
Anexo 11 – Custos com Fornecimentos e Serviços Externos III.....	7 -
Anexo 12 – Custo per Capita do Sistema de Socorro Pré Hospitalar	8 -
Anexo 13 – Tempo de Atendimento das Chamadas no 1.º trimestre de 2008.....	8 -
Anexo 14 – Tempo de Atendimento das Chamadas no 1.º trimestre de 2009.....	8 -
Anexo 15 – Tempo de Atendimento das Chamadas no 1.º trimestre de 2010.....	9 -
Anexo 16 – Pressupostos Iniciais Intergraph	9 -
Anexo 17 – Posições Estimadas Intergraph	10 -
Anexo 18 – Análise das Chamadas em Hora de Pico por CODU	10 -
Anexo 19 – % Ocorrências/Turno por CODU	11 -
Anexo 20 – N.º de Posições Óptimas Estimadas de Operadores de Telecomunicações considerando as Chamadas 112 e 50% Chamadas Internas.....	12 -
Anexo 21 – Tempo Resposta (Criação - Local) – SBV, SIV	13 -
Anexo 22 – Tempo Resposta (Criação - Local) – SAV	14 -
Anexo 23 – Taxa/Ranking Inoperacionalidade das VMER.....	15 -
Anexo 24 – Imputação dos Custos pelos Meios SBV (INEM)	16 -
Anexo 25 – Imputação dos Custos pelos Meios SIV (INEM).....	17 -
Anexo 26 – Custos com Manutenção e Conservação de Viaturas	18 -
Anexo 27 – Incumbências do INEM perante os PEM e PR	19 -
Anexo 28 – Incumbências dos PEM e PR perante o INEM	19 -
Anexo 29 – Escalão dos Prémios de Saída (PEM vs Reserva).....	20 -
Anexo 30 – Escalão do Subsídio Trimestral.....	20 -
Anexo 31 – PEM - % de Prémios Saída pagos pela Tabela de Preços dos PR.....	20 -
Anexo 32 – Poupança Gerada pela Aplicação do Modelo de Financiamento dos PR aos PEM	21 -
Anexo 33 - PEM com n.º Acc. Diários ≤ 3 e com Substituição de Ambulância em 2008 ou 2009	23 -
Anexo 34 - PEM com n.º Acc. Diários > 3 e sem Substituição de Ambulância em 2008 ou 2009	24 -
Anexo 35 – N.º Casos AVC Admitidos pela Via Verde Pré Hospitalar (2006-2009).....	25 -
Anexo 36 – Taxa Utilização Via Verde Pré Hospitalar AVC (2006-2009)	25 -
Anexo 37 – Tempo Resposta AVC - 2009.....	25 -
Anexo 38 - Memória Descritiva e Ponto de Situação do Estudo das Isócronas	26 -
Anexo 39 – Proposta de Novos Meios – Novembro 2006	38 -
Anexo 40 – Projecto RU Meios Implementados (até 07.04.2010).....	39 -
Anexo 41 – Nota de Emolumentos	41 -

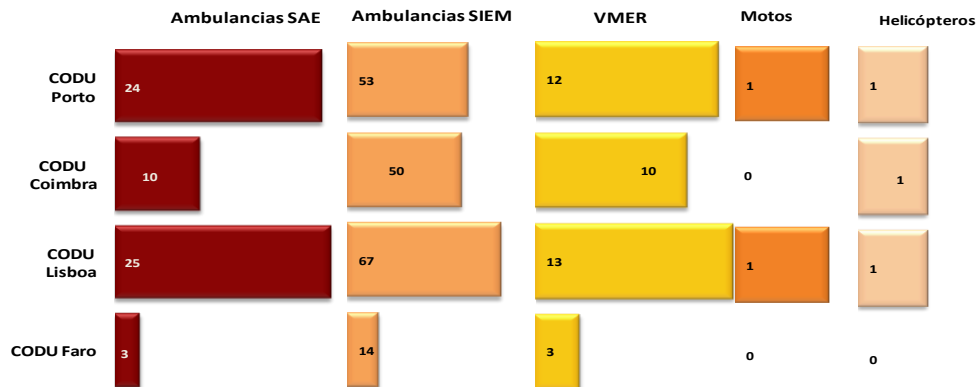


Tribunal de Contas

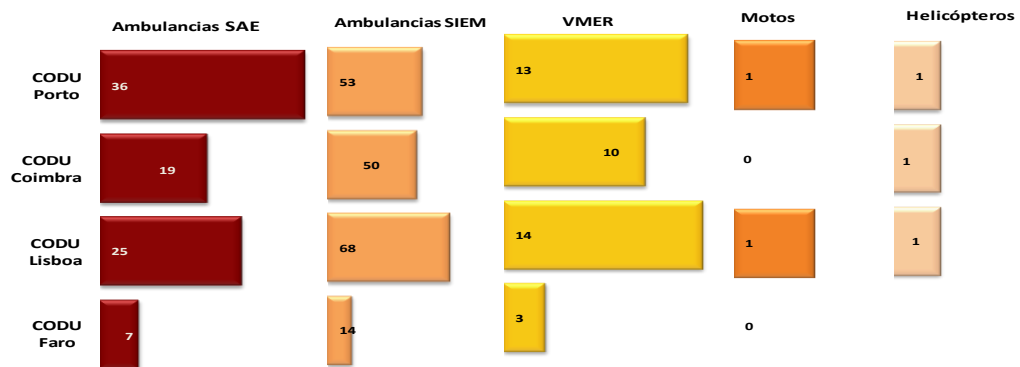
Auditoria de Resultados ao INEM



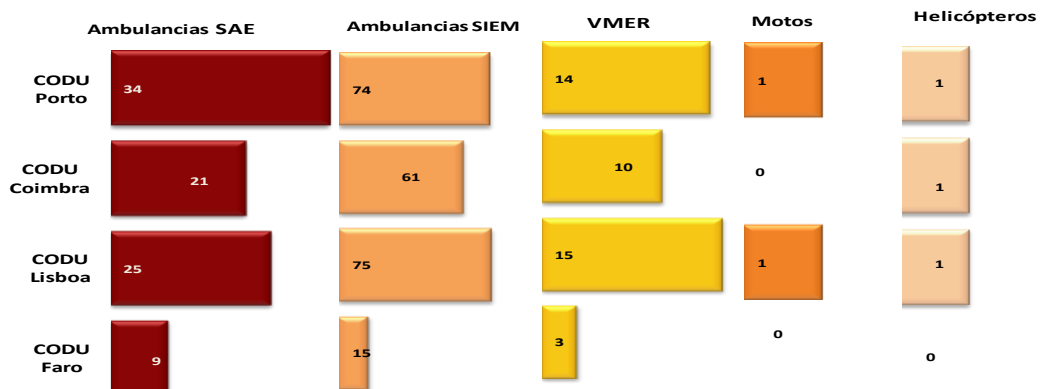
Anexo 1 – Recursos Materiais por CODU -2007



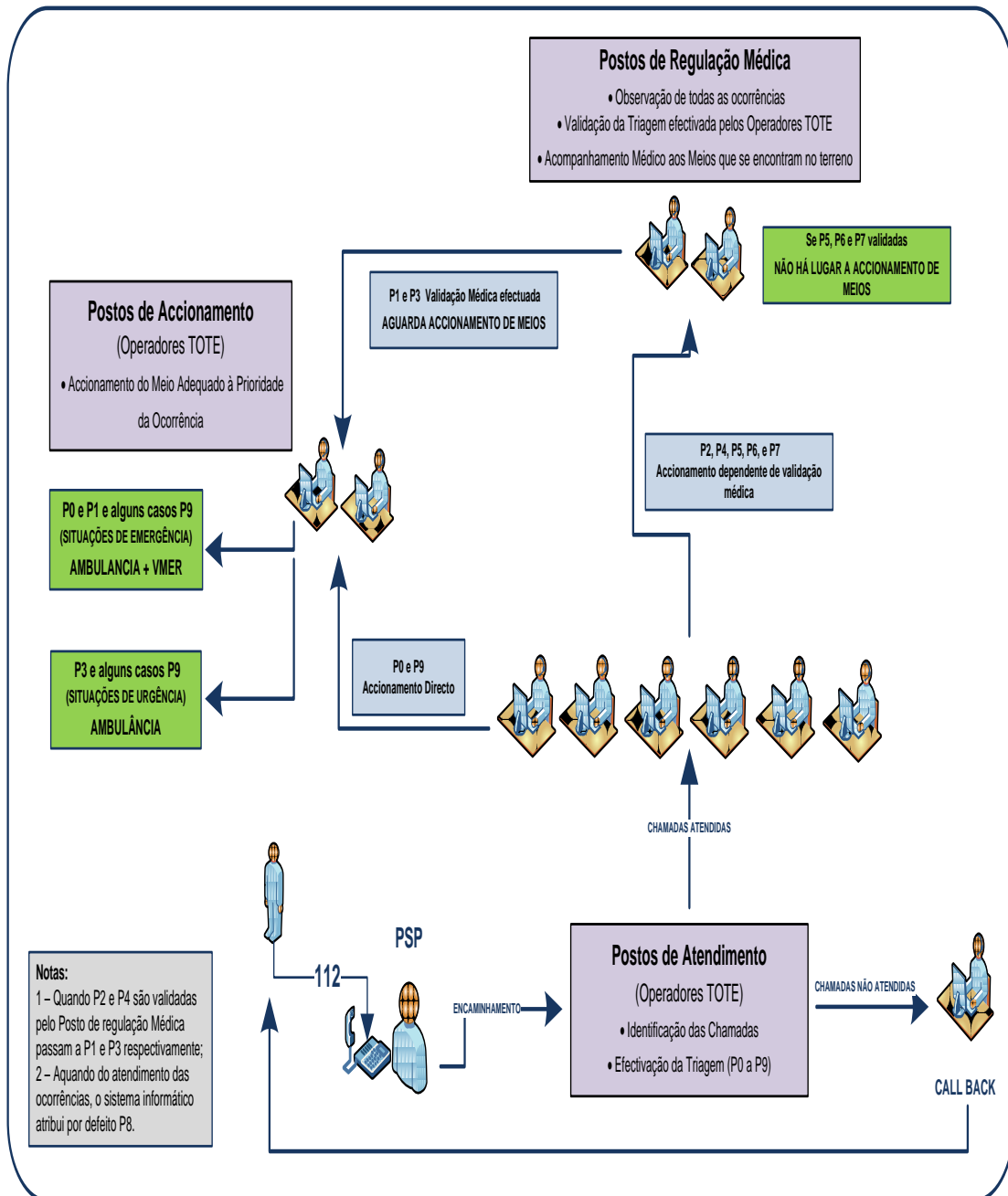
Anexo 2 – Recursos Materiais por CODU -2008



Anexo 3 – Recursos Materiais por CODU -2009



Anexo 4 – Circuito das Chamadas



Fonte: Elaboração própria com base no levantamento efectuado em trabalho de campo



Anexo 5 – Total de Accionamentos de Meios de Emergência Médica

	2007	2008	2009	Var. 07/08	Var. 08/09	Var. 07/09
● Accionamento de ambulâncias SAE	109.063	153.134	155.180	40%	1%	42%
Ambulâncias SIV	1.571	19.716	27.691	1155%	40%	1663%
Ambulâncias SBV	107.492	133.418	127.489	24%	-4%	19%
● Accionamento de ambulâncias Postos PEM	353.937	364.100	375.509	3%	3%	6%
● Accionamento de ambulâncias Postos RES	146.237	172.826	157.016	18%	-9%	7%
● Accionamento de ambulâncias Postos NINEM	30.496	35.840	34.176	18%	-5%	12%
● Accionamento de VMER	56.178	67.652	57.889	20%	-14%	3%
● Accionamento de Helicópteros	898	776	666	-14%	-14%	-26%
total	696.809	794.328	780.436	14%	-2%	12%

Fonte: Dados recebidos do INEM em 16-03-2010

Anexo 6 – Balanço a 31/12/2009

Unidade: Euros

ACTIVO	31.12.2009			FUNDOS PRÓPRIOS E PASSIVO	31.12.2009
	Activo Bruto	Amortizações /Provisões	Activo Líquido		Valor
Imobilizado:				Fundo Patrimonial:	
Bens de domínio público	0			Património	
Imobilizações incorpóreas				Reservas de Reavaliação	
Imobilizações corpóreas	81.165.913	51.553.434	29.612.479	Reservas Legais	
Investimentos financeiros				Reservas Estatutárias	
				Reservas Livres	
	81.165.913	51.553.434	29.612.479	Subsídios	
				Doações	260.678
Circulante:				Res. Transf. de activos	
Existências	1.526.326		1.526.326	Resultados Transitados	53.327.744
Dívidas de terceiros - médio/longo prazo				Resultado líquido do exercício	2.829.751
Dívidas de terceiros - curto prazo	870.285		870.285	Total do fundo patrimonial	56.418.173
Títulos negociáveis	15.853.850		15.853.850	Passivo:	
Depósitos bancários e caixa	248.311		248.311	Provisões para riscos e encargos	1.521.649
Acréscimos e diferimentos	12.918.089		12.918.089	Dívidas a terceiros - médio/longo prazo	
	31.416.862	0	31.416.862		1.521.649
				Dívidas a terceiros - curto prazo	3.089.520
				Acréscimos e diferimentos	0
				Total do passivo	4.611.169
Total do Activo	112.582.775	51.553.434	61.029.342	Total dos FP e do Passivo	61.029.342



Tribunal de Contas

Auditoria de Resultados ao INEM

Anexo 7 – Balanço a 31/12/2008

Unidade: Euros

ACTIVO	31.12.2008			FUNDOS PRÓPRIOS E PASSIVO	31.12.2008
	Activo Bruto	Amortizações/ Provisões	Activo Líquido		Valor
Imobilizado:				Fundo Patrimonial:	
Bens de domínio público	0			Património	
Imobilizações incorpóreas				Reservas de Reavaliação	
Imobilizações corpóreas	81.967.439	50.424.059	31.543.380	Reservas Legais	
Investimentos financeiros				Reservas Estatutárias	
				Reservas Livres	
	81.967.439	50.424.059	31.543.380	Subsídios	
				Doações	260.678
Circulante:				Res. Transf. de activos	
Existências	833.705		833.705	Resultados Transitados	76.040.140
Dívidas de terceiros - médio/longo prazo				Resultado líquido do exercício	-22.712.396
Dívidas de terceiros - curto prazo	94.108		94.108	Total do fundo patrimonial	53.588.422
Títulos negociáveis	15.000.000		15.000.000	Passivo:	
Depósitos bancários e caixa	1.040.290		1.040.290	Provisões para riscos e encargos	
Acréscimos e diferimentos	7.555.800		7.555.800	Dívidas a terceiros - médio/longo prazo	
	24.523.903	0	24.523.903		0
				Dívidas a terceiros - curto prazo	1.804.624
				Acréscimos e diferimentos	674.237
					2.478.861
				Total do passivo	2.478.861
Total do Activo	106.491.342	50.424.059	56.067.283	Total dos FP e do Passivo	56.067.283

Anexo 8 – Balanço a 31/12/2007

Unidade: Euros

ACTIVO	31.12.2007			FUNDOS PRÓPRIOS E PASSIVO	31.12.2007
	Activo Bruto	Amortizações/ Provisões	Activo Líquido		Valor
Imobilizado:				Fundo Patrimonial:	
Bens de domínio público	0			Património	
Imobilizações incorpóreas				Reservas de Reavaliação	
Imobilizações corpóreas	68.430.620	45.312.890	23.117.731	Reservas Legais	
Investimentos financeiros				Reservas Estatutárias	
				Reservas Livres	
	68.430.620	45.312.890	23.117.731	Subsídios	
				Doações	260.678
Circulante:				Res. Transf. de activos	
Existências	784.043		784.043	Resultados Transitados	82.553.125
Dívidas de terceiros - médio/longo prazo				Resultado líquido do exercício	-6.512.985
Dívidas de terceiros - curto prazo	94.108		94.108	Total do fundo patrimonial	76.300.818
Títulos negociáveis				Passivo:	
Depósitos bancários e caixa	50.323.755		50.323.755	Provisões para riscos e encargos	
Acréscimos e diferimentos	6.689.230		6.689.230	Dívidas a terceiros - médio/longo prazo	
	57.891.137	0	57.891.137		0
				Dívidas a terceiros - curto prazo	231.616
				Acréscimos e diferimentos	4.476.434
					4.708.050
				Total do passivo	4.708.050
Total do Activo	126.321.757	45.312.890	81.008.867	Total dos FP e do Passivo	81.008.867



Anexo 9 – Custos com Fornecimentos e Serviços Externos I

Unidade: Euros

Custos	31.12.07		31.12.08		31.12.09		Δ%	Δ %	Δ %
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	07-08	08-09	07-09
Fornecimentos e Serviços I									
Electricidade	154.527,43	9,7%	178.939,42	7,6%	204.599,72	8,2%	15,8%	14,3%	32,4%
Combustíveis	575.407,95	35,9%	992.173,33	41,9%	847.990,44	34,0%	72,4%	-14,5%	47,4%
Água	19.473,46	1,2%	28.237,39	1,2%	25.306,63	1,0%	45,0%	-10,4%	30,0%
Outros Fluidos	3.124,57	0,2%	2.417,34	0,1%	1.894,58	0,1%	-22,6%	-21,6%	-39,4%
Rápido	2.511,02	0,2%	3.797,74	0,2%	4.209,65	0,2%	51,2%	10,8%	67,6%
Livros e Documentação Técnica	1.725,55	0,1%	499,85	0,0%	1.374,96	0,1%	-71,0%	175,1%	-20,3%
Material de Escritório	8.288,45	0,5%	9.178,87	0,4%	2.871,76	0,1%	10,7%	-68,7%	-65,4%
Artigos para Oferta	3.885,55	0,2%	971,39	0,0%	10.131,60	0,4%	-75,0%	943,0%	160,8%
Rendas e Alugueres	832.070,84	52,0%	1.153.745,85	48,7%	1.397.874,76	56,0%	38,7%	21,2%	68,0%
Total de custos	1.601.014,82	100%	2.369.961,18	100%	2.496.254,10	100%	48,0%	5,3%	55,9%

Dados recebidos do INEM em 03-03-2010 e 07-05-2010

Anexo 10 – Custos com Fornecimentos e Serviços Externos II

Unidade: Euros

Custos	31.12.07		31.12.08		31.12.09		Δ%	Δ %	Δ %
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	07-08	08-09	07-09
Fornecimentos e Serviços II									
Despesas de Representação	7.598,86	0,3%	7.754,65	0,2%	7.295,84	0,3%	2,1%	-5,9%	-4,0%
Comunicações	1.333.363,15	55,7%	1.966.011,58	57,0%	1.665.469,34	61,6%	47,4%	-15,3%	24,9%
Seguros	794.231,35	33,2%	1.180.204,93	34,2%	952.883,02	35,2%	48,6%	-19,3%	20,0%
Royalties	9.982,50	0,4%			255,30	0,0%			
Transporte de Mercadorias	25.051,68	1,0%	4.046,42	0,1%	796,80	0,0%	-83,8%	-80,3%	-96,8%
Transporte de Pessoal	2.412,65	0,1%	2.642,90	0,1%	2.024,20	0,1%	9,5%	-23,4%	-16,1%
Deslocações e Estadas	136.777,07	5,7%	229.009,95	6,6%	75.853,56	2,8%	67,4%	-66,9%	-44,5%
Honorários									
• Tarefas ou Avenças	82.314,83	3,4%	60.592,95	1,8%			-26,4%		
Total de custos	2.391.732,09	100%	3.450.263,38	100%	2.704.578,06	100%	44%	-22%	13,1%

Dados recebidos do INEM em 03-03-2010 e 07-05-2010

Anexo 11 – Custos com Fornecimentos e Serviços Externos III

Unidade: Euros

Custos	31.12.07		31.12.08		31.12.09		Δ%	Δ %	Δ %
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	07-08	08-09	07-09
Fornecimentos e Serviços III									
Contencioso e Notariado	339,33	0,0%	22,35	0,0%	3,50	0,0%	-93,4%	-84,3%	-99,0%
Conservação e Reparação	2.497.109,60	28,3%	3.247.082,62	31,5%	3.557.820,73	27,6%	30,0%	9,6%	42,5%
Publicidade e Propaganda	174.977,55	2,0%	108.363,79	1,1%	33.646,18	0,3%	-38,1%	-69,0%	-80,8%
Limpeza, Higiene e Conforto	337.677,61	3,8%	329.548,30	3,2%	315.836,69	2,4%	-2,4%	-4,2%	-6,5%
Vigilância e Segurança	674.218,80	7,6%	878.224,86	8,5%	709.627,54	5,5%	30,3%	-19,2%	5,3%
Trabalhos Especializados									
• Serviços de Hélicóptero	3.921.719,58	44,4%	3.998.206,82	38,8%	4.110.650,11	31,8%	2,0%	2,8%	4,8%
• Estudos, Pareceres e Proj. Comunitá	20.562,38	0,2%	1.200,71	0,0%	5.801,58	0,0%	-94,2%	383,2%	-71,8%
• Outros Serviços Especializados	1.207.873,51	13,7%	1.740.779,87	16,9%	4.179.824,31	32,4%	44,1%	140,1%	246,0%
Total de custos	8.834.478,36	100%	10.303.429,32	100%	12.913.210,64	100%	16,6%	25,3%	46,2%

Dados recebidos do INEM em 03-03-2010 e 07-05-2010

Anexo 12 – Custo per Capita do Sistema de Socorro Pré Hospitalar

Unidade: Euros

Tipo Meio	2007 *	2008	2009	Var. 09/07
População	9.656.471	9.656.471	9.656.471	0%
Total Custos (DR)	53.212.343	68.171.837	74.089.897	39%
Custo Per Capita	6	7	8	39%

Anexo 13 – Tempo de Atendimento das Chamadas no 1.º trimestre de 2008

Tempo (Segundos)	CODU COIMBRA		CODU FARO		CODU LISBOA		CODU PORTO	
	Chams DAC	Chams Aban	Chams DAC	Chams Aban	Chams DAC	Chams Aban	Chams DAC	Chams Aban
0 a 5	63.624	1.102	15.230	281	50.519	2.167	65.272	2.043
5 a 6	5.568	39	2.153	10	9.117	171	11.055	157
6 a 7	3.212	28	1.532	15	7.723	139	8.742	142
7 a 8	2.181	12	1.084	10	6.102	130	6.670	84
8 a 9	1.453	14	761	12	5.201	124	4.677	78
9 a 10	1.092	12	504	6	4.326	107	3.112	61
10 a 11	746	19	374	5	3.333	90	1.805	65
11 a 12	572	12	314	12	2.861	83	1.281	37
12 a 13	470	5	256	4	2.235	95	1.018	44
> 13	4.243	579	2.562	412	30.362	8.353	10.726	1.963
Total	83.161	1.822	24.770	767	121.779	11.459	114.358	4.674

Fonte: Dados recebidos do INEM em 04-05-2010

Nota: Só inclui chamadas 112. Dados reportados ao 1º trimestre de 2008

Anexo 14 – Tempo de Atendimento das Chamadas no 1.º trimestre de 2009

Tempo (Segundos)	CODU COIMBRA		CODU FARO		CODU LISBOA		CODU PORTO	
	Chams DAC	Chams Aban	Chams DAC	Chams Aban	Chams DAC	Chams Aban	Chams DAC	Chams Aban
0 a 5	65.927	1.019	17.004	268	50.970	2.051	75.464	2.470
5 a 6	4.969	38	1.902	16	10.797	178	10.999	154
6 a 7	3.176	25	1.466	14	9.794	135	8.075	119
7 a 8	2.059	23	983	10	7.696	145	5.991	95
8 a 9	1.555	27	674	12	6.567	115	4.555	103
9 a 10	1.075	33	459	4	5.378	79	3.199	83
10 a 11	791	11	333	8	4.355	65	2.116	67
11 a 12	579	17	239	9	3.471	70	1.504	47
12 a 13	511	25	184	7	2.742	59	1.184	41
> 13	4.248	693	2.146	279	19.618	2.517	7.885	1.052
Total	84.890	1.911	25.390	627	121.388	5.414	120.972	4.231

Fonte: Dados recebidos do INEM em 04-05-2010

Nota: Só inclui chamadas 112. Dados reportados ao 1º trimestre de 2009



Anexo 15 – Tempo de Atendimento das Chamadas no 1.º trimestre de 2010

Tempo (Segundos)	CODU COIMBRA		CODU FARO		CODU LISBOA		CODU PORTO	
	Chams DAC	Chams Aban	Chams DAC	Chams Aban	Chams DAC	Chams Aban	Chams DAC	Chams Aban
0 a 5	52.806	832	12.629	276	44.338	1.630	47.090	2.386
5 a 6	6.860	63	2.418	17	9.362	149	11.062	274
6 a 7	4.881	34	1.801	11	8.485	156	10.378	228
7 a 8	3.453	47	1.268	13	7.085	117	8.684	214
8 a 9	2.518	61	878	10	6.310	150	7.462	259
9 a 10	1.889	44	658	11	5.332	126	6.122	174
10 a 11	1.370	45	502	8	4.335	109	4.611	167
11 a 12	1.021	36	364	8	3.470	84	3.603	122
12 a 13	810	29	284	5	2.877	83	2.928	91
> 13	9.602	1.138	2.703	357	29.169	3.599	19.737	2.167
Total	85.210	2.329	23.505	716	120.763	6.203	121.677	6.082

Fonte: Dados recebidos do INEM em 04-05-2010

Nota: Só inclui chamadas 112. Dados reportados ao 1º trimestre de 2010

Anexo 16 – Pressupostos Iniciais Intergraph

Pressuposto	Valor
Turnos	3 das 0h-8h, 8h-16h, 16h-0h
Percentagem média de ocorrências por turno	das 0h às 8h cerca de 25%
	das 8h às 16h cerca de 37.5%
	das 16h às 0h cerca de 37.5%
Valor de pico de ocorrência por turno	50% das atribuídas ao turno
Tempo médio de atendimento telefónico de uma ocorrência	2.5 minutos
Percentagem de chamadas que resultam em despacho	40%
Tempo de duração de um despacho	30 segundos
Numero máximo de ocorrências acompanhadas em simultâneo por um despachante	3
Duração média do acompanhamento do despacho	10 minutos
Numero mínimo de supervisores	2 por CODU
Relação supervisores despachantes	1 supervisor para cada 4 despachantes

Anexo 17 – Posições Estimadas Intergraph

CODU	Porto	Coimbra	Lisboa	Faro	Obs
Nº chamadas por dia	900	600	1.000	450	Dados fornecidos pelo INEM no CE
Percentagem máxima de chamadas por turno	37,5%	37,5%	37,5%	37,5%	Valor obtido com base na experiência da Intergraph
Chamadas no turno com percentagem máxima	338	225	413	169	Valor calculado com base no turno com % máxima de chamadas e no n.º de chamadas por dia
% de chamadas em hora de pico	50%	50%	50%	50%	Valor obtido com base na experiência da Intergraph
Nº chamadas durante a hora de pico	169	113	206	84	Valor calculado com base no nº de chamadas no turno com % máxima (37,5% e chamadas originais) e na % de chamadas na hora de pico
Atendimento	Porto	Coimbra	Lisboa	Faro	Obs
Duração média do atendimento telefónico de uma chamada	2,5	2,5	2,5	2,5	Valor obtido com base na experiência da Intergraph
Nº operadores atendimento para a hora de pico	7,03 8	4,69 5	8,59 9	3,52 4	Valor calculado com base na duração média do atendimento e no nº de chamadas na hora de pico (37,5% e chamadas originais).
Despacho	Porto	Coimbra	Lisboa	Faro	Obs
% de chamadas que resultam em despacho	40%	40%	40%	40%	Valor referido nos esclarecimentos pedido sobre o concurso
Nº de chamadas que resultam em despacho por hora	68	45	83	34	Valor calculado com base no nº de chamadas durante a hora de pico (37,5% e chamadas originais).
Duração do acompanhamento da ocorrência	10	10	10	10	Valor obtido com base na experiência da Intergraph
Nº máximo de ocorrências acompanhadas em simultâneo por um despachante	3	3	3	3	Valor obtido com base na experiência da Intergraph
Nº operadores despacho para a hora de pico	3,75 4	2,50 3	4,58 5	1,88 2	Valor calculado com base na duração média do atendimento e no nº de chamadas na hora de pico (37,5% e chamadas originais).

Anexo 18 – Análise das Chamadas em Hora de Pico por CODU

CODU Coimbra	00-08H	08-16H	16-24H	CODU Lisboa	00-08H	08-16H	16-24H
Domingo	17%	14%	15%	Domingo	17%	14%	14%
Segunda Feira	19%	14%	15%	Segunda Feira	18%	14%	15%
Terça Feira	18%	13%	16%	Terça Feira	19%	14%	15%
Quarta Feira	18%	14%	15%	Quarta Feira	17%	14%	14%
Quinta Feira	19%	14%	14%	Quinta Feira	17%	14%	14%
Sexta	17%	14%	15%	Sexta	18%	14%	14%
Sábado	16%	14%	14%	Sábado	18%	14%	15%
Todos os dias	17%	14%	15%	Todos os dias	17%	14%	14%
CODU Faro	00-08H	08-16H	16-24H	CODU Porto	00-08H	08-16H	16-24H
Domingo	16%	15%	13%	Domingo	17%	16%	16%
Segunda Feira	18%	15%	14%	Segunda Feira	21%	15%	15%
Terça Feira	16%	15%	16%	Terça Feira	20%	14%	15%
Quarta Feira	17%	15%	14%	Quarta Feira	22%	16%	15%
Quinta Feira	16%	14%	16%	Quinta Feira	24%	15%	15%
Sexta	17%	15%	14%	Sexta	20%	16%	14%
Sábado	16%	14%	15%	Sábado	15%	16%	17%
Todos os dias	16%	14%	14%	Todos os dias	19%	15%	14%

Fonte: Ficheiro movimento de viaturas recebido em 22-04-2009. Para efeitos da análise foi considerado o momento da entrada da chamada no sistema (Criação). % Chamadas monitorizadas: CODU Lisboa (34,2%); CODU Faro (18,7%), CODU Coimbra (27,2%); CODU Porto (5,4%).



Anexo 19 – % Ocorrências/Turno por CODU

Mês	Porto			Coimbra			Lisboa			Faro		
	00H00 - 08H00	08H00 - 16H00	16H00 - 24H00	00H00 - 08H00	08H00 - 16H00	16H00 - 24H00	00H00 - 08H00	08H00 - 16H00	16H00 - 24H00	00H00 - 08H00	08H00 - 16H00	16H00 - 24H00
Janeiro	20,3%	48,8%	30,9%	19,7%	49,3%	30,9%	22,3%	46,2%	31,5%	23,9%	46,0%	30,1%
Fevereiro	19,5%	49,2%	31,4%	19,1%	49,3%	31,6%	21,5%	44,9%	33,7%	21,1%	45,9%	33,0%
Março	18,6%	47,4%	34,0%	18,9%	48,6%	32,5%	21,0%	44,7%	34,3%	21,9%	44,4%	33,7%
Abril	17,6%	46,2%	36,2%	18,5%	46,2%	35,2%	20,0%	43,1%	36,9%	21,2%	43,4%	35,4%
Mai	18,1%	44,5%	37,4%	17,1%	44,7%	38,3%	19,5%	42,2%	38,4%	21,5%	40,8%	37,7%
Junho	18,3%	43,7%	38,0%	19,1%	43,8%	37,1%	20,3%	41,7%	38,0%	22,1%	40,5%	37,5%
Julho	17,5%	44,5%	38,0%	18,1%	43,5%	38,4%	20,8%	41,7%	37,5%	23,2%	38,8%	37,9%
Agosto	18,0%	42,6%	39,4%	18,6%	42,7%	38,7%	20,3%	40,9%	38,8%	24,9%	39,2%	35,9%
Setembro	18,0%	44,5%	37,4%	18,2%	44,7%	37,1%	20,2%	42,4%	37,3%	21,9%	42,3%	35,8%
Outubro	17,5%	46,9%	35,6%	18,3%	46,2%	35,5%	20,2%	43,4%	36,4%	21,2%	44,4%	34,4%
Novembro	18,1%	47,9%	34,0%	18,7%	47,6%	33,7%	19,8%	43,9%	36,3%	19,9%	47,1%	32,9%
Ano	18,3%	45,9%	35,7%	18,6%	46,0%	35,5%	20,5%	43,2%	36,3%	22,3%	42,6%	35,2%

Fonte: Dados recebidos do INEM em 03-03-2010

Nota: Inclui todas as chamadas (112+Internas). Não existem dados para Dezembro.



Anexo 20 – N.º de Posições Óptimas Estimadas de Operadores de Telecomunicações considerando as Chamadas 112 e 50% Chamadas Internas

CODU	P o r t o			C o i m b r a			L i s b o a			F a r o		
	00-08H	08-16H	16-24H	00-08H	08-16H	16-24H	00-08H	08-16H	16-24H	00-08H	08-16H	16-24H
Nº chamadas por dia	1.715			1.040			1.587			318		
% máxima de chamadas por turno	19,4%	44,8%	35,8%	19,4%	44,8%	35,8%	19,4%	44,8%	35,8%	19,4%	44,8%	35,8%
Chamadas no turno com % máxima	333	768	614	202	466	372	308	711	568	62	143	114
% de chamadas em hora de pico	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
Nº chamadas durante a hora de pico	83	192	153	50	116	93	77	178	142	15	36	29
A t e n d i m e n t o	P o r t o			C o i m b r a			L i s b o a			F a r o		
	00-08H	08-16H	16-24H	00-08H	08-16H	16-24H	00-08H	08-16H	16-24H	00-08H	08-16H	16-24H
Duração média do atendimento telefónico de uma chamada	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Nº operadores atendimento para a hora de pico	3,47	8,00	6,39	2,10	4,85	3,88	3,21	7,40	5,92	0,64	1,49	1,19
	4	9	7	3	5	4	4	8	6	1	2	2
D e s p a c h o	P o r t o			C o i m b r a			L i s b o a			F a r o		
	00-08H	08-16H	16-24H	00-08H	08-16H	16-24H	00-08H	08-16H	16-24H	00-08H	08-16H	16-24H
% de chamadas que resultam em despacho	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%
Nº de chamadas que resultam em despacho por hora	33	77	61	20	47	37	31	71	57	6	14	11
Duração do acompanhamento da ocorrência	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Nº máximo de ocorrências acompanhadas em simultâneo por um despachante	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Nº operadores despacho para a hora de pico	1,85	4,27	3,41	1,12	2,59	2,07	1,71	3,95	3,16	0,34	0,79	0,63
	2	5	4	2	3	3	2	4	4	1	1	1
Total Operadores	6	14	11	5	8	7	6	12	10	2	3	3

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recebidos do INEM em 03-03-2010 e 22-04-2010.



Anexo 21 – Tempo Resposta (Criação - Local) – SBV, SIV

CODU Coimbra

Bloco (minutos)	Frequência	% acumulada
[0 a 8]	306	22,5%
]8 a 10]	196	36,9%
]10 a 15]	390	65,5%
]15 a 20]	189	79,4%
]20 a 25]	94	86,3%
]25 a 30]	42	89,4%
]30 a 45]	66	94,3%
]45 a 60]	26	96,2%
]60 a 90]	29	98,3%
Mais	23	100,0%
Total	1.361	

CODU Lisboa

Bloco (minutos)	Frequência	% acumulada
[0 a 8]	2.969	22,0%
]8 a 10]	1.937	36,4%
]10 a 15]	3.724	64,0%
]15 a 20]	1.805	77,4%
]20 a 25]	917	84,2%
]25 a 30]	553	88,3%
]30 a 45]	920	95,1%
]45 a 60]	337	97,6%
]60 a 90]	234	99,4%
Mais	86	100,0%
Total	13.482	

CODU Faro

Bloco (minutos)	Frequência	% acumulada
[0 a 8]	117	7,8%
]8 a 10]	93	14,0%
]10 a 15]	272	32,0%
]15 a 20]	189	44,6%
]20 a 25]	213	58,8%
]25 a 30]	172	70,2%
]30 a 45]	250	86,8%
]45 a 60]	112	94,3%
]60 a 90]	60	98,3%
Mais	26	100,0%
Total	1.504	

CODU Norte

Bloco (minutos)	Frequência	% acumulada
[0 a 8]	41	11,4%
]8 a 10]	42	23,1%
]10 a 15]	99	50,7%
]15 a 20]	45	63,2%
]20 a 25]	37	73,5%
]25 a 30]	18	78,6%
]30 a 45]	39	89,4%
]45 a 60]	22	95,5%
]60 a 90]	12	98,9%
Mais	4	100,0%
Total	359	

Fonte: Dados recebidos do INEM em 22-04-2010



Anexo 22 – Tempo Resposta (Criação - Local) – SAV

CODU Coimbra

Bloco (minutos)	Frequência	% acumulada
[0 a 8]	135	12,7%
]8 a 10]	98	22,0%
]10 a 15]	235	44,2%
]15 a 20]	154	58,7%
]20 a 25]	113	69,3%
]25 a 30]	78	76,7%
]30 a 45]	145	90,4%
]45 a 60]	59	95,9%
]60 a 90]	33	99,1%
Mais	10	100,0%
Total	1.060	

CODU Lisboa

Bloco (minutos)	Frequência	% acumulada
[0 a 8]	520	9,5%
]8 a 10]	533	19,3%
]10 a 15]	1.412	45,1%
]15 a 20]	895	61,5%
]20 a 25]	583	72,2%
]25 a 30]	357	78,7%
]30 a 45]	689	91,4%
]45 a 60]	286	96,6%
]60 a 90]	151	99,4%
Mais	35	100,0%
Total	5.461	

CODU Faro

Bloco (minutos)	Frequência	% acumulada
[0 a 8]	34	7,2%
]8 a 10]	26	12,7%
]10 a 15]	95	32,8%
]15 a 20]	74	48,4%
]20 a 25]	39	56,7%
]25 a 30]	59	69,1%
]30 a 45]	82	86,5%
]45 a 60]	37	94,3%
]60 a 90]	22	98,9%
Mais	5	100,0%
Total	473	

CODU Norte

Bloco (minutos)	Frequência	% acumulada
[0 a 8]	13	7,6%
]8 a 10]	13	15,3%
]10 a 15]	44	41,2%
]15 a 20]	34	61,2%
]20 a 25]	18	71,8%
]25 a 30]	8	76,5%
]30 a 45]	23	90,0%
]45 a 60]	12	97,1%
]60 a 90]	4	99,4%
Mais	1	100,0%
Total	170	

Fonte: Dados recebidos do INEM em 22-04-2010



Anexo 23 – Taxa/Ranking Inoperacionalidade das VMER

Ranking VMER	Taxa Inoperacionalidade	Dias Inoperacionalidade	Tempo Inoperacionalidade
Matosinhos	32,2%	117,4	2817:47:00
V. Sousa	26,6%	96,9	2326:03:00
Chaves	24,1%	88,1	2114:39:00
S. António	23,2%	84,8	2034:36:00
Setúbal	12,3%	44,9	1077:16:00
V. F. Xira	11,0%	40,2	965:41:00
Covilhã	9,6%	35,0	840:08:00
Almada	9,6%	35,0	839:31:00
Santarém	8,3%	30,4	729:45:00
Vila Real	7,8%	28,4	680:54:00
Guarda	7,1%	26,0	624:38:00
Albufeira	6,2%	22,6	542:46:00
V.N Gaia	5,5%	20,1	482:06:00
S. João	4,5%	16,4	393:14:00
Bragança	3,9%	14,1	339:30:00
Braga	3,8%	14,0	335:42:00
S. Maria Feira	3,7%	13,4	321:23:00
Évora	2,9%	10,4	250:04:00
St.ª Maria	2,1%	7,7	185:13:00
Portimão	1,8%	6,6	158:35:00
Cascais	1,3%	4,9	117:22:00
Beja	0,8%	3,0	72:15:00
Guimarães	0,8%	3,0	71:06:00
S. José	0,8%	2,8	67:43:00
Torres Vedras (26.08.09)	1,8%	2,2	53:53:00
Portalegre	0,5%	1,9	46:44:00
Faro	0,5%	1,7	41:04:00
Viana Castelo	0,4%	1,6	38:18:00
Lisboa	0,4%	1,6	37:41:00
Barcelos	0,4%	1,5	35:33:00
Famalicão	0,3%	1,0	23:47:00
Aveiro	0,3%	1,0	23:18:00
HUC	0,2%	0,9	21:15:00
Médio Tejo	0,2%	0,8	19:10:00
Leiria	0,2%	0,7	17:21:00
Figueira da Foz	0,1%	0,5	12:36:00
Viseu	0,1%	0,4	10:07:00
Curry Cabral	0,1%	0,4	8:49:00
Covões	0,1%	0,3	7:05:00
Caldas da Rainha	0,1%	0,2	5:50:00
Castelo Branco	0,1%	0,2	5:33:00
S. F. Xavier	0,1%	0,2	5:23:00
L. Alentejano (03.09.09)	0,1%	0,2	3:56:00

Fonte: Dados recebidos do INEM em 22-04-2010



Anexo 24 – Imputação dos Custos pelos Meios SBV (INEM)

Unidade: Euros

Meio	42 Imob. Corpóreas	64 CUSTOS COM O PESSOAL	31 - COMPRAS	62 - Forn. Serviço Externo	61 - Custo da Mercadoria Vendida e Matéria Consumida	Total Geral
SBV Braga	- €	212.662 €	- €	21.899 €	10.045 €	244.606 €
SBV Ovar	- €	188.067 €	- €	17.380 €	- €	205.447 €
SBV Chaves	- €	169.653 €	- €	23.612 €	6.986 €	200.251 €
SAE Porto 2	- €	166.993 €	- €	16.787 €	14.164 €	197.944 €
SBV Vieira do Minho	- €	179.038 €	- €	8.650 €	3.744 €	191.432 €
SBV Trancoso	- €	171.622 €	3.368 €	3.865 €	3.937 €	182.793 €
SAE Porto 1	- €	135.560 €	- €	29.952 €	14.062 €	179.573 €
SBV Estarreja	- €	167.789 €	- €	8.337 €	2.268 €	178.395 €
SBV Leiria	- €	166.181 €	- €	8.466 €	2.809 €	177.457 €
SAE Porto 3	- €	151.444 €	- €	25.417 €	- €	176.861 €
SBV Anadia	- €	162.674 €	- €	7.060 €	2.698 €	172.432 €
SAE Gaia 1	- €	140.418 €	- €	12.718 €	14.687 €	167.824 €
SBV Fundão N	- €	153.887 €	- €	9.100 €	3.075 €	166.062 €
SBV Viseu	- €	146.177 €	- €	14.109 €	3.143 €	163.430 €
SAE Porto 6	- €	125.250 €	- €	26.386 €	7.496 €	159.133 €
SAE Rio Tinto 1	- €	133.477 €	- €	16.561 €	6.581 €	156.619 €
SBV Espinho	- €	123.494 €	- €	18.888 €	11.829 €	154.211 €
SBV Torre de Moncorvo	- €	130.674 €	- €	15.553 €	- €	146.227 €
SAE Maia 1	- €	118.114 €	- €	20.733 €	- €	138.847 €
SAE Porto 8 (Matosinhos 1)	- €	103.760 €	- €	10.045 €	10.293 €	124.098 €
SBV Miranda do Douro	- €	103.925 €	- €	10.417 €	7.698 €	122.040 €
SAE Porto 5	- €	105.337 €	- €	12.588 €	- €	117.925 €
SAE Gaia 2	- €	95.397 €	- €	16.042 €	4.392 €	115.831 €
SBV Vouzela	- €	109.896 €	- €	1.932 €	- €	111.828 €
SAE Porto 4	- €	96.573 €	- €	14.182 €	0 €	110.755 €
SAE Porto 7	- €	84.376 €	- €	10.789 €	- €	95.165 €
SBV Celorico de Basto N	- €	89.688 €	- €	5.404 €	- €	95.092 €
SBV Mortágua	- €	78.539 €	- €	4.293 €	4.151 €	86.983 €
SBV Baião N	- €	77.480 €	- €	2.398 €	5.214 €	85.092 €
SBV Figueiró dos Vinhos N	- €	78.000 €	- €	1.211 €	3.644 €	82.855 €
SBV Santa Comba Dão / Tábua	- €	78.255 €	- €	2.706 €	1.747 €	82.807 €
SBV Figueira de Castelo Rodrigo	- €	35.661 €	3.368 €	16.013 €	- €	55.043 €
SAE Faro 1	137 €	- €	- €	40.985 €	4.873 €	45.995 €
SBV Sabugal	- €	39.314 €	3.368 €	2.360 €	- €	45.043 €
SAE Faro 2	- €	- €	- €	37.029 €	6.610 €	43.639 €
SBV Silves	- €	25.093 €	- €	13.976 €	3.278 €	42.347 €
SAE Lisboa 4	- €	- €	- €	39.804 €	289 €	40.094 €
SAE Lisboa 3	- €	- €	- €	38.482 €	- €	38.482 €
SAE Lisboa 17	- €	- €	- €	37.271 €	321 €	37.592 €
SAE Olhão 1	- €	- €	- €	36.818 €	- €	36.818 €
SAE Amadora 1	- €	- €	- €	30.625 €	- €	30.625 €
SAE Setúbal 2	- €	- €	- €	27.946 €	217 €	28.163 €
SBV Oleiros	- €	17.871 €	- €	3.869 €	5.849 €	27.589 €
SAE Lisboa 9	- €	- €	- €	25.256 €	- €	25.256 €
SAE Coimbra 1	- €	11 €	- €	14.140 €	10.600 €	24.751 €
SAE Lisboa 12	- €	- €	- €	23.578 €	377 €	23.955 €
SAE Lisboa 11	- €	- €	- €	22.961 €	- €	22.961 €
SAE Lisboa 7	- €	- €	- €	22.280 €	551 €	22.831 €
SAE Setúbal 1	- €	- €	- €	20.891 €	877 €	21.768 €
SAE Lisboa 16	- €	- €	- €	18.175 €	- €	18.175 €
SBV Fratel (e Castelo Branco)	- €	14.479 €	- €	10.825 €	- €	25.304 €
SAE Lisboa 18	- €	- €	- €	16.829 €	- €	16.829 €
SAE Lisboa 2	- €	- €	- €	15.563 €	850 €	16.413 €
SAE Lisboa 6	- €	- €	- €	15.628 €	- €	15.628 €
SAE Lisboa 19	- €	- €	- €	12.638 €	518 €	13.155 €
SAE Lisboa 14	- €	- €	- €	12.619 €	397 €	13.015 €
SAE Lisboa 1	- €	- €	- €	11.166 €	523 €	11.689 €
SAE Coimbra 2	- €	- €	- €	9.706 €	- €	9.706 €
SAE Lisboa 13	- €	- €	- €	6.713 €	- €	6.713 €
SAE Lisboa 10	- €	- €	- €	5.058 €	568 €	5.625 €
SAE Lisboa 15	- €	- €	- €	5.074 €	- €	5.074 €
SBV São Pedro do Sul (Vouzela)	- €	- €	- €	4.208 €	- €	4.208 €
SAE Lisboa 5	- €	- €	- €	2.547 €	340 €	2.887 €
SBV S. João da Madeira	- €	146 €	- €	- €	3 €	149 €
SBV Guarda	- €	- €	- €	147 €	- €	147 €
SBV Guimarães	- €	- €	- €	- €	6 €	6 €
SBV Penafiel	- €	- €	- €	- €	3 €	3 €
Tripulantes SAE	- €	4.421.105 €	- €	- €	- €	4.421.105 €
Total Geral	136,50 €	8.598.179,97 €	10.105,20 €	998.662,34 €	181.713,83 €	9.788.797,84 €

Fonte: Dados recebidos do INEM em 29-06-2010



Anexo 25 – Imputação dos Custos pelos Meios SIV (INEM)

Unidade: Euros

SIV	64 - Custos c/ Pessoal	62 - Forn. Serviço Externo	63 - Transf. Conced. Prestação de Serviços	61 - Custo da Mercadoria Vendida e Matéria Consumida	Total Geral
SIV Tondela	247.697 €	11.238 €		39.599 €	298.534 €
SIV Cabeceiras de Basto	243.983 €	13.007 €		25.988 €	282.978 €
SIV Fafe	239.489 €	10.469 €		23.288 €	273.246 €
SIV Mirandela	232.390 €	18.452 €		21.562 €	272.404 €
SIV Pombal	248.148 €	6.306 €		12.981 €	267.435 €
SIV Santo Tirso	230.876 €	14.469 €		14.134 €	259.479 €
SIV Peniche	225.605 €	4.686 €		25.856 €	256.147 €
SIV Seia	247.222 €	6.657 €			253.879 €
SIV Cantanhede/Mira	227.454 €	8.633 €		13.012 €	249.099 €
SIV Estremoz	199.761 €	33.761 €	638 €	13.801 €	247.962 €
SIV Amarante	225.188 €	21.161 €			246.348 €
SIV Porto / Gondomar	231.251 €	13.892 €			245.143 €
SIV Vila do Conde	210.062 €	11.247 €		14.891 €	236.200 €
SIV Elvas	179.062 €	40.256 €	16.863 €		236.181 €
SIV Lamego	173.412 €	29.426 €		24.730 €	227.568 €
SIV Melgaço N	182.358 €	24.117 €		14.267 €	220.741 €
SIV Valença	194.874 €	22.426 €			217.300 €
SIV Moura	142.420 €	53.698 €		19.165 €	215.283 €
SIV Odemira	116.927 €	38.814 €	49.017 €	10.021 €	214.779 €
SIV Montalegre	188.635 €	14.223 €			202.858 €
SIV Lagos	131.920 €	40.367 €		20.342 €	192.628 €
SIV Peso da Régua N	164.346 €	13.448 €		11.639 €	189.433 €
SIV Ponte de Lima	150.771 €	20.733 €		14.384 €	185.888 €
SIV Arcos de Valdevez	129.627 €	29.067 €		13.379 €	172.073 €
SIV Tavira	102.638 €	23.915 €		20.959 €	147.512 €
SIV Vila Real de Santo António	103.161 €	34.103 €			137.264 €
SIV Alijó	128.275 €	3.069 €			131.344 €
SIV Loulé	29.761 €	22.814 €		25.653 €	78.227 €
Total Geral	5.127.313,19 €	584.452,06 €	66.518,77 €	379.651,71 €	6.157.935,73 €

Fonte: Dados recebidos do INEM em 29-06-2010



Tribunal de Contas

Auditoria de Resultados ao INEM

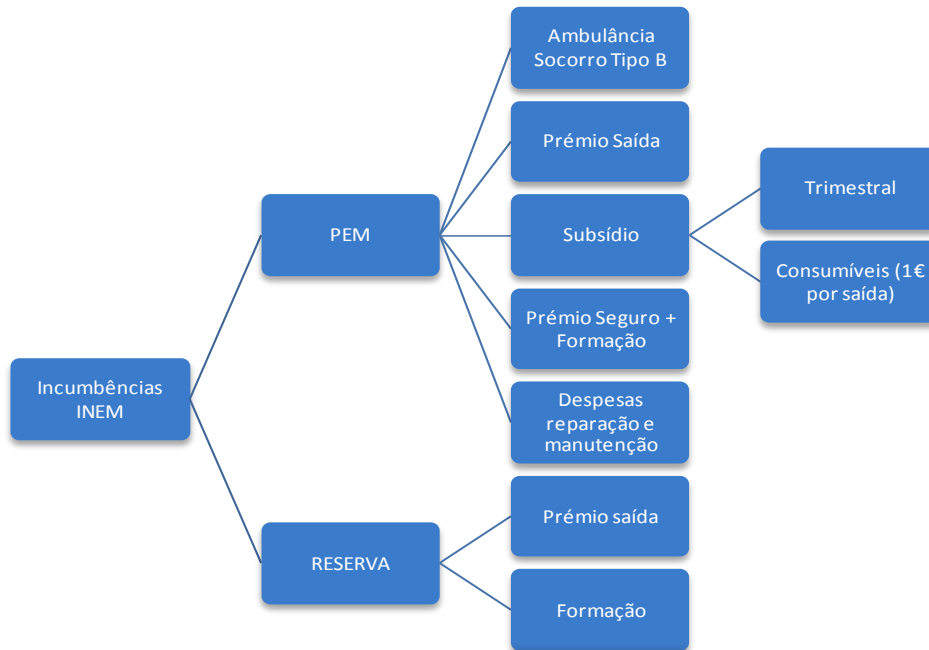
Anexo 26 – Custos com Manutenção e Conservação de Viaturas

Unidade: Euros

Centro de Custo	Conta	Valor	Centro de Custo	Conta	Valor
SIV Amarante	622328	12.020	VMER CH VILA NV GAIA	622328	10.218
SIV Alijó	622328	1.327	VMER HOSP ST ANTÓNIO	622328	15.951
SIV Arcos de Valdevez	622328	10.813	VMER HOSPITAL S.JOAO	622328	14.284
SIV Cab. de Basto	622328	6.140	U. SAÚDE MATOSINHOS	622328	3.817
SIV Cantanhede/Mira	622328	1.214	VMER HOSPITAL BRAGA	622328	19.885
SIV Elvas	622328	2.246	VMER HOSP. GUIMARÃES	622328	36.374
SIV Estremoz	622328	7.505	VMER HPADRE AV SOUSA	622328	18.140
SIV Fafe	622328	4.159	VMER C.H. ALTO MINHO	622328	11.600
SIV Lagos	622328	3.153	VMER C.H.VR-PESO RÉG	622328	38.008
SIV Lamego	622328	18.834	VMER H. DIST. CHAVES	622328	8.758
SIV Loulé	622328	62	VMER CENTRO HCOIMBRA	622328	11.176
SIV Melgaço N	622328	14.847	VMER H.FIGUEIRA FOZ	622328	3.900
SIV Mirandela	622328	10.007	V. HS. TEOTONIO-VISEU	622328	19.469
SIV Montalegre	622328	7.422	VMER NOS HUC	622328	17.634
SIV Moura	622328	6.530	V H. SOUSA MARTINS -G	622328	20.982
SIV Odemira	622328	5.982	H INFANTE D.PEDRO-AVEIRO	622328	4.731
SIV Peniche	622328	1.344	H S to ANDRE-LEIRIA	622328	11.860
SIV Peso da Régua N	622328	7.438	CH CALDAS RAINHA	622328	4.943
SIV Pombal	622328	1.639	H.DISTRITAL S ANTARÉM	622328	15.710
SIV Ponte de Lima	622328	8.491	CENTRO H COVA DA BEIRA	622328	
SIV Porto / Gondomar	622328	6.179	H AMATO LUSITANO-C.BRANCO	622328	12.115
SIV Santo Tirso	622328	6.105	HOSPITAL DA COVILHÃ	622328	7.992
SIV Seia	622328	1.927	CENTRO HOSP. MÉDIO TEJO	622328	5.406
SIV Tavira	622328	2.130	VMER HGARCIA DE ORTA	622328	14.029
SIV Tondela	622328	8.579	VMER H S AO BERNARDO-SETÚBAL	622328	3.984
SIV Valença	622328	11.970	HOSP REYNALDO SANTOS	622328	20.019
SIV Vila do Conde	622328	3.849	VMER C.H. DE CAS CAIS	622328	4.185
SIV VR Santo António	622328	32	H.S FRANCISCO XAVIER	622328	10.248
Total	622328	171.944	VMER H. SANTA MARIA	622328	4.665
			HOSPITAL DE CURRY CABRAL	622328	17.936
			VMER HOSPITAL FARO	622328	6.111
			HBARLAVENTO ALGARVIO	622328	4.290
			VMER H.DIST. BRAGANÇA	622328	15.764
			CH BAIXO ALENTEJO-BEJA	622328	19.510
			HOSPITAL DE ÉVORA	622328	34.140
			HOSPITAL DE PORTALEGRE	622328	20.295
			HOSP.SANTA MARIA FEIRA - RU	622328	24.171
			CH LISBOA ZONA CENTRAL-S.JOSÉ - RU	622328	14.286
			VMER HOSPITAL BARCELOS - RU	622328	23.608
			VMER SANTIAGO DO CACÉM - RU	622328	9.429
			VMER FAMALICÃO(MÉDIO AVE) - RU	622328	2.071
			VMER ALBUFEIRA	622328	
			VMER HOSPITAL TORRES VEDRAS	622328	48
			Total	622328	561.743

Anexo 27 – Incumbências do INEM perante os PEM e PR

No que se refere às obrigações das partes (INEM e Corporação de Bombeiros) no âmbito da constituição de um PEM e de um PR as mais relevantes são as seguintes:



Fonte: Protocolo celebrado entre o INEM, Liga Bombeiros Portugueses e Autoridade Nacional Protecção Civil

Anexo 28 – Incumbências dos PEM e PR perante o INEM



Fonte: Protocolo celebrado entre o INEM, Liga Bombeiros Portugueses e Autoridade Nacional Protecção Civil

O subsídio, comumente designado “Prémio de Saída”, atribuído pelo INEM, I.P., por cada um dos serviços prestados pelo Posto de Emergência Médica ou pelo Posto Reserva e registados no Verbete Socorro/Transporte (VST), de acordo com as regras em vigor, tem um valor variável consoante a Área de Intervenção, a Unidade de Saúde de evacuação e o serviço prestado com ou sem Tripulante de Ambulância de Socorro (TAS), conforme se encontra evidenciado no quadro seguinte:

Anexo 29 – Escalão dos Prémios de Saída (PEM vs Reserva)

Escalão	Kms à Unidade de Saúde	PEM		RES	
		Com TAS	Sem TAS	Com TAS	Sem TAS
1	0 a 15 KM	5,00	2,50	11,00	8,00
2	16 a 40 KM	10,00	5,00	18,00	13,00
3	41 a 65 KM	20,00	15,00	31,00	22,00
4	66 a 90 KM	25,00	20,00	50,00	30,00
5	91 a 115 KM	35,00	25,00	70,00	42,00
6	116 a 145 KM	42,50	30,00	100,00	55,00
7	146 a 175 KM	50,00	35,00	120,00	70,00
8	176 a 205 KM	62,50	40,00	150,00	85,00
9	Superior a 206 KM	75,00	50,00	170,00	100,00

Fonte: Protocolo celebrado entre o INEM, Liga Bombeiros Portugueses e Autoridade Nacional Protecção Civil

Nota: Os PEM, cujos accionamentos não são realizados pela ambulância do INEM, recebem o valor do Prémio de saída do Posto de Reserva.

O Subsídio Trimestral recebido pelos Postos de Emergência Médica, o qual é variável com o número de serviços prestados mensalmente, consta da seguinte tabela:

Anexo 30 – Escalão do Subsídio Trimestral

ESCALÃO	VALOR
Com nº de serviços (NS) < ou igual 100 / mês (1200 / ano)	6.000 €Trimestre
Com nº de serviços (NS) 100 < NS < ou igual 250 / mês (entre 1200 e 3000 / ano)	7.500 €Trimestre
Com nº de serviços (NS) > 250 / mês (3000 / ano)	10.500 €Trimestre

Fonte: Protocolo celebrado entre o INEM, Liga Bombeiros Portugueses e Autoridade Nacional Protecção Civil

Anexo 31 – PEM - % de Prémios Saída pagos pela Tabela de Preços dos PR

% Saída pagos como Reserva	Frequência	% acumulada
0%	8	4%
] 0% a 5%]	15	13%
] 5% a 10%]	15	21%
] 10% a 15%]	25	35%
] 15% a 20%]	17	44%
] 20% a 25%]	27	59%
] 25% a 30%]	18	69%
] 30% a 100% [	55	100%

Fonte: Dados recebidos do INEM em 10-05-2010

Nota: Foram excluídos da análise os PEM constituídos no decurso de 2009 bem como os PEM sem ambulância INEM e sem subsídio



Tribunal de Contas

Auditoria de Resultados ao INEM

Anexo 32 – Poupança Gerada pela Aplicação do Modelo de Financiamento dos PR aos PEM

Unidade: Euros

Entidade	Nº Acc	Acc/dia	Custo Unitário PEM (Actual)	Custo Unitário Reserva	Poupança Reserva
B M VISEU	4.012	11,0	17,6	10,7	27.899
B V CASTRO DAIRE	1.417	3,9	41,2	27,3	19.666
B V CINFÃES	768	2,1	16,1	16,1	0
B V LAMEGO	1.499	4,1	34,3	21,8	18.683
B V MANGUALDE	1.890	5,2	28,0	17,4	19.964
B V MOIMENTA DA BEIRA	929	2,5	57,9	52,8	4.722
B V SANTA COMBA DÃO	1.151	3,2	29,5	11,2	21.149
B V TONDELA	1.603	4,4	16,0	12,4	5.725
B V VOUZELA	909	2,5	55,1	38,1	15.447
VISEU TOTAL					133.255
B V CHAVES	907	2,5	39,6	17,4	20.142
B V MESA DO FRIO	538	1,5	84,5	65,7	10.129
B V MONTALEGRE	209	0,6	122,5	12,9	22.912
B V MURÇA	503	1,4	67,9	29,5	19.332
B V VALPAÇOS	1.091	3,0	37,5	24,4	14.243
B V VP. AGUIAR	891	2,4	39,6	16,4	20.680
B V V-REAL	2.391	6,6	24,5	17,6	16.511
B V V-REAL-CRUZ BRANCA	1.573	4,3	29,9	16,8	20.589
VILA REAL TOTAL					144.538
B V ARCOS DE VALDEVEZ	1.245	3,4	50	43	8.676
B V CAMINHA	927	2,5	36	16	18.191
B V MELGACO	126	0,3	198	14	23.142
B V PAREDES DE COURA	317	0,9	59	44	4.615
B V VALENCA	581	1,6	67	33	19.866
B V VIANA DO CASTELO	4.017	11,0	21	16	19.019
VIANA CASTELO TOTAL					93.508
B MISTOS AGUAS DE MOURA	555	1,5	76	50	14.430
B MISTOS S.CACEMENTO	601	1,6	58,5	24,5	20.432
B MISTOS SÉIXAL	4.783	13,1	31,5	26,3	24.919
B V ALCACER DO SAL	772	2,1	54,8	32,4	17.217
B V BARREIRO	3.259	8,9	24,6	16,2	27.429
B V CACILHAS	6.368	17,4	17,7	15,2	15.626
B V GRANDOLA	1.103	3,0	43,1	29,6	14.949
B V MOITA	3.345	9,2	24,4	17,0	24.915
B V MONTIJO	1.132	3,1	33,9	13,1	23.514
B V PALMELA	1.480	4,1	45,7	28,6	25.332
B S SETÚBAL	944	2,5	35,4	10,9	22.449
SETÚBAL TOTAL					231.211
B M ABRANTES	2.752	7,5	26	16	27.802
B M CARTAXO	1.843	5,0	26,1	14,1	22.121
B M CORUÇHE	935	2,6	53,4	41,9	10.704
B M SANTAREM	2.512	6,9	24,0	16,5	18.872
B M TOMAR	2.591	7,1	17,7	9,3	21.942
B V ALMEIRIM	1.675	4,6	21,1	10,6	17.631
B V BENAVENTE	719	2,0	60,2	39,5	14.882
B V ENTRONCAMENTO	1.040	2,8	20,2	17,3	3.085
B V FATIMA	1.130	3,1	28,9	26,8	2.333
B V OUREM	1.566	4,3	38,0	29,4	13.490
B V PERNES	869	2,4	50,1	26,6	20.404
B V RIO MAIOR	1.325	3,6	46,9	35,2	15.464
B V SAMORA CORREIA	1.084	3,0	44,4	36,1	9.049
B V TORRES NOVAS	2.427	6,6	28,4	17,7	25.961
B V V.NOVA DA BARQUINHA	523	1,4	35,1	26,8	4.382
SANTARÉM TOTAL					228.120
B V AGUDA	3.295	9,0	22	14	25.551
B V AMARANTE	942	2,6	43,5	27,2	15.432
B V AREOSA - R TINTO	2.546	7,0	20,2	14,3	14.954
B V AVINTES	1.456	4,0	31,2	16,7	21.075
B V BALAIO	645	1,8	50,3	46,7	2.274
B V BALTAR	1.204	3,3	18,8	15,8	3.527
B V CARVALHOS	3.055	8,4	21,6	11,7	30.304
B V COIMBROES	3.556	9,7	11,2	9,3	6.648
B V HERMESINDE	4.604	12,6	15,8	8,8	32.399
B V GONDOMAR	3.164	8,7	21,0	12,9	25.496
B V LECA DO BALIO	1.600	4,4	24,7	10,6	22.599
B V LIXA	750	2,1	46,6	20,3	19.710
B V LOUSADA	2.449	6,7	17,9	15,7	5.452
B V MARCO DE CANAVIÃO	1.484	4,1	22,0	17,9	6.110
B V MELRES	697	1,9	34	27,7	4.110
B V MOREIRA DA MAIA	3.636	10,0	23	14,8	30.012
B V PAREDES	1.668	4,6	12	9,8	3.916
B V PENAFIEL	2.872	7,9	23	13,8	27.032
B V PORTO	505	1,4	52	8,0	22.365
B V PORTUENSES	3.669	10,1	21	13,8	27.625
B V PÓVOA DE VARSIZ	4.222	11,6	21	16,2	20.046
B V SANTO TIRESO	1.442	4,0	30	14,7	22.534
B V TROFA	2.348	6,4	19	8,7	24.870
B V VALADARES	2.741	7,5	19	8,4	28.685
B V VALONGO	3.504	9,6	32	25,5	21.916
B V VILA DO CONDE	4.472	12,3	17	15,7	4.491
PORTO TOTAL					469.130
B V ELVAS	389	1,1	71,2	16,4	21.317
B V NISA	546	1,5	67,3	39,7	15.074
B V PONTE DE SOR	590	1,6	51,3	17,6	19.871
B V PORTALEGRE	1.082	3,0	33,7	10,8	24.733
PORTALEGRE TOTAL					80.995
B V AGUALVA CACEMENTO	3.366	9,2	19,9	10,6	31.332
B V ALCABIDECE	2.313	6,3	19,4	9,7	22.357
B V ALCOENTRE	528	1,4	70,4	37,7	17.303
B V ALENQUER	1.499	4,1	28,0	13,9	21.040
B V ALGES	1.346	3,7	28,6	9,7	25.446
B V ALG. M.MARTINS	3.938	10,8	19,1	10,7	33.350
B V ALMOCAGEME	222	0,6	126,3	28,2	21.774
B V ALVERCA	1.525	4,2	32,1	18,1	21.311
B V AMADORA	5.321	14,6	14,5	10,4	21.876
B V BARCARENA	836	2,3	36,9	10,6	22.013
B V BELAS	1.412	3,9	34,2	17,0	24.205
B V BUCÉLHAS	365	1,0	88,1	31,4	20.698
B V CARNAXIDE	1.498	4,1	31,8	17,0	22.115
B V CAS CAIS	2.041	5,6	20,6	9,8	22.051
B V DAFUNDO	1.125	3,1	31,0	11,0	22.502
B V ESTORIL	1.965	5,4	22,7	11,6	21.870
B V LOURES	2.396	6,6	36,3	29,0	17.512
B V LOURINHA	1.458	4,0	45,6	30,5	21.994
B V MALVEIRA	1.801	4,9	38,3	29,6	15.656
B V ODIVELAS	4.615	12,6	20,2	14,4	26.433
B V OEIRAS	2.466	6,8	24,8	15,9	21.791
B V QUELUZ	2.842	7,8	21,2	10,6	30.013
B V SACAIVEM	3.115	8,5	22,9	16,4	20.298
B V SINTRA	1.257	3,4	44,3	27,9	20.526
B V TORRES VEDRAS	2.826	7,7	24,4	15,0	26.602
B V V.F. XIRA	886	2,4	34,1	8,7	22.491
LISBOA TOTAL					594.555



Tribunal de Contas

Auditoria de Resultados ao INEM

Entidade	Nº Acc	Acc/dia	Custo Unitário PEM (Actual)	Custo Unitário Reserva	Poupança Reserva
B V ALCOBACA	1.843	5,0	21,3	10,7	19.442
B V BATALHA	1.290	3,5	45,3	29,3	20.704
B V BOMBARRAL	1.607	4,4	38,1	25,3	20.427
B V C. RAINHA	4.444	12,1	16,5	10,0	28.302
B V LEIRIA	4.402	12,1	24,2	18,1	26.791
B V MAR. GRANDE	2.837	7,8	30,1	18,6	32.827
B V OBIDOS	1.448	4,0	31,8	16,4	22.184
B V PENICHE	2.075	5,7	19,8	9,4	21.615
B V POMBAL	3.991	10,9	25,3	17,9	29.169
B V PTO MOS	1.355	3,7	33,5	16,7	22.774
LEIRIA TOTAL					244.233
B V ALMEIDA	510	1,4	63,9	28,1	18.264
B V C. BEIRA	789	2,2	39,8	17,3	17.745
B V F. DE ALGODRES	389	1,1	68,1	11,5	22.023
B V GOUVEIA	919	2,5	34,4	10,9	21.609
B V GUARDA	3.348	9,2	38,1	32,9	17.639
B V MANTEIGAS	411	1,1	26,3	12,9	5.502
B V PINHEL	629	1,7	50,3	20,4	18.850
B V S ABUGAL	748	2,0	45,7	22,9	17.058
B V SEIA	1.040	2,8	34,0	15,9	18.918
B V TRANCOSO	170	0,5	148,2	12,2	23.133
GUARDA TOTAL					180.740
B M FARO	312	0,9	89,5	10,4	24.676
B M LOULE	4.696	12,9	23,4	20,1	15.472
B M OLHAO	1.709	4,7	36,4	28,0	14.319
B V ALJEZUR	852	2,3	67,5	61,5	5.109
B V FARO	1.712	4,7	23,1	17,7	9.232
B V LAGOA	1.978	5,4	26,3	16,5	19.440
B V LAGOS	1.673	4,6	31,3	20,0	18.845
B V MONCHIQUE	485	1,3	60,9	17,3	21.161
B V PORTIMAO	2.207	6,0	30,8	16,9	30.679
B V S B. MESSINES	1.370	3,8	42,9	29,9	17.814
B V SILVES	860	2,4	54,0	24,1	25.757
B V VILA DO BISPO	531	1,5	69,7	41,7	14.845
B V VR. S TO ANT	2.124	5,8	32,5	26,8	12.048
FARO TOTAL					229.396
B V ARRAIOLOS	527	1,4	68,9	41,9	14.227
B V BORBA	308	0,8	93,5	26,4	20.695
B V ESTREMOZ	282	0,8	92,9	14,8	22.014
B V EVORA	3.260	8,9	37,3	29,2	26.410
B V MTE O NOVO	838	2,3	53,2	37,3	13.351
B V MORA	316	0,9	85,8	16,5	21.896
B V R DE MONS ARAZ	769	2,1	60,3	47,2	10.098
B V VENDAS NOVAS	483	1,3	75,2	40,2	16.876
ÉVORA TOTAL					145.565
B M LOUISA	1.248	3,4	15,7	12,0	4.615
B V ARGANIL	717	2,0	40,9	12,1	20.612
B V CANTANHEDE	2.366	6,5	27,7	19,4	19.799
B V CX A NOVA	1.696	4,6	37,2	26,2	18.655
B V FIGUEIRA DA FOZ	4.742	13,0	32,1	30,4	7.923
B V MIRA	1.105	3,0	28,1	25,9	2.415
B V MDA CORVO	930	2,5	34,5	12,2	20.755
B V MTE O VELHO	1.700	4,7	36,5	23,6	21.945
B V OLL HOSPITAL	1.407	3,9	32,6	17,8	20.839
B V PENACOVA	1.401	3,8	50,0	43,4	9.229
B V PENELA	837	2,3	50,9	32,8	15.133
B V SOURE	2.133	5,8	40,8	30,1	22.741
B V VN POIARES	494	1,4	56,8	14,2	21.070
COIMBRA TOTAL					205.729

Entidade	Nº Acc	Acc/dia	Custo Unitário PEM (Actual)	Custo Unitário Reserva	Poupança Reserva
B V BELMONTE	804	2,2	47,6	24,7	18.401
B V C BRANCO	4.794	13,1	31,1	28,3	13.622
B V COVILHA	4.246	11,6	31,6	27,2	18.705
B V FUNDAO	1.567	4,3	50,2	39,8	16.216
B V IDANHA A NOVA	786	2,2	45,5	22,5	18.033
B V PENAMACOR	287	0,8	89,5	11,2	22.474
B V PROENÇA NOVA	865	2,4	40,4	17,2	20.086
CASTELO BRANCO TOTAL					127.537
B V BRAGANCA	2.780	7,6	35,7	29,7	16.666
B V M CAVALEIROS	1.214	3,3	39,0	23,9	18.234
B V M DO DOURO	71	0,2	356,5	31,9	23.047
B V MIRANDELA	761	2,1	46,1	21,7	18.578
B V MONCORVO	224	0,6	161,3	107,3	12.104
B V VIMOSO	439	1,2	90,1	63,6	11.622
BRAGANÇA TOTAL					100.251
B V AMARES	1.558	4,3	29,8	25,6	6.563
B V BARCELINHOS	2.645	7,2	10,8	8,5	6.078
B V BARCELOS	3.934	10,8	23,8	16,3	29.344
B V BRAGA	4.708	12,9	19,7	15,1	21.612
B V ESPOSENDE	1.223	3,4	41,8	29,4	15.185
B V FAFE	3.206	8,8	11,2	9,6	5.023
B V FAMILICENSES	3.536	9,7	15,9	13,7	7.870
B V GUIMARAES	6.337	17,4	18,4	14,8	22.463
B V P DE LANHOSO	2.316	6,3	27,4	24,6	6.447
B V VIATODOS	1.988	5,4	21,1	17,7	6.717
B V V DO MINHO	521	1,4	85,6	64,5	11.029
B V VN FAMILICAO	4.362	12,0	21,3	13,9	32.345
B V VILA VERDE	2.050	5,6	30,6	28,6	3.934
B V VIZELA	2.076	5,7	17,6	14,8	5.832
C B S BRAGA	2.636	7,2	22,1	14,2	20.796
BRAGA TOTAL					201.237
B V BEJA	1.999	5,5	25,5	14,3	22.327
B V F DO ALENTEJO	665	1,8	57,5	30,7	17.861
B V MERTOLA	493	1,4	73,0	39,0	16.778
B V MOURA	477	1,3	68,0	34,3	16.059
B V ODEMIRA	510	1,4	73,6	30,9	21.768
B V OURIQUE	629	1,7	85,4	82,5	1.807
BEJA TOTAL					96.600
B V AGUEDA	3.565	9,8	16,9	8,3	30.493
B V ALBERG VELHA	2.688	7,4	32,5	24,2	22.318
B V ANADIA	1.644	4,5	43,6	38,5	8.383
B V AVEIRO VELHOS	4.481	12,3	32,4	29,8	11.588
B V C PAIVA	927	2,5	47,8	36,0	10.892
B V FEIRA	2.607	7,1	11,4	9,1	6.128
B V ILHAVO	3.375	9,2	15,6	14,2	4.825
B V LOUROS A	2.299	6,3	17,2	14,8	5.573
B V MEALHADA	1.147	3,1	46,2	28,4	20.377
B V O AZEMES	3.740	10,2	27,9	19,1	33.037
B V O BAIRRO	1.991	5,5	15,6	13,4	4.307
B V OVAR	1.179	3,2	28,5	9,5	22.363
B V S J MADEIRA	2.306	6,3	24,8	16,2	19.858
B V S VOUGA	938	2,6	21,4	19,4	1.836
AVEIRO TOTAL					201.975



Anexo 33- PEM com n.º Acc. Diários ≤ 3 e com Substituição de Ambulância em 2008 ou 2009

Entidade	Acc/Dia	DATA VIATURA	DATA AFECTAÇÃO	ANO VIATURA (Anúta)	KM MARÇO 2010	KM JULHO 2008	Data Afectação-31.03.2010	KM Médios Diários
B V MIRANDA DO DOURO	0,2	29-05-2009	09-07-2009	2001	---	---	265	n.d
B V MELGACO	0,3	29-05-2009	09-07-2009	1998	8.501	36.482	265	32
B V TRANCOS O	0,5	12-11-2008	28-11-2008	2004	5.806	---	488	12
B V MONTALEGRE	0,6	16-12-2008	27-02-2009	2000	---	69.914	397	n.d
B V ALMOGAGEME	0,6	15-12-2008	19-12-2008	1996	---	187.442	467	n.d
B V ESTREMOZ	0,8	16-12-2008	27-02-2009	2000	10.933	---	397	28
B V PENAMACOR	0,8	16-12-2008	27-02-2009	2000	9.869	83.575	397	25
B V BORBA	0,8	16-12-2008	27-02-2009	1998	16.670	158.599	397	42
B V MORA	0,9	30-10-2008	19-12-2008	1998	14.095	85.290	467	30
B V PAREDES DE COURA	0,9	25-06-2009	31-07-2009	---	14.967	---	243	62
B V FUCELAS	1,0	29-05-2009	09-07-2009	2001	---	124.060	265	n.d
B V BORNOS DE ALGODRES	1,1	28-11-2008	19-12-2008	1998	35.745	---	467	77
B V VELVAS	1,1	15-12-2008	19-12-2008	2000	12.679	211.582	467	27
B V PONTE DE LIMA	1,1	29-05-2009	09-07-2009	2000	29.890	---	265	113
B V MANTEIGAS	1,1	30-06-2009	12-09-2009	---	3.416	---	200	17
B V VIMIOSO	1,2	16-12-2008	27-02-2009	2000	---	96.247	397	n.d
C B S SETUBAL	1,3	27-05-2009	09-07-2009	2000	18.881	---	265	71
B V MOURA	1,3	29-05-2009	09-07-2009	2001	18.198	208.768	265	69
B V VENDAS NOVAS	1,3	29-05-2009	09-07-2009	2000	22.170	85.547	265	84
B V MERTOLA	1,4	16-12-2008	27-02-2009	2001	47.972	349.071	397	121
B V VILA NOVA DE POIARES	1,4	16-12-2008	27-02-2009	1998	---	---	397	n.d
B V ALMEIDA	1,4	18-06-2009	09-07-2009	2001	---	---	265	n.d
B V VIEIRA DO MINHO	1,4	16-12-2008	27-02-2009	1998	---	---	397	n.d
B V VILA NOVA DA BARQUINHA	1,4	16-12-2008	20-08-2009	---	---	---	223	n.d
B V ARRAILOS	1,4	18-06-2009	09-07-2009	2001	21.486	215.846	265	81
B V VILA DO BISPO	1,5	16-12-2008	27-02-2009	2000	34.343	137.780	397	87
B V MES AO FRIO	1,5	16-12-2008	27-02-2009	2000	---	128.144	397	n.d
B V NISA	1,5	16-12-2008	27-02-2009	1998	---	---	397	n.d
B MISTOS AGUAS DE MOURA	1,5	15-12-2008	27-02-2009	2001	10.390	106.345	397	26
B V VALENCA	1,6	29-05-2009	09-07-2009	1998	---	---	265	n.d
B V PONTE DE SOR	1,6	16-12-2008	27-02-2009	2000	---	175.076	397	n.d
B MISTOS SANTIAGO DO CACEM	1,6	16-12-2008	27-02-2009	1998	16.692	88.512	397	42
B V VINHAIS	1,7	30-09-2008	25-10-2008	2000	---	---	522	n.d
B V OURIQUE	1,7	30-09-2008	30-10-2008	1998	53.182	142.159	517	103
B V PINHEL	1,7	30-09-2008	30-10-2008	1998	---	97.075	517	n.d
B V FERREIRA DO ALENTEJO	1,8	16-12-2008	27-02-2009	1998	---	---	397	n.d
B V MELRES	1,9	06-07-2009	06-09-2009	---	---	---	206	n.d
B V ARGANIL	2,0	30-09-2008	24-10-2008	1997	---	---	523	n.d
B V BENAVENTE	2,0	16-12-2008	27-02-2009	2000	---	159.106	397	n.d
B V S ABUGAL	2,0	15-12-2008	19-12-2008	1998	---	139.425	467	n.d
B V LIXA	2,1	16-12-2008	21-06-2009	2002	---	---	283	n.d
B V MIRANDELA	2,1	29-05-2009	09-07-2009	2002	---	---	265	n.d
B V REGUENGOS DE MONSARAZ	2,1	22-06-2009	09-07-2009	2004	37.067	---	265	140
B V ALCACER DO SAL	2,1	15-12-2008	27-02-2009	2000	22.743	147.463	397	57
B V SANTA MARINHA DO ZÉZERE	2,1	25-06-2009	16-08-2009	---	31.989	---	227	141
B V S OITO	2,1	27-05-2009	11-07-2009	---	---	---	263	n.d
B V IDANHA A NOVA	2,2	15-12-2008	19-12-2008	1997	33.578	149.213	467	72
B V SILVES	2,4	29-05-2009	09-07-2009	2000	---	---	265	n.d
B V PROENÇA A NOVA	2,4	27-11-2008	19-12-2008	1998	40.910	129.266	467	88
B M TAVIRA	2,5	12-11-2008	28-11-2008	2001	39.760	---	488	81
B V VOUZELA	2,5	29-05-2009	09-07-2009	2001	13.018	101.908	265	49
B V GOUVEIA	2,5	29-05-2009	09-07-2009	1999	---	---	265	n.d
B V ALCOBACA	2,5	---	---	1998	---	---	---	---
B V CASTELO DE PAIVA	2,5	15-12-2008	19-12-2008	1998	---	---	467	n.d
B V CAMINHA	2,5	29-05-2009	09-07-2009	2001	---	178.425	265	n.d
B V MOIMENTA DA BEIRA	2,5	16-12-2008	27-02-2009	2000	---	149.108	397	n.d
B V MIRANDA DO CORVO	2,5	15-12-2008	19-12-2008	1998	---	93.643	467	n.d
B M CORUCHE	2,6	30-10-2008	19-12-2008	1998	71.206	---	467	152
B V SEVER DO VOUGA	2,6	16-12-2008	29-05-2009	---	19.575	---	306	64
B V S INES	2,6	27-05-2009	16-07-2009	---	---	---	258	n.d
B V ENTROCAMENTO	2,8	16-12-2008	20-08-2009	---	14.507	---	223	65
B V SEIA	2,8	15-12-2008	19-12-2008	1998	---	---	467	n.d
B V SERTA	2,9	16-12-2008	18-05-2009	---	---	---	317	n.d
B V PORTALEGRE	3,0	22-06-2009	09-07-2009	2001	---	171.231	265	n.d
B V SAMORA CORREIA	3,0	16-12-2008	27-02-2009	2001	38.614	233.116	397	97
B V VALPAÇOS	3,0	16-12-2008	27-02-2009	2000	---	100.236	397	n.d
B V GRANDOLA	3,0	30-10-2008	19-12-2008	2003	---	---	467	n.d
B V MIRA	3,0	08-07-2009	28-08-2009	---	23.952	---	215	111

Fonte: Dados recebidos do INEM em 10-05-2010

Nota: Os accionamentos dos BV Tavira, CBS Setúbal foram divididos por 2 (cada posto dispõe de 2 ambulâncias)

Anexo 34- PEM com n.º Acc. Diários > 3 e sem Substituição de Ambulância em 2008 ou 2009

Entidade	Acc/Dia	ANO VIATURA (Nova)	ANO VIATURA (Antiga)	KM MARÇO 2010	Anos em Actividade	KM JULHO 2008
B V ODIVELAS	12,6	2004	---	212.609		n/d
B V AVEIRO VELHOS	12,3	2.002	---	255.011	8	n/d
B V CALDAS DA RAINHA	12,1	2004	---	216.503	6	n/d
B V VIANA DO CASTELO	11,0	2003	---	359.904	7	n/d
B V OLIVEIRA DE AZEMEIS	10,2	2.004	---	126.376	6	n/d
B V PORTUENSES	10,1	2002	---	194.460	8	n/d
B V MOREIRA DA MAIA	10,0	2004	---	280.507	6	n/d
B V AGUEDA	9,8	2.004	---	240.341	6	n/d
B V EVORA	8,9	2002	---	198.470	8	n/d
B V BARREIRO	8,9	2005	---	---	5	n/d
B V CACILHAS	8,7	2004	2004	---		132.736
B V VALADARES	7,5	2002	---	297.000	8	n/d
B V TORRES NOVAS	6,6	2004	---	193.974	6	n/d
B V CANTANHEDE	6,5	2004	---	---	6	n/d
B V BRAGA	6,4	2004	---	---	6	n/d
B V COVILHA	5,8	1998	---	---	12	n/d
B M VISEU	5,5	2004	---	255.928	6	n/d
B V LAGOA	5,4	2004	2002	165.910		175.834
B V ESTORIL	5,4	2002	---	133.554	8	n/d
B V CONDEIXA A NOVA	4,6	2003	---	230.007	7	n/d
B V GUARDA	4,6	1998	---	41.592	12	n/d
B V TONDELA	4,4	2003	---	---		n/d
B V FUNDAO	4,3	2002	---	191.921	8	n/d
B V ALVERCA	4,2	2002	---	170.533	8	n/d
B V LOURINHA	4,0	2007	---	---		n/d
B V AVINTES	4,0	2002	---	---	8	n/d
B V BELAS	3,9	2002	---	---	8	n/d
B V BRAGANCA	3,8	1998	---	67.139	12	n/d
B V RIO MAIOR	3,6	2004	---	---	6	n/d
B V BATALHA	3,5	2002	---	150.425	8	n/d
B V SINTRA	3,4	2005	---	205.188		n/d
B V MACEDO DE CAVALEIROS	3,3	2003	---	---	7	n/d
B V VILA REAL CRUZ VERDE	3,3	1998	---	104.708	12	n/d

Fonte: Dados recebidos do INEM em 10-05-2010

Nota: Os accionamentos dos BV Braga, Bragança, Covilhã, Guarda, Amadora, Cacilhas, Vila Real Cruz Verde e BM Viseu foram divididos por 2 (existem 2 ambulâncias em cada posto).



Anexo 35 – Nº Casos AVC Admitidos pela Via Verde Pré Hospitalar (2006-2009)

Ano	Nº Casos Via Verde AVC	Var. %
2006	492	n/a
2007	703	43%
2008	1809	157%
2009	2717	50%

Fonte: Site do INEM (Registo Nacional Dados AVC)

Anexo 36 – Taxa Utilização Via Verde Pré Hospitalar AVC (2006-2009)

Ano	Nº doentes admitidos Unidade AVC	Nº doentes admitidos Via Verde AVC	% doentes admitidos Via Verde AVC
2006	1720	180	10,5%
2007	3410	502	14,7%
2008	6911	1159	16,8%
2009	7826	1693	21,6%

Fonte: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares.

Anexo 37 – Tempo Resposta AVC - 2009

Minutos	Frequência	% acumulada
[0;5[	18	1%
[5;10[	66	6%
[10;15[	151	16%
[15;20[	190	29%
[20;25[	172	41%
[25;30[	166	52%
[30;45[	300	73%
[45;60[	146	83%
[60;75[	90	89%
[75;90[	57	93%
[90;105[	28	95%
[105;120[	27	97%
[120;135[	17	98%
[135;150[	11	99%
[150;165[	5	99%
[165;180[	6	100%
>180	4	100%
Total	1.454	

Fonte: Site do INEM (Registo Nacional Dados AVC)



Anexo 38 - Memória Descritiva e Ponto de Situação do Estudo das Isócronas

RESPOSTA AO TRIBUNAL DE CONTAS

PERGUNTA 3

RESPOSTA À PERGUNTA 3 DO TRIBUNAL DE CONTAS

ANA MARIA ANTUNES

20 de Outubro de 2010



RESPOSTA AO TRIBUNAL DE CONTAS – Pergunta 3

ÍNDICE

ÍNDICE

A – NOTAS PRÉVIAS

B – TRABALHO REALIZADO PELA EQUIPA

C - O PROJECTO PROPOSTO ("MEMÓRIA DESCRITIVA")

D - PONTO DE SITUAÇÃO

A – NOTAS PRÉVIAS

I – A QUESTÃO COLOCADA

1. A PERGUNTA COLOCADA

No âmbito da Auditoria de Resultados ao INEM foi colocada, para resposta, a seguinte questão (pergunta 3):

“Memória Descritiva e ponto de situação do estudo das isócronas”

2. NOTA SOBRE A DESIGNAÇÃO DO ESTUDO

Como Nota Prévia é, no entender da Equipa de Projecto, essencial que se refira a designação correcta do Estudo. Pois a designação que tem vindo a ser atribuída é não só incorrecta como restritiva do âmbito quer do Trabalho Realizado quer do Estudo Proposto.

Assim, o Trabalho Realizado, no âmbito do QUAR-DEM 2010 tinha como designação:

“Proposta de Organização, Normalização e Regulamentação dos Meios SBV e SIV do INEM”

Em que as Isócronas eram, apenas, uma das ferramentas a utilizar para a visualização da Distribuição / Localização no território dos Meios SBV e SIV do INEM quer em termos da situação actual quer em termos da necessária monitorização dos resultados da aplicação do modelo estatístico proposto (ou o que vier a ser adoptado) para a determinação do número, da tipologia de rede, da distribuição e da localização dos Meios de Emergência.

II – ELABORAÇÃO DA RESPOSTA

1. A BASE DA RESPOSTA

A resposta à questão colocada tem por base o Documento elaborado e entregue em Junho de 2010.

2. A ESTRUTURAÇÃO DA RESPOSTA

A resposta dada foi estruturada da seguinte forma:

- (i) Trabalho desenvolvido pela Equipa de Projecto, no âmbito do QUAR-DEM 2010 e que está consubstanciado no Documento entregue em Junho de 2010;
- (ii) Trabalho proposto pela Equipa de Projecto no seguimento do Trabalho desenvolvido, e que está, igualmente, consubstanciado no Documento entregue em Junho de 2010;
- (iii) Ponto de situação do Trabalho proposto pela Equipa de Projecto.



B – TRABALHO REALIZADO PELA EQUIPA

I – INTRODUÇÃO

O trabalho realizado pela Equipa de Projecto, como foi referido, é o apresentado no **Ponto 3** (Metodologia de Elaboração do Trabalho) do **Capítulo II** (O Trabalho a Realizar) da **Parte I** (Apresentação do Trabalho) do Documento intitulado **“Proposta de Organização, Normalização e Regulamentação dos Meios SBV e SIV”**, apresentado e entregue em Junho de 2010.

Em síntese **transcrevemos**, no **Ponto II** a seguir incluído, o **Roteiro Metodológico** (onde se apresentam as diferentes Fases de desenvolvimento do Trabalho, bem como, as diferentes Actividades dentro de cada Fase – transcrição das páginas 13 a 15 do citado documento) e no **Ponto III**, igualmente a seguir incluído, o **Diagrama Metodológico** (onde se pode visualizar a sequência lógica e cronológica das diferentes actividades a realizar / desenvolver – transcrição da figura incluída na página 15 do citado documento).

II – ROTEIRO METODOLÓGICO

“ ...

1.1. ASPECTOS GERAIS

Para a realização de qualquer trabalho, a identificação da metodologia a adoptar na sua execução é determinante para o atingir dos objectivos definidos. Neste sentido, a equipa de projecto teve particular atenção a esta matéria.

Neste ponto incluem-se quer o Roteiro Metodológico quer o Diagrama de Metodológico que orientaram a elaboração do presente trabalho.

1.2. ROTEIRO METODOLÓGICO

Na elaboração do trabalho foram consideradas, em termos metodológicos, as seguintes quatro grandes Fases:

FASE 1 – CARACTERIZAÇÃO E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL

Nesta 1ª Fase incluímos as actividades relativas à caracterização e diagnóstico da Situação Actual, em termos de:

- a) *Caracterização e Diagnóstico do actual Modelo e correspondente Sistema de Emergência Médica em termos de:*
 - (i) *Organização,*
 - (ii) *Normalização,*
 - (iii) *Regulamentação,*
 - (iv) *Actuação no âmbito da componente Operacional;*
- b) *Caracterização e Diagnóstico do actual Quadro Legal aplicável e em vigor;*
- c) *Caracterização do Quadro da Emergência Médica, designadamente, no que respeita a:*
 - (i) *Enquadramento sobre a História e evolução da Emergência Médica,*
 - (ii) *Sistematização dos “Grandes Modelos” e respectivas tendências:*
 - *Em Portugal,*
 - *Na Europa,*
 - *No Mundo.*

FASE 2 – CONCEPÇÃO E ELABORAÇÃO DE PROPOSTAS

Nesta 2ª Fase incluímos as actividades relativas à concepção e elaboração das propostas a apresentar, designadamente:

- a) *Identificação das bases técnicas e científicas de suporte à concepção do modelo e dos sistema de Emergência Médica em Portugal, em termos de:*
 - (i) *Organização,*
 - (ii) *Normalização,*
 - (iii) *Regulamentação,*
 - (iv) *Padrões de actuação e desempenho;*
- b) *Identificação e concepção de hipóteses de sistemas e modelos passíveis de serem adoptadas, face à identificação efectuada das bases técnicas e científicas de suporte;*
- c) *Elaboração da análise custo/benefício (vantagens/desvantagens) das diferentes hipóteses;*

- d) *Elaboração e concepção da proposta a reter;*
- e) *Elaboração da proposta de estratégia de implementação para o curto e para o médio prazo.*

FASE 3 – PROCESSO DE DECISÃO PELO CD

Nesta 3ª Fase incluem-se as actividades relativas à tomada de decisão pelo CD do INEM.

FASE 4 – PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA PROPOSTA/SOLUÇÃO APROVADA

Nesta 4ª Fase incluem-se as actividades relativas ao processo de implementação da proposta/ solução aprovada pelo CD da INEM, designadamente:

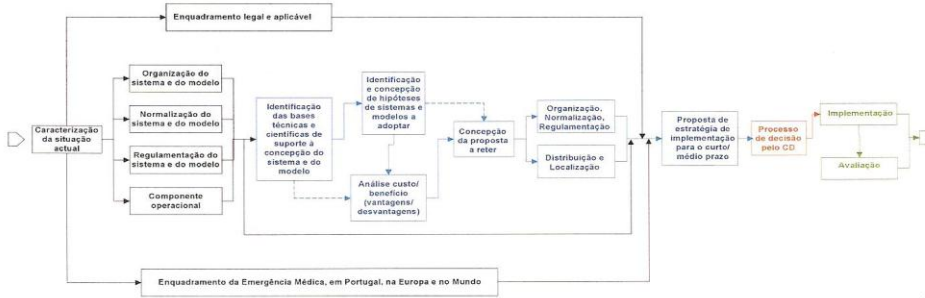
- a) *Implementação das soluções aprovadas e a implementar no curto prazo, designadamente:*
 - (i) *Criação das condições técnicas e operacionais tendentes ao início da implementação, em termos imediatos, das soluções aprovadas,*
 - (ii) *Implementação das soluções aprovadas e a implementar no curto prazo;*
- b) *Avaliação da implementação, designadamente:*
 - (i) *Acompanhamento e monitorização da implementação das medidas aprovadas,*
 - (ii) *Avaliação e validação dos resultados alcançados,*
 - (iii) *Identificação da necessidade de introduzir ajustamentos e correcções quer na implementação, quer nas próprias propostas apresentadas e aprovadas,*
 - (iv) *Introdução das correcções identificadas como necessárias;*
- c) *Implementação das soluções aprovadas e a implementar no médio prazo, designadamente:*
 - (i) *Introdução dos reajustes necessários, face à avaliação anterior,*
 - (ii) *Criação das condições técnicas e operacionais tendentes ao início da implementação, em termos imediatos, das soluções aprovadas,*
 - (iii) *Implementação das soluções aprovadas e a implementar no curto prazo;*
- d) *Avaliação da implementação, designadamente:*
 - (i) *Acompanhamento e monitorização da implementação das medidas aprovadas,*
 - (ii) *Avaliação e validação dos resultados alcançados,*
 - (iii) *Identificação da necessidade de introduzir ajustamentos e correcções quer na implementação, quer nas próprias propostas apresentadas e aprovadas,*
 - (iv) *Introdução das correcções identificadas como necessárias;*
- e) *Identificação do quadro de desenvolvimento das soluções implementadas.*

III – DIAGRAMA METODOLÓGICO

1.3. **DIAGRAMA METODOLÓGICO**

O diagrama metodológico a seguir apresentado pretende sintetizar e sistematizar a metodologia adoptada na elaboração do presente trabalho, tendo em conta o Roteiro Metodológico anterior.

DIAGRAMA METODOLÓGICO DO TRABALHO A REALIZAR





C – O PROJECTO PROPOSTO (“MEMÓRIA DESCRITIVA”)

I – INTRODUÇÃO

A Equipa de Projecto, como foi referido, incluiu na **Parte IV** (Proposta de Organização, Normalização e Regulamentação dos Meios SBV e SIV) do Documento apresentado e entregue em Junho de 2010 e intitulado “**Proposta de Organização, Normalização e Regulamentação dos Meios SBV e SIV**”:

- (i) Um **Capítulo I** (“Sistema de Emergência Médica”), em que apresentou quer os principais conceitos quer uma proposta de Modelo a adoptar para o Sistema de Emergência Médica;
- (ii) Um **Capítulo II** (“Proposta de Organização e Normalização dos Meios SBV e SIV”), em que apresentou uma proposta de organização e funcionamento destes Meios, na sua relação, igualmente, com a rede SAV;
- (iii) Um **Capítulo III** (“Proposta de Regulamentação”), em que apresentou uma proposta de regulamentação quer para a Emergência Médica quer para o respectivo Sistema quer, ainda, para as Redes SBV e SIV;
- (iv) Um **Capítulo IV** (“Modelo para a Distribuição e Localização dos Meios”), em que se analisa a situação e se apresenta uma proposta de modelo para a distribuição e localização dos Meios;
- (v) Um **Capítulo V** (“A Estratégia de Implementação do Modelo a adoptar”), em que se apresenta, em termos metodológicos e cronológicos a estratégia necessária para implementar o Modelo proposto (ou o que viesse a ser aprovado pelo CD do INEM).

Em síntese transcrevemos, no **Ponto II** a seguir incluído, os **Aspectos Gerais** (Ponto 1 do Capítulo V – transcrição da página 95 do citado documento), no **Ponto III**, igualmente a seguir incluído, o **Diagrama Metodológico** (Ponto 2 do Capítulo V – transcrição da página 95 e da figura incluída na página 96 do citado documento), no **Ponto IV**, seguinte, o **Roteiro Metodológico** (Ponto 3 do Capítulo V – transcrição das páginas 97 a 102 do citado documento).

II – ASPECTOS GERAIS

“...
Dado, por um lado, a natureza do trabalho objecto do presente documento e, por outro, os condicionantes identificados quer na Parte I (“Apresentação do trabalho”), quer na Parte II (“Enquadramento do Trabalho”), quer na Parte III (“A Situação de Partida”) quer, ainda, na presente Parte IV (“Proposta de Organização, Normalização e Regulamentação dos Meios SBV e SIV”), torna-se imprescindível identificar a Estratégia de Implementação e Desenvolvimento do Trabalho, sob pena de se perder ou tornar inútil o trabalho realizado.

Nesta perspectiva apresentamos uma estratégia de desenvolvimento que, face à situação de Partida e à natureza do Trabalho, se distribui por 3 fases essenciais: Uma 1ª Fase, relativa às medidas a implementar nos primeiros 12 meses; Uma 2ª Fase, relativa às medidas a implementar no 2º ano; Uma 3ª Fase, relativa às actividades a implementar nos 3º, 4º e 5º anos, no sentido da consolidação e desenvolvimento do Modelo adoptado.

No ponto seguinte inclui-se o Diagrama Metodológico que permite a visualização da estratégia proposta e no ponto 3.3. (“Roteiro Metodológico”) incluem-se as actividades a desenvolver em cada uma das Fases.

...”

III – DIAGRAMA METODOLÓGICO

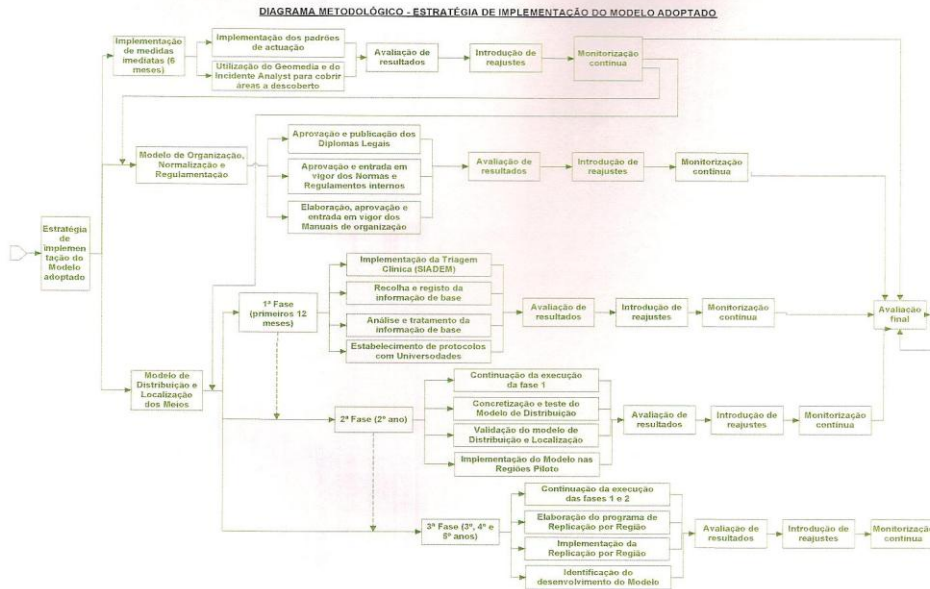
“...
Tendo por base o Modelo a implementar inclui-se neste ponto a estratégia a seguir tendo em vista, em primeiro lugar, a criação de condições para a efectiva implementação do novo Modelo a adoptar, em segundo lugar, a implementação efectiva desse Modelo e, em terceiro lugar, o seu desenvolvimento, numa perspectiva sustentada, o que implica a sistemática, permanente e contínua monitorização e avaliação.

Assim, entendemos que a metodologia a adoptar deveria considerar quer a implementação de imediatas, imprescindíveis à criação de condições para a implementação do Modelo; quer a Institucionalização do Modelo, ou seja, a sua formalização/regulamentação,

RESPOSTA AO TRIBUNAL DE CONTAS – Pergunta 3

PARTE C

aos diversos níveis, de modo a que possa ser entendido por todos e por todos aos seus diferentes níveis de competências e responsabilidades, cumprido; quer a implementação faseada do Modelo de Distribuição e localização dos diferentes Meios que consubstanciam as redes e o próprio Sistema.
No Diagrama Metodológico a seguir apresentado pretende-se sintetizar e sistematizar a metodologia a seguir na implementação do Modelo que vier a ser adoptado.



IV – ROTEIRO METODOLÓGICO

Tendo por base a metodologia a seguir (e representada graficamente no Diagrama Metodológico acima apresentada) inclui-se neste ponto o Roteiro Metodológico das actividades a executar tendo em vista a sua concretização.

3.1. MEDIDAS IMEDIATAS

a) Período de execução

O período de execução é de **6 meses**, a contar do primeiro dia após a tomada de decisão sobre o Modelo, embora o desejável fosse a contar do primeiro dia após a entrega do documento.

b) Fundamento

As Medidas Imediatas são medidas a implementar de forma imediata e com carácter expedito, com o objectivo fundamental de criar as condições necessárias à posterior implementação, de forma sustentada, do Modelo que vier a ser adoptado.

Devem, assim, ser implementadas num período muito curto e imediatamente a seguir à aprovação do Modelo, diria mesmo, à entrega do presente documento, pois, entendemos que, independentemente do Modelo que vier a ser adoptado, estas são medidas imprescindíveis à implementação sustentada de qualquer Modelo.



Devem ter um carácter expedito, pois são medidas que terão de ser, durante a implementação do Modelo propriamente dito, confirmadas, e/ou corrigidas, e/ou alteradas, e/ou ajustadas, uma vez que o seu objectivo fundamental é, como se referiu, a criação das condições (técnicas, físicas e psicológicas) para a implementação do Modelo a adoptar. Estas medidas deverão, naturalmente, monitorizadas e validadas, de modo a darem dados e indicações para a implementação das restantes previstas na estratégia adoptada.

c) **Medidas/Resultados**

c.1. **Implementação dos Padrões de Actuação**

É fundamental que se inicie, desde logo e a título experimental, a implementação dos padrões de actuação, designadamente, os tempos de resposta definidos.

Só desta forma será possível, em primeiro lugar, na prática e uma vez que (como referimos repetidamente ao longo do presente documento) não existem dados estatísticos recolhidos, monitorizados e tratados sobre esta matéria, verificar da efectiva aplicabilidade dos padrões agora propostos, tendo em vista a sua posterior e, em segundo lugar, criara as efectivas condições técnicas, físicas e psicológicas necessárias à mudança de paradigma.

Estes padrões de actuação referem-se, essencialmente:

- Aos **Padrões de Qualidade**, que se referem, essencialmente, à detecção/ identificação de Falsas Urgências, de Urgências não detectadas e aos resultados/ consequências da intervenção efectuada;
- Aos **Padrões de Eficácia**, que se referem, essencialmente, aos Tempos de Reacção, aos Tempos de Resposta e ao nível de ocupação de serviço;
- Aos **Padrões de Eficiência**, que se referem, essencialmente, aos Tempos de Actuação e ao nível de desempenho de serviço.

c.2. **Utilização do “Geomedía” e do “Incident Analyst”**

É fundamental que o INEM consiga implementar, de facto, estas aplicações informáticas já adquiridas e que obrigue a empresa que as forneceu a cumprir a sua obrigação de as pôr a funcionar de forma a poderem ser utilizadas pelo INEM para os efeitos que originaram a sua aquisição e a realização do correspondente investimento.

É fundamental que se consiga tirar total partido deste investimento e se consiga operar com a aplicação, de modo a verificar, em cada momento, a situação efectiva do grau de cobertura quer da população quer das ocorrências pelos meios das diferentes redes.

d) **Monitorização, avaliação, introdução de reajustes**

As Medidas implementadas deverão ser monitorizadas, os resultados avaliados e introduzidas as alterações e reajustes tidos por necessários.

3.2. **IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE ORGANIZAÇÃO, NORMALIZAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO**

a) **Período de execução**

O período de execução é de **12 meses**, a contar do primeiro dia após a tomada de decisão sobre o Modelo.

b) **Fundamento**

A implementação do Modelo será tanto mais efectiva e eficaz quanto melhor formalizado e institucionalizado estiver. No entanto e apesar de ser determinante não é suficiente.

Na verdade e como dissemos inúmeras vezes ao longo do presente documento, o INEM, apesar de ser a única Entidade com competências para coordenar e dirigir o SIEM, apesar de ser a Entidade fiscalizadora do Sistema e de ser a Entidade com responsabilidades na organização dos processos de licenciamento das Ambulâncias, coloca-se numa posição de fragilidade ao ser, ela própria e de forma assumida, a não cumprir a legislação aplicável e em vigor sobre a matéria (como se pode verificar pelos protocolos assinados em 2010 com as Entidades parceiras do SIEM no âmbito das PEM, das reserva e dos NINEM).

Assim, é determinante a adequada implementação do Modelo, na vertente institucional/legal, mas não é menos determinante a criação de condições no sentido de garantir o seu efectivo cumprimento por todos, aos diversos níveis de competências e de responsabilidades.

c) **Medidas/Resultados**

c.1. **Elaboração, aprovação e publicação dos Diplomas Legais**

É fundamental que, aos diversos níveis da hierarquia do edifício jurídico-legal, sejam elaborados, aprovados e publicados os Diplomas legais imprescindíveis à implementação do Modelo, designadamente:

- **Lei (ou Decreto-Lei)**, Lei-quadro do Sistema de Emergência Médica, com o âmbito e limites de intervenção/actuação, bem como, os correspondentes intervenientes e respectivas responsabilidades e competências (deve ser preparado pelo DEM, com o apoio do assessoramento jurídico e entregue à tutela, para a execução do correspondente processo de aprovação e publicação);
- **Decretos-Lei**, específicos sobre determinadas matérias gerais, como por exemplo, o Diploma de enquadramento dos Meios SBV (Ambulâncias), o dos Meios SIV (Ambulâncias) e o dos Meios SAV

(VMER e Helicópteros), tanto em termos de actuação/intervenção, como em termos de características e requisitos exigíveis (e correspondentes processos de licenciamento), como ainda, em termos de fiscalização, inspecção e auditoria (devem ser preparados pelo DEM, com o apoio do assessoramento jurídico e entregue à tutela, para a execução do correspondente processo de aprovação e publicação).

c.2. Elaboração, aprovação e entrada em vigor das Normas e Regulamentos Internos

É fundamental que, na decorrência das Diplomas anteriormente referidos, bem como da componente técnico-científica do Modelo a adoptar, sejam elaborados e aprovados pelo CD do INEM um conjunto de Regulamentos e Normas Internos (cuja preparação será da responsabilidade do DEM, com o apoio do assessoramento jurídico) de modo a permitir, por um lado, o efectivo cumprimento dos Diplomas Legais referidos nas duas alíneas anteriores e, por outro lado, a efectiva implementação operacional do Modelo a adoptar. Esses regulamentos e Normas Internos deverão seguir o princípio da centralização normativa/descentralização executiva, ou seja, serão emanadas centralmente pelo CD, sob proposta do DEM, e serão levadas à prática sob a responsabilidade de cada uma das Direcções Regionais do INEM.

c.3. Elaboração, aprovação e entrada em vigor dos Manuais de Organização

É fundamental que, na decorrência dos Diplomas e das Normas e Regulamentos internos anteriormente referidos, bem como da componente técnico-científica do Modelo a adoptar, sejam elaborados e aprovados pelo CD do INEM um conjunto de Manuais de Organização (cuja preparação será da responsabilidade do DEM) de modo a permitir, por um lado, o efectivo cumprimento quer dos Diplomas Legais quer das Normas e Regulamentos Internos referidos e, por outro lado, a efectiva implementação operacional do Modelo a adoptar, designadamente, os Manuais de Organização, quer de cada um dos Meios (Ambulância SBV INEM, Moto SBV INEM, Ambulância SIV, VMER, Helicóptero, para não referir os outros Meios do INEM).

d) Monitorização, avaliação, introdução de reajustes

As Medidas implementadas deverão ser monitorizadas, os resultados avaliados e introduzidas as alterações e reajustes tidos por necessários.

3.3. IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE DISTRIBUIÇÃO E LOCALIZAÇÃO DOS MEIOS

a) Faseamento

A Implementação do Modelo de Distribuição e Localização dos Meios, em virtude de (como foi devidamente salientado durante o presente documento) não existirem os dados estatísticos necessários nem a correspondente prática de registo, recolha, tratamento e análise, de forma sistematizada e contínua, terá de ser faseada para que tal seja feito. Assim, identificaram-se, no fundamental, 3 fases para a implementação deste Modelo:

- **1ª Fase**, com a duração de 12 meses, a contar do primeiro dia após a entrega do trabalho;
- **2ª Fase**, com a duração global de 12 meses, a contar do primeiro dia após a conclusão da 1ª Fase (ou seja, assim que se tiver 12 meses de registo de informação estatística);
- **3ª Fase**, com a duração global de 3 anos, a contar do primeiro dia após a implementação do Modelo nas Regiões Piloto.

b) 1ª Fase

b.1. Período de execução

O período global de execução desta 1ª Fase de Implementação do Modelo de Distribuição e Localização dos Meios é de **12 meses**, a contar do primeiro dia após a entrega do trabalho. Este período é necessário para, estatisticamente, se ter uma série de um ano, com dados à hora do dia, ao dia, à semana do mês e ao mês do ano, no sentido de se identificarem as situações típicas e atípicas.

b.2. Fundamento

Esta 1ª Fase de implementação do Modelo de Distribuição e Localização dos Meios tem como objectivos fundamentais:

- Implementação do algoritmo de triagem da aplicação informática do SIADEM, adquirida pelo INEM há cerca de 3 anos, condição imprescindível à mudança de paradigma, ou seja, passar a existir uma efectiva triagem clínica baseada num algoritmo e não na subjectividade resultante da experiência e bom senso de cada operador e de cada médico regulador (dos cerca de 40 fluxos de triagem clínica, apenas 1 está implementado originando, para além do referido, quer um desaproveitamento do investimento realizado quer a existência de uma actuação desregulada, efectuada em função do que melhor parece a cada Delegado regional, a cada Médico regulador em cada dia em cada turno e a cada operador de serviço em cada dia em cada turno);
- O registo, recolha, tratamento e análise da informação estatística necessária e imprescindível à concretização estatística do Modelo;
- Ao estabelecimento de protocolos com uma Universidade que avalie, “faça correr”, teste e valide o Modelo, tendo em vista a sua aplicação em áreas piloto;



b.3. Medidas/Resultados

As Medidas a implementar/resultados a obter são as seguintes:

- b.3.1. Implementação da Triage Clínica (SIADEM);
- b.3.2. Implementação do registo, recolha, tratamento e análise da informação de base;
- b.3.3. Assinatura de protocolo com uma Universidade.

c) 2ª Fase

c.1. Período de execução

O período global de execução desta 2ª Fase de Implementação do Modelo de Distribuição e Localização dos Meios é de **12 meses**, a contar do primeiro dia após a conclusão da 1ª Fase.

Naturalmente que, recolhida e tratada a informação estatística dos 12 meses anteriores, ainda podemos concluir que também existem anos atípicos. Por essa razão, considerou-se que, com base nos dados de um ano se daria início à implementação do Modelo, numa base de “Áreas Piloto” e, progressivamente (na fase seguintes e de acordo com uma estratégia a elaborar na altura), efectuar a correspondente replicação às restantes áreas de cada Região.

As três primeiras Medidas desta 2ª Fase (a seguir incluídas apenas numa alínea) deverão ter um período de execução global de cerca de 3 meses e a 4ª Medida deverá ter uma execução global de cerca de 9 meses.

c.2. Fundamento

Esta 2ª Fase de implementação do Modelo de Distribuição e Localização dos Meios tem como objectivos fundamentais:

- Avaliar, “Fazer correr”, Testar e Validar o Modelo apresentado, em função dos objectivos definidos, das variáveis e das correspondentes restrições identificadas;
- Implementar o Modelo, depois de validado, em 3 “Áreas Piloto”, escolhidas de acordo com seguintes critérios:
 - Cidade de Lisboa: Pela proximidade, pela densidade populacional, pela concentração de meios, pela inexistência de SIV e de, para efeitos de operacionalização do Modelo, considerar a drenagem para os Hospitais com SUP ou SUMC,
 - Concelho de Braga: Pela densidade populacional (diferente do Concelho do Porto e, simultaneamente do Distrito de Beja, por exemplo), existência de SIV em alguns SUB e existência de SUB sem SIV,
 - Distrito de Beja: Pela reduzida densidade populacional, pela dispersão geográfica, pela área territorial abrangida, pela existência de poucos meios SAV (quer ao nível de Hospitais SUP e/ou SUMC e de VMER), com alguns meios SIV.

c.3. Medidas/Resultados

As Medidas a implementar/resultados a obter são as seguintes:

- c.3.1. Avaliar o Modelo de Distribuição e Localização dos Meios apresentado;
- c.3.2. “Fazer correr” e Testar o Modelo de Distribuição e Localização dos Meios;
- c.3.3. Validar o Modelo de Distribuição e Localização dos Meios;
- c.3.4. Implementação do Modelo às Áreas Piloto;

d) 3ª Fase

d.1. Período de execução

O período global de execução desta 3ª Fase de Implementação do Modelo de Distribuição e Localização dos Meios é de **3 anos**, a contar do primeiro dia após a implementação do Modelo nas Regiões Piloto.

d.2. Fundamento

Esta 3ª Fase de implementação do Modelo de Distribuição e Localização dos Meios tem como objectivos fundamentais:

- Replicar o Modelo de Distribuição e Localização dos Meios implementado nas “Áreas Piloto” às diferentes Regiões do Continente;
- Identificação dos factores de aperfeiçoamento e desenvolvimento do Modelo Organizativo, Técnico-Científico e de Distribuição e Localização dos Meios, numa óptica de permanente e sistemática monitorização e avaliação.

d.3. Medidas/Resultados

As Medidas a implementar/resultados a obter são as seguintes:

- d.3.1. Avaliar a implementação do Modelo nas “Áreas Piloto”;
- d.3.2. Elaborar o Programa de Replicação do Modelo às restantes Regiões;
- d.3.3. Implementar, de acordo com o Programa, o Modelo nas restantes Regiões;
- d.3.4. Identificar os factores de aperfeiçoamento e desenvolvimento do Modelo;

e) Monitorização, avaliação, introdução de reajustes



As Medidas implementadas, em cada uma das Fases e Fase por Fase, deverão ser monitorizadas, os resultados avaliados e introduzidas as alterações e reajustes tidos por necessários.

3.4. AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA E CONTÍNUA E FINAL GLOBAL DO PROJECTO

Quer durante a execução de cada Fase da Estratégia apresentada para a implementação do Modelo de Organização, Normalização e Regulamentação, quer durante a execução de cada uma das Fases da Implementação do Modelo de Distribuição e Localização dos Meios, quer, ainda, no final do Projecto, deverá ter-se em atenção a necessidade de, de forma permanente, sistemática e contínua, efectuar a monitorização das medidas implementadas, a respectiva avaliação dos resultados e a introdução de alterações/correcções/reajustes.

Tal deverá ser efectuado, de forma formal, através da entrega de Relatórios Trimestrais de Execução e avaliação de Resultados, bem como, de Relatórios Finais de Fase (ou Medida implementada, se tal se justificar).

3.5. EQUIPA DE PROJECTO

Um Projecto da natureza e da envergadura do presente Projecto exigirá, necessariamente, muita atenção quer à sua organização, quer ao seu acompanhamento quer, ainda, à sua permanente e sistemática monitorização e avaliação.

Tal exige, do nosso ponto de vista, a existência de uma equipa multi e pluri disciplinar que assegure aquelas actividades/acções e que garanta a não existência de desvios (a não ser os desvios controlados e resultantes de reajustes e alterações determinados pela própria monitorização e permanente avaliação).

Face à natureza e ao âmbito do projecto, entende-se o seu controlo e direcção deverá ser da responsabilidade do DEM. Igualmente face à natureza e ao âmbito do projecto, entende-se que a equipa deverá ter um núcleo central (constituído por 3 pessoas do DEM, a determinar após a entrega do presente documento), ao qual se juntarão, de acordo com a fase do projecto em que se estiver e as medidas concretas a executar, os elementos necessários de outros Departamentos (ou Direcções Regionais), sempre previamente acordadas e articuladas com o CD do INEM e os respectivos Directores de Departamento (ou Delegados Regionais).

...”



D – PONTO DE SITUAÇÃO

No documento apresentado em Junho de 2010, a Equipa de Projecto, realizou e desenvolveu (tendo por base o Roteiro Metodológico, o correspondente Diagrama Metodológico e com o conteúdo detalhado apresentados na Parte B, páginas 4 e 5, da presente Resposta) a Fase 1 ("Caracterização e Diagnóstico da Situação Actual") e a Fase 2 ("Concepção e Elaboração de Propostas").

A Equipa de Projecto desenvolveu, ainda e com o objectivo de, por um lado, facilitar a tomada de decisão pelo CD (prevista no âmbito da Fase 3, tendo por base o Roteiro Metodológico e o correspondente Diagrama Metodológico apresentados na Parte B, páginas 4 e 5, da presente Resposta) e de, por outro, agilizar o processo de implementação da proposta / solução que viesse a ser aprovada pelo CD (prevista no âmbito da Fase 4 (tendo, igualmente, por base o Roteiro Metodológico e o correspondente Diagrama Metodológico apresentados na Parte B, páginas 4 e 5, da presente Resposta), o conteúdo das actividades a desenvolver no âmbito da referida Fase 4 ("Processo de Implementação da Proposta / Solução apresentada ou que vier a ser aprovada").

A Equipa de Projecto tem desenvolvido, enquanto decorre (tendo por base o Roteiro Metodológico e o correspondente Diagrama Metodológico apresentados na Parte B, páginas 4 e 5, da presente Resposta) a Fase 3 ("Decisão pelo CD do Modelo / Solução a adoptar"), todos os esforços no sentido de:

- (i) Em primeiro lugar, conseguir iniciar, de forma sistemática, permanente e contínua, a recolha e tratamento dos dados essenciais à posterior execução do Modelo Estatístico a adoptar para a distribuição e localização dos Meios SBV e SIV;
- (ii) Em segundo lugar, facilitar a tomada de decisões no sentido da criação e instalação das condições técnicas necessárias quer à posterior execução do Modelo Estatístico a adoptar para a distribuição e localização dos Meios SBV e SIV quer à análise do Modelo de Organização, Normalização e Regulamentação que assente, em termos de eficácia, de qualidade e de eficiência, numa base de apreciação clínica da actividade desenvolvida pelo INEM.



Anexo 39 – Proposta de Novos Meios – Novembro 2006

inem – proposta de novos meios de emergência

para articulação com a reforma da rede de urgências

Resumo

→ Pressupostos e valores de referência:

Tripulações	
Encargos mensais por Médico em contrato individual de trabalho (CIT) e 40h	5.450,50 €
Encargos mensais por Enfermeiro em CIT e 40h	2.267,34 €
Encargos mensais por Técnico Ambulância de Emergência (TAE) em CIT e 40h	1.226,08 €
Composição das equipas de unidades intermédias (SIV)	Enf. + TAE
Composição das equipas de ambulância de emergência (SAE)	TAE
Composição das equipas de HELI SHEM e VMER	Enf.
Nº elementos por meio para assegurar 24 h	10
Encargos anuais com fardamento por elemento	450 €
Encargos anuais com formação por TAE	1.429 €
Encargos anuais com formação por Enfermeiro	1.350 €
Outros encargos anuais com formação por elemento	200 €
Meios de Emergência	
Valor aquisição por ambulância	52.722 €
Valor mensal amortização por ambulância	879 €
Encargos mensais variáveis (combustível, mat. clínico, manut.) e seguro por ambulância	1.510 €
Valor aquisição por VMER	74.066 €
Valor mensal amortização por VMER	1.564 €
por VMER	3.299 €
Nº VMER hoje (existentes + com implantação em curso)	38
Vida útil esperada por viatura (anos)	5
Encargos com funcionamento das VMER a suportar pelo INEM e não pelos Hospitais	
Encargos com ambulâncias SIV equiparados a encargos com VMER	
Encargos fixos mensais com aquisição de serviços HELI SHEM	117.000 €
Encargos variáveis mensais (material clínico) e seguro por HELI SHEM	1.000 €
Horas diárias voo previstas HELI SHEM	1,5
Valor anual hora de voo HELI SHEM	850 €
Horas diárias voo previstas HELI SIV	4
Valor anual hora de voo HELI SIV correspondente a 60% do valor SHEM	510 €

→ Meios propostos:

	AMB. SAE	VMER	AMB. SIV	Heli SHEM	Heli SIV	Total
Sit. actual	30	38	-	2	-	70
Nível 1	19	2	38	-	5	64
Nível 2	-	-	21	-	-	21
Sit proposta	49	40	59	2	5	155
Dif.						85

→ Encargos anuais estimados:

	AMB. SAE	VMER	AMB. SIV	Heli SHEM	Heli SIV	Total
Sit. actual	5.408.770 €	19.984.939 €	- €	4.697.892 €	- €	30.091.601 €
Nível 1	3.710.555 €	1.068.669 €	10.894.769 €	- €	9.137.025 €	24.811.017 €
Nível 2	- €	- €	6.020.793 €	- €	- €	6.020.793 €
Sit proposta	9.119.325 €	21.053.608 €	16.915.562 €	4.697.892 €	9.137.025 €	60.923.412 €
Dif.						30.831.811 €

→ Conclusão:

A proposta envolve um aumento de encargos para o INEM de + 30.831.811 €

Níveis de serviço a assegurar:
Nível 1 Transporte pré-hospitalar
Nível 2 Transporte inter-hospitalar



Anexo 40 – Projecto RU Meios Implementados (até 07.04.2010)

PROJECTORU - CRONOGRAMA - IMPLEMENTAÇÃO DE MEIOS INEM

Região	Meios	Total a executar	Executado até 07.04.2010	2007				2008								2009				2010							
				16 Out. 07	01 Dez. 07	15 Dez. 07	22 Dez. 07	02 Jan. 08	15 Fev. 08	02 Mai. 08	12 Mai. 08	30 Mai. 08	01 Jun. 08	15 Jun. 08	25 Ago. 08	06 Out. 08	26 Nov. 08	03 Mar. 09	15 Mai. 09	26 Ago. 09	31 Ago. 09	03 Set. 09	01 Abr. 10	2010			
Norte	SIV	15	15		9						1		4	1													
	SBV	17	9		2	1				6																	8
	HELI	1	1																						1		
	VMER	3	3		1						1													1			
Centro	SIV	5	5			3							2														
	SBV	19	14				5						4					3					2				5
	HELI	1	1																							1	
	VMER	0	0																								
Alentejo	SIV	4	4	4																							
	SBV	3	0																								3
	HELI	0	0																								
	VMER	0	0																								
LVT	SIV	0	0																								
	SBV	8	0																								8
	HELI	0	0																								
	VMER	3	3					1																			
Algarve	SIV	4	4												2												
	SBV	2	2														2										
	HELI	1	1															2									1
	VMER	0	0																								
Nacional	SIV	28	28	4	9	3	0	0	0	0	1	2	4	1	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	SBV	49	25	0	2	1	5	0	6	0	0	4	0	0	0	3	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	24
	HELI	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
	VMER	6	6	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0
				2007				2008								2009				2010							
Novas SIV	28	28		16				10								2				0							
Novas SBV	49	25		8				15								2				24							

Executado
 Até ao fim de 2010, sem data definida



Tribunal de Contas

Auditoria de Resultados ao INEM



Anexo 41 - Nota de Emolumentos

Emolumentos e Outros Encargos
(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 2		Procº nº 10/2010 – Audit	
		Relatório nº 47/2010 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Instituto Nacional de Emergência Médica – IP		
Entidade devedora:	Instituto Nacional de Emergência Médica - IP		
Regime jurídico:			AA
			AAF X

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial				
- Acções na área da residência oficial	€ 88,29	614		€ 54.210,06
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 54.210,06
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 17.164,00
Emolumentos a pagar				€ 17.164,00

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

(José Carpinteiro)