

Compêndio de auditoria

| Saúde pública

Relatórios de auditoria publicados entre 2014 e 2019

Dezembro de 2019

PT

Contacto: www.contactcommittee.eu

© União Europeia, 2019.

É autorizada a reprodução desde que indicada a fonte.

Fonte: Comité de Contacto das Instituições Superiores de Controlo da União Europeia.

A autorização para qualquer utilização ou reprodução do material seguinte deve ser solicitada diretamente aos detentores dos direitos de autor:

Figuras 1, 6 e 8: © OCDE/União Europeia, 2018.

Figuras 2, 3, 7, 9, 12, 13 e 14: © OCDE.

Figura 4: © Organização Mundial da Saúde (OMS)

Nota introdutória	7
Síntese	9
PARTE I – Saúde pública na UE	10
Saúde pública – Viver mais anos e com mais saúde	11
Política de saúde da UE	12
Base jurídica e responsabilidades	12
Objetivos da política	13
Financiamento	14
A saúde pública nos Estados-Membros da UE	14
Prevenção e proteção	16
Acesso aos cuidados de saúde	21
Qualidade dos serviços de saúde	25
Novas tecnologias e saúde em linha	28
Sustentabilidade orçamental e outros aspetos financeiros	33
PARTE II — Síntese dos trabalhos realizados pelas ISC	37
Introdução	38
Metodologia da auditoria	38
Período auditado	38
Prevenção e proteção	41
Objetivos das auditorias	41
Principais observações das auditorias	41
Acesso aos serviços de saúde	42
Objetivos das auditorias	42
Principais observações das auditorias	42
Qualidade dos serviços de saúde	44
Objetivos das auditorias	44

Principais observações das auditorias	44
Novas tecnologias e saúde em linha	45
Objetivos das auditorias	45
Principais observações das auditorias	45
Sustentabilidade orçamental e outros aspetos financeiros	46
Objetivos das auditorias	46
Principais observações das auditorias	47
Seguimento dado às auditorias	47
PARTE III – Relatórios das ISC em traços largos	48
Prevenção e proteção	49
Bélgica – <i>Rekenhof / Cour des comptes / Rechnungshof</i>	50
Avaliação do desempenho da política flamenga de medicina preventiva	50
Eslovénia – <i>Računsko sodišče Republike Slovenije</i>	55
Combater a obesidade infantil	55
França – <i>Cour des comptes</i>	59
Prevenção de Infecções nosocomiais: as próximas etapas	59
Polónia – <i>Najwyższa Izba Kontroli (NIK)</i>	63
A prevenção e o tratamento da diabetes tipo 2	63
Acesso aos serviços de saúde	67
Alemanha – <i>Bundesrechnungshof</i>	68
A utilidade dos tratamentos ortodônticos deve ser sujeita a investigação médica	68
Lituânia – <i>Valstybės Kontrolė</i>	72
Acessibilidade dos serviços de saúde e orientação para os doentes	72
Malta – <i>National Audit Office</i>	76
O médico de clínica geral tem uma função essencial nos cuidados de saúde primários	76
Portugal – <i>Tribunal de Contas</i>	80
Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde	80

Roménia – <i>Curtea de Conturi a României</i>	84
Desenvolvimento das infraestruturas de saúde a nível nacional, regional e local para aumentar o acesso aos serviços de saúde	84
União Europeia – <i>Tribunal de Contas Europeu</i>	88
Medidas da UE relativas aos cuidados de saúde transfronteiriços: ambições importantes, mas é necessária uma melhor gestão	88
Qualidade dos serviços de saúde	92
Áustria – <i>Rechnungshof</i>	93
Garantia da qualidade para profissionais de saúde independentes	93
Dinamarca – <i>Rigsrevisionen</i>	97
Relatório sobre as diferenças na qualidade dos cuidados prestados entre os hospitais dinamarqueses	97
Irlanda – <i>Office of the Comptroller and Auditor General</i>	100
Gestão da cirurgia de ambulatório programada	100
Novas tecnologias e saúde em linha	104
Bulgária – <i>Сметна палата на Република България</i>	105
Saúde em linha	105
Estónia – <i>Riigikontroll</i>	110
O papel do Estado na execução do sistema de saúde em linha	110
Letónia – <i>Valsts Kontrole</i>	114
O projeto "Saúde em linha na Letónia" constitui um passo na direção certa?	114
Sustentabilidade orçamental e outros aspetos financeiros	118
Eslováquia – <i>Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky</i>	119
Finanças públicas e propriedade dos estabelecimentos de saúde	119
Espanha – <i>Tribunal de Cuentas</i>	123
Gestão e controlo das prestações farmacêuticas a cargo da Mutualidade Geral dos Funcionários Civis do Estado (MUFACE)	123
Finlândia – <i>Valtiontalouden Tarkastusvirasto</i>	127
Projeções relativas à evolução das despesas da segurança social	127

Grécia – Ελεγκτικό Συνέδριο	132
Auditoria temática horizontal sobre os atrasos nos pagamentos do Estado aos hospitais, à Organização Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde (EOPYY) e a uma direção regional de saúde	132
Hungria – Állami Számvevőszék	136
Análise sucinta da experiência adquirida com auditorias a hospitais	136
Itália – Corte dei conti	139
Execução do programa extraordinário de renovação e de modernização tecnológica dos imóveis dos estabelecimentos de saúde públicos	139
Luxemburgo – Cour des comptes	142
Financiamento público dos investimentos hospitalares	142
República – Checa Nejvyšší kontrolní úřad	147
Fundos despendidos por hospitais selecionados para o reembolso de custos	147
Lista dos trabalhos de auditoria relativos à saúde pública realizados desde 2014 pelas ISC da UE participantes	151
Siglas, acrónimos e abreviaturas	170
Glossário	172

Nota introdutória

Caros leitores,

O Comité de Contacto das Instituições Superiores de Controlo (ISC) da União Europeia constitui um fórum de discussão e abordagem de assuntos de interesse comum relacionados com a auditoria pública na UE e nos seus Estados-Membros. Através do reforço do diálogo e da cooperação entre os seus membros, o Comité de Contacto contribui para uma auditoria externa eficaz das políticas e programas da UE. Contribui igualmente para promover a prestação de contas na UE e nos seus Estados-Membros e para melhorar a gestão financeira e a boa governação da UE, em benefício dos cidadãos da União.

Em 2017, na sua reunião anual no Luxemburgo, o Comité de Contacto decidiu envidar esforços adicionais para aumentar a sensibilização geral para os recentes trabalhos de auditoria realizados pelas ISC da UE. Um ano mais tarde, em 2018, publicou um primeiro compêndio de auditoria que apresentava, num único documento, os trabalhos das ISC da UE no domínio do emprego dos jovens e da integração dos jovens no mercado de trabalho. Perante o êxito desta primeira edição, o Comité de Contacto decidiu prosseguir a atividade e abordar outros temas de interesse geral. Assim, é com orgulho que apresenta a segunda edição do compêndio de auditoria, que incide nas recentes auditorias no domínio da saúde pública e assuntos conexos.

Nas últimas décadas, os sistemas de saúde dos Estados-Membros da UE enfrentaram inúmeros desafios, como o aumento constante dos custos e o envelhecimento da população, bem como a crescente mobilidade dos doentes e dos profissionais de saúde entre os Estados-Membros. Por conseguinte, a saúde pública exige esforços coordenados da UE e de todos os Estados-Membros. Este tema continuará, sem dúvida, a destacar-se na agenda política durante várias gerações.

Na União Europeia, a saúde pública é, essencialmente, da responsabilidade dos Estados-Membros. A UE apoia principalmente os esforços empreendidos a nível nacional, com uma incidência especial na complementaridade ou coordenação das ações dos Estados-Membros no domínio da saúde pública. Em consequência, a saúde pública, de uma perspetiva da União no seu todo, é um domínio complexo para efeitos de auditoria.

A presente edição do compêndio apresenta uma introdução geral à saúde pública e ao papel da UE e dos seus Estados-Membros neste domínio e oferece uma panorâmica de trabalhos de auditoria seleccionados realizados pelas ISC da UE desde 2014, incluindo uma síntese desses trabalhos. Para mais informações sobre estas auditorias, queira contactar a ISC em causa.

Esperamos que o compêndio de auditoria se revele uma fonte de informação útil.



Klaus-Heiner Lehne

Presidente do Tribunal de Contas Europeu
Presidente do Comité de Contacto e líder do projeto

Síntese

I A saúde pública é a ciência de prevenir a doença e prolongar a vida. Afeta a vida das pessoas todos os dias e em todas as partes do mundo, estando, por conseguinte, na agenda política de todas as sociedades modernas, onde permanecerá nas próximas gerações.

II Na União Europeia, a saúde pública é, essencialmente, da responsabilidade dos Estados-Membros, pelo que os sistemas de saúde variam consideravelmente entre estes. A UE apoia os esforços empreendidos a nível nacional, incidindo especificamente na complementaridade ou coordenação das ações dos Estados-Membros no domínio da saúde pública.

III Em consequência, a saúde pública, de uma perspetiva da União no seu todo, é um domínio complexo para efeitos de auditoria. Não obstante, devido à importância da saúde pública, as Instituições Superiores de Controlo da UE têm realizado muitas auditorias sobre assuntos conexos.

IV A primeira parte do presente compêndio de auditoria fornece uma panorâmica da saúde pública na UE, das suas bases jurídicas e dos seus principais objetivos e responsabilidades. Além disso, ilustra os principais desafios que a UE e os seus Estados-Membros enfrentam atualmente no domínio da saúde pública.

V A segunda parte deste compêndio de auditoria apresenta uma síntese dos resultados de auditorias selecionadas realizadas pelas ISC de 23 Estados-Membros participantes (Áustria, Bélgica, Bulgária, República Checa, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Polónia, Portugal, Roménia, Eslováquia, Eslovénia e Espanha) e pelo Tribunal de Contas Europeu durante os últimos cinco anos. Estas auditorias selecionadas abordaram aspetos importantes da saúde pública, designadamente as medidas preventivas, o acesso a serviços de saúde e a qualidade desses serviços, a utilização de novas tecnologias e a sustentabilidade orçamental dos serviços de saúde públicos.

VI A terceira parte do presente compêndio de auditoria contém fichas informativas pormenorizadas sobre auditorias selecionadas realizadas pelas ISC de 23 Estados-Membros e pelo Tribunal de Contas Europeu.

PARTE I – Saúde pública na UE

Saúde pública – Viver mais anos e com mais saúde

- 1** A saúde desempenha um papel importante, não só à escala de todas as sociedades modernas, mas também para cada pessoa. Trata-se de um fator importante, se não o mais importante, e determinante para a qualidade de vida.
- 2** A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde pública como "**a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde por meio de esforços organizados da sociedade**"¹. Inclui todas as atividades destinadas a manter ou melhorar a saúde das pessoas.
- 3** Além de ter um valor intrínseco, a saúde é também um importante fator económico. Na Europa, como em quase todas as economias desenvolvidas, a saúde pública é um dos domínios de despesas mais importantes e que registam um crescimento mais rápido. Os profissionais do setor da saúde e da prestação de cuidados representam cerca de 8% do total da força de trabalho da UE².
- 4** Ao longo das últimas décadas, os sistemas de saúde europeus enfrentaram vários desafios. O envelhecimento da população suscitou um aumento da procura de serviços de saúde e da importância atribuída aos cuidados continuados. As tecnologias de saúde e os tratamentos inovadores e cada vez mais eficazes têm contribuído para melhorar as condições de saúde em muitos domínios, mas, em alguns casos, contribuíram igualmente para o aumento dos custos no setor da saúde. Paralelamente, os recursos financeiros são limitados.
- 5** Os sistemas de saúde pública devem, portanto, ser não só financeiramente sustentáveis, mas também resilientes: têm de se adaptar eficazmente a um ambiente em evolução cada vez mais rápida e, simultaneamente, tirar partido das possibilidades oferecidas pela tecnologia moderna.
- 6** Na UE, os sistemas nacionais de saúde interagem cada vez mais entre si, enquanto a mobilidade dos doentes e dos profissionais de saúde entre os Estados-Membros não cessa

¹ Acheson, 1988; OMS.

² OCDE/UE (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/UE, Bruxelas, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

de aumentar. Assim, o futuro da saúde pública exigirá esforços coordenados da UE e de todos os Estados-Membros, com o objetivo comum de viver mais anos e com mais saúde.

Política de saúde da UE

Base jurídica e responsabilidades

7 O **Tratado de Maastricht** colocou a saúde na agenda europeia, afirmando: "A Comunidade contribuirá para assegurar um elevado nível de proteção da saúde humana, incentivando a cooperação entre os Estados-Membros e, se necessário, apoiando a sua ação"³. O Tratado abriu caminho à prestação de um maior apoio aos Estados-Membros em matéria de cuidados de saúde, em domínios como:

- a melhoria da saúde dos cidadãos da UE;
- a modernização das infraestruturas de saúde;
- o aumento da eficiência dos sistemas de saúde.

8 O **Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (TFUE)** voltou a salientar a importância da política de saúde, dispondo, no artigo 168º, que "[n]a definição e execução de todas as políticas e ações da União será assegurado um elevado nível de proteção da saúde".

9 Em consonância com o TFUE, **incumbe aos Estados-Membros a responsabilidade primeira** pela proteção da saúde e, em especial, pelos sistemas de saúde devendo "[a] ação da União respeita[r] as responsabilidades dos Estados-Membros no que se refere à definição das respetivas políticas de saúde, bem como à organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos".

10 O principal **papel da UE** consiste, então, em apoiar, complementar ou coordenar a ação dos Estados-Membros no domínio da saúde pública. Em especial, esta ação "incidirá na melhoria da saúde pública e na prevenção das doenças e afeições humanas e na redução das causas de perigo para a saúde física e mental"⁴.

³ Tratado de Maastricht (1992), artigo 129º.

⁴ Título XIV, artigo 168º, nº 1, do TFUE.

11 Na Comissão Europeia, a **DG SANTE** é responsável pela coordenação e pela execução globais da estratégia de saúde. Apoia as ações dos Estados-Membros das seguintes formas:

- apresenta propostas de legislação;
- presta de apoio financeiro;
- coordena e facilita o intercâmbio de boas práticas entre os países da UE e especialistas em saúde;
- realiza atividades de promoção da saúde.

Objetivos da política

12 Os **objetivos estratégicos da política de saúde da UE**, enunciados no Programa de ação da União no domínio da saúde (2014-2020)⁵, são os seguintes:

- **promover a saúde, prevenir as doenças e incentivar estilos de vida saudáveis** através da "integração da saúde em todas as políticas";
- proteger os cidadãos da União contra graves **ameaças sanitárias transfronteiriças**;
- contribuir para **sistemas de saúde** inovadores, eficientes e sustentáveis;
- facilitar o acesso a **cuidados de saúde de melhor qualidade e mais seguros** para os cidadãos da União.

13 As **prioridades específicas** da Comissão **para o período de 2016-2020** no domínio da saúde pública são, entre outras, alcançar uma maior eficácia em termos de custos, lutar contra as ameaças globais emergentes, como a resistência antimicrobiana, estudar os fatores de risco das doenças não transmissíveis e promover a vacinação.

14 No **próximo quadro financeiro plurianual**, relativo ao período de 2021-2027, o programa de saúde da UE será abrangido pelo Fundo Social Europeu Mais (FSE+). A atual proposta sugere os seguintes objetivos gerais: reforçar a preparação para crises, capacitar os

⁵ Regulamento (UE) n.º 282/2014 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 11 de março de 2014, relativo à criação de um terceiro Programa de ação da União no domínio da saúde (2014-2020) e que revoga a Decisão n.º 1350/2007/CE.

sistemas de saúde, apoiar a legislação da UE em matéria de saúde e o trabalho integrado sobre as redes europeias de referência (RER), a avaliação das tecnologias de saúde e a aplicação de boas práticas e de inovação na saúde pública.

Financiamento

15 A política de saúde da UE pode ser financiada no âmbito de diferentes instrumentos. O principal instrumento dedicado exclusivamente à saúde é o **programa de saúde da UE**, com um orçamento de cerca de 450 milhões de euros para o período de 2014-2020. Este instrumento financia iniciativas no domínio da promoção da saúde, da segurança sanitária e da informação sobre a saúde.

16 Outros instrumentos que também podem financiar ações relacionadas com a saúde são:

- o programa de investigação **Horizonte 2020**, que apoia projetos em domínios como a biotecnologia e as tecnologias médicas;
- a **política de coesão da UE**, que apoia investimentos na saúde em países e regiões da UE;
- o **Fundo Europeu para Investimentos Estratégicos**.

A saúde pública nos Estados-Membros da UE

17 Embora assentem em valores comuns, em especial, a igualdade, o acesso universal a cuidados de qualidade e a solidariedade⁶, os sistemas de saúde dos Estados-Membros da UE variam consideravelmente.

18 Há diferenças básicas entre os sistemas de saúde no que se refere à forma como são financiados e como os cuidados de saúde são prestados. Na UE, é possível identificar três métodos de financiamento distintos⁷:

⁶ Conclusões do Conselho sobre valores e princípios comuns aos sistemas de saúde da União Europeia, JO C 146 de 22.6.2006.

⁷ Comité das Regiões Europeu, *The Management of health systems in the EU Member States*.

- o "**modelo de Beveridge**" é um sistema público financiado pelos impostos, que normalmente assegura uma cobertura universal em função da residência ou da cidadania;
- o "**sistema social de seguro de saúde**", ou "modelo de Bismarck", em que os cuidados de saúde são financiados por contribuições obrigatórias para a segurança social, normalmente das entidades patronais e dos trabalhadores;
- o "**modelo misto**" é baseado no financiamento privado proveniente de regimes de seguros voluntários ou de pagamentos diretos.

19 Em 2016, a Comissão lançou, em cooperação com a OCDE, a iniciativa "Situação da saúde na UE", que visa ajudar os Estados-Membros a melhorar o desempenho dos seus sistemas de saúde. No âmbito desta iniciativa, em 2018 a Comissão publicou a análise "**Health at a Glance**", que compara os dados de todos os Estados-Membros relativos ao desempenho dos seus sistemas de saúde.

20 A análise centra-se em questões como a ação preventiva, o acesso a sistemas de saúde e sua eficácia, bem como a sustentabilidade orçamental. A **figura 1** apresenta uma síntese das principais conclusões do relatório.

Figura 1 – Argumentos a favor do investimento mais inteligente na saúde



Fonte: Comissão Europeia, Situação da Saúde na UE, Ficha de informação do relatório *Health at a Glance: Europe 2018* (OCDE, Comissão Europeia).

Prevenção e proteção

21 A prevenção das doenças implica intervenções destinadas a minimizar o ónus das doenças e os fatores de risco associados⁸.

22 Pode ser categorizada do seguinte modo:

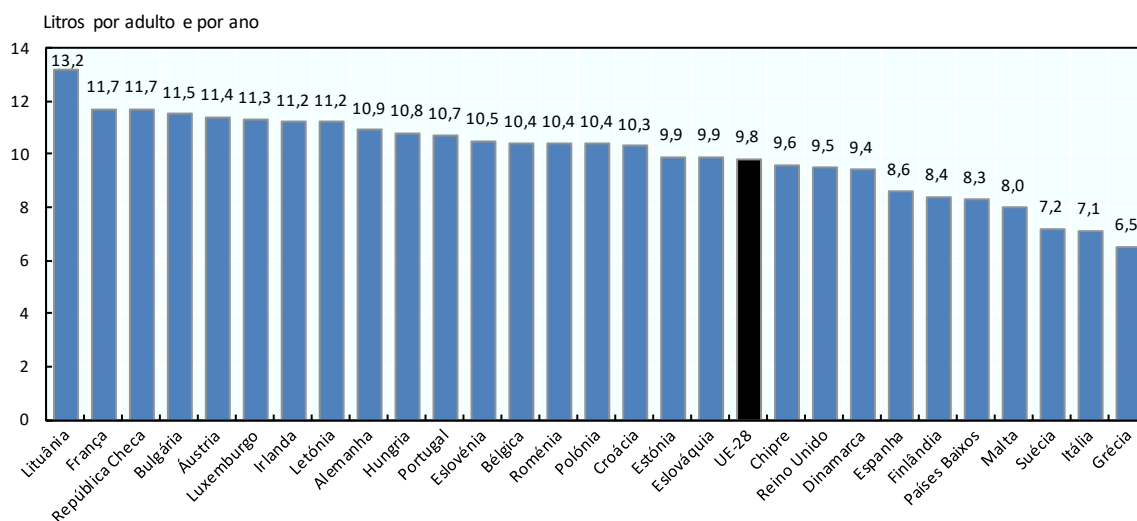
- prevenção primária, que tem por objetivo prevenir as doenças antes da sua ocorrência;
- prevenção secundária, que consiste na deteção precoce das doenças;
- prevenção terciária, que visa reduzir o impacto das doenças.

⁸ OMS, 2017.

23 Estima-se que, em 2016, **morreram prematuramente 790 000 pessoas na UE** devido ao tabagismo, ao consumo de álcool, a dietas pouco saudáveis e à falta de atividade física⁹ – vidas que, possivelmente, poderiam ter sido salvas com uma maior ênfase na promoção da saúde e na prevenção.

24 As doenças não transmissíveis (por exemplo, doenças cardiovasculares, cancro, Alzheimer ou diabetes) são, em especial, responsáveis por uma elevada percentagem de mortes prematuras e dão origem ao aumento das despesas de saúde. Frequentemente, é possível evitar essas mortes mediante a mera eliminação dos principais fatores de risco na sua origem (por exemplo, poluição, tabagismo, falta de atividade física ou consumo de álcool) (ver *figuras 2, 3 e 4*). Esta afirmação é particularmente verdadeira no caso da UE, que continua a ser a região com o mais elevado consumo de álcool do mundo. Os europeus bebem cerca de 10 litros de álcool por ano. Além disso, cerca de 20% dos adultos da UE fumam diariamente.

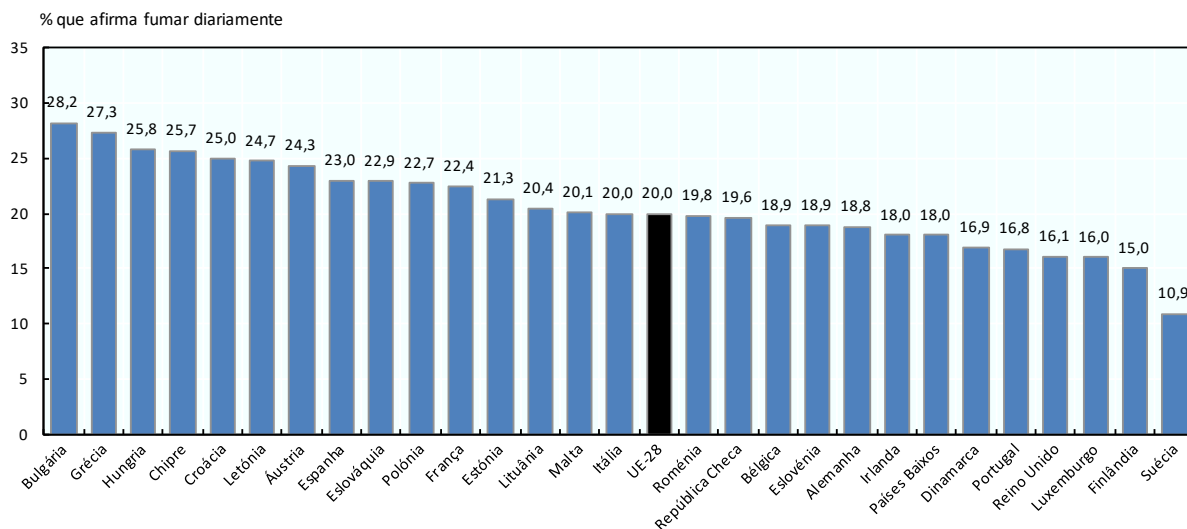
Figura 2 – Consumo global de álcool dos adultos (2016 ou o último ano disponível)



Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE.

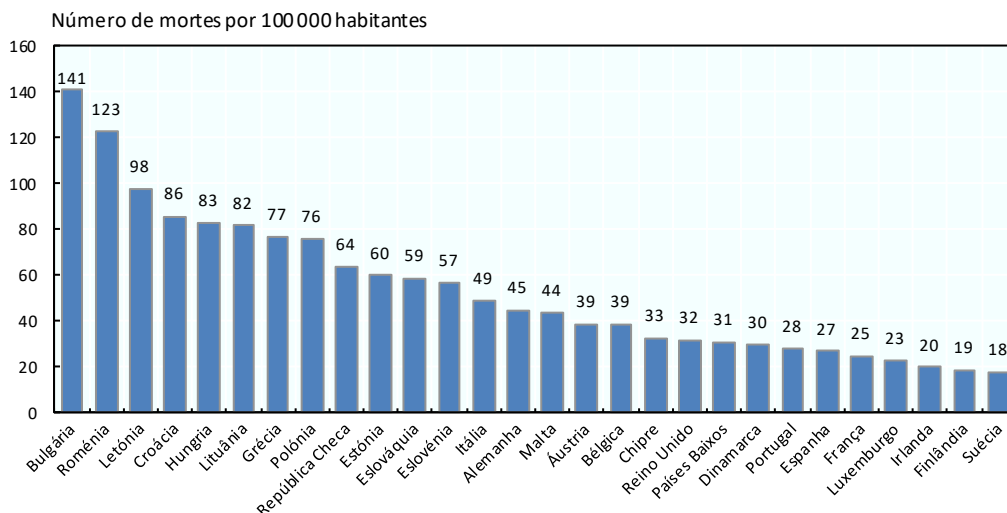
⁹ OCDE/UE (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/UE, Bruxelas, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Figura 3 – Taxas de tabagismo diário dos adultos (2016 ou o último ano disponível)



Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE.

Figura 4 – Mortalidade atribuível aos efeitos conjuntos da poluição doméstica e atmosférica (por 100 000 habitantes, 2016)



Fonte: World Health Statistics (OMS).

25 Embora seja decisiva não só para salvar vidas como para poupar **dinheiro**, pelo menos a longo prazo, a prevenção **representa atualmente apenas cerca de 3%** do total das despesas de saúde¹⁰.

¹⁰ OCDE/UE (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/UE, Bruxelas, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

26 A prevenção é também um domínio que se caracteriza por **desigualdades significativas** na maioria, se não na totalidade, dos Estados-Membros. A probabilidade de beneficiar de medidas de prevenção em matéria de saúde está estreitamente relacionada com o nível de educação e/ou com a situação socioeconómica, por exemplo:

- 20% dos adultos com um nível de educação mais baixo são obesos, contra 12% daqueles que têm um nível de educação superior;
- os adultos com rendimentos mais baixos têm menos probabilidades de praticar os 150 minutos recomendados de atividade física semanal e mais probabilidades de serem fumadores habituais.

27 A fim de reduzir o número de mortes prematuras e de permitir que as pessoas vivam mais tempo e em boas condições de saúde, a ênfase deve **deslocar-se do tratamento das doenças para a sua prevenção**.

28 Nesse sentido, nos últimos anos a UE lançou diversas iniciativas especificamente centradas na prevenção (ver [caixa 1](#)).

Caixa 1

Iniciativas da UE no domínio da prevenção da saúde

Prevenção através da informação

A ação da UE em matéria de prevenção da saúde tem como principal objetivo a prestação de informações pertinentes em quantidade suficiente para permitir que os consumidores tomem decisões bem fundamentadas.

Para lutar contra a **obesidade**, a Comissão Europeia adotou uma "Estratégia para a Europa em matéria de problemas de saúde ligados à nutrição, ao excesso de peso e à obesidade", em 2007, e lançou várias iniciativas específicas no mesmo domínio. Uma dessas iniciativas consistiu na definição do quadro jurídico aplicável às alegações nutricionais e de saúde (por exemplo, "baixo teor de gordura" ou "cálcio para ossos e dentes saudáveis"). Na prática, proibiu quaisquer alegações nutricionais ou de saúde na rotulagem ou na publicidade dos alimentos que não sejam claras, exatas ou baseadas em provas científicas (Regulamento (CE) nº 1924/2006¹¹).

Além disso, a Comissão publicou um plano de ação contra a obesidade infantil¹² que propõe domínios de ação principais e um possível conjunto de ferramentas para lutar contra o excesso de peso e a obesidade em crianças e jovens até 2020.

A diretiva da UE de 2014 relativa aos produtos do tabaco¹³ tornou obrigatória a inclusão de uma advertência de saúde no **tabaco** e produtos afins e proibiu quaisquer elementos promocionais ou enganosos nas embalagens.

29 A um nível mais geral, em 2018 a Comissão Europeia criou um grupo diretor para a promoção da saúde, prevenção das doenças e gestão de doenças não transmissíveis para ajudar os países a atingir as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relativos à saúde, em especial o objetivo três, "saúde de qualidade e bem-estar para todos". O grupo

¹¹ Regulamento (CE) nº 1924/2006 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de dezembro de 2006, relativo às alegações nutricionais e de saúde sobre os alimentos.

¹² *EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020*, 24 de fevereiro de 2014 [atualizado em 12 de março e 28 de julho de 2014].

¹³ Diretiva 2014/40/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 3 de abril de 2014, relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados-Membros no que respeita ao fabrico, apresentação e venda de produtos do tabaco e produtos afins e que revoga a Diretiva 2001/37/CE.

diretor presta aconselhamento e disponibiliza conhecimentos especializados à Comissão no domínio da promoção da saúde e da prevenção.

30 Os Estados-Membros tomaram várias medidas para lutar contra os principais fatores de risco para a saúde:

- para reduzir o **tabagismo**, estas medidas incluíram campanhas de sensibilização, impostos para aumentar os preços, legislação relativa a espaços sem fumo e restrições à publicidade;
- para reduzir os riscos relacionados com o **consumo de álcool**, muitos Estados-Membros limitaram o acesso dos adolescentes aos produtos alcoólicos, aumentaram os preços e introduziram regras mais estritas em matéria de publicidade. Todos os países da UE estabeleceram níveis máximos de concentração de álcool no sangue para os condutores;
- no caso da **obesidade**, um número crescente de Estados-Membros tomou medidas para promover um estilo de vida saudável e, assim, prevenir ou reduzir a **obesidade** entre os seus cidadãos. Uma dessas medidas foi a prestação de informações de melhor qualidade sobre nutrição, de modo a permitir que os cidadãos fizessem escolhas saudáveis (por exemplo, através da rotulagem dos alimentos ou de restrições à publicidade de alimentos direcionados para crianças);
- a maioria dos Estados-Membros tomou igualmente medidas destinadas a reduzir a **poluição atmosférica**, dado que o número de mortes resultantes da poluição atmosférica na UE ascende ainda a 400 000 por ano¹⁴.

Acesso aos cuidados de saúde

31 O acesso universal aos cuidados de saúde é definido como a **disponibilidade de serviços de saúde no momento e no lugar certo, por um preço adequado**. Constitui um dos requisitos prévios mais importantes para a igualdade em matéria de saúde.

32 O direito de acesso a cuidados de saúde de qualidade está consagrado na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (artigo 35º), pelo que é um dos princípios

¹⁴ Ver [Relatório Especial 23/2018](#) do TCE, intitulado "Poluição atmosférica: a nossa saúde ainda não está suficientemente protegida".

orientadores dos sistemas de saúde da UE. Além disso, é um dos objetivos de desenvolvimento sustentável da ONU (objetivo 3).

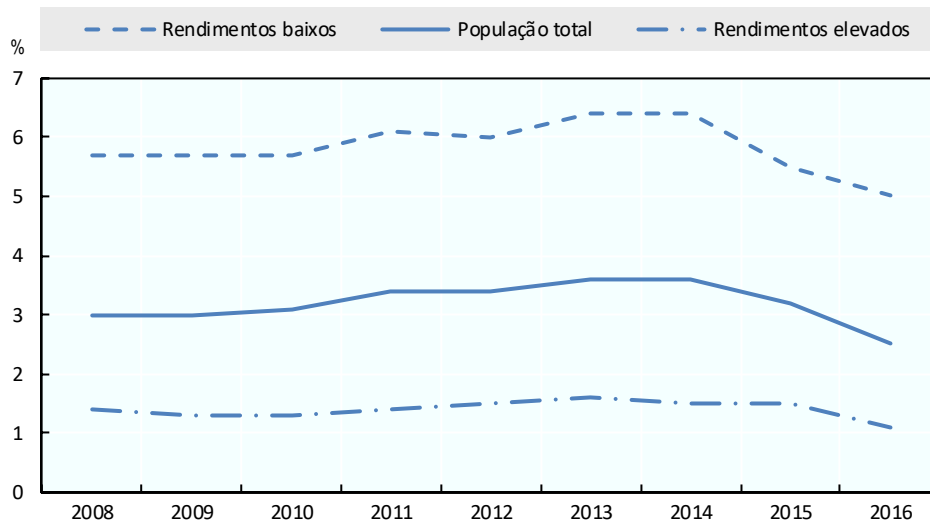
33 Geralmente, o acesso aos cuidados de saúde mede-se com recurso ao indicador "número de pessoas que declara ter necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde". Essas necessidades não são satisfeitas se os serviços solicitados não estiverem disponíveis no momento certo, no lugar certo, ou, no caso de sistemas de saúde com financiamento (pelo menos parcialmente) privado, a um preço acessível.

34 Globalmente, o acesso a cuidados de saúde está assegurado na UE. Na maior parte dos Estados-Membros, a esmagadora maioria dos cidadãos (bem acima de 90%) não menciona necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas e a percentagem de pessoas que o fazem continuou a diminuir ao longo da última década (ver [figuras 5 e 6](#)).

35 Contudo, o acesso aos cuidados de saúde não está uniformemente distribuído e **persistem desigualdades** entre os diferentes países, mas também dentro destes, entre as regiões e entre os grupos com diferentes rendimentos:

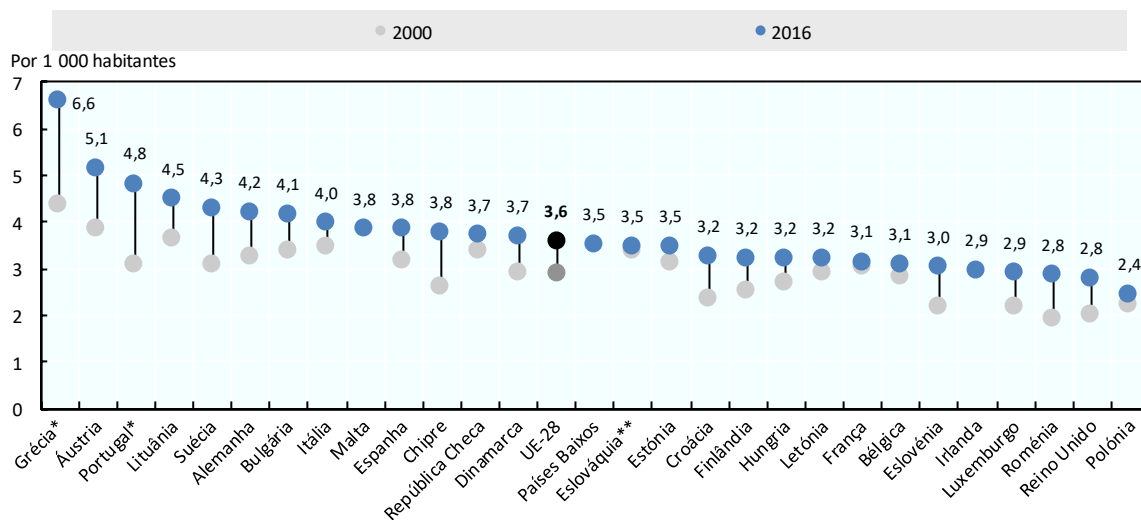
- as necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas ainda são um problema na Estónia e na Grécia, onde mais de 10% dos cidadãos mencionaram uma necessidade de cuidados de saúde não satisfeita em 2016;
- a probabilidade de necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas é cinco vezes mais elevada em agregados familiares de baixo rendimento;
- as zonas rurais e remotas são frequentemente caracterizadas pela escassez de médicos de clínica geral e o período de espera para cirurgias não urgentes aumentou em muitos Estados-Membros da UE nos últimos anos.

Figura 5 – Necessidades médicas não satisfeitas por situação socioeconómica, em todos os Estados-Membros da UE (2008-2016)



Fonte: Base de dados Eurostat.

Figura 6 – Médicos por 1 000 habitantes



* Os dados abrangem todos os médicos autorizados a exercer, o que representa uma sobrestimativa importante do número de médicos em atividade (por exemplo, de cerca de 30% em Portugal).

** Os dados incluem não só os médicos que prestam cuidados diretos aos doentes, mas também aqueles que trabalham no setor da saúde como gestores, educadores, investigadores, etc. (mais 5% a 10% dos médicos).

Fonte: Health at a Glance: Europe 2018 (OCDE, Comissão Europeia).

36 Ao nível da UE, os dados relativos ao acesso aos serviços de saúde são acompanhados regularmente. Em 2016, a Comissão criou um grupo de peritos sobre o acesso a estes serviços, entre outras questões.

37 Contudo, a melhoria do acesso aos cuidados de saúde é, sobretudo, da **responsabilidade dos Estados-Membros**, que tomaram várias medidas para melhorar este acesso, por exemplo¹⁵:

- reforço dos cuidados de saúde primários, incluindo uma melhor coordenação entre cuidados primários e cuidados especializados;
- aumento da cobertura dos serviços de saúde, reduzindo, assim, os pagamentos diretos;
- aumento dos salários dos profissionais do setor da saúde;
- benefícios financeiros para os médicos que trabalham em zonas sem cobertura suficiente, designadamente em zonas remotas e rurais.

38 Foram ainda tomadas medidas específicas para garantir o acesso a cuidados de saúde noutro Estado-Membro da UE (ver [caixa 2](#)).

¹⁵ Ficha temática do Semestre Europeu: Sistemas de saúde.

Caixa 2

Cuidados de saúde transfronteiriços na UE

Cuidados de saúde transfronteiriços - quais as vantagens para os cidadãos da UE?

A Diretiva Cuidados de Saúde Transfronteiriços da UE, adotada em 2011, define o quadro jurídico para os cidadãos da UE que procuram cuidados de saúde num Estado-Membro diferente daquele em que residem.

Concede a esses cidadãos o acesso a cuidados de saúde seguros e de qualidade noutro Estado-Membro da UE e o direito ao reembolso no montante que receberiam se fossem tratados no seu país de residência.

Além disso, foram criados pontos de contacto nacionais em toda a UE, para fornecer informações sobre os cuidados de saúde disponíveis nos diversos Estados-Membros da UE e sobre as condições de reembolso dos serviços prestados.

Embora a mobilidade dos doentes continue a ser fortemente influenciada pela proximidade geográfica e cultural, a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços representa um passo importante no sentido do alargamento da cooperação europeia no domínio da saúde.

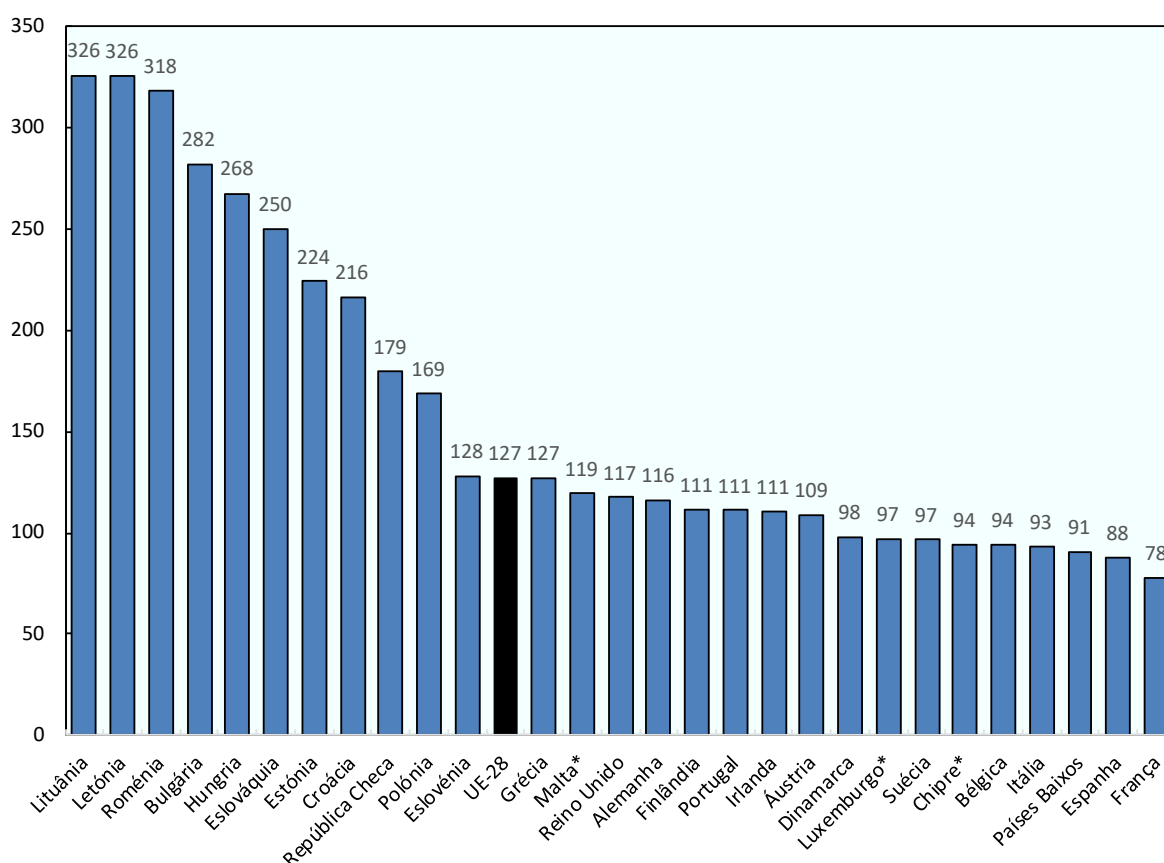
Qualidade dos serviços de saúde

39 Os sistemas de saúde de qualidade concretizam o seu objetivo último de manter ou melhorar eficazmente a saúde dos cidadãos. A eficácia dos sistemas de saúde é frequentemente avaliada com base nas taxas de mortalidade evitável sensível aos cuidados médicos (mortes que poderiam ter sido evitadas por intervenções de saúde de qualidade e no momento oportuno). Os indicadores alternativos são a esperança de vida ou indicadores mais "subjetivos", como a experiência ou a qualidade de vida do doente após a recuperação de uma doença ou lesão.

40 O conceito de taxa de mortalidade evitável sensível aos cuidados médicos está estreitamente associado ao conceito de mortalidade evitável sensível à promoção da saúde (mortes que poderiam ser evitadas através da saúde pública e de prevenção). Conjuntamente, a mortalidade evitável sensível à promoção da saúde e a mortalidade evitável sensível aos cuidados médicos compõem as taxas de mortalidade evitável. Em 2015, mais de 1,2 milhões de pessoas morreram prematuramente (antes dos 75 anos de idade),

devido à falta de políticas de saúde pública eficazes, de medidas de prevenção e de cuidados de saúde. Mais de 570 000 dessas mortes foram consideradas evitáveis com cuidados médicos (ver as taxas de mortalidade evitável sensível aos cuidados médicos por país na *figura 7*).

Figura 7 – Taxas de mortalidade evitável sensível aos cuidados médicos (2015)



* Média de três anos (2013-2015).

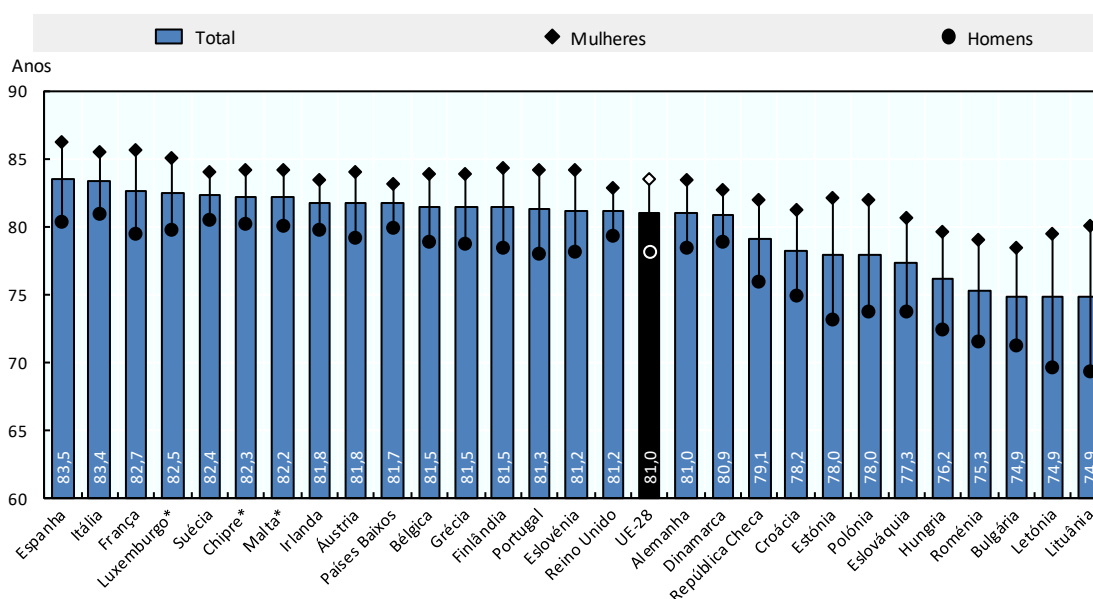
Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE para 2018.

41 Ao longo da última década, a **qualidade dos cuidados agudos** prestados em caso de doenças potencialmente fatais melhorou consideravelmente em toda a UE. Entre 2005 e 2015, o número de pessoas que morreram após uma hospitalização diminuiu 30% em caso de enfarte agudo do miocárdio e 20% em caso de acidente vascular cerebral. Não obstante, persistem desigualdades entre países, bem como entre diferentes hospitais do mesmo país.

42 Foram igualmente realizados progressos consideráveis em toda a UE relativamente às **taxas de sobrevivência ao cancro**, principalmente graças à conjugação de programas de rastreio com cuidados mais eficazes e em tempo oportuno.

43 A **esperança média de vida** na UE é atualmente de 81 anos (ver *figura 8*). Embora a esperança de vida continue a aumentar, registou-se um abrandamento nos últimos anos, sobretudo na Europa Ocidental. As principais causas de morte na UE continuam a ser as doenças cardiovasculares e o cancro, que, em conjunto, são responsáveis por mais de 60% das mortes.

Figura 8 – Esperança de vida à nascença por sexo (2016)



* Média de três anos (2014-2016).

Fonte: *Health at a Glance: Europe 2018* (OCDE, Comissão Europeia).

44 A esperança de vida varia consideravelmente em função não apenas do sexo, mas também da situação socioeconómica. A esperança de vida das pessoas com um nível de educação reduzido é inferior (menos oito anos para os homens e quatro para as mulheres) à das pessoas com um nível de educação elevado.

45 A qualidade dos cuidados e a eficácia dos sistemas de saúde estão **estritamente relacionadas com outros domínios da saúde pública**, em especial o acesso aos serviços de saúde e a prevenção, pelo que as medidas destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados necessitam de uma abordagem holística.

46 Algumas das medidas tomadas ao nível dos Estados-Membros para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde são o recurso a novas tecnologias, mudanças organizacionais na prestação de serviços de saúde e, em geral, uma incidência em cuidados mais integrados e individualizados.

47 A avaliação dos resultados destas medidas continua, contudo, a revelar-se complexa. Embora tenham sido envidados esforços para recolher dados sobre a eficácia dos sistemas de saúde, continuam a ser limitadas as informações sobre indicadores mais qualitativos, como a experiência ou a qualidade de vida dos doentes.

48 A Comissão Europeia apoiou o desenvolvimento de indicadores básicos de saúde europeus (ECHI), um conjunto de indicadores que permite acompanhar o estado de saúde dos cidadãos da União e o desempenho dos sistemas de saúde da UE. A Comissão lançou igualmente a série "*Health at a glance*" em cooperação com a OCDE.

49 Além disso, a Comissão criou um Grupo de Peritos para a Avaliação do Desempenho dos Sistemas de Saúde para proporcionar aos países da UE um fórum para o intercâmbio de experiências neste domínio e para apoiar os decisores políticos nacionais através do desenvolvimento de ferramentas e metodologias de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde, em estreita cooperação com organizações internacionais, como a OMS e a OCDE.

Novas tecnologias e saúde em linha

50 A saúde em linha ou saúde digital pode ser definida como **o conjunto de ferramentas e serviços que utilizam as tecnologias da informação e da comunicação** para melhorar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, o acompanhamento ou a gestão da saúde.

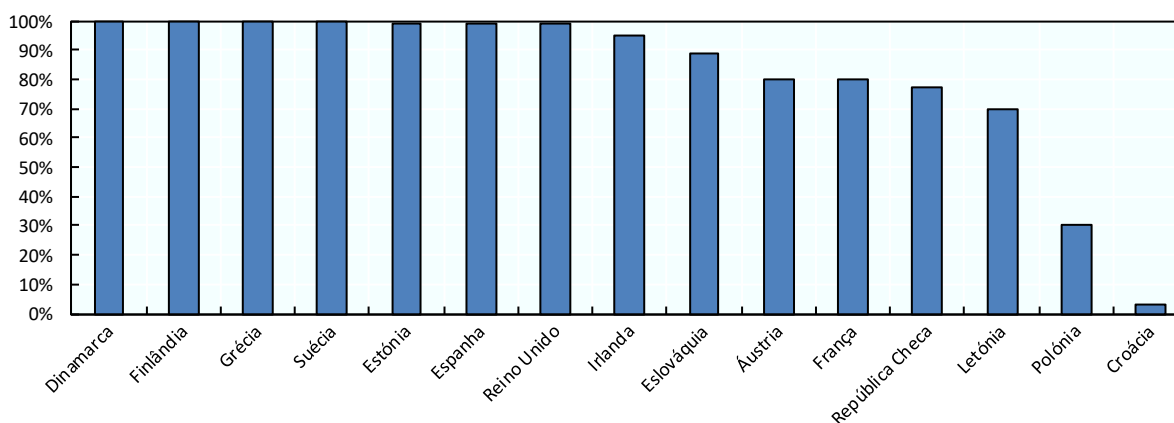
51 As novas tecnologias oferecem enormes vantagens potenciais em termos de eficiência e de qualidade dos serviços de prevenção e de saúde. Atualmente, as principais utilizações das novas tecnologias no domínio da saúde são as seguintes:

- registos de saúde eletrónicos: registos de saúde informatizados criados e, de preferência, partilhados por diferentes prestadores de serviços de saúde;
- receitas eletrónicas: geração, transmissão e arquivamento informatizado de receitas médicas;
- informações de saúde em linha;
- acesso aos serviços de saúde (por exemplo, marcações) através da Internet.

52 Embora a utilização das novas tecnologias no domínio da saúde pública esteja a aumentar em toda a UE, continuam a observar-se disparidades, por faixa etária e grupo socioeconómico.

53 Os **registos de saúde eletrónicos** foram promovidos em muitos Estados-Membros e a sua utilização está a aumentar em toda a UE. Um inquérito realizado em 15 Estados-Membros mostra que, em média, 80% dos médicos de cuidados primários destes países utilizou registos de saúde eletrónicos em 2016 (ver *figura 9*). Na maior parte destes países, os doentes têm acesso aos seus registos de saúde e, em alguns, podem também adicionar informações ou alterar as informações que contêm.

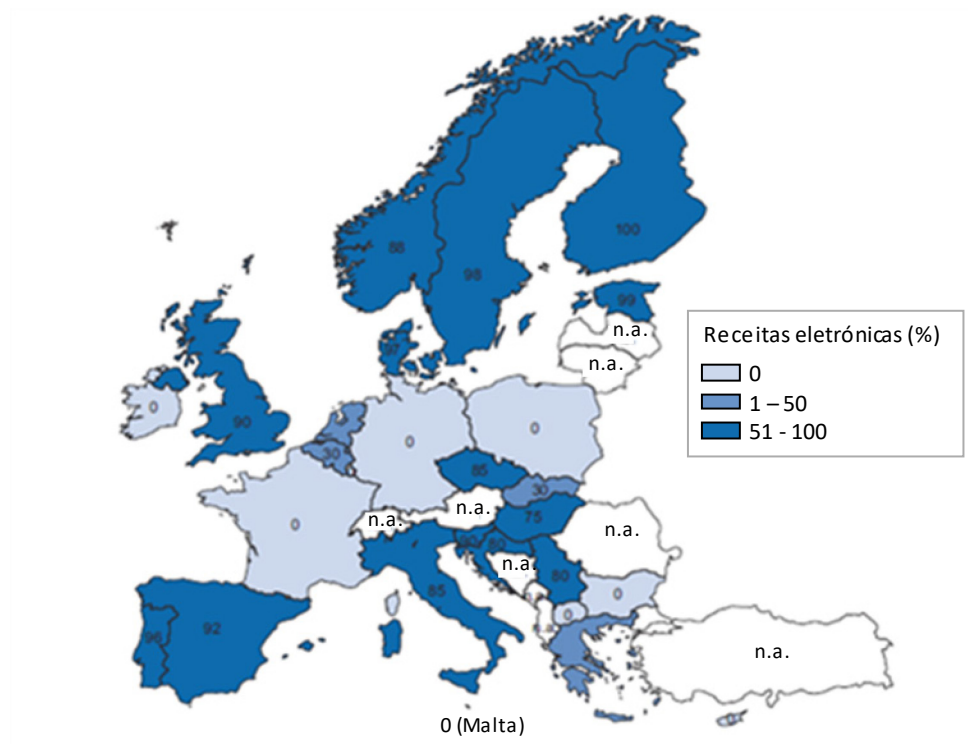
Figura 9 – Percentagem de médicos de cuidados primários que utiliza registos de saúde eletrónicos (2016)



Fonte: OECD Survey of Electronic Health Record System Development and Use.

54 Em relação às **receitas eletrónicas** a situação é menos homogénea, com uma taxa de quase 100% de receitas eletrónicas em alguns países, como a Finlândia, Suécia, Dinamarca, Portugal e Espanha, contra a inexistência de receitas eletrónicas noutros países, como a França ou a Alemanha (ver *figura 10*). Contudo, com o intercâmbio de historiais de doentes e/ou de receitas eletrónicas entre 22 Estados-Membros da UE previsto para o final de 2021, as receitas eletrónicas devem adquirir maior importância.

Figura 10 – Percentagem de receitas eletrónicas em farmácias comunitárias (2018)



Fonte: Grupo Farmacêutico da União Europeia (GFUE).

55 Com a adoção da **Estratégia para o Mercado Único Digital em 2015**, a Comissão Europeia passou a utilizar mais a tecnologia digital em todos os domínios, incluindo no setor da saúde, uma das suas principais prioridades.

Figura 11 – Saúde Digital

Saúde e prestação de cuidados digitais



TRANSFORMAÇÃO DA SAÚDE E DOS CUIDADOS NO MERCADO ÚNICO DIGITAL - Explorar as potencialidades dos dados para capacitar os cidadãos e construir uma sociedade mais saudável



Fonte: Comissão Europeia.

56 Em abril de 2018, a Comissão publicou uma **comunicação sobre a viabilização da transformação digital dos serviços de saúde e de prestação de cuidados no Mercado Único Digital**, que identifica três domínios de incidência diferentes (ver **figura 11**):

- **Acesso seguro aos dados e possibilidade de os partilhar.** A fim de facilitar um maior acesso a cuidados de saúde transfronteiriços, a Comissão está a construir uma infraestrutura de serviços digitais de saúde em linha que permitirá **o intercâmbio de receitas eletrónicas e de resumos dos históricos dos doentes** entre prestadores de cuidados de saúde. Os primeiros intercâmbios transfronteiriços foram realizados em 2019. A mais longo prazo, a Comissão está a definir um formato europeu de intercâmbio de registos de saúde eletrónicos acessível a todos os cidadãos da União.
- **Ligação e partilha de dados de saúde** para efeitos de investigação, para diagnósticos mais céleres e para a melhoria da saúde. A infraestrutura europeia descentralizada de serviços digitais de saúde está concebida de modo a facilitar o diagnóstico e o tratamento personalizados, ajudar os serviços de saúde a estarem mais bem preparados para responder a ameaças sanitárias transfronteiriças e melhorar o desenvolvimento e a vigilância de produtos médicos.

- **Reforço da participação dos cidadãos** e dos cuidados individuais através de serviços digitais. Os serviços digitais podem melhorar a prevenção e a gestão das doenças crónicas e permitir que os doentes transmitam as suas observações aos prestadores de cuidados de saúde.

57 Além disso, a Comissão presta um importante apoio aos Estados-Membros no que respeita à utilização de tecnologias modernas na saúde e à coordenação dos esforços nacionais (ver [caixa 3](#)).

Caixa 3

Iniciativas no domínio da saúde em linha

Em fevereiro de 2019, a Comissão apresentou um conjunto de recomendações tendo em vista a criação de um sistema seguro que permita aos cidadãos aceder aos seus registos de saúde eletrónicos em toda a União.

Este novo sistema basear-se-ia nas iniciativas existentes de intercâmbio de registos de saúde e passaria a incluir o intercâmbio de resultados laboratoriais, relatórios de alta médica e relatórios de imagiologia.

As vantagens para os cidadãos da UE são, entre outras:

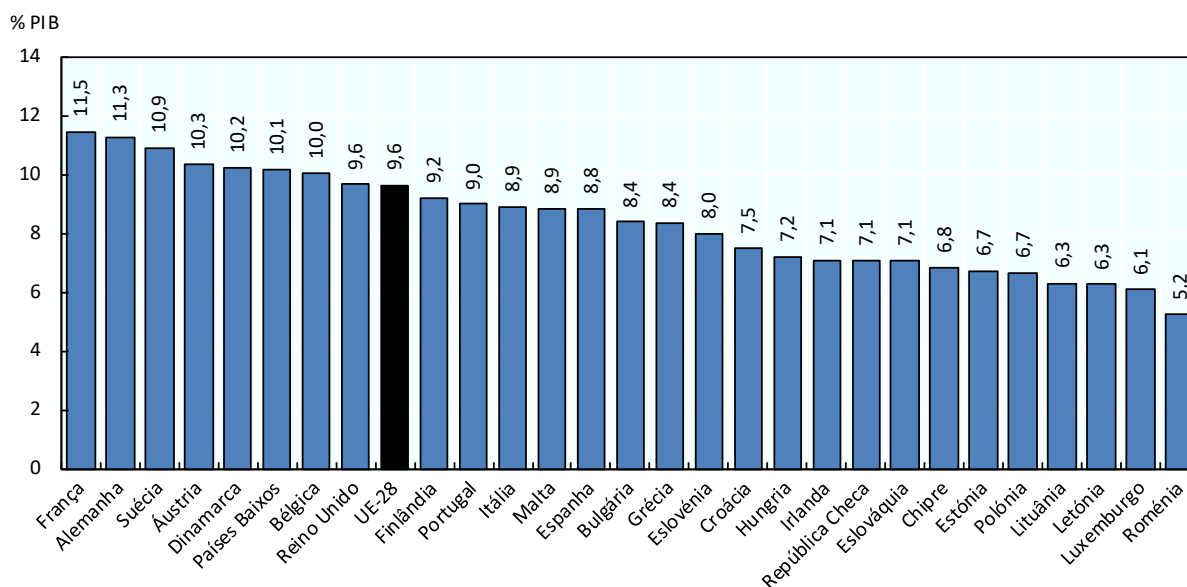
- o acesso imediato aos seus registos médicos quando se encontram no estrangeiro, nomeadamente em situações de emergência;
- a melhoria da qualidade e a continuidade dos cuidados de saúde para os cidadãos que se mudam para o estrangeiro;
- novas oportunidades de investigação graças à partilha de dados de saúde (mediante consentimento do doente);
- ganhos de eficiência, pois não é necessário repetir exames radiológicos ou laboratoriais.

Sustentabilidade orçamental e outros aspetos financeiros

58 A sustentabilidade orçamental é um dos principais desafios de saúde pública enfrentado pelos Estados-Membros. Com um custo de cerca de 1,5 biliões de euros (2016), a saúde é uma das rubricas mais importantes das despesas públicas e que aumenta mais rapidamente¹⁶.

59 Em 2017, as despesas de saúde representaram 9,6% do PIB da UE, contra 8,8% em 2008 e as despesas com a saúde *per capita* ascenderam a 2 773 euros em 2017 (ver [figuras 12 e 13](#)).

Figura 12 – Despesas de saúde em percentagem do PIB (2017)

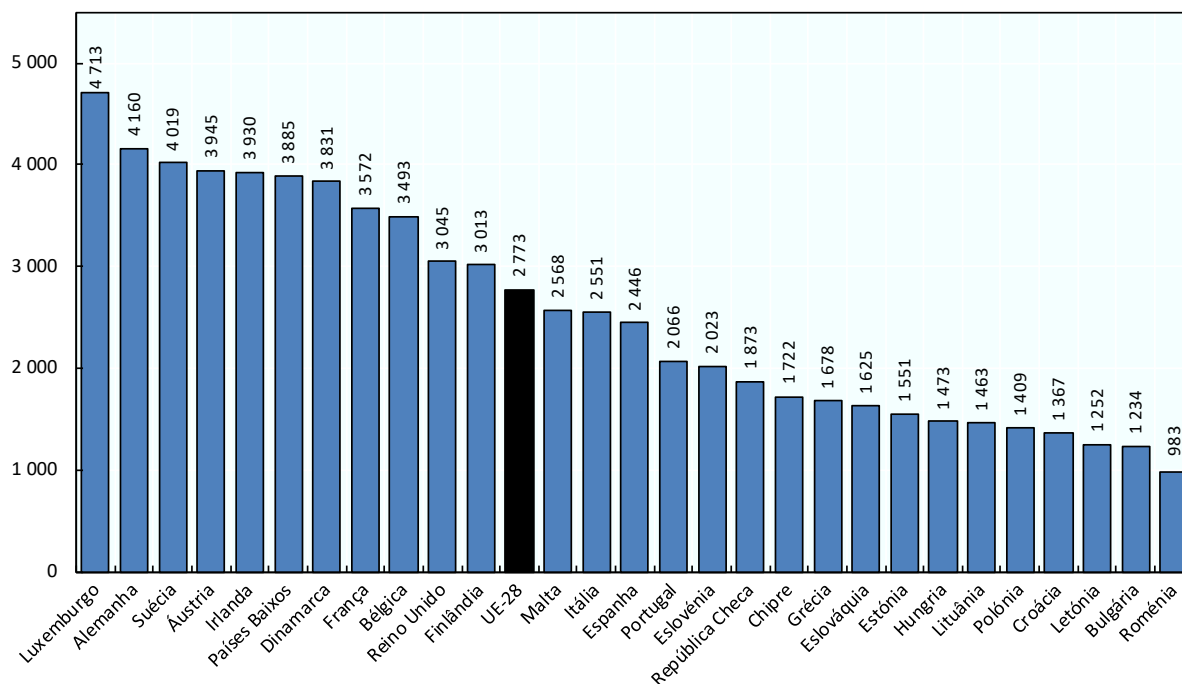


Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE para 2018.

¹⁶ Ficha do Semestre Europeu: Sistemas de saúde.

Figura 13 – Despesas de saúde *per capita* (2017)

Em euros em paridade de poder de compra



Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE.

60 Prevê-se que as despesas de saúde continuem a aumentar, sobretudo devido às **mudanças demográficas**, aliadas aos **custos mais elevados** das novas tecnologias utilizadas na medicina e nos cuidados de saúde.

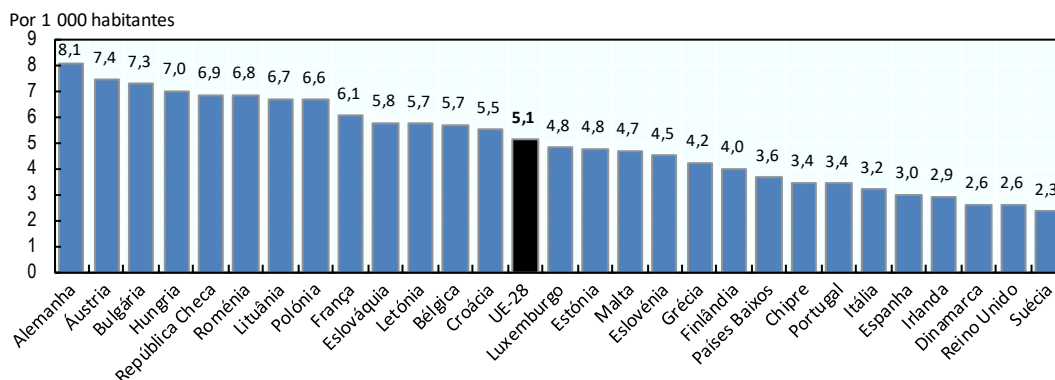
61 Paralelamente, o controlo das despesas de saúde é cada vez mais rigoroso, devido aos limitados recursos financeiros. Dado que, em dois terços dos Estados-Membros, **mais de 70% das despesas de saúde são financiados por fundos públicos**, a sustentabilidade de um sistema de saúde está estreitamente ligada à situação económica do Estado-Membro e da UE no seu conjunto.

62 Sistemas de saúde financeiramente sustentáveis também exigem que sejam identificadas potenciais poupanças. Atualmente, **estima-se que é possível evitar até um quinto das despesas de saúde**, que poderiam ser mais bem utilizadas noutros domínios¹⁷. Dois domínios frequentemente associados a potenciais poupanças são os hospitais

¹⁷ OCDE, *Tackling Wasteful Spending on Health*, janeiro de 2017.

(sobretudo o número de camas de hospital (ver *figura 14*) ou as hospitalizações evitáveis) e os produtos farmacêuticos (por exemplo, seleção, aquisição e preços inadequados).

Figura 14 – Camas de hospital por 1 000 habitantes (2016)



Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE.

63 A sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde está estreitamente relacionada com a sua resiliência, definida como a capacidade de reagir devidamente às mudanças. Em especial, as mudanças demográficas da sociedade moderna vão exigir não só um aumento da oferta de serviços de saúde, mas também uma transformação em que os cuidados de saúde agudos prestados nos hospitais serão substituídos por cuidados mais continuados e mais centrados nas pessoas prestados ao nível da comunidade.

64 A Comissão Europeia tem vindo a salientar continuamente a **necessidade de reformar os sistemas de saúde públicos** a fim de garantir a sustentabilidade, mantendo simultaneamente o acesso universal a cuidados de qualidade. A Comissão apoia os Estados-Membros nesta tarefa, facultando análises, orientações e ferramentas de acompanhamento ou de avaliação e recomendando reformas no contexto do Semestre Europeu.

65 Além disso, criou um painel de peritos independentes para prestar aconselhamento sobre o investimento na saúde e lançou várias iniciativas destinadas a reforçar a eficácia e a resiliência dos sistemas nacionais de saúde, aumentando, assim, a sua sustentabilidade. Uma dessas iniciativas é a avaliação das tecnologias de saúde, uma abordagem científica

para avaliar a eficácia das tecnologias de saúde. Os Estados-Membros cooperam através de uma rede¹⁸ para reduzir a duplicação do trabalho a nível nacional.

66 Mais concretamente, a Comissão apoia também os esforços dos Estados-Membros para coordenarem as suas iniciativas nos domínios da investigação e da saúde em linha, a fim de aumentar a eficácia e reduzir os custos. Estes esforços são apoiados por financiamento da UE, principalmente ao abrigo do programa Horizonte 2020 e dos programas de investigação subsequentes.

67 Em toda a UE, os Estados-Membros têm feito um **esforço contínuo para reformar** os respetivos sistemas de saúde no sentido de os tornar não só mais eficazes, mas também financeiramente sustentáveis e resilientes.

68 Embora já tenham sido realizados progressos em alguns domínios, como as economias em relação aos hospitais, nos próximos anos, a atenção da saúde pública estará concentrada neste processo.

¹⁸ Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços.

PARTE II — Síntese dos trabalhos realizados pelas ISC

Introdução

69 Esta parte do compêndio de auditoria sintetiza os resultados das auditorias selecionadas realizadas pelas ISC de 23 Estados-Membros que contribuíram¹⁹ e pelo Tribunal de Contas Europeu.

Metodologia da auditoria

70 As ISC realizam as auditorias em conformidade com as Normas Internacionais das Instituições Superiores de Controlo e com as normas de execução pertinentes elaboradas a nível nacional para garantir a qualidade dos trabalhos e dos relatórios de auditoria.

71 A metodologia e os procedimentos de auditoria foram selecionados e aplicados para assegurar que as tarefas de auditoria eram realizadas de forma tão eficaz quanto possível.

72 As provas de auditoria foram reunidas através de análise documental e de dados (estatísticos), bem como através de entrevistas com autoridades nacionais e regionais ou com beneficiários. Sempre que pertinente, estas provas foram complementadas por inquéritos destinados a obter opiniões de um grupo maior e/ou mais vasto de inquiridos. Outros métodos utilizados foram a verificação direta, os estudos de caso e a análise comparativa.

Período auditado

73 Os efeitos das medidas estruturais e o impacto dos programas são muitas vezes difíceis de auditar numa fase precoce. As auditorias abrangidas pelo presente compêndio incidiram em programas plurianuais executados entre 2011 e 2019.

74 O *quadro 1* apresenta uma síntese dos principais domínios de incidência dos trabalhos de auditoria das ISC.

¹⁹ Alemanha, Áustria, Bélgica, Bulgária, Dinamarca, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Estónia, Finlândia, França, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Polónia, Portugal, República Checa e Roménia.

Quadro 1 – Síntese dos trabalhos de auditoria das ISC europeias refletidos neste compêndio de auditoria

ISC	Título da auditoria	Principal domínio de incidência				
		Prevenção e proteção	Acesso aos serviços de saúde	Qualidade dos serviços de saúde	Novas tecnologias e saúde em linha	Sustentabilidade orçamental e outros aspetos financeiros
Alemanha	A utilidade dos tratamentos ortodônticos deve ser sujeita a investigação médica		✓			
Áustria	Garantia da qualidade para profissionais de saúde independentes			✓		
Bélgica	Avaliação do desempenho da política flamenga de medicina preventiva	✓				
Bulgária	Saúde em linha				✓	
Dinamarca	Diferenças na qualidade dos cuidados prestados entre os hospitais dinamarqueses			✓		
Eslováquia	Finanças públicas e propriedade dos estabelecimentos de saúde					✓
Eslovénia	Combater a obesidade infantil	✓				
Espanha	Gestão e controlo das prestações farmacêuticas a cargo da Mutualidade Geral dos Funcionários Civis do Estado (MUFACE)					✓
Estónia	O papel do Estado na execução do sistema de saúde em linha				✓	
Finlândia	Projeções relativas à evolução das despesas da segurança social					✓
França	Prevenção das infeções nosocomiais	✓				
Grécia	Auditoria sobre os atrasos nos pagamentos do Estado aos hospitais e à Organização Nacional de Saúde					✓
Hungria	Análise sucinta de auditorias a hospitais					✓
Irlanda	Gestão da cirurgia de ambulatório programada			✓		

ISC	Título da auditoria	Principal domínio de incidência				
		Prevenção e proteção	Acesso aos serviços de saúde	Qualidade dos serviços de saúde	Novas tecnologias e saúde em linha	Sustentabilidade orçamental e outros aspetos financeiros
Itália	A execução do programa extraordinário de renovação e de modernização tecnológica dos imóveis dos estabelecimentos de saúde públicos					✓
Letónia	O projeto "Saúde em linha na Letónia" constitui um passo na direção certa?				✓	
Lituânia	Acessibilidade dos serviços de saúde e orientação para os doentes		✓			
Luxemburgo	Financiamento dos investimentos hospitalares					✓
Malta	O médico de clínica geral tem uma função essencial nos cuidados de saúde primários		✓			
Polónia	A prevenção e o tratamento da diabetes tipo 2	✓				
Portugal	Acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde		✓			
República Checa	Fundos despendidos por hospitais selecionados para o reembolso de custos					✓
Roménia	Auditoria de resultados sobre o desenvolvimento das infraestruturas de saúde a nível nacional, regional e local para aumentar o acesso aos serviços de saúde		✓			
Tribunal de Contas Europeu	Medidas da UE relativas aos cuidados de saúde transfronteiriços: ambições importantes, mas é necessária uma melhor gestão		✓			

Prevenção e proteção

Objetivos das auditorias

75 Quatro das auditorias incluídas no presente compêndio incidiram principalmente na prevenção de doenças e na proteção da saúde. Estas auditorias abrangem uma vasta gama de temas, que vão da política geral de prevenção de doenças, na Bélgica, a problemas específicos, como a prevenção da diabetes (Polónia), a obesidade infantil (Eslovénia) e as infeções nosocomiais (França).

76 O objetivo geral das auditorias consistiu em avaliar se as diferentes políticas e medidas subsequentes estavam bem concebidas e eram eficazes. Algumas auditorias prestaram especial atenção a grupos desfavorecidos da população.

Principais observações das auditorias

77 Todas as auditorias observaram insuficiências em termos de prevenção ou de proteção da saúde. Por exemplo, a auditoria belga concluiu que a execução efetiva da política de saúde apresentava diferenças consideráveis em função dos objetivos de saúde em questão. De um modo geral, as organizações responsáveis pela execução não estavam muito orientadas para os resultados e a comunicação não incluía frequentemente informações pertinentes para avaliar o impacto das intervenções financiadas. Por último, muitas campanhas e intervenções não estavam suficientemente adaptadas aos grupos desfavorecidos da população.

78 No relatório da ISC polaca afirma-se que, apesar do elevado e crescente número de pessoas que sofrem de diabetes na Polónia, ainda não tinha sido formulada qualquer estratégia nacional para prevenir ou tratar a doença.

79 A auditoria eslovena concluiu que os ministérios e o instituto em causa estavam, de facto, a contribuir para combater a obesidade infantil. Contudo, uma das insuficiências observadas residia no facto de as medidas e atividades financiadas nem sempre chegarem a todas as crianças e, assim, não garantirem a igualdade de tratamento. Globalmente, a abordagem sistémica que visa promover um estilo de vida saudável em geral foi considerada mais eficiente do que a execução de projetos específicos.

80 A ISC francesa considerou que a execução da política de prevenção de infeções nosocomiais em França era ainda insuficiente. A prevalência de infeções não diminuiu desde 2006 e a comunicação externa sobre essas infeções não é exaustiva. Todavia, desenvolvimentos recentes, como a criação de centros de prevenção de infeções relacionadas com cuidados de saúde, são considerados um passo na direção certa. Devem agora ser lançadas novas iniciativas destinadas a alargar esta política a todos os segmentos das atividades de saúde e a ter plenamente em conta a ameaça da resistência aos antibióticos.

Acesso aos serviços de saúde

Objetivos das auditorias

81 Seis auditorias do presente compêndio avaliaram o acesso aos serviços de saúde. Três (Lituânia, Portugal e Roménia) incidiram no acesso aos serviços de saúde em geral, uma (Alemanha) centrou-se no tratamento ortodôntico e uma (Malta) na importância do médico de clínica geral para assegurar o acesso aos serviços de saúde. Por último, o Tribunal de Contas Europeu examinou se as medidas da UE relativas aos cuidados de saúde transfronteiriços proporcionam benefícios para os doentes.

82 Além de se centrar na prevenção da diabetes tipo 2, a ISC polaca avaliou se os doentes diabéticos tinham acesso a serviços especializados e a medicamentos de última geração.

83 Os principais objetivos das auditorias realizadas consistiam em avaliar se o acesso a serviços de saúde e a consultas de especialidade estavam assegurados e se as medidas tomadas para melhorar o acesso aos serviços de saúde tinham sido eficazes.

84 As duas auditorias mais específicas tinham por objetivo, respetivamente, obter uma panorâmica dos custos e procedimentos dos tratamentos ortodônticos (Alemanha) e determinar em que medida os médicos de clínica geral facilitavam o acesso aos serviços de saúde (Malta).

Principais observações das auditorias

85 De um modo geral, as auditorias concluíram que os serviços de saúde nem sempre estavam disponíveis no momento e no lugar certo ou a um preço acessível.

86 A auditoria lituana constatou insuficiências em matéria de gestão e redução das listas de espera dos serviços de saúde, bem como de planeamento da procura de especialistas em cuidados de saúde.

87 A mesma situação foi observada pela auditoria da ISC portuguesa, que concluiu que, na realidade, os tempos de espera para consultas de especialidade, bem como o número de doentes em lista de espera para cirurgia, aumentaram no período de três anos compreendido entre 2014 e 2016.

88 A ISC romena concluiu que os investimentos em infraestruturas no setor da saúde apenas parcialmente realizaram o objetivo de aumentar o acesso aos serviços de saúde. As principais insuficiências descritas no relatório prendiam-se com a hierarquização das prioridades na afetação dos fundos, a coordenação, o seguimento dos investimentos e os procedimentos de contratação.

89 O relatório de auditoria da ISC alemã observou que os benefícios dos tratamentos ortodônticos não estavam cientificamente comprovados e que, frequentemente, os próprios doentes tinham de pagar por serviços e tratamentos ortodônticos adicionais.

90 O relatório de auditoria de Malta foi mais positivo, na medida em que considerou que a função do médico de clínica geral estava em conformidade com as medidas estratégicas definidas na estratégia do Sistema Nacional de Saúde. Não obstante, observou que um reforço da função do médico de clínica geral no sentido de a centrar mais no doente deve ser acompanhado de uma mudança na repartição do financiamento.

91 O Tribunal de Contas Europeu constatou que a Comissão prestou um bom apoio aos Estados-Membros na melhoria da informação sobre os direitos dos doentes a cuidados de saúde transfronteiriços, mas continuavam a existir lacunas.

92 A ISC polaca concluiu que o acesso a tratamento especializado para diabetes (tipo 2) não estava disponível no momento e no lugar certo. Os tempos de espera para consultas de especialidade estavam a aumentar e foram observadas grandes disparidades regionais no acesso aos serviços de saúde.

Qualidade dos serviços de saúde

Objetivos das auditorias

93 Três das auditorias incluídas no presente compêndio – realizadas pelas ISC da Áustria, Dinamarca e Irlanda – tratam da qualidade dos serviços de saúde.

94 Duas dessas auditorias incidiram em aspetos específicos da qualidade nos hospitais: a ISC dinamarquesa avaliou a qualidade dos cuidados nos hospitais dinamarqueses e analisou eventuais diferenças de qualidade entre os hospitais. A ISC irlandesa debruçou-se sobre a gestão da cirurgia de ambulatório programada. Analisou os motivos das variações entre hospitais, a fim de identificar possíveis formas de aumentar as taxas de cirurgia de ambulatório, bem como eventuais obstáculos. Analisou ainda a partilha de informações e a medida em que essa partilha facilita a promoção de ideias de boas práticas.

95 A ISC austríaca avaliou a organização, temas selecionados e a transparência da garantia da qualidade do Governo Federal relativamente a profissionais de saúde independentes.

96 Na sua auditoria sobre a "Prevenção de infeções nosocomiais", a ISC francesa analisou ainda a escala e os custos das infeções relacionadas com cuidados de saúde, bem como o papel desempenhado pelas regras de higiene e pela correta prescrição de antibióticos.

Principais observações das auditorias

97 As auditorias concluíram que a qualidade dos serviços de saúde era variável e que havia margem para melhorias em certos domínios.

98 O relatório sobre a qualidade dos cuidados prestados nos hospitais dinamarqueses observou insuficiências no tratamento de doentes e falta de coerência na qualidade dos cuidados prestados. As diferenças na qualidade dos cuidados prestados tiveram implicações no risco de readmissão e de morte dos doentes. Não obstante, muitas das diferenças resultam de fatores que escapam ao controlo dos hospitais.

99 O relatório da ISC irlandesa sobre a cirurgia de ambulatório programada apresentou conclusões semelhantes: apesar do esforço geral para aumentar a percentagem de cirurgias de ambulatório por oposição ao internamento, observaram-se variações significativas entre hospitais. Estas poderiam explicar-se pela inexistência de protocolos escritos e de listas de

verificação para a seleção de doentes para cirurgia de ambulatório e pela falta de acompanhamento ou de avaliação, pela direção, do número de doentes adequados para cirurgia de ambulatório.

100 O relatório austríaco sobre a garantia da qualidade para profissionais de saúde independentes registou insuficiências no que respeita à validade das orientações em matéria de qualidade, às medidas relativas à qualidade dos resultados, bem como à documentação relativa ao diagnóstico normalizado e ao desempenho. Além disso, sugeriu examinar as possibilidades para aumentar o número de verificações da validade das autoavaliações dos médicos através de inspeções em consultórios.

101 A ISC francesa constatou que a prevalência de infeções relacionadas com o internamento não diminui desde 2006. Neste contexto, são essenciais uma estrita observância das regras de higiene e a correta prescrição de antibióticos. Além disso, uma gestão mais ativa dos riscos de infeção exige igualmente uma melhor tomada em consideração dos indicadores de qualidade na regulamentação da prestação de cuidados de saúde.

Novas tecnologias e saúde em linha

Objetivos das auditorias

102 Três relatórios do presente compêndio (Bulgária, Estónia e Letónia) incidem na saúde em linha e na utilização de novas tecnologias no domínio da saúde. Os três relatórios avaliam se estavam reunidas as condições prévias para a introdução e o desenvolvimento da saúde em linha e se esta foi executada de forma eficaz. A ISC letã avaliou ainda se a saúde em linha alcançou o seu objetivo de promover cuidados de saúde mais eficientes.

Principais observações das auditorias

103 Os três relatórios observaram que, embora a saúde em linha fosse considerada uma prioridade nacional de saúde, a sua execução ficou aquém das expectativas e apenas parcialmente atingiu os seus objetivos.

104 Este resultado explica-se por várias razões diferentes. O relatório búlgaro salientou a ausência das condições prévias necessárias a uma execução eficaz da saúde em linha,

designadamente a existência de um quadro regulamentar, uma definição exaustiva das responsabilidades e um sistema eficaz de coordenação e de harmonização entre os diferentes intervenientes. Assim, a execução da saúde em linha na Bulgária sofreu atrasos e as medidas tomadas foram apenas parcialmente eficazes.

105 A auditoria da ISC estónia também concluiu que a saúde em linha não tinha atingido os seus objetivos, sendo as receitas eletrónicas a única solução técnica que estava a ser ativamente utilizada à data da auditoria. A utilização do registo de saúde eletrónico e da base de dados de referências de imagem era modesta e o registo digital (um sistema de marcações em linha) não tinha sido aplicado. Foram ainda observadas insuficiências no planeamento estratégico e na gestão da saúde em linha e, além de estar atrasada, a sua execução foi consideravelmente mais dispendiosa do que o inicialmente previsto.

106 O relatório da ISC letã apresentou uma avaliação semelhante, assinalando igualmente insuficiências na execução da saúde em linha, principalmente relacionadas com a falta de participação das principais partes interessadas, bem como problemas na gestão e na supervisão dos projetos. Por conseguinte, a auditoria letã também considerou que o objetivo da saúde em linha foi apenas parcialmente alcançado.

Sustentabilidade orçamental e outros aspetos financeiros

Objetivos das auditorias

107 Oito auditorias do presente compêndio analisaram a sustentabilidade ou outros aspetos orçamentais da saúde pública. Quatro destas auditorias (República Checa, Grécia, Hungria e Eslováquia) abordaram questões de conformidade, enquanto as outras quatro (Finlândia, Itália, Luxemburgo e Espanha) se debruçaram sobre aspetos mais gerais da sustentabilidade orçamental e da gestão financeira.

108 Os domínios abrangidos pelas quatro últimas auditorias vão de projeções relativas à evolução das despesas da segurança social (Finlândia) aos investimentos públicos no setor da saúde (Itália e Luxemburgo), passando pela boa gestão financeira dos pagamentos às empresas farmacêuticas (Espanha).

Principais observações das auditorias

109 Os problemas mais comuns observados nas auditorias de conformidade foram insuficiências nos procedimentos de contratação, nos controlos internos, na gestão financeira e na gestão de dívidas em atraso.

110 A auditoria finlandesa, que incidiu em projeções relativas à evolução das despesas da segurança social, constatou que existia margem para desenvolver o modelo utilizado e para melhorar a documentação da metodologia e observou que os resultados das projeções não eram publicados regularmente.

111 A auditoria da ISC luxemburguesa detetou insuficiências em matéria de autorização, coordenação, comunicação e seguimento de investimentos de grande dimensão.

112 Problemas idênticos foram observados pela ISC italiana, que concluiu que a comunicação existente não era adequada para assegurar o acompanhamento da execução dos projetos. Além disso, considerou que a parceria público-privada não estava a ser utilizada de forma eficiente.

113 O relatório espanhol concluiu que os pagamentos das prestações farmacêuticas às farmácias e aos hospitais apenas parcialmente foram realizados em conformidade com a regulamentação aplicável e com os princípios da boa gestão financeira.

Seguimento dado às auditorias

114 Todas as ISC, por uma questão de princípio e boas práticas, dão seguimento às suas recomendações. O método utilizado depende das normas internas de cada ISC. O seguimento pode ser assegurado através do acompanhamento da execução de cada recomendação ou no âmbito de outra auditoria.

115 Por norma, o seguimento foi realizado um a três anos após o termo do prazo para a execução das recomendações, em conformidade com as normas internas das ISC. Algumas ISC dão seguimento às suas auditorias sem se vincularem a um calendário específico.

PARTE III – Relatórios das ISC em traços largos

PARTE III – Relatórios das ISC em traços largos

49

Prevenção e proteção



Bélgica

Rekenhof / Cour des comptes / Rechnungshof

Avaliação do desempenho da política flamenga de medicina preventiva

Síntese

116 A auditoria da ISC belga avaliou o desempenho da política flamenga de medicina preventiva no período de 2014 ao início de 2015.

117 O recurso à prevenção para contribuir para melhorar a saúde e o bem-estar da população constitui um dos objetivos do memorando do Ministro da Saúde Pública flamengo. A política flamenga de medicina preventiva foi formulada sob a forma de diversos objetivos de saúde e executada por várias organizações subsidiadas no âmbito desta política.

Metodologia da auditoria

118 A avaliação teve por base as seguintes questões:

- A execução da política de medicina preventiva está bem concebida e organizada?
- A qualidade da execução da política de prevenção prevista é elevada?
- Em que medida a execução presta especial atenção aos grupos desfavorecidos da população?

119 As principais entidades auditadas foram o Ministro flamengo da Previdência, da Saúde Pública e da Família e a Agência flamenga para os Cuidados e a Saúde. A avaliação baseou-se, principalmente, em análises documentais e entrevistas.

Principais observações

120 Na prática, verificou-se que a situação relativa à execução diferia consideravelmente em função do objetivo de saúde e que a organização do trabalho de campo podia ser melhorada.

- o Alguns objetivos de saúde envolviam muitos organismos de execução, nem sempre sendo clara a divisão das tarefas, o que exigia amplas consultas e consensos.
- o Em relação a outros objetivos de saúde, quase não havia organismos presentes "no terreno", pelo que o apoio era inadequado.
- o A repartição dos fundos entre os objetivos de saúde e os organismos de execução não estava suficientemente justificada e baseava-se na repartição efetuada no passado.

121 A seleção dos organismos de execução através de um convite à apresentação de candidaturas deu origem a uma falta de intercâmbio de conhecimentos e a tensões entre os organismos envolvidos.

122 Os organismos de execução não estavam muito orientados para os resultados no domínio do desenvolvimento de metodologias e os seus relatórios continham muito poucas informações que permitissem avaliar o impacto do seu trabalho.

123 Por último, não foi prestada atenção suficiente aos grupos desfavorecidos da população.

Recomendações

124 Situação relativa à execução

- o A estrutura de execução relativa à prevenção do suicídio deve ser simplificada, a repartição das tarefas em matéria de prevenção do tabagismo, do alcoolismo e da toxicod dependência devem assentar em acordos claros e, no caso da prevenção da diabetes, é necessária uma maior intervenção no terreno.
- o As ferramentas de sensibilização para programas de rastreio do cancro devem ser mais bem coordenadas e orientadas para os grupos-alvo menos informados.

- o A prevenção de acidentes deve centrar-se mais na promoção das consultas pluridisciplinares, mediante o estabelecimento de um método de trabalho claro, a divisão de tarefas e a celebração de acordos de cooperação entre os diferentes intervenientes.
- o Deve ser desenvolvida uma perspetiva a longo prazo em relação à atividade física. Deve assegurar-se que a aplicação das metodologias relativas aos objetivos de saúde referentes à nutrição e ao exercício é apoiada no terreno.
- o A repartição dos fundos entre os diferentes objetivos de saúde ou temas de prevenção deve ser claramente justificada.

125 Execução da política de medicina preventiva

- o O governo deve continuar a pesar os prós e os contras do convite à apresentação de candidaturas.
- o As metodologias elaboradas pelas organizações parceiras devem ser objeto de um melhor planeamento e acompanhamento e deve ser-lhes afetado um orçamento.
- o O Ministro da Saúde Pública flamengo deve incentivar uma maior participação nos trabalhos de prevenção ao nível local e provincial.
- o A celebração de acordos de gestão deve, tanto quanto possível, estar em conformidade com os planos de ação para os objetivos de saúde.
- o A Agência flamenga para os Cuidados e a Saúde deve assegurar que as iniciativas executadas correspondem às iniciativas propostas no plano anual.
- o O papel dos centros de orientação escolar na concretização dos objetivos de saúde flamengos deve ser mais desenvolvido.

126 Logos (redes de saúde locais)

- o A relação entre a Agência flamenga para os Cuidados e a Saúde, o Instituto flamengo para a Promoção da Saúde e a Prevenção das Doenças e as Logos deve ser clarificada e otimizada.
- o O papel das Logos no desenvolvimento de metodologias deve ser revisto e melhorado.
- o A coerência e a qualidade das informações no sistema de registo devem ser melhoradas.

127 Projetos

- o O Governo flamengo deve demonstrar o valor acrescentado das subvenções atribuídas aos projetos de prevenção de uma organização (parceira).
- o Os projetos em curso há vários anos devem ser avaliados tendo em vista a sua integração no regular funcionamento do organismo de execução.

128 Grupos desfavorecidos

- o O Governo flamengo deve investir mais no desenvolvimento de métodos e materiais que incentivam as pessoas em situação de pobreza a manter um comportamento saudável, incluindo o reforço dos conhecimentos neste domínio nos organismos de execução.

Publicação e seguimento

129 O relatório foi publicado eletronicamente no sítio Internet da ISC da Bélgica em 23 de fevereiro de 2016 e apresentado à Comissão da Previdência, da Saúde Pública e da Família do Parlamento flamengo em 8 de março de 2016. O seguimento de cada recomendação é, em geral, definido nas cartas de orientação anuais do ministro.

Impacto esperado

130 No decurso da auditoria, foram introduzidas alterações na legislação em vigor e foram tomadas várias iniciativas que permitiram corrigir algumas das insuficiências (por exemplo, orientações para a elaboração e a avaliação dos métodos de prevenção).

Em setembro de 2017, foi adotado um novo objetivo global de saúde relativo à alimentação saudável, ao sedentarismo, à atividade física, ao tabagismo, ao alcoolismo e à toxicodependência.



Eslovénia

Računsko sodišče Republike Slovenije

Combater a obesidade infantil

Síntese

131 A auditoria da ISC eslovena avaliou se os mecanismos destinados a combater a obesidade infantil eram eficazes e eficientes. A auditoria abrangeu o período de 2015-2016.

132 A ISC da República da Eslovénia decidiu realizar uma auditoria sobre a luta contra a obesidade infantil devido às estatísticas alarmantes relativas às crianças com excesso de peso e obesas.

133 Em 1989, 12,5% das crianças do ensino primário da República da Eslovénia tinham excesso de peso e 2,35% eram obesas. Embora esta percentagem tenha vindo a diminuir desde 2010, os valores em 2016 eram ainda 43,2% e 19,6%, respetivamente, superiores aos de 1989.

134 Os problemas de peso e a obesidade dependem, em grande medida, da situação socioeconómica da família e do empenho de cada pessoa. O Estado apenas pode executar políticas que promovam estilos de vida saudáveis.

Metodologia da auditoria

135 A avaliação baseou-se na questão de auditoria principal "A República da Eslovénia combate devidamente a obesidade infantil?" e nas seguintes subquestões:

- Os objetivos e as medidas destinadas a combater a obesidade infantil são corretamente planeados?
- As ações realizadas pelo Ministério da Saúde, pelo Ministério da Educação, Ciência e Desporto e pelo Instituto Nacional de Saúde Pública destinadas a combater a obesidade infantil são eficientes?

- Os objetivos da luta contra a obesidade infantil foram atingidos e a percentagem de crianças sobrealimentadas e obesas está a diminuir?

136 As principais entidades auditadas foram o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, Ciência e Desporto e o Instituto Nacional de Saúde Pública. A metodologia da auditoria incluiu a análise de documentos, sítios Internet, reportagens na comunicação social e outras fontes públicas de informação, entrevistas com as entidades auditadas e outras partes interessadas e análise de dados.

Principais observações

137 A ISC concluiu que o Estado (Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ciência e Desporto e Instituto Nacional de Saúde Pública) promoveu um estilo de vida saudável junto das crianças a nível sistémico (através da regulamentação de regimes alimentares saudáveis e de atividades físicas) e, adicionalmente, através de projetos selecionados.

138 Embora os efeitos das ações do Estado destinadas a combater a obesidade infantil apenas sejam visíveis ao longo do tempo e não sejam diretamente mensuráveis, a ISC considerou que o Estado contribuiu, em certa medida, para combater a obesidade infantil, como o mostra indiretamente a mudança na evolução das taxas de crianças sobrealimentadas e obesas. Não obstante, o Estado pode melhorar as suas ações de luta contra a obesidade infantil através de medidas e atividades que cheguem a todas as crianças, o que aumentaria a sua eficiência.

139 Em especial, a ISC observou o seguinte:

- as escolas participam em vários projetos e programas adicionais de promoção de um estilo de vida saudável. Todavia, a execução dos projetos é menos eficiente do que a abordagem sistémica. Os projetos são limitados no tempo, nem sempre garantem a igualdade de tratamento das crianças e causam uma sobrecarga administrativa e custos adicionais;
- o sistema de organização de refeições escolares saudáveis foi estabelecido de forma adequada e assegura a igualdade de tratamento de todas as crianças;
- o tempo de educação física no ensino primário é inferior aos 180 minutos semanais recomendados pela Organização Mundial da Saúde.

Recomendações

140 Foram formuladas as seguintes recomendações dirigidas ao Ministério da Saúde:

- ponderar de que forma é possível melhorar a conformidade das refeições escolares com as orientações nutricionais;
- alterar a regulamentação relativa à emissão de atestados médicos para justificar as ausências das aulas de desporto ou um regime alimentar especial;
- rever as necessidades e definir procedimentos relativos às ações precoces de luta contra a obesidade infantil, bem como de possível tratamento de doenças associadas.

141 Foram formuladas as seguintes recomendações dirigidas ao Ministério da Educação, Ciência e Desporto:

- rever os requisitos aplicáveis às entidades que organizam refeições escolares, incluindo formas de simplificar e harmonizar os procedimentos de contratação pública para a aquisição de alimentos para as refeições escolares; ponderar se devem ser organizados cursos de formação regulares neste domínio e quem os deve ministrar;
- analisar a eficiência e a eficácia dos programas de desporto individuais;
- efetuar análises de custo-benefício de projetos relacionados com a sensibilização e a alimentação saudável e examinar as opções para integrar o conteúdo dos projetos e programas nos programas regulares de formação e ensino;
- ponderar a realização de cursos de formação sobre a importância de um estilo de vida saudável para o pessoal das escolas, as crianças e os pais;
- ponderar formar os professores no domínio da promoção da saúde;
- realizar uma análise aprofundada do pessoal e dos recursos necessários para introduzir 5 horas de educação física por semana para todas as crianças.

Publicação e seguimento

142 O relatório foi apresentado às entidades auditadas e publicado no sítio Internet da ISC da República da Eslovénia em 11 de setembro de 2018.

Impacto esperado

143 O principal resultado da auditoria foi informar o público sobre a situação atual e os problemas decorrentes do excesso de peso e obesidade nas crianças.

144 Um possível efeito da auditoria pode ser o de suscitar mudanças e alterações na regulamentação, em especial no que se refere à frequência recomendada da educação física na escola.



França
Cour des comptes

Prevenção de Infecções nosocomiais: as próximas etapas

Síntese

145 A auditoria da ISC francesa avaliou a prevenção de infeções relacionadas com cuidados de saúde no período de 2010-2018.

146 Diz-se que uma infeção está relacionada com os cuidados de saúde se ocorrer durante o tratamento de um doente por um profissional de saúde, em cuidados ambulatoriais, num estabelecimento médico-social ou num estabelecimento de saúde (neste último caso, é designada por infeção nosocomial). A infeção não coincide necessariamente com o tratamento, podendo ocorrer entre 48 horas e um ano mais tarde.

147 Nos últimos 30 anos, a França pôs em prática uma política pública estruturada para prevenir as infeções nosocomiais, principalmente em meio hospitalar, e para indemnizar os doentes. As associações de doentes têm sido decisivas para fazer avançar esta política, na sequência da cobertura mediática de casos agrupados de infeções registados em alguns estabelecimentos de saúde.

148 As medidas tomadas permitiram reduzir e, em seguida, estabilizar em cerca de 5% a prevalência de doentes infetados em hospitais (ou seja, cerca de 470 000 doentes infetados por ano). Embora a maior parte das infeções relacionadas com os cuidados de saúde se traduza, muitas vezes, num desconforto passageiro, estas infeções podem ter consequências muito mais graves. Todavia, não é conhecida a prevalência de doentes infetados em cuidados ambulatoriais e a medição desta prevalência está ainda numa fase precoce no setor dos cuidados médico-sociais.

Metodologia da auditoria

149 A avaliação teve por base as seguintes questões:

- Principal questão de auditoria: O que está em jogo na política de prevenção de infeções nosocomiais?
- Com as seguintes subquestões:
 - Quais são a amplitude e os custos das doenças relacionadas com cuidados de saúde?
 - Quais são os resultados das políticas executadas pelo Ministério da Solidariedade e da Saúde e pelos seus diferentes organismos?
 - Como ter em conta as questões relacionadas com a evolução do doente fora dos hospitais e com a resistência aos antibióticos?
 - A que níveis de gestão dos riscos deve ser gerida a reestruturação da ação pública?
 - Como podem os diferentes intervenientes ser responsabilizados?

150 As principais entidades auditadas foram o Ministério francês da Solidariedade e da Saúde, os diferentes organismos de execução das suas políticas, tanto a nível nacional como regional, e hospitais públicos.

151 A avaliação baseou-se em entrevistas e questionários enviados a todas as autoridades pertinentes.

Principais observações

152 A ISC de França formulou as seguintes observações:

- Nos últimos trinta anos, autoridades públicas, estabelecimentos de saúde e profissionais do setor têm posto em prática uma política pública de prevenção de infecções nosocomiais. Os seus resultados são ainda insuficientes. A prevalência de infecções relacionadas com internamento hospitalar não diminui desde 2006 e a comunicação externa sobre as infecções nosocomiais não é exaustiva. É necessário agora dar mais um passo para alargar esta política a todos os segmentos dos cuidados de saúde e para ter plenamente em conta a ameaça da resistência aos antibióticos.
- A recente criação de centros de prevenção de infecções relacionadas com cuidados de saúde em todas as regiões deve permitir desenvolver ações com profissionais nos domínios dos cuidados ambulatoriais e sociais e assegurar uma melhor coordenação com as agências regionais de saúde. No âmbito desta nova estrutura, o Ministério da Solidariedade e da Saúde, através da Agência de Saúde Pública, deve assumir o lugar que lhe pertence na orientação e na coordenação da ação pública.
- Para enfrentar estes novos desafios, é igualmente essencial capacitar melhor todas as partes interessadas na aplicação rigorosa das regras de higiene e na correta prescrição de antibióticos. Uma gestão mais ativa dos riscos de infeção exige igualmente uma melhor tomada em consideração dos indicadores de qualidade na regulamentação da prestação de cuidados de saúde, bem como a revisão dos sistemas de indemnização com vista a promover a responsabilidade.

Recomendações

153 A ISC de França formulou as seguintes recomendações:

- realizar um inquérito nacional sobre a prevalência de infecções relacionadas com cuidados de saúde prestados em ambulatório, se necessário com uma metodologia adaptada, a fim de identificar setores de risco e ações a desenvolver;
- confiar explicitamente à Agência de Saúde Pública (*Santé Publique France*), uma instituição pública sob a tutela do Ministério da Solidariedade e da Saúde, a coordenação das missões e dos meios de ação dos centros de prevenção de infecções relacionadas com cuidados de saúde;

- o pôr em prática um conjunto de medidas destinadas a reduzir o consumo de antibióticos e ajustar a remuneração em função dos objetivos de saúde pública que é atribuída aos médicos com consultório privado, a fim de garantir a eficácia dessas medidas;
- o as agências regionais de saúde devem conferir prioridade à inspeção e ao controlo dos estabelecimentos de saúde e extrair todas as conclusões operacionais, incluindo a suspensão da atividade;
- o rever os critérios para definir a dimensão e a composição das equipas operacionais de higiene nos estabelecimentos de saúde de acordo com a atividade destes últimos e com as recomendações internacionais. Nos hospitais públicos, estas equipas devem ser agrupadas no âmbito dos agrupamentos hospitalares territoriais (*groupements hospitaliers de territoire*);
- o reverter a suspensão da obrigação dos profissionais de saúde de se vacinarem contra a gripe (recomendação reiterada).

Publicação e seguimento

154 O Primeiro Presidente da ISC francesa apresentou o Relatório Público Anual de 2019 ao Presidente da República Francesa em 4 de fevereiro de 2019. Posteriormente, o relatório foi apresentado à comunicação social e publicado eletronicamente no sítio Internet da ISC em 6 de fevereiro de 2019. Foi ainda apresentado à Assembleia Nacional, em 6 de abril de 2019, e ao Senado, em 7 de abril de 2019.

155 A ISC de França consagra especial atenção ao seguimento das suas recomendações. Três anos após a publicação dos seus relatórios, examina em que medida as suas recomendações foram executadas e os efeitos reais das que foram aplicadas. O relatório público anual pode incluir um relatório de acompanhamento.

Impacto esperado

156 As políticas de prevenção de infeções relacionadas com cuidados de saúde são uma necessidade. Tendo em conta o número de doentes afetados, têm de ser tomadas medidas eficientes para assegurar que o tratamento é prestado num ambiente tão seguro quanto possível.



Polónia

Najwyższa Izba Kontroli (NIK)

A prevenção e o tratamento da diabetes tipo 2

Síntese

157 A auditoria da ISC polaca avaliou a prevenção e o tratamento da diabetes tipo 2 no período de 2013-2017 nos cuidados ambulatoriais e no período de 2015-2017 no internamento hospitalar.

158 As estimativas indicam que, na Polónia, uma em cada onze pessoas pode sofrer de diabetes (tipo 1 e tipo 2) e que o número de doentes que sofrem da doença aumenta 2,5% por ano. Se não for tratada, a diabetes tem várias consequências negativas, como acidentes vasculares cerebrais, hipertensão e amputação de membros (uma complicação da chamada "síndrome do pé diabético"), conduzindo a um aumento do número de pessoas incapacitadas para trabalhar e que, portanto, beneficiam de prestações sociais.

Metodologia da auditoria

159 A avaliação baseou-se na seguinte questão de auditoria principal:

- o O sistema de saúde garante que as pessoas que sofrem ou estão em risco de sofrer de diabetes tipo 2 são diagnosticadas precocemente e que são utilizados os métodos eficazes de tratamento desta doença?

160 Questões específicas:

- o O Ministério da Saúde formulou uma política nacional de saúde para a prevenção da diabetes e a melhoria da saúde das pessoas que sofrem desta doença?
- o A Caixa Nacional de Saúde assegurou a disponibilidade de serviços e de recursos específicos para o tratamento da diabetes e das suas complicações?

- o Os prestadores de cuidados de saúde tomaram medidas no domínio da prevenção, deteção precoce e tratamento da diabetes tipo 2?
- o Concederam aos doentes com diabetes tipo 2 acesso a serviços especializados?
- o Aplicaram os métodos de tratamento da diabetes tipo 2 que utilizam medicamentos de última geração?

161 As principais entidades auditadas foram o Ministério da Saúde, a sede da Caixa Nacional de Saúde e os prestadores de cuidados de saúde. A metodologia utilizada incluiu a análise de documentos, inquéritos e esclarecimentos prestados por funcionários das entidades auditadas e de outras organizações.

Principais observações

162 A diabetes é reconhecida como uma "doença civilizacional" e a luta contra esta doença é uma das prioridades do Ministério da Saúde, que está encarregado de elaborar a política nacional de saúde. Contudo, não foi definida qualquer estratégia nacional para a prevenção da diabetes ou para o tratamento e cuidado de pessoas que sofrem da doença.

163 O Ministro da Saúde não identificou convenientemente as necessidades sanitárias nem determinou o número de especialistas em diabetes necessários para cuidar dos doentes que sofrem da doença. Também não sensibilizou suficientemente a população para a diabetes.

164 De um modo geral, os doentes polacos não têm acesso a tratamentos inovadores da diabetes tipo 2, visto que nenhum dos medicamentos com recomendações positivas da agência de avaliação das tecnologias da saúde e da tarifificação, a saber, as incretinas e gliflozinas, foi incluído na lista de medicamentos reembolsáveis.

165 Embora a Caixa Nacional de Saúde tenha tomado medidas para melhorar o tratamento de doentes com diabetes tipo 2, o número de doentes em lista de espera para clínicas especializadas em diabetes e para hospitalização, bem como o tempo de espera para aceder aos serviços, está a aumentar. Paralelamente, o número de prestadores de serviços contratados pela Caixa Nacional de Saúde está a diminuir.

166 A ausência de indicações adequadas nos registos médicos sugere igualmente que, em muitos casos, os médicos não seguiram os princípios estabelecidos nas recomendações da Associação de Diabetes da Polónia (PTD) para o tratamento de pessoas com risco de diabetes e de doentes com diabetes tipo 2, ou que o seu registo não era fiável. Em alguns casos, os doentes não seguiram as recomendações dos médicos. Por conseguinte, os resultados do tratamento não foram suficientemente bons e o custo do tratamento das complicações da diabetes tipo 2 foi elevado.

Recomendações

167 A ISC polaca formulou as seguintes recomendações.

- O Ministro da Saúde deve elaborar um programa nacional abrangente de atividades que tenham em vista a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento da diabetes.
- O Ministro da Saúde deve tomar medidas para estimar o número de pessoas que permanecem por diagnosticar e, portanto, desconhecem que são diabéticas e conceber métodos para lhes fazer chegar informações adequadas sobre os sintomas e os efeitos da doença, bem como para as incentivar a submeter-se ao diagnóstico e tratamento adequados.
- O Ministro da Saúde deve intensificar os esforços para desenvolver um modelo de planeamento do pessoal médico.
- O Presidente da Caixa Nacional de Saúde deve tomar medidas destinadas a garantir o acesso, em todo o país, a serviços prestados no âmbito dos cuidados ambulatoriais especializados e abrangentes para doentes diabéticos e ao tratamento completo das feridas crónicas.
- Os prestadores de cuidados de saúde devem:
 - encaminhar os doentes diabéticos para testes de diagnóstico e consultas de especialidade com a frequência recomendada pela Associação de Diabetes da Polónia;
 - encaminhar os doentes para rastreio da diabetes de acordo com as recomendações da Associação de Diabetes da Polónia;

- seguir as recomendações da Associação de Diabetes da Polónia em matéria de prevenção da diabetes tipo 2;
- manter registos médicos individuais com informações completas e fiáveis sobre o diagnóstico e o tratamento do doente.

168 As autoridades públicas devem igualmente tomar medidas conjuntas e coordenadas com os prestadores de cuidados de saúde e as organizações de doentes para promover estilos de vida saudáveis, incluindo exercício físico e alimentação, a fim de ajudar a reduzir a diabetes tipo 2 na Polónia.

Publicação e seguimento

169 O relatório foi publicado no sítio Internet da ISC polaca em 26 de março de 2018 e enviado às autoridades superiores e centrais do país. O relatório suscitou grande interesse mediático e foi amplamente comentado por especialistas em cuidados de saúde.

170 Em resposta ao relatório, o Ministro da Saúde polaco informou a ISC acerca das medidas tomadas para executar as recomendações da auditoria, incluindo a análise das necessidades e o desenvolvimento de um plano para um novo programa de saúde, bem como ações destinadas a melhorar a eficácia da educação para a saúde e a prevenção das doenças.

Impacto esperado

171 O reforço do sistema de saúde, mediante o acompanhamento mais eficaz da prevenção e do tratamento da diabetes, o aumento da eficácia da educação sobre a diabetes e a adoção de medidas coordenadas com vista a reduzir a ocorrência de novos casos de diabetes.

PARTE III – Relatórios das ISC em traços largos

67

Acesso aos serviços de saúde



Alemanha
Bundesrechnungshof

A utilidade dos tratamentos ortodônticos deve ser sujeita a investigação médica

Síntese

172 A auditoria da ISC alemã avaliou a utilidade dos tratamentos ortodônticos e abrangeu o período de 2014-2016.

173 As caixas do regime legal de seguro de saúde apenas reembolsam tratamentos ortodônticos (por exemplo, aparelhos dentários) se os dentes ou maxilares mal posicionados prejudicarem, ou ameaçarem prejudicar, significativamente a mastigação, a dentada, a fala ou a respiração. O custo por caso patológico tratado praticamente duplicou nos últimos anos. Segundo as estimativas, na Alemanha, mais de metade das crianças e adolescentes recebem tratamentos ortodônticos. Perante esta realidade, a ISC, que está mandatada para auditar o regime legal de seguro de saúde alemão, analisou a forma como as caixas de seguro de saúde abordavam os serviços ortodônticos prestados aos seus beneficiários.

Metodologia da auditoria

174 A auditoria tinha por objetivo conhecer melhor os custos e os procedimentos inerentes à aprovação, execução e faturação de tratamentos ortodônticos pelas caixas do regime legal de seguro de saúde.

175 Além disso, a ISC alemã investigou se e em que medida o Ministério da Saúde Federal assegurou a eficiência desses serviços.

176 As principais entidades auditadas foram o Ministério da Saúde Federal, caixas de seguro de saúde selecionadas e a organização de cúpula das caixas do regime legal de seguro de saúde.

177 A auditoria baseou-se principalmente na análise de documentos facultados pelo Ministério da Saúde Federal e pelas caixas de seguro de saúde, por órgãos responsáveis pelas consultas dos doentes e pelas ordens dos dentistas com acordo (procedimentos ortodônticos, contratos, estudos sobre ortodontia, etc.) e em entrevistas com representantes desses organismos.

Principais observações

A utilidade dos tratamentos ortodônticos não está corroborada pela investigação científica

178 A ISC alemã concluiu que o Ministério da Saúde Federal e as caixas de seguro de saúde não dispunham de uma visão global dos serviços ortodônticos específicos prestados aos doentes. Havia falta de dados nacionais, por exemplo, sobre o tipo, a duração e o êxito do tratamento, os grupos etários tratados, os diagnósticos subjacentes e o número de processos concluídos e de tratamentos interrompidos. Além disso, não existia qualquer avaliação, baseada nesses dados, do valor acrescentado dos tratamentos ortodônticos. Por conseguinte, não há informações disponíveis sobre os objetivos das caixas de seguro de saúde ao consagrarem mais de mil milhões de euros por ano em tratamentos ortodônticos ou sobre o eventual êxito desses tratamentos.

Os beneficiários complementam frequentemente o pagamento dos tratamentos ortodônticos

179 A ISC alemã constatou ainda que os dentistas propunham frequentemente serviços adicionais, que os beneficiários tinham de pagar do seu próprio bolso. Estes serviços prendiam-se, essencialmente, com o recurso a outros métodos de tratamento e de diagnóstico e a outros aparelhos ortodônticos.

180 De acordo com um estudo realizado por uma caixa de seguro de saúde, três quartos dos inquiridos tinham acordado com o seu ortodontista serviços a pagar do seu bolso. Quase metade dos inquiridos tinha pago mais de 1 000 euros. A maior parte das caixas de seguro de saúde não sabia quais os tratamentos ortodônticos ou os serviços suportados pelos próprios que os seus beneficiários tinham recebido. As caixas de seguro de saúde apenas tiveram conhecimento dos tratamentos e serviços recebidos em casos excecionais, nomeadamente quando os beneficiários apresentaram queixa dos dentistas. Nestas situações, também não ficou claro se o tratamento teve êxito.

Recomendações

181 A ISC alemã recomendou a organização de inquéritos e a recolha de dados sobre a situação dos cuidados ortodônticos e sobre as necessidades e objetivos dos tratamentos, indicadores e controlos de qualidade, incluindo dos serviços pagos pelos próprios doentes. O Ministério da Saúde Federal deve iniciar avaliações e, se necessário, envidar esforços no sentido de criar as condições legais necessárias. O tipo de serviços ortodônticos coberto pelo sistema legal de seguro de saúde deve ser definido de forma a refletir os resultados desta investigação médica. Se os serviços suportados pelos beneficiários forem preferíveis aos serviços atualmente cobertos pelas caixas de seguro de saúde, os organismos pertinentes devem considerar a possibilidade de os incluir nos cuidados prestados pelas caixas de seguro de saúde.

Publicação e seguimento

182 A ISC alemã apresentou o seu relatório ao Comité de Contas Públicas da Comissão dos Orçamentos do Parlamento Federal no âmbito do seu relatório anual sobre a gestão financeira do Governo Federal.

183 O relatório de auditoria foi publicado no sítio Internet da ISC em abril de 2018, juntamente com um comunicado de imprensa (ver www.bundesrechnungshof.de/en/themen/health-health-insurers/health-health-insurers, terceiro elemento da lista).

184 A ISC alemã pretende verificar se o Ministério da Saúde Federal toma medidas eficazes no sentido de contribuir para assegurar a eficácia em termos de custos dos benefícios do seguro de saúde no que respeita aos tratamentos ortodônticos.

Impacto esperado

185 Em resposta à recomendação da ISC alemã, o Ministério da Saúde Federal encomendou um relatório científico para investigar, apresentar e avaliar o estado atual dos conhecimentos médicos sobre os efeitos a longo prazo dos tratamentos ortodônticos na saúde oral.

186 Juntamente com as associações centrais de caixas de seguro de saúde e de dentistas com acordo, o Ministério pretende avaliar as recomendações de medidas formuladas pelos peritos e debater os próximos passos a dar com vista a reforçar a investigação médica e a avaliar a utilidade da ortodontia.



Lituânia

Valstybės Kontrolė

Acessibilidade dos serviços de saúde e orientação para os doentes

Síntese

187 A auditoria da ISC lituana avaliou a acessibilidade dos serviços de saúde e a respetiva orientação para os doentes. A auditoria abrangeu o período de 2014-2016. Foram igualmente examinados os dados de 2017 e 2018, quando relevantes para as mudanças registadas.

Metodologia da auditoria

188 A avaliação concentrou-se nos seguintes aspetos:

- o gestão dos tempos de espera dos serviços de saúde;
- o adequação do planeamento do número necessário de especialistas em cuidados de saúde;
- o eficácia da utilização de equipamento dispendioso pertencente aos estabelecimentos de saúde;
- o desenvolvimento das condições necessárias para assegurar a acessibilidade das mais recentes tecnologias médicas e avaliação das tecnologias já utilizadas;
- o identificação, avaliação e gestão das expectativas dos doentes.

189 As principais entidades auditadas foram o Ministério da Saúde, a Agência Pública de Acreditação de Saúde e a Caixa Nacional de Seguro de Saúde.

190 Além disso, foram recolhidos dados e informações junto de estabelecimentos de saúde públicos e privados, municípios, organizações de especialistas de cuidados de saúde, organizações de doentes e instituições científicas.

191 A metodologia da auditoria incluiu a análise de documentação, análise comparativa, inquéritos a estabelecimentos de saúde e municípios, inquéritos à população, entrevistas, análise de dados e testes.

Principais observações

Ineficácia das medidas destinadas a reduzir os tempos de espera dos serviços

192 O Ministério da Saúde não dispunha de informações objetivas sobre os tempos de espera nem sobre as tendências e os fatores subjacentes que prejudicaram o planeamento de medidas eficazes para reduzir esses tempos. Além disso, o Ministério não analisou o impacto das medidas tomadas nas flutuações dos tempos de espera. As medidas destinadas a reduzir os tempos de espera não produziram os resultados desejados, pois não conseguiram dar resposta às principais questões relacionadas com os fluxos de doentes, o funcionamento do sistema de saúde em linha, o desequilíbrio da estrutura de especialistas de cuidados de saúde, etc. Para fazer face ao problema da acessibilidade do serviço, 17% dos doentes recorriam a serviços pagos (metade dos quais devido a listas de espera extremamente longas) e 19% automedicavam-se.

Necessidade de melhorar o planeamento da procura de especialistas de cuidados de saúde

193 Ao elaborar o pedido de formação de especialistas de cuidados de saúde para instituições científicas e estabelecimentos de ensino, o Ministério não avaliou as mudanças na estrutura dos serviços, a procura destes serviços nas regiões, o volume de trabalho dos especialistas, o abandono da profissão por parte de médicos e as previsões de emigração. O Ministério apenas tentou substituir os médicos que se reformavam, mas não teve em conta a procura de enfermeiros. Embora o número de médicos fosse superior à média da UE, registou-se uma falta de especialistas em domínios específicos, como cardiologia, oftalmologia e neurologia, bem como de enfermeiros, o que afetou a acessibilidade dos serviços.

Utilização ineficaz de dispositivos dispendiosos em estabelecimentos de saúde e falta de incentivos à avaliação das novas tecnologias

194 A intensidade de utilização de mais de metade (59%) dos dispositivos médicos dispendiosos (de custo superior a 29 000 euros) foi reduzida e 7% não foram de todo utilizados. Durante o período auditado, o ministério lançou procedimentos para a aquisição

de novos dispositivos; contudo, não procedeu à redistribuição dos dispositivos dispendiosos, pelo que o problema da utilização ineficaz dos dispositivos disponíveis continuou por resolver.

195 O início da avaliação das novas tecnologias foi lento (em quatro anos, os estabelecimentos de saúde e os prestadores privados apresentaram apenas 11 tecnologias para avaliação) devido à falta de financiamento consagrado à utilização de tecnologias de saúde novas e aprovadas. Quando surgiam novas tecnologias, frequentemente as disponíveis não eram avaliadas, pelo que não foi possível garantir que todos os doentes fossem tratados com as mais recentes tecnologias.

Doentes não envolvidos no desenvolvimento de cuidados de saúde que respondam às suas expectativas

196 Nem o Ministério nem os estabelecimentos de saúde recorreram a inquéritos aos doentes para conhecer as suas expectativas. Embora metade dos municípios auditados recolhesse dados sobre os estabelecimentos de saúde, não os utilizava quando da tomada de decisões sobre a organização dos serviços. A representação dos doentes estava fragmentada: os representantes dos doentes participaram em apenas 40% dos grupos de trabalho que consideravam importantes. A notificação dos doentes acerca dos seus direitos e deveres era incompleta, o que contribuiu para que cerca de 20% dos doentes faltassem às suas marcações, aumentando assim, ainda mais, os tempos de espera.

Recomendações

197 A fim de aumentar a acessibilidade dos serviços de saúde, reduzir os tempos de espera e utilizar os recursos disponíveis de forma mais eficaz, a ISC recomendou:

- o acompanhamento e análise regulares da utilização e da acessibilidade dos serviços e dos fluxos de doentes, bem como do impacto das medidas destinadas a reduzir os tempos de espera, devendo a aplicação das medidas basear-se nos resultados desse acompanhamento e dessa análise;
- o desenvolvimento de um sistema de planeamento da procura para todos os especialistas de cuidados de saúde baseado na análise de dados;
- o alargamento da avaliação anual dos estabelecimentos, de modo a incluir indicadores de utilização dos dispositivos médicos dispendiosos;

- o a especificação do procedimento de financiamento de novas tecnologias avaliadas e a revisão e reavaliação das tecnologias de saúde já utilizadas.

198 A fim de melhorar a orientação do sistema de saúde para os doentes, a ISC recomendou o seguinte:

- o o alargamento e/ou a revisão do conteúdo dos estudos e inquéritos aos doentes realizados pelo Ministério e por estabelecimentos de saúde para identificar as expectativas dos doentes, podendo depois ser utilizados para melhorar a organização dos cuidados de saúde;
- o o alargamento do conteúdo das informações destinadas a incentivar os doentes a cumprir as suas obrigações e a exercer os seus direitos e os meios de o fazer;
- o o estabelecimento de critérios para a participação das organizações de doentes no processo de tomada de decisões relativas à melhoria dos cuidados de saúde por comités e grupos de trabalho.

Publicação e seguimento

199 O relatório de auditoria foi apresentado às entidades auditadas, à comissão parlamentar de auditoria, aos estabelecimentos de saúde e ao público em geral (na edição de 2018 da *Signals*, uma conferência internacional organizada pela ISC).

200 Em consonância com os prazos para a execução das recomendações formuladas no relatório, são apresentados relatórios semestrais às comissões parlamentares.

Impacto esperado

201 Espera-se que auditoria suscite mudanças organizacionais/processuais (nos domínios do acompanhamento da acessibilidade dos serviços, do planeamento da procura de especialistas de cuidados de saúde, da avaliação da utilização de dispositivos médicos, da identificação das expectativas dos doentes e da participação de organizações de doentes) e a reapreciação das decisões de financiamento (devido às novas tecnologias).



Malta

National Audit Office

O médico de clínica geral tem uma função essencial nos cuidados de saúde primários

Síntese

202 A auditoria da ISC maltesa avaliou a função do médico de clínica geral e o seu papel na prestação de cuidados de saúde primários. A auditoria abrangeu o período de 2014-2016.

203 Documentos nacionais e da União Europeia reconhecem que, apesar de um alargamento significativo dos cuidados de saúde primários ao longo do tempo, em Malta este setor não ocupava o lugar que lhe pertencia, na vanguarda dos serviços de saúde.

204 A ISC de Malta já tinha avaliado a função do médico de clínica geral nos centros de saúde em 2001, através da auditoria de resultados *Primary Healthcare – the General Practitioners Function within Health Centres*. Esta auditoria tinha salientado então níveis muito elevados de satisfação entre os utentes dos serviços dos médicos de clínica geral. Contudo, o relatório tinha manifestado igualmente preocupações em relação a diversos aspetos da prestação de serviços. As questões levantadas prendiam-se, essencialmente, com a continuidade dos cuidados através de um serviço mais personalizado, com a distribuição irregular dos médicos de clínica geral pelos centros de saúde, com a não utilização de um sistema de marcações e com a relação custo-eficácia dos serviços.

Metodologia da auditoria

205 A auditoria pretendia determinar em que medida:

- o as tarefas relacionadas com a função dos médicos de clínica geral tornam acessíveis os serviços associados e oferecem a qualidade adequada em termos de concretização dos objetivos dos cuidados de saúde primários;
- o as estruturas organizacionais e administrativas facilitam a prestação de serviços;

- o os serviços prestados são eficazes em termos de custos.

206 As principais entidades auditadas foram o Departamento de Cuidados de Saúde Primários (Malta), o Hospital Geral de Gozo (Gozo) e o Serviço de Acidentes e Urgências do Hospital Mater Dei.

207 A metodologia da auditoria incluiu a análise de documentação, a realização de entrevistas semiestruturadas e de um inquérito e exercícios de cálculo dos custos dos diferentes serviços prestados pelos médicos de clínica geral. O âmbito da auditoria não abrangeu serviços não generalistas prestados por diversos médicos especialistas em centros de saúde.

Principais observações

208 A auditoria forneceu fortes indicações de que, em geral, os médicos de clínica geral exerciam as suas funções em conformidade com as medidas definidas na Estratégia para o Sistema Nacional de Saúde de Malta e de que os serviços estavam a ser ampliados e alargados.

209 Por outro lado, esta apreciação levantou também algumas questões. Na sua configuração atual, é improvável qualquer alargamento da função do médico de clínica geral de modo a torná-la mais centrada no doente sem uma mudança na distribuição do financiamento que reflita de forma mais realista as vantagens socioeconómicas a longo prazo dos investimentos nos cuidados de saúde primários. Além disso, houve a oportunidade de explorar mais as inter-relações e sinergias potenciais da colaboração entre os setores público e privado. Assim, através de uma colaboração mais estreita entre as partes interessadas, a função do médico de clínica geral do setor público pode contribuir mais para colocar os cuidados de saúde primários no centro dos serviços nacionais de saúde.

Recomendações

210 A ISC de Malta formulou as seguintes recomendações:

- o o Departamento de Cuidados de Saúde Primários (PHCD) foi incentivado a concentrar-se mais na avaliação da viabilidade de ampliar e alargar a função do médico de clínica geral mediante a exploração da complementaridade dos serviços prestados

pelos médicos dos setores público e privado, designadamente recorrendo a parcerias público-privadas e à externalização;

- o deve ser ponderada a possibilidade de transferir, no setor da saúde, mais dotações orçamentais para os cuidados de saúde primários;
- o o PHCD foi incentivado a transformar as medidas inscritas na Estratégia para o Sistema Nacional de Saúde de Malta para o período de 2014-2020 e noutros documentos em planos de projetos possíveis de executar, o que implicaria determinar os recursos necessários e o calendário de execução;
- o devem ser intensificados os esforços com vista à criação da Clínica de Gestão de Doenças Crónicas em todos os centros de saúde. A sua criação contribuiria para promover a continuidade dos cuidados e o princípio da orientação para o doente e, a longo prazo, melhoraria a eficácia em termos de custos da função do médico de clínica geral;
- o o PHCD foi incentivado a prosseguir os seus esforços no sentido de os seus serviços passarem a estar menos centrados na prestação de cuidados de saúde imediatos e mais na promoção da saúde e na prevenção de doenças. O PHCD poderia tirar partido das campanhas de sensibilização em curso para incentivar os médicos de clínica geral a sublinhar as mensagens das campanhas junto dos doentes durante as consultas;
- o deve ser ponderada a possibilidade de aumentar a colaboração estratégica, administrativa e operacional entre centros de saúde em Malta e em Gozo, o que asseguraria um nível mais elevado de harmonização e de personalização dos serviços, bem como a partilha de experiências no desenvolvimento dos serviços;
- o a acessibilidade das informações em matéria de gestão financeira deve ser melhorada: a secção financeira ainda necessitava de ser apoiada por investimentos nas infraestruturas de TIC adequadas;
- o o PHCD foi incentivado a utilizar melhor as TIC disponíveis, como o Sistema de Gestão de Doentes, para garantir estatísticas rigorosas sobre os doentes. Estas informações contribuiriam para reforçar o planeamento estratégico e o controlo da gestão das atividades do PHCD;
- o os esforços das clínicas (*Bereg*) relacionados com a adesão ao sistema de receitas eletrónicas devem ser intensificados, mas para esse efeito são necessários investimentos adequados em TIC;

- o PHCD foi incentivado a melhorar a coordenação com o Serviço de Acidentes e Urgências do Hospital Mater Dei a fim de minimizar a incidência de doentes que recorrem desnecessariamente a este último quando poderiam receber os cuidados necessários junto de médicos de clínica geral nos centros de saúde.

Publicação e seguimento

211 Em 27 de junho de 2016, o relatório foi apresentado ao Presidente da Câmara dos Representantes, que o submeteu à Câmara dos Representantes. O relatório foi igualmente debatido na Comissão de Contas Públicas. Após a transmissão do relatório ao Parlamento, a ISC de Malta publicou-o no seu sítio Internet. Foi ainda emitido, em maltês e inglês, um comunicado de imprensa com um resumo das principais constatações e conclusões. A ISC enviou cópias do relatório à comunicação social e a outras partes interessadas.

212 Em 2018, a ISC de Malta procedeu ao seguimento da auditoria de resultados. Este consistiu, principalmente, na realização de entrevistas semiestruturadas com funcionários centrais do Departamento de Cuidados de Saúde Primários e na análise de documentação conexa. Em termos gerais, a auditoria de seguimento revelou que o Departamento de Cuidados de Saúde Primários se tinha empenhado ativamente na execução das recomendações do relatório. A este respeito, duas recomendações do relatório original tinham sido totalmente executadas e já tinham sido realizados progressos substanciais relativamente às restantes oito recomendações.

Impacto esperado

213 A longo prazo, espera-se que o relatório dê origem a mudanças organizacionais e processuais, a um aumento do financiamento e dos recursos humanos com a função de médico de clínica geral e ao reforço das infraestruturas informáticas. Deve igualmente contribuir para uma maior orientação dos serviços para o doente, com particular incidência na continuidade dos cuidados e no alargamento dos serviços dos médicos de clínica geral. Outros impactos a longo prazo incluem a redução da procura de cuidados secundários e do Serviço de Acidentes e Urgências do Hospital Mater Dei. Outro impacto a longo prazo pode residir no facto de os cuidados de saúde primários sensibilizarem os utentes para as escolhas de estilos de vida e, dessa forma, influenciarem a incidência de doenças crónicas na população maltesa.



Portugal Tribunal de Contas

Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde

Síntese

214 A auditoria da ISC portuguesa avaliou o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde no período de 2014-2016. Este acesso, nomeadamente a consultas de especialidade hospitalares e a cirurgias, enfrenta algumas dificuldades, designadamente em termos de tempos de espera.

Metodologia da auditoria

215 A auditoria pretendeu apurar se:

- o Serviço Nacional de Saúde está a dar resposta, em tempo clinicamente aceitável, às necessidades dos cidadãos no acesso a primeiras consultas de especialidade hospitalar e a cirurgias programadas;
- os procedimentos de registo e movimentação das listas de espera foram efetuados de acordo com as regras em vigor;
- as medidas postas em prática pela tutela para responder às dificuldades no acesso foram eficazes.

216 As principais entidades auditadas foram determinados serviços do Ministério da Saúde e unidades hospitalares selecionadas.

217 O desempenho do Serviço Nacional de Saúde no que respeita aos indicadores de acesso a primeiras consultas hospitalares e a cirurgias foi avaliado tendo por base:

- relatórios técnicos produzidos pelo Ministério da Saúde, por vários organismos deste Ministério e pela Entidade Reguladora da Saúde;

- o a análise de dados e informações fornecidas pela Administração Central do Sistema de Saúde sobre a inscrição e movimentação dos utentes nas listas de espera para consultas e cirurgias.

218 A qualidade dos indicadores calculados e dos registos subjacentes foi avaliada tendo por base:

- o entrevistas realizadas na Administração Central do Sistema de Saúde, na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e na amostra de unidades hospitalares auditadas;
- o informações e dados recolhidos junto das unidades hospitalares auditadas, incluindo testes de procedimento relativos ao ambiente de controlo e aos procedimentos de inscrição e movimentação dos utentes nas listas de espera para consultas e cirurgias.

Principais observações

219 A ISC de Portugal concluiu que o acesso dos doentes a consultas de especialidade hospitalar e a cirurgias programadas se tinha deteriorado no triénio 2014-2016, que se traduziu no aumento:

- o do tempo médio de espera para a realização de uma primeira consulta de especialidade hospitalar, de 115 para 121 dias, e do incumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos, de 25% em 2014 para 29% em 2016;
- o i) do número de doentes em lista de espera cirúrgica, em 27 000 utentes (+ 15%);
ii) do tempo médio de espera até a cirurgia, em 11 dias (+ 13%);
iii) do incumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos, de 7,4% em 2014 para 10,9% em 2016.

220 Concluiu ainda que as iniciativas centralizadas desenvolvidas pela Administração Central do Sistema de Saúde, em 2016, de validação e limpeza das listas de espera para primeiras consultas de especialidade hospitalar do Serviço Nacional de Saúde incluíram a eliminação administrativa de pedidos muito antigos, falseando os indicadores de desempenho reportados.

221 Especificamente na área cirúrgica, a conclusão foi de que a não emissão atempada e regular de vales-cirurgia e de notas de transferência aos doentes em lista de espera, que lhes permitiriam ser operados noutras unidades hospitalares com capacidade de resposta, aumentou os tempos de espera.

222 A ISC portuguesa concluiu que as informações disponibilizadas publicamente pela Administração Central do Sistema de Saúde sobre as listas de espera não eram fiáveis, devido a falhas recorrentes na integração das informações das unidades hospitalares nos sistemas centralizados de gestão do acesso a consultas hospitalares e a cirurgias, bem como às iniciativas centralizadas acima referidas.

Recomendações

223 A ISC de Portugal formulou várias recomendações na sequência das observações da auditoria, nomeadamente:

Ao Ministro da Saúde:

- o a criação de mecanismos de emissão automática de vales-cirurgia nos prazos regulamentares, sempre que não seja possível cumprir os tempos máximos de resposta garantida nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, por forma a que o processo de internalização da produção cirúrgica no Serviço Nacional de Saúde não ponha em causa o direito dos doentes à prestação de cuidados de saúde em tempo considerado clinicamente aceitável;
- o as verificações regulares, por uma entidade externa à Administração Central do Sistema de Saúde, da qualidade dos indicadores de acesso publicitados respeitantes à primeira consulta hospitalar e às cirurgias programadas.

Ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde:

- o a não adoção de procedimentos administrativos que resultem na diminuição artificial das listas e dos tempos de espera;
- o a elaboração de relatórios que explicitem os critérios adotados, métodos e resultados obtidos, sempre que sejam modificadas a nível central, para correção de erros, as bases de dados dos sistemas de informação da consulta e das cirurgias.

Publicação e seguimento

224 O relatório foi enviado às entidades auditadas e aos membros do Governo que as tutelam. Foi igualmente publicado no sítio Internet da ISC, juntamente com uma sinopse de uma página, e enviado aos meios de comunicação social.

225 Na sequência da publicação, o Presidente do Tribunal de Contas e o Ministro da Saúde foram ouvidos numa audição parlamentar perante a Comissão de Saúde da Assembleia Nacional.

226 A fim de darem cumprimento às determinações finais do relatório, as entidades destinatárias das recomendações comunicaram, após três meses, as medidas que tomaram, tendo ainda havido comunicações posteriores com as entidades. As medidas tomadas na sequência das recomendações foram analisadas em setembro de 2018, tendo sido concluído que tinham sido executadas 20 das 47 recomendações formuladas (43%) e que 21 outras recomendações (45%) tinham sido parcialmente executadas. Estas incluíam:

- o procedimentos de qualificação dos dados do acesso a primeiras consultas e cirurgias programadas, normalizando e tornando mais transparentes e fáceis de auditar os trabalhos de correção dos erros existentes nos atuais sistemas de informação;
- o a contratação externa de serviços que assegurem a emissão continuada e atempada de vales-cirurgia para os doentes em lista de espera.

Impacto esperado

227 Mudanças nos procedimentos operacionais e de controlo relativos à gestão das listas de espera para consultas e cirurgias. Promoção da responsabilização no que se refere à gestão eficiente das listas de espera, ao cumprimento dos tempos máximos de resposta e à transparência dos procedimentos.



Roménia

Curtea de Conturi a României

Desenvolvimento das infraestruturas de saúde a nível nacional, regional e local para aumentar o acesso aos serviços de saúde

Síntese

228 A ISC romena avaliou a utilização dos fundos afetados ao desenvolvimento de infraestruturas de saúde. A auditoria abrangeu o período de 2011-2015.

Metodologia da auditoria

229 A principal entidade auditada foi o Ministério da Saúde.

230 A metodologia da auditoria incluiu a análise de documentos ministeriais relacionados com o assunto da auditoria, observações diretas, questionários e entrevistas com funcionários da entidade auditada.

Principais observações

231 A ISC romena formulou as seguintes observações:

- o o Ministério da Saúde não justificou devidamente os recursos necessários para financiar investimentos no sistema de saúde;
- o o Ministério da Saúde não coordenou com eficiência a execução dos investimentos pelos serviços competentes, o que originou uma gestão deficiente tanto ao seu nível como ao nível dos serviços de saúde subordinados, pelo que, em 19 anos, apenas foram realizados dois grandes objetivos de investimento;
- o a instalação de equipamento médico adquirido registou atrasos de 90 a 800 dias;

- o não foi criado um registo central dos pedidos de financiamento para os investimentos apresentados ao Ministério por unidades de saúde pública, incluindo os motivos para a recusa de financiamento;
- o não foram observados os princípios da economia, da eficiência e da eficácia. As unidades de saúde recorreram a serviços de imagiologia de prestadores externos, apesar de possuírem equipamento que lhes permitia assegurar esses serviços;
- o a afetação dos fundos de investimento ocorre sobretudo no segundo semestre do exercício orçamental. Por vezes, os procedimentos de contratação não foram concluídos no mesmo exercício orçamental, o que levou à perda de financiamento;
- o não existem procedimentos centralizados para a aquisição de equipamento médico. As aquisições foram efetuadas de forma descentralizada, por cada unidade de saúde, com diferentes preços de compra;
- o o Ministério da Saúde não estabeleceu um conjunto de indicadores físicos e de eficiência para acompanhar a realização de investimentos, o desenvolvimento das infraestruturas de saúde, o fornecimento de equipamento médico para unidades de saúde ou o grau de realização dos indicadores definidos. Não foi efetuada uma análise regular dos indicadores físicos e de eficiência;
- o falta de conhecimento da situação real das instalações de saúde em termos de dispositivos médicos de elevado desempenho (TAC, IRM, angiógrafos, aceleradores lineares);
- o o Ministério da Saúde não programou nem realizou controlos para verificar a utilização dos fundos afetados ao desenvolvimento das infraestruturas de saúde.

Recomendações

232 A ISC romena formulou as seguintes recomendações:

- o disponibilizar recursos adequados para o financiamento de despesas de capital/transferências de capital, tendo em vista uma utilização eficiente dos recursos afetados;
- o assegurar o acompanhamento permanente da utilização dos recursos financeiros pelas unidades de saúde e definir procedimentos que estabeleçam um quadro obrigatório para a comunicação em tempo útil dos montantes não utilizados pelas unidades subordinadas;
- o assegurar o financiamento adequado dos investimentos e das medidas aprovados para prestar apoio especializado às unidades subordinadas;
- o participar de forma sustentada no trabalho realizado pelas unidades de saúde, com ênfase na realização e adjudicação dos investimentos em tempo útil e nas melhores condições;
- o organizar inspeções periódicas da atividade de investimento para avaliar o estágio de realização;
- o estabelecer um registo real dos pedidos de financiamento de investimentos apresentados pelas unidades de saúde, a utilizar como fonte de informação para a seleção das unidades beneficiárias de fundos e para a atribuição de prioridades aos investimentos com base em critérios objetivos;
- o analisar medidas destinadas à centralização dos procedimentos de contratação pública, pelo menos no caso de equipamento de elevado desempenho, e desenvolver medidas para assegurar a utilização eficiente dos fundos públicos;
- o estabelecer um conjunto de indicadores físicos e de eficiência para acompanhar o desenvolvimento das infraestruturas de saúde;
- o analisar possíveis formas de finalização, execução e funcionamento do sistema informático de elevado desempenho e de explorar os estudos de pré-viabilidade e de viabilidade, os guias de arquitetura e os projetos técnicos adquiridos e não utilizados;

- o coordenar e acompanhar as unidades de saúde ao longo do processo de utilização de fundos não reembolsáveis no intuito de aumentar a taxa de utilização;
- o tomar todas as medidas necessárias para cumprir as condições *ex ante* e liberar o financiamento não reembolsável concedido através do Programa Operacional Regional 2014-2020;
- o tomar todas as medidas necessárias para aceder e utilizar com eficiência os fundos disponibilizados pela UE através do Programa Operacional Regional e os fundos afetados através do acordo de empréstimo com o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento;
- o criar a base de dados sobre as infraestruturas nacionais de saúde.

Publicação e seguimento

233 Uma síntese do relatório foi apresentada à Presidência romena, ao Governo, à Câmara dos Deputados, ao Senado, à Academia romena, à Academia de Ciências Médicas, às comissões especializadas do Parlamento romeno, a alguns ministérios e à Caixa Nacional de Seguro de Doença. Uma síntese do relatório foi publicada em julho de 2017 no sítio Internet da ISC romena.

234 Em outubro de 2018, foi elaborado um relatório de seguimento que insta o Ministério da Saúde a iniciar diligências com vista à execução das medidas solicitadas pela ISC.

Impacto esperado

235 A identificação dos melhores resultados obtidos na sequência da execução das medidas solicitadas e das causas que deram origem à não realização dos objetivos propostos.



União Europeia

Tribunal de Contas Europeu

Medidas da UE relativas aos cuidados de saúde transfronteiriços: ambições importantes, mas é necessária uma melhor gestão

Síntese

236 O Tribunal de Contas Europeu (TCE) avaliou se as medidas da UE relativas aos cuidados de saúde transfronteiriços proporcionam os benefícios esperados para os doentes. A auditoria abrangeu o período de 2008-2018.

237 A Diretiva da UE relativa aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços, adotada em 2011, visa assegurar a prestação de cuidados de saúde seguros e de alta qualidade através das fronteiras na UE e o reembolso no estrangeiro nas mesmas condições que no Estado-Membro de origem. Pretende ainda facilitar uma cooperação mais estreita em matéria de saúde em linha, o intercâmbio transfronteiriço de dados dos doentes e o acesso a cuidados de saúde para doenças raras, através do desenvolvimento de redes europeias de referência (RER).

238 O Tribunal examinou se a Comissão Europeia acompanhou a execução da Diretiva Cuidados de Saúde Transfronteiriços da UE e se apoiou os Estados-Membros na prestação de informações aos doentes sobre os seus direitos. Além disso, avaliou os resultados obtidos no intercâmbio transfronteiriço de dados relativos à saúde e verificou as medidas mais importantes da UE no domínio das doenças raras.

Metodologia da auditoria

239 A principal questão de auditoria foi a seguinte: As medidas da UE em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços proporcionam benefícios para os doentes?

240 O TCE examinou ainda se:

- o a Comissão supervisionou devidamente a execução da Diretiva Cuidados de Saúde Transfronteiriços da UE nos Estados-Membros;

- o os resultados alcançados até à data em termos de intercâmbio transfronteiriço de dados relativos à saúde correspondiam às expectativas;
- o as medidas da UE em matéria de doenças raras acrescentaram valor aos esforços dos Estados-Membros para facilitar o acesso dos doentes a cuidados de saúde transfronteiriços.

A principal entidade auditada foi a Comissão Europeia.

241 A metodologia incluiu entrevistas com representantes da Comissão e com cinco autoridades dos Estados-Membros responsáveis pela aplicação da Diretiva (na Dinamarca, Itália, Lituânia, Países Baixos e Suécia). Foi realizado um inquérito aos representantes de todos os Estados-Membros no Grupo de Peritos dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços e a representantes da rede de saúde em linha. Além disso, foram avaliados projetos financiados pela UE e foram consultados peritos.

Principais observações

242 O TCE formulou as seguintes observações:

Aplicação da Diretiva Cuidados de Saúde Transfronteiriços da UE

- o A Comissão acompanhou devidamente a transposição da diretiva para a legislação nacional e a sua aplicação pelos Estados-Membros.
- o A Comissão também apoiou os Estados-Membros no reforço da informação sobre os direitos dos doentes a cuidados de saúde transfronteiriços, embora subsistam algumas lacunas.

Intercâmbio transfronteiriço de dados relativos à saúde

- o A Comissão não avaliou adequadamente o número potencial de utilizadores nem a relação custo-eficácia do intercâmbio transfronteiriço de dados relativos à saúde.
- o As previsões do volume dos intercâmbios transfronteiriços de dados relativos à saúde foram demasiado otimistas. À data da auditoria, em novembro de 2018, os Estados-Membros estavam apenas prestes a dar início ao intercâmbio eletrónico de dados relativos à saúde dos doentes.

As redes europeias de referência

- As RER para doenças raras são uma inovação ambiciosa, amplamente apoiadas pelos médicos, prestadores de cuidados de saúde e doentes.
- Contudo, o processo de criação das RER foi marcado por insuficiências e estas enfrentam desafios significativos para assegurar a sua sustentabilidade financeira.

Recomendações

243 O TCE recomenda que a Comissão:

- preste mais apoio aos pontos de contacto nacionais para melhorar a informação sobre os direitos dos doentes a cuidados de saúde transfronteiriços;
- prepare melhor o intercâmbio transfronteiriço de dados relativos à saúde;
- melhore o apoio às RER e a sua gestão, de modo a facilitar o acesso dos doentes que sofrem de doenças raras a cuidados de saúde.

Publicação e seguimento

244 O Tribunal apresenta os seus relatórios especiais ao Parlamento Europeu e ao Conselho da UE, bem como a outras entidades interessadas como os parlamentos nacionais, partes interessadas do setor e representantes da sociedade civil.

245 O relatório foi publicado no sítio Internet do TCE em 23 línguas da UE, juntamente com um comunicado de imprensa, em 4 de junho de 2019.

246 O procedimento normalizado prevê a realização de um seguimento do relatório pelo TCE três anos após a publicação.

Impacto esperado

247 O TCE espera o seguinte impacto:

- o informações mais claras aos doentes da UE sobre os seus direitos a cuidados de saúde transfronteiriços;
- o prestação de informações sobre RER para doenças raras nos sítios Internet dos pontos de contacto nacionais;
- o avaliação da prática e da eficácia em termos de custos do intercâmbio transfronteiriço de dados relativos à saúde e da importância do seu contributo para os sistemas nacionais de saúde;
- o medidas da UE no domínio das doenças raras e dos cuidados de saúde transfronteiriços facilitam o acesso dos doentes com doenças raras a um diagnóstico mais rápido e a tratamento adequado;
- o avaliação dos resultados da estratégia da UE em matéria de doenças raras;
- o garantir a sustentabilidade das RER; qualquer futuro financiamento da UE para as redes será gerido no âmbito da estrutura mais simples, reduzindo assim os seus encargos administrativos.

PARTE III – Relatórios das ISC em traços largos

92

Qualidade dos serviços de saúde



Áustria *Rechnungshof*

Garantia da qualidade para profissionais de saúde independentes

Síntese

248 A auditoria da ISC austríaca avaliou a organização, temas selecionados e a transparência da garantia da qualidade do Governo Federal relativamente a profissionais de saúde independentes. A auditoria abrangeu o período de 2013-2016.

Metodologia da auditoria

249 A auditoria concentrou-se nos seguintes elementos:

- o base jurídica e técnica da garantia da qualidade, incluindo os seus objetivos e benefícios;
- o organização da garantia da qualidade, incluindo intervenientes, estruturas e atividades;
- o avaliação dos recursos humanos e financeiros utilizados para a garantia da qualidade;
- o avaliação das prioridades selecionadas de garantia da qualidade: procedimentos de garantia da qualidade, sistemas de gestão da qualidade e projetos de medição da qualidade ao nível dos cuidados ambulatoriais;
- o relatórios sobre a garantia da qualidade.

250 As principais entidades auditadas foram o Ministério da Saúde e da Mulher (à data da auditoria: Ministério da Saúde), a Ordem dos Médicos austríaca e a Sociedade Austríaca de Garantia e de Gestão da Qualidade em Medicina (ÖQMed).

251 A metodologia de auditoria incluiu uma avaliação de estudos austríacos e internacionais, entrevistas com funcionários das principais entidades auditadas e uma análise das provas recolhidas, incluindo se e como as metas foram atingidas.

Principais observações

252 Entre 2005, ano em que a lei relativa à qualidade dos cuidados de saúde entrou em vigor, e 2012, o Ministério da Saúde Federal publicou três conjuntos de orientações em matéria de qualidade destinados aos médicos com consultório próprio. Como estes conjuntos de orientações eram válidos por um período de tempo limitado e o Ministério não adotou nova regulamentação a tempo, pelo menos dois deles já não eram válidos em 2017.

253 A reforma da saúde de 2013 incluía a decisão de introduzir a avaliação da qualidade da produção dos médicos com consultório próprio. Contudo, desde então a avaliação normalizada da qualidade do tratamento não foi desenvolvida nem aplicada ao setor dos cuidados de saúde ambulatoriais. Por conseguinte, ainda não existe uma plataforma federal independente que preste aos doentes informações sobre a qualidade do tratamento.

254 Além disso, a ISC austríaca observou que o Governo Federal, as províncias e as instituições de segurança social não introduziram documentação de diagnóstico e de desempenho normalizada a nível dos cuidados de saúde ambulatoriais, embora esta já tivesse sido acordada no âmbito da reforma da saúde de 2005 e um projeto-piloto tivesse confirmado a sua exequibilidade técnica.

255 Embora as tarefas de garantia da qualidade fossem de interesse público, o Governo Federal atribuiu-as à Ordem dos Médicos austríaca, cujo principal objetivo consiste em defender os interesses profissionais, sociais e económicos dos médicos. Neste contexto, na prática, foi a ÖQMed que realizou as tarefas relativas à garantia da qualidade em nome da Ordem dos Médicos austríaca. Todavia, enquanto sua subsidiária, a ÖQMed tinha estreitos laços organizacionais e orçamentais com a Ordem.

256 Nos termos da Lei dos Médicos, os médicos tinham de avaliar a qualidade dos serviços prestados nos seus consultórios de cinco em cinco anos. Para o efeito, preenchiam questionários de autoavaliação fornecidos pela ÖQMed. As respostas às perguntas limitavam-se a "sim", "não" ou "não aplicável". A estrutura e o conteúdo dos questionários incentivavam respostas positivas.

257 97% dos médicos que preencheram o questionário entre 2012 e 2016 declararam que respeitavam plenamente os critérios objeto do questionário. Todavia, as verificações da validade da autoavaliação realizadas pela ÖQMed (através de inspeções de consultórios

escolhidos através de uma amostra aleatória) revelaram que cerca de 18% dos consultórios não respeitavam pelo menos um critério. No entanto, a possibilidade de serem analisados pela ÖQMed era de apenas 7%; estatisticamente, um consultório só era incluído na amostra a cada 70 anos.

Recomendações

258 A ISC austríaca recomendou o seguinte:

ao Ministério da Saúde Federal:

- o elaborar normas de qualidade com disposições e/ou critérios vinculativos o mais rapidamente possível e, assim, garantir a realização do objetivo enunciado na lei relativa à qualidade dos cuidados de saúde pelo órgão legislativo;
- o elaborar a regulamentação que deve suceder às orientações de qualidade federais caducas. No futuro, na publicação de normas de qualidade, deve ficar claro se estas são vinculativas ou apenas recomendadas;
- o fornecer à comissão de controlo dos resultados uma proposta de resolução relativa à definição de prioridades e à execução de novos programas de cuidados à escala nacional, que devem ser desenvolvidos e executados rapidamente;
- o procurar aplicar a avaliação da qualidade dos resultados ao nível dos cuidados ambulatoriais estabelecida no acordo sobre a organização e o financiamento do sistema de saúde, nos termos do artigo 15º-A da Lei Constitucional Federal; esta avaliação deve basear-se no conceito acordado no período de controlo dos resultados de 2017-2021;
- o estabelecer assim que possível a base jurídica da documentação relativa ao diagnóstico nos cuidados ambulatoriais;
- o elaborar cenários para criar uma instituição de garantia da qualidade, que seja independente ao nível financeiro e organizacional;

- o em futuros relatórios de qualidade, as taxas de não conformidade da autoavaliação dos médicos com consultório próprio e de verificação da validade da instituição responsável pela garantia da qualidade devem ser descritas separadamente e comparadas. Além disso, os desvios devem ser avaliados e devem ser tomadas medidas (por exemplo, serviços de informação e aconselhamento) para evitar falsas declarações na autoavaliação;

ao Ministério da Saúde Federal e à Ordem dos Médicos austríaca:

- o tornar neutras as opções de resposta dos questionários de autoavaliação;
- o ponderar opções para aumentar o número de verificações de validade. Para garantir a qualidade necessária dos consultórios e enquanto serviço de aconselhamento para médicos que montam um novo consultório, a verificação de validade pode ser tornada obrigatória. Os custos adicionais podem ser financiados por uma taxa cobrada aos envolvidos.

Publicação e seguimento

259 O relatório foi enviado ao Parlamento austríaco, ao Ministro da Saúde e ao Chanceler austríaco em julho de 2018 e publicado no sítio Internet da ISC austríaca no mesmo dia. Foi apresentado à Comissão de Contas Públicas do Parlamento austríaco em novembro de 2018 e debatido no Parlamento austríaco em janeiro de 2019. A ISC austríaca pretende investigar a situação da execução das recomendações em 2019, sendo os resultados correspondentes publicados no seu sítio Internet no final de 2019. Em função dos resultados deste trabalho, poderá ser realizada uma auditoria de seguimento, com auditorias no local e um relatório distinto.

Impacto esperado

260 Espera-se que a auditoria contribua para a gestão da qualidade dos resultados ao examinar as atividades empreendidas e avaliar a sua eficácia. Numa perspetiva temporal, os resultados da auditoria podem incentivar mudanças organizacionais e processuais e contribuir para a adequada orientação e definição de prioridades dos fundos e recursos em períodos de restrições orçamentais.



Dinamarca *Rigsrevisionen*

Relatório sobre as diferenças na qualidade dos cuidados prestados entre os hospitais dinamarqueses

Síntese

261 A auditoria da ISC dinamarquesa teve por objetivo avaliar potenciais diferenças na qualidade dos cuidados prestados entre os hospitais dinamarqueses. A auditoria abrangeu o período de 2007-2016.

262 A Lei da Saúde dinamarquesa estipula que todos os doentes devem ter acesso fácil e igual a cuidados de qualidade. O Ministério da Saúde e as regiões debruçaram-se sobre as diferenças geográficas na qualidade dos cuidados de saúde através de diversas iniciativas. Desde 2012, os dados sobre a qualidade dos cuidados de saúde são acompanhados pelos registos clínicos dinamarqueses (RKKP). Estes verificam se os cuidados prestados aos doentes estão em conformidade com as diretrizes para a prática clínica. Para o efeito, os RKKP reúnem conhecimentos sobre a qualidade dos cuidados prestados nas regiões e sobre as diferenças entre as várias regiões e hospitais.

Metodologia da auditoria

263 A auditoria incidiu na qualidade dos cuidados e nas diferenças relativamente a quatro doenças comuns: insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), acidente vascular cerebral e fratura da anca. Estas doenças foram selecionadas para o estudo por afetarem um grande número de doentes e serem tratadas na maioria dos hospitais do país. A auditoria procurou dar resposta às seguintes questões:

- o O Ministério da Saúde e as regiões definiram quadros que assegurem devidamente que todos os doentes tenham igualdade de acesso a cuidados hospitalares de qualidade e permitam que as regiões e os hospitais identifiquem as causas de eventuais diferenças na qualidade dos cuidados de saúde entre hospitais e reduzam as diferenças injustificadas?

- o Existe uma falta de conformidade injustificada entre os cuidados prestados nos hospitais aos doentes que sofrem de insuficiência cardíaca, DPOC, acidente vascular cerebral ou fratura da anca e todos os indicadores de processo pertinentes (indicadores de qualidade dos cuidados de saúde)?

264 As principais entidades auditadas foram o Ministério da Saúde e as cinco regiões dinamarquesas. (Os serviços de saúde constituem uma das principais responsabilidades atribuídas às regiões dinamarquesas.)

265 A auditoria foi realizada com base na análise de documentos, em entrevistas e análises de registos.

Principais observações

266 A ISC dinamarquesa formulou as seguintes observações:

- o A análise da ISC relevou que um número significativo de doentes que sofrem de insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral ou fratura da anca não receberam todo o programa de cuidados recomendados. Além disso, a análise revelou falta de coerência na qualidade dos cuidados prestados nestas quatro doenças. Não era possível explicar as diferenças por decisões profissionais conscientes tomadas em função das circunstâncias ou das necessidades e desejos dos doentes.
- o A análise revelou que as diferenças na qualidade dos cuidados prestados tiveram implicações no risco de readmissão ou morte subsequente do doente. A análise dos registos também indicou que a maior parte das diferenças relacionadas com a readmissão e a morte pode ser atribuída a fatores fora do controlo dos hospitais.
- o A análise dos registos revelou que os cuidados prestados aos doentes com piores perspetivas foi menos coerente com todos os indicadores de processo pertinentes (indicadores de qualidade dos cuidados) do que os cuidados prestados aos doentes com melhores perspetivas. Esta constatação é válida para as quatro doenças em causa.
- o Assim, a análise dos registos indica que, no caso dos doentes com piores perspetivas em três das quatro doenças, as diferenças de qualidade nos cuidados poderiam ter efeitos sobre o seu risco subsequente de readmissão ou morte.

- o O estudo revelou que o Ministério e as regiões acompanharam as diferenças regionais na qualidade dos cuidados prestados nos hospitais e as respectivas causas. No entanto, a garantia da qualidade não tinha sido organizada nem acompanhada tendo em vista determinar especificamente se doentes com necessidades de cuidados idênticas, mas circunstâncias diferentes, tinham recebido os mesmos cuidados de qualidade. Por este motivo, o Ministério e as regiões não possuíam dados sobre as diferenças na qualidade dos cuidados prestados aos doentes em diferentes circunstâncias, nem sabiam o efeito que uma eventual diferença poderia ter sobre o risco de readmissão ou morte dos doentes.

Recomendações

267 A ISC dinamarquesa recomendou que o Ministério da Saúde e as regiões avaliassem regularmente se a prestação de cuidados não conformes a todos os indicadores de processo pertinentes afetava apenas doentes com determinadas características. Estas informações podem dar origem a medidas destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados prestados a estes tipos de doentes e, assim, contribuir para o objetivo do Ministério e das regiões de prestar sistematicamente cuidados de qualidade a todos os doentes.

Publicação e seguimento

268 O relatório foi apresentado à Comissão de Contas Públicas, que acrescentou as suas próprias observações antes de solicitar uma resposta ao Ministro da Saúde.

269 O relatório está disponível gratuitamente *online* e a Comissão de Contas Públicas estava disponível para perguntas dos jornalistas.

270 Como o relatório é bastante recente (janeiro de 2019), a ISC dinamarquesa aguarda a declaração do Ministro e continuará a acompanhar de perto o relatório até que sejam tomadas medidas satisfatórias.

Impacto esperado

271 É ainda demasiado cedo para determinar o impacto do relatório.



Oifig an Ard-Reachtair Cuntas agus Ciste
Office of the Comptroller and Auditor General



Irlanda

Office of the Comptroller and Auditor General

Gestão da cirurgia de ambulatório programada

Síntese

272 A auditoria da ISC irlandesa avaliou os progressos realizados na transição de um tratamento de internamento para a cirurgia de ambulatório. Pretendia identificar quaisquer fatores que facilitassem ou dificultassem esta mudança e avaliar se havia margem para aumentar o recurso à cirurgia de ambulatório. Incidiu na atividade de cirurgia de ambulatório em hospitais públicos de cuidados agudos na Irlanda, no período de 2006-2012.

Metodologia da auditoria

273 A auditoria procurou responder a uma questão principal: É possível reduzir os casos de internamento assegurando que, sempre que clinicamente apropriado, esses casos sejam tratados em ambulatório?

274 Para responder a esta questão, a auditoria considerou se:

- o Serviço de Saúde (HSE) tinha analisado os motivos das variações entre hospitais para identificar possíveis melhorias;
- tinham sido identificados e resolvidos os eventuais obstáculos à melhoria das taxas da cirurgia de ambulatório;
- os processos aplicados pelos hospitais/pelo HSE facilitavam a partilha de informações para obter ideias de boas práticas.

As principais entidades auditadas foram o HSE e o Ministério da Saúde.

A avaliação baseou-se principalmente na recolha de dados sobre a cirurgia de ambulatório, em entrevistas com pessoal-chave e num inquérito enviado a todos os hospitais públicos de cuidados agudos do Serviço de Saúde. Foi realizada em colaboração com dois médicos especialistas estabelecidos no Reino Unido (um anestesista e um neurocirurgião).

Principais observações

275 A ISC irlandesa formulou as seguintes observações:

- o Entre 2006 e 2012, registou-se um aumento constante da proporção de cirurgias programadas realizadas em ambulatório. O volume de procedimentos cirúrgicos programados realizados em hospitais públicos de cuidados agudos aumentou 26%, enquanto a taxa de ambulatório desses procedimentos passou de 55% para 69% no mesmo período.
- o Não se registaram variações significativas no desempenho dos diferentes hospitais, o que indica que ainda há uma margem considerável para aumentar a taxa de ambulatório em alguns hospitais.
- o O volume de cirurgias de ambulatório programadas sem objetivo definido realizadas em hospitais de cuidados agudos aumentou entre 2006 e 2012, sem que se tenha registado uma alteração correspondente no número de procedimentos sem objetivo definido realizados com internamento, o que pode significar que um número crescente de procedimentos cirúrgicos menores está a ser realizado com internamento.
- o Os critérios aplicados quando os médicos decidem se orientam um doente para a cirurgia de ambulatório ou para o internamento podem não ser claros ou coerentes, devido à ausência de protocolos escritos e listas de verificação. A direção pode não ter possibilidade de avaliar por que motivo os doentes foram considerados não elegíveis para a cirurgia de ambulatório.
- o A ausência de acompanhamento ou avaliação pela direção do número de doentes considerados inelegíveis para a cirurgia de ambulatório impede os hospitais de determinar facilmente os casos de médicos individuais ou de especialidades com uma taxa reduzida de cirurgia de ambulatório e investigar os motivos subjacentes.
- o Uma grande parte dos hospitais não realiza sistematicamente avaliações pré-operatórias, apesar da sua importância para a identificação de fatores que tornam a cirurgia de ambulatório inadequada para determinados doentes. Menos de metade dos hospitais inquiridos acompanham a taxa de cancelamento de cirurgias de ambulatório programadas.

- Os enfermeiros são responsáveis por apenas cerca de 50% das altas, embora o recurso a enfermeiros devidamente formados pudesse aliviar o volume de trabalho dos médicos. No momento da alta, são fornecidas muito poucas informações escritas aos doentes que realizaram cirurgia de ambulatório.

Recomendações

276 A ISC irlandesa formulou as seguintes observações:

- O HSE deve acompanhar os níveis de cirurgia de ambulatório por hospital, procedimento e especialidade, a fim de determinar em quais o nível de intervenções de ambulatório é reduzido em relação ao elevado volume de atos e de concentrar os seus esforços na melhoria do desempenho nestas situações. Os hospitais devem definir metas específicas de taxas de cirurgia de ambulatório para cada médico. A análise das avaliações de desempenho cirúrgico dos médicos deve ter em conta as respetivas taxas de cirurgia de ambulatório.
- A fim de otimizar as taxas de cirurgia de ambulatório para as intervenções programadas, o HSE deve definir metas distintas e adequadas para cada procedimento cirúrgico. As metas globais de cirurgia de ambulatório definidas para cada procedimento devem basear-se no desempenho dos hospitais com melhor desempenho, podendo ser definidas metas mais ambiciosas para os hospitais que já apresentam os melhores desempenhos.
- Para garantir que os hospitais se concentram em aumentar as taxas de cirurgia de ambulatório para todas as cirurgias programadas, o HSE deve aumentar o número de procedimentos para os quais define metas em termos de taxas de cirurgia de ambulatório.
- O HSE deve verificar os casos atualmente classificados como cirurgia de ambulatório com vista a assegurar que todos os hospitais encaminham os casos de cirurgia para a modalidade mais adequada e mais económica.
- Todos os hospitais devem adotar protocolos acordados localmente e listas de verificação que definam claramente os critérios a aplicar pelos médicos para selecionar os doentes adequados para cirurgia de ambulatório. O HSE deve supervisionar este processo, de modo a assegurar a coerência da abordagem dos diferentes hospitais.

- Para identificar os domínios em que as taxas de cirurgia de ambulatório são reduzidas, a direção dos hospitais deve acompanhar essas taxas por médico e por especialidade. O HSE deve procurar confirmar junto dos hospitais que as baixas taxas de cirurgia de ambulatório são regularmente discutidas com as equipas médicas pertinentes.
- Os hospitais devem assegurar que sejam adotados procedimentos de avaliação pré-operatória para identificar antecipadamente os doentes não elegíveis para cirurgia de ambulatório.
- Os hospitais devem assegurar que são disponibilizadas informações escritas adequadas aos doentes de ambulatório no momento da alta hospitalar. Essas informações devem ser claras e completas e estar disponíveis nas línguas adequadas. O HSE deve ajudar os hospitais a fornecer essas informações.
- Idealmente, devem ser os enfermeiros a avaliar, de acordo com critérios definidos, se os doentes estão em condições de ter alta.

Publicação e seguimento

277 O relatório foi apresentado à Comissão de Contas Públicas do Dáil Éireann (Parlamento irlandês). Foi publicado no sítio Internet da ISC irlandesa em 19 de agosto de 2014, juntamente com um comunicado de imprensa. O HSE concordou em aplicar as recomendações da auditoria. Está ainda por determinar o impacto que essa aplicação terá na eficiência e no custo das cirurgias programadas ou na qualidade do serviço prestado aos doentes.

Impacto esperado

278 Oportunidades para o HSE aumentar a eficiência operacional e em termos de custos das cirurgias de ambulatório programadas.

PARTE III – Relatórios das ISC em traços largos

104

Novas tecnologias e saúde em linha



Bulgária
Сметна палата на Република
България
Saúde em linha

Síntese

279 A auditoria da ISC búlgara avaliou se a saúde em linha tinha sido desenvolvida de forma eficaz na Bulgária. A auditoria abrangeu o período compreendido entre 1 de janeiro de 2012 e 30 de junho de 2016.

280 A Bulgária começou a introduzir a saúde em linha em 2006 e esta é considerada uma prioridade nas estratégias e nos planos do governo. Em 2016, ainda não tinha sido implantado um sistema de informação de saúde adequado, que 1) fornecesse as informações necessárias aos processos de tomada de decisão e 2) permitisse o intercâmbio transfronteiriço de dados relativos à saúde.

Metodologia da auditoria

281 A principal questão de auditoria foi a seguinte: "A saúde em linha foi desenvolvida de forma eficaz na Bulgária?"

282 No âmbito desta questão principal, a ISC examinou duas subquestões:

- Foram estabelecidos os pré-requisitos para a introdução e o desenvolvimento da saúde em linha?
- Os objetivos de criar e desenvolver a saúde em linha foram atingidos?

283 As principais entidades auditadas foram o Ministério da Saúde, a Caixa Nacional de Seguro de Saúde e o Centro Nacional de Saúde Pública e Análise.

284 Para alcançar os objetivos da auditoria, foram utilizados métodos normalizados de recolha e análise de dados, como a análise documental, entrevistas com funcionários das três entidades auditadas e estudos de caso.

285 A exatidão e a integridade dos registos de saúde eletrónicos foram avaliadas com recurso à ferramenta "cliente oculto". A ISC búlgara tomou medidas especiais para proteger os dados privados dos participantes. A satisfação e a sensibilização dos cidadãos foram avaliadas através de sondagens de opinião conduzidas por uma agência especializada.

Principais observações

286 Não foram criadas as condições prévias necessárias a uma execução eficaz da saúde em linha:

- o não existia um quadro regulamentar para a saúde em linha e suas componentes;
- o existiam insuficiências no planeamento operacional e na distribuição dos objetivos estratégicos, medidas e atividades ao nível do Ministério da Saúde, do Centro Nacional de Saúde Pública e Análise e da Caixa Nacional de Seguro de Saúde;
- o a saúde em linha ocorreu no contexto de mudanças estruturais muito frequentes e de forte rotação de pessoal, ao nível da direção e dos especialistas, o que teve um impacto muito negativo na rastreabilidade do processo e no cumprimento das metas;
- o a repartição das responsabilidades relativas à introdução da saúde em linha não foi suficientemente exaustiva ou adequada;
- o não foi instituído um sistema eficaz para coordenar e harmonizar as ações, os projetos e a contratação pública entre as instituições, o que originou uma utilização ineficiente de fundos públicos e atrasos na concretização de prioridades estratégicas.

287 Durante o período auditado, registaram-se atrasos na implantação da saúde em linha na Bulgária, e as ações das instituições podem considerar-se ineficazes devido aos seguintes aspetos:

- Não havia um conceito claro subjacente à construção do sistema nem qualquer plano para os recursos financeiros necessários; duplicação de funcionalidades e de projetos de outras instituições, etc.
- Em 30 de junho de 2016, não tinham sido elaboradas e aprovadas normas nacionais nem documentação médica em matéria de informações de saúde que permitissem o processamento eletrónico e o intercâmbio de informações médicas e de saúde.
- Ainda não existia um sistema eletrónico de informação de saúde integrado adequado.
- Os sistemas de informação e os registos de saúde não estavam integrados e não era possível o intercâmbio de dados em tempo real entre os dois sistemas.
- Quase 10 anos depois de a necessidade de transferência eletrónica de processos clínicos, de receitas eletrónicas e de outro *software* de partilha de dados em tempo real ter sido declarada uma prioridade estratégica, estes elementos não tinham sido desenvolvidos.
- Em 30 de junho de 2016, ainda não havia sido criado um registo de saúde eletrónico completo que facultasse aos cidadãos e aos profissionais de saúde as informações necessárias para uma tomada de decisões adequadas no processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação.
- Até ao final do período auditado, não havia um portal de saúde nacional em funcionamento que pudesse ser utilizado como ponto de acesso único a serviços de saúde eletrónicos e fornecesse informações importantes sobre prevenção da saúde, educação para a saúde, etc.
- Os resultados do inquérito representativo nacional confirmaram a ineficácia das medidas tomadas com vista à implantação da saúde em linha.

Recomendações

288 Foram formuladas vinte recomendações ao Ministro da Saúde com vista à melhoria:

- o do quadro regulamentar e da regulamentação de responsabilidades;
- o da organização geral do planeamento e da execução das medidas;
- o do sistema de coordenação, acompanhamento e controlo da execução.

289 Foram formuladas sete recomendações à gestão da Caixa Nacional de Seguro de Saúde relativas ao intercâmbio automático de dados em tempo real e à melhoria dos sistemas de informação.

Publicação e seguimento

290 O relatório foi apresentado à Comissão do Orçamento e das Finanças e à Comissão de Saúde do Parlamento búlgaro. O relatório foi publicado no sítio Internet da ISC em 28 de julho de 2017, juntamente com um comunicado de imprensa.

291 O relatório de auditoria foi ainda amplamente apresentado em diferentes canais de comunicação social búlgaros: jornais, Rádio Nacional Búlgara, Televisão Nacional Búlgara, agências noticiosas e meios de comunicação eletrónicos.

292 De acordo com o procedimento habitual, um seguimento do relatório será assegurado após o termo do prazo de execução das recomendações.

Impacto esperado

293 A execução da saúde em linha é um processo complexo e dispendioso. Assim, o impacto esperado da auditoria é o seguinte:

- o uma melhoria do quadro regulamentar;
- o o desenvolvimento de um conceito claro para a construção da saúde em linha, com a participação de todas as partes interessadas;

- o reforço da coordenação, a fim de eliminar os riscos de utilização ineficiente de fundos públicos;
- ações urgentes das instituições pertinentes com vista a pôr em prática medidas públicas essenciais, como registos de saúde em linha, receitas eletrónicas, transferências eletrónicas, um portal de saúde nacional e um sistema de informações de saúde nacional.



Estónia
Riigikontroll

O papel do Estado na execução do sistema de saúde em linha

Síntese

294 A auditoria da ISC estónia avaliou a execução do sistema nacional de informação de saúde em linha.

295 Os primeiros planos para a saúde em linha na Estónia foram elaborados em 2004. O Governo aprovou em 2005 o plano de desenvolvimento do sistema estónio de informação de saúde para 2005-2008. Em novembro de 2005, foi instituída a Fundação Estónia para a Saúde em Linha. Embora o sistema de informação de saúde devesse estar plenamente operacional a partir de 2013, o Registo de Saúde Eletrónico (a base de dados de saúde central) tinha sido apenas parcialmente implantado, os prestadores de cuidados de saúde (enquanto principais utilizadores dos serviços de saúde em linha) estavam insatisfeitos com o sistema e tinha sido gasto mais dinheiro do que o originalmente previsto.

296 Foi auditado o período compreendido entre 2005 e 2012, que abrange todas as atividades realizadas desde a criação da Fundação Estónia para a Saúde em Linha.

Metodologia da auditoria

297 As principais questões de auditoria foram as seguintes:

- 1) O sistema de informação de saúde em linha atingiu os seus objetivos e foi executado conforme previsto? Em caso negativo, porquê?
- 2) As condições prévias do atual sistema de saúde em linha permitem-lhe cumprir os seus objetivos no futuro?

298 As principais entidades auditadas foram o Ministério dos Assuntos Sociais, a Fundação Estónia para a Saúde em Linha, a Caixa de Seguro de Saúde da Estónia e a Autoridade para o Sistema de Informação da República da Estónia.

299 A metodologia de auditoria incluiu a análise de documentos e relatórios, um inquérito junto de cerca de 200 médicos, análise de dados, observação de sistemas de informação de saúde em linha (aspetos como a sua funcionalidade e a interface de utilizador para médicos) em cooperação com prestadores de serviços de saúde e entrevistas com as entidades auditadas e com prestadores de cuidados de saúde.

Principais observações

300 A ISC estónia constatou que os objetivos da saúde em linha não tinham sido atingidos, visto que:

- o apesar dos planos iniciais, os dados do sistema de saúde em linha não podiam ser utilizados para a elaboração de estatísticas nacionais, a manutenção de registos ou a supervisão e não eram ativamente utilizados pelos médicos para fins de tratamento;
- o as receitas eletrónicas eram a única solução eletrónica criada pelo Estado que era ativamente utilizada;
- o a utilização do registo de saúde eletrónico e da base de dados de referências de imagem era modesta e o registo digital (um sistema de marcações em linha), apesar de estar pronto há cinco anos, não era utilizado;
- o a saúde em linha não foi confiada a um gestor estratégico incumbido de defender os interesses do Estado, o que atrasou a execução;
- o a criação e execução da saúde em linha foram consideravelmente mais dispendiosas do que o previsto e desconheciam-se os recursos financeiros que ainda seriam necessários;
- o a saúde em linha não contribuiu para reduzir os custos dos seguros de saúde nem para otimizar o tempo de trabalho dos médicos;
- o as instituições públicas ainda não estavam a beneficiar dos dados do sistema de saúde em linha, que estavam muito incompletos ou eram de fraca qualidade. Embora os prestadores de serviços de saúde devessem enviar os ficheiros médicos para o sistema

de saúde em linha, não o faziam de forma sistemática, e muitos dados não eram enviados de todo.

301 A ISC constatou que o motivo subjacente ao fraco lançamento da saúde em linha foi a atividade errática e aleatória do Ministério dos Assuntos Sociais, enquanto gestor estratégico responsável pelo desenvolvimento e execução da saúde em linha. Concluiu que o êxito da saúde em linha dependia do reforço do papel de liderança do Ministério dos Assuntos Sociais.

Recomendações

302 A ISC estónia formulou várias recomendações, sendo as principais apresentadas em seguida.

- Determinar os interesses do Estado na execução da saúde em linha e, posteriormente, definir as tarefas do Ministério dos Assuntos Sociais e da Fundação Estónia para a Saúde em Linha.
- Concluir e executar projetos de saúde em linha já iniciados (sobretudo, o registo digital e o registo de saúde eletrónico) antes de tentar criar novos serviços.
- Com efeito imediato, tornar obrigatória para os prestadores de serviços de saúde a utilização do sistema de informação de saúde em linha e, se necessário, subordinar o pagamento de serviços à sua utilização.
- Desenvolver a facilidade de utilização da saúde em linha em cooperação com a Fundação Estónia para a Saúde em Linha.

Publicação e seguimento

303 O relatório foi apresentado às entidades auditadas, à Comissão dos Assuntos Sociais e à Comissão de Controlo do Orçamento do Estado do Parlamento.

304 O relatório foi publicado no sítio Internet da ISC, juntamente com um comunicado de imprensa. Um dia antes da publicação, foi realizada uma conferência de imprensa na sede da ISC.

305 Em 10 de fevereiro de 2014, a Comissão de Controlo do Orçamento do Estado do Parlamento realizou uma reunião aberta em que participaram as principais partes interessadas do sistema de saúde em linha e a ISC. A reunião foi transmitida em direto no sítio Internet do Parlamento e por um importante portal de notícias. A ISC escreveu ainda um artigo sobre as principais observações da auditoria, que foi publicado num jornal diário de grande circulação.

306 Um seguimento do relatório foi realizado entre abril e setembro de 2019. Verificou-se que, nos últimos cinco anos, foram realizados progressos significativos no desenvolvimento do sistema de saúde em linha. Além das receitas eletrónicas, foram instituídos a imagem digital e o portal do doente. Além disso, o registo digital nacional, para marcação de consultas médicas, foi lançado em agosto de 2019. Não obstante, subsistem vários estrangulamentos importantes. Por exemplo, a facilidade de utilização do registo de saúde eletrónico não melhorou até agora, pelo que os profissionais de saúde não têm acesso rápido a todas as informações necessárias para a prestação em tempo oportuno de um serviço de alta qualidade aos doentes. Além disso, o sistema ambulância em linha deve ser melhorado, para garantir a circulação eficaz das informações entre ambulâncias e hospitais, de modo a que possa ser prestado aos doentes o tratamento mais rápido possível. Além disso, deve ser melhorada a capacidade estatística e analítica do sistema de saúde em linha para avaliar a qualidade dos serviços de saúde.

Impacto esperado

307 Esperava-se que a auditoria incentivasse o Ministério dos Assuntos Sociais a desempenhar as suas funções de líder estratégico do sistema de saúde em linha e a definir os interesses do Estado na execução da saúde em linha. Era importante que o Ministério assegurasse a integração do planeamento estratégico e financeiro, uma vez que a auditoria demonstrou que, à época, não havia uma visão geral do custo da conclusão e da execução dos projetos de saúde em linha. Globalmente, esperava-se que o relatório de auditoria contribuisse para o desenvolvimento do sistema de saúde em linha, de modo a que o potencial deste sistema para os prestadores de cuidados de saúde, os doentes e o Estado fosse plenamente realizado.



Letónia *Valsts Kontrole*

O projeto "Saúde em linha na Letónia" constitui um passo na direção certa?

Síntese

308 A auditoria da ISC letã avaliou se as atividades do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde eram eficazes, produtivas e concentradas na concretização dos objetivos da introdução da saúde em linha e se os investimentos na saúde em linha na Letónia foram utilizados de forma económica e produtiva. A auditoria abrangeu o período compreendido entre 1 de janeiro de 2007 e 1 de abril de 2015.

309 O prazo para a execução da saúde em linha era o final de 2015. Tinham sido investidos 14,5 milhões de euros ao longo de nove anos, mas não havia serviços de saúde em linha disponíveis para os utilizadores. Entretanto, em 1 de janeiro de 2016, o sistema de informação de saúde em linha foi tornado obrigatório para todos os prestadores de serviços de saúde (para tratamentos em ambulatório e com internamento hospitalar, marcações eletrónicas, encaminhamento eletrónico para exames ou tratamentos, receitas eletrónicas e atestados médicos eletrónicos).

Metodologia da auditoria

310 A principal questão de auditoria foi a seguinte: A saúde em linha foi executada de forma a alcançar o seu objetivo de promover cuidados de saúde mais eficientes?

311 Para dar resposta a esta questão principal, a ISC examinou se:

- o sistema de saúde em linha permitiria resolver os problemas e alcançar os objetivos;
- as atividades desenvolvidas pelo Serviço Nacional de Saúde com vista à introdução da saúde em linha foram adequadas para a concretização dos objetivos;

- o o novo sistema de informação de saúde em linha garantia a segurança das informações e a proteção dos dados pessoais;
- o existiam uma supervisão e controlos eficientes do projeto "Saúde em linha na Letónia".

312 As principais entidades auditadas foram o Ministério da Saúde e a sua instituição subordinada, o Serviço Nacional de Saúde, que foi responsável pela execução da saúde em linha.

313 A metodologia da auditoria incluiu a análise de legislação e regulamentação externa, a avaliação da política aplicada pelo Ministério da Saúde e a avaliação da conformidade da saúde em linha com os requisitos de segurança dos dados e de proteção dos dados pessoais (dos doentes), bem como inquéritos, uma análise de documentação e entrevistas com funcionários do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde.

Principais observações

314 O projeto executado pelo Ministério da Saúde é um passo na direção certa para melhorar a eficácia da prestação de serviços de saúde. Permitirá aos doentes terem um maior controlo sobre sua saúde, na medida em que os incentiva a seguir um estilo de vida saudável e proporcionará uma base mais sólida para a tomada de decisões, acelerará os serviços do setor da saúde e assegurará informações acessíveis e de alta qualidade.

315 Não obstante, a política definida pelo Ministério da Saúde para o domínio da saúde em linha não foi executada com o âmbito e no prazo previstos; assim, o objetivo de melhorar a eficácia da prestação de serviços de saúde foi apenas parcialmente alcançado.

316 Surgiram deficiências (erros) substanciais desde o início da execução do projeto de saúde em linha: os especialistas do setor não estiveram envolvidos no projeto, houve múltiplas mudanças na instituição responsável pela execução do projeto, bem como uma gestão ineficaz do projeto e, por último, não houve uma supervisão adequada do projeto.

- o Embora o Ministério da Saúde tenha elaborado um documento de planeamento para a execução da saúde em linha, ao longo de um período de nove anos (desde 2007) este documento não foi atualizado e não refletia a situação real.

- Apesar de terem passado nove anos desde o início do projeto de saúde em linha (2007) e de o Ministério da Saúde ter investido 14,5 milhões de euros no projeto, em 1 de abril de 2015 o sistema de informação de saúde e os serviços em linha previstos não estavam acessíveis aos utilizadores.
- Havia o risco de a população e os prestadores de serviços de saúde não aderirem suficientemente ao sistema de saúde em linha, por este não ser compreensível e acessível a todos os potenciais utilizadores.
- Em 1 de abril de 2015, o sistema de informação de saúde em linha não estava pronto, no que respeita à segurança dos dados e à proteção dos dados pessoais.
- A supervisão e os controlos da execução da saúde em linha, assegurados pelo Ministério da Saúde, não foram suficientemente eficazes.

Recomendações

317 A ISC da Letónia formulou várias recomendações. Na principal, recomendou ao Ministério da Saúde alterar o regulamento relativo à data de início da utilização obrigatória dos sistemas de informação de saúde em linha, de modo a prever um período de tempo para corrigir as deficiências detetadas, e estabelecer um prazo razoável – pelo menos seis meses – para as partes interessadas aderirem voluntariamente ao sistema de informação de saúde em linha.

318 Tendo em vista o lançamento do sistema de informação de saúde em linha em boas condições, a ISC recomendou ao Ministério da Saúde:

- testar repetidamente todas as soluções de saúde em linha desenvolvidas de acordo com os requisitos das especificações técnicas, a fim de obter garantias quanto ao funcionamento do sistema, à sua interoperabilidade com outros sistemas e à sua compatibilidade semântica;
- corrigir todas as deficiências e imperfeições relacionadas com a segurança dos dados e a proteção dos dados de pessoas físicas;
- desenvolver um plano para empresas que abranja todos os prestadores de serviços de saúde que utilizam o sistema de informação de saúde em linha, a fim de melhorar a eficácia dos cuidados de saúde;

- o após o lançamento do sistema de informação de saúde em linha e quando os prestadores de serviços de saúde puderem aderir livremente a esse sistema, realizar uma campanha de informação direcionada para o promover.

Publicação e seguimento

319 O relatório foi apresentado à Comissão das Despesas Públicas e Auditoria do Parlamento. O relatório foi publicado no sítio Internet da ISC da Letónia em 8 de setembro de 2015. A publicação foi acompanhada de uma conferência de imprensa e de um comunicado de imprensa.

320 O Ministério da Saúde deve informar a ISC da Letónia sobre a execução das recomendações, de acordo com o calendário acordado. Após receber estas informações, a ISC da Letónia avalia os progressos realizados pelo Ministério da Saúde. Em 2019, o Ministério da Saúde tinha executado 70% das recomendações.

Impacto esperado

321 Tendo em conta que, quando a auditoria foi realizada, o sistema de informação de saúde em linha ainda não era obrigatório e estava em fase de execução, esperava-se que todas as recomendações da auditoria contribuíssem para melhorar o processo de execução da saúde em linha e, em última instância, para assegurar o êxito da utilização do sistema por todas as partes interessadas, de modo a melhorar a eficácia da prestação de serviços de saúde. A partir de 2016, o sistema de informação de saúde em linha e os serviços eletrónicos foram sendo progressivamente disponibilizados aos utilizadores. De acordo com as estatísticas, os serviços de saúde em linha mais utilizados são o atestado médico eletrónico e as receitas eletrónicas: em 2018, foram emitidos um milhão de atestados médicos eletrónicos e 11,7 milhões de receitas eletrónicas.

PARTE III – Relatórios das ISC em traços largos

118

Sustentabilidade orçamental e outros aspetos financeiros



Eslováquia

Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky

Finanças públicas e propriedade dos estabelecimentos de saúde

Síntese

322 A auditoria da ISC eslovaca avaliou se as finanças públicas e a propriedade dos estabelecimentos de saúde estavam em conformidade com a legislação.

323 A auditoria abrangeu o período de 2011-2015. Tendo em vista uma avaliação objetiva de alguns dos factos auditados, foram igualmente tidos em conta outros anos.

Metodologia da auditoria

324 As principais questões de auditoria foram as seguintes:

- O orçamento da entidade auditada era realista?
- O princípio do equilíbrio orçamental foi respeitado?
- Qual era a situação financeira dos vários estabelecimentos de saúde?
- O passivo das entidades auditadas foi pago?
- A entidade auditada investiu na aquisição de novos equipamentos médicos e foram elaborados planos de investimento?
- Os concursos públicos foram transparentes e não discriminatórios e foram observados os princípios da economia e da eficácia?
- Há diferenças nos tipos de estabelecimentos de saúde (do ponto de vista da propriedade) em cada um dos domínios auditados?

325 As principais entidades auditadas foram hospitais e centros médicos, incluindo 22 públicos (14 do Estado e 8 de entidades autónomas), 10 que tinham sido convertidos noutra espécie de entidades (sociedades anónimas, sociedades de responsabilidade limitada, organizações sem fins lucrativos) e 6 privados.

326 A metodologia de auditoria incluiu a análise de documentos, entrevistas, análise comparativa e análise de dados estatísticos.

Principais observações

327 Muitas constatações aplicavam-se a todos os tipos de estabelecimentos de saúde (do Estado, autónomos, convertidos e privados), embora, em alguns domínios, os métodos de gestão fossem significativamente diferentes.

- O processo de orçamentação e de aprovação orçamental dos estabelecimentos do Estado e autónomos não era realista, uma vez que em anos anteriores o resultado económico tinha sido negativo. As entidades de tutela, que aprovam e controlam os orçamentos, também têm uma certa responsabilidade pela insuficiente qualidade dos orçamentos. Constatou-se que o acesso à gestão orçamental e à gestão de ativos era melhor nos estabelecimentos convertidos e, sobretudo, nos privados.
- Existia uma relação direta entre o nível de gestão, o controlo dos recursos orçamentais e os resultados económicos alcançados. A gestão da maior parte dos estabelecimentos de saúde convertidos e dos hospitais privados permitiu obter lucros (exceto num estabelecimento convertido e num hospital privado).
- O custo dos cuidados de saúde aumentou, mas esse aumento não foi coberto pelas receitas. As entidades auditadas comunicaram montantes significativos de cuidados de saúde por pagar. A ISC eslovaca considera a falta de pagamento de cuidados de saúde reconhecidos pelas companhias de seguros de saúde uma das principais causas do endividamento dos hospitais.
- Registrou-se um aumento anual das autorizações durante cerca de um terço do período auditado (2011-2015).

- Os investimentos no domínio da tecnologia médica foram reduzidos nos estabelecimentos de saúde públicos, com o conseqüente aumento dos custos de reparação e manutenção. Acresce que não foi adotado qualquer plano de investimento.
- No domínio da contratação pública, detetaram-se deficiências relativas à discriminação dos proponentes, à informação privilegiada de alguns proponentes, à associação da aquisição de equipamento médico a trabalhos de construção, à suspeita de conluio e à suspeita de prática de preços excessivos. O preço do equipamento médico adquirido por estabelecimentos privados foi significativamente mais baixo do que o do adquirido por estabelecimentos com outra forma de propriedade.
- Foram celebrados vários contratos de serviços desvantajosos por estabelecimentos de saúde autónomos ou do Estado.
- Os objetivos da saúde em linha e de grupos relacionados com diagnóstico não foram totalmente atingidos.

Recomendações

328 As recomendações formuladas pela ISC eslovaca para resolver as insuficiências detetadas e melhorar a gestão das finanças públicas e dos ativos dos estabelecimentos de saúde prenderam-se, principalmente, com a gestão e a auditoria das despesas financeiras e materiais, a unificação dos relatórios e registos, a fim de otimizar parâmetros, e a opção de compra de equipamento médico de forma centralizada.

Publicação e seguimento

329 O relatório foi enviado ao Presidente da República Eslovaca, ao Presidente do Conselho Nacional da República Eslovaca, a duas comissões parlamentares e ao Primeiro-Ministro da República Eslovaca. Os resultados também foram enviados para o Serviço Antimonopólio da República Eslovaca, o Serviço de Supervisão dos Cuidados de Saúde, o Serviço de Contratação Pública, o Ministério da Saúde da República Eslovaca, a Procuradoria-Geral da República Eslovaca e a Agência Nacional de Combate à Criminalidade. Os resultados da auditoria foram apresentados à imprensa, à rádio e à televisão.

330 Em aplicação da Lei relativa à ISC da Eslováquia, os hospitais/estabelecimentos de saúde auditados foram obrigados a tomar medidas para corrigir as deficiências detetadas e a apresentá-las à ISC num prazo estipulado. As entidades auditadas adotaram um total de 168 medidas, das quais 122 foram adotadas por estabelecimentos públicos, 41 por convertidos e 5 por privados.

331 Em conformidade com a mesma lei, as entidades auditadas apresentaram à ISC eslovaca relatórios escritos sobre a situação da aplicação das medidas destinadas a corrigir as deficiências detetadas. De acordo com os relatórios apresentados, a ISC acompanhou a aplicação das medidas adotadas e propôs outros procedimentos (por exemplo, o acompanhamento da aplicação das medidas, a auditoria da aplicação das medidas por uma entidade auditada específica, etc.).

Impacto esperado

332 Os resultados da auditoria podem suscitar:

- o alterações organizacionais/processuais no Ministério da Saúde da República Eslovaca no que respeita à gestão das organizações tuteladas e elaboração e aprovação de orçamentos para estabelecimentos de saúde do Estado e a sua relação com as companhias de seguros de saúde;
- o a revisão da decisão de investir em novos dispositivos médicos;
- o procedimentos destinados a assegurar a aquisição centralizada de equipamentos médicos;
- o outras mudanças sistémicas na execução da política de saúde.



Espanha

Tribunal de Cuentas

Gestão e controlo das prestações farmacêuticas a cargo da Mutualidade Geral dos Funcionários Civis do Estado (MUFACE)

Síntese

333 A auditoria da ISC espanhola avaliou a gestão e o controlo das prestações farmacêuticas a cargo da Mutualidade Geral dos Funcionários Civis do Estado (MUFACE). A auditoria incidiu no exercício orçamental de 2015.

334 A MUFACE tem muitos membros com direito a prestações farmacêuticas, processa um grande número de pagamentos, num montante elevado, e participam neste processo muitas empresas privadas. Além disso, foram detetadas deficiências e pagamentos excessivos de prestações farmacêuticas financiadas por organismos semelhantes, cuja gestão já tinha sido analisada.

Metodologia da auditoria

335 A auditoria tinha por principal objetivo verificar se as prestações farmacêuticas às farmácias e aos hospitais tinham sido faturadas e pagas em conformidade com a regulamentação em vigor e com os princípios da boa gestão financeira.

336 Os objetivos específicos consistiam em analisar os procedimentos utilizados pela MUFACE para verificar a faturação e o pagamento das prestações farmacêuticas às farmácias e aos hospitais em conformidade com os regulamentos e princípios referidos, bem como em avaliar se as receitas médicas foram financiadas pela MUFACE nos termos do regulamento aplicável e do acordo assinado com o Conselho Geral das Associações Provinciais de Farmácias de Espanha.

337 A principal entidade auditada foi a MUFACE, um organismo autónomo tutelado pelo Ministério da Política Territorial e da Função Pública.

338 A avaliação foi realizada com recurso a análise de documentos, entrevistas, amostragem e análise de dados durante o trabalho de campo. Foram analisadas bases de dados e ficheiros de pagamento dos beneficiários de serviços farmacêuticos e foram realizadas verificações e controlos nas aplicações informáticas utilizadas para a gestão dos ficheiros relativos às prestações farmacêuticas.

Principais observações

339 A ISC espanhola formulou as seguintes observações:

- Os limites de controlo ao consumo de medicamentos com efeitos psicotrópicos definidos pela MUFACE eram os mesmos para todas as substâncias ativas, independentemente das doses máximas recomendadas para cada tipo de medicação pela Agência para os Medicamentos e Produtos de Saúde espanhola.
- O sistema de alertas estabelecido para limitar a entrega de formulários de receitas aos membros que excedessem a utilização normal de medicamentos tinha várias deficiências (falta de instruções, ausência de alertas sobre os membros que já tinham abandonado a MUFACE, não tinham qualquer utilização de medicamentos ou tinham uma utilização excessiva de medicamentos).
- O procedimento de pagamento das prestações farmacêuticas descentralizadas não correspondia a qualquer dos três tipos especificados na Lei Orçamental espanhola nº 47/2003, de 26 de novembro de 2003.
- Foram detetadas faturas duplicadas no montante de 55 998 euros.
- O montante pendente para ser descontado em 31 de dezembro de 2016, devido ao facto de os limites máximos de despesa para 2015 relativos a certos medicamentos terem sido ultrapassados, ascendia a 329 988 euros.
- Nos processos de medicamentos utilizados para o tratamento da hepatite C financiados pela MUFACE, o preço correspondente tinha sido pago, mas, em geral, os hospitais não efetuavam a dedução de 7,5% prevista no artigo 9º do Decreto-Lei Real espanhol 8/2010.

Recomendações

340 A ISC espanhola formulou as seguintes recomendações:

- o reforçar os controlos, realizando comparações regulares entre as bases de dados da MUFACE, as da Agência Tributária espanhola (verificação do nível de rendimento) e as do Instituto Nacional de Segurança Social (verificação da afiliação);
- o promover a implantação do sistema de receitas eletrónicas, de modo a assegurar um maior controlo sobre os médicos que prescrevem medicamentos e outros requisitos de validade e dispensa desses medicamentos;
- o adotar medidas adequadas com vista a uma boa gestão dos formulários de receitas, da sua produção e distribuição, bem como ao controlo das existências;
- o adaptar as instruções sobre o regime de prestações farmacêuticas ao procedimento real de tratamento dessas prestações, corrigindo as deficiências atuais do sistema de alerta para o consumo de medicamentos, melhorando e reforçando os controlos estabelecidos para este efeito, definindo limites de consumo em função da substância ativa de cada medicamento;
- o tomar medidas destinadas a recuperar os pagamentos excessivos aos hospitais para financiamento da medicação para a hepatite C e adotar medidas adequadas para permitir aos hospitais a aplicação da dedução de 7,5% no processo de faturação de medicamentos dispensados pelo hospital;
- o alterar o procedimento de gestão dos pagamentos de medicamentos dispensados pelos hospitais, que é efetuado através das contas bancárias da MUFACE.

Publicação e seguimento

341 O anteprojeto de relatório foi enviado à MUFACE, para que esta apresentasse as suas observações. O relatório final de auditoria foi apresentado à Comissão Parlamentar em 16 de novembro de 2017.

342 O relatório de auditoria está disponível no sítio Internet da ISC espanhola desde 1 de outubro de 2017. Em 16 de outubro de 2017, foi publicado um comunicado de imprensa que sintetiza as principais conclusões e recomendações. A Resolução da Comissão Parlamentar,

datada de 23 de novembro de 2017, foi publicada no Diário Oficial do Estado em 26 de fevereiro de 2018.

343 O seguimento das recomendações do relatório será realizado através de um relatório de seguimento específico ou da realização de novas tarefas de auditoria relacionadas com a mesma entidade. Até ao momento, não foram realizadas quaisquer ações de seguimento, uma vez que o relatório foi aprovado há muito pouco tempo.

Impacto esperado

344 Em 27 de março de 2018, o Diretor-Geral da MUFACE informou a ISC espanhola acerca da introdução de diversas alterações organizacionais, processuais e regulamentares:

- o alteração do acordo de saúde;
- o alteração da resolução sobre a delegação de tarefas, de 23 de maio de 2012;
- o alteração das regras contabilísticas específicas da MUFACE relacionadas com despesas, pagamentos, controlo financeiro e contabilidade;
- o reforço dos controlos, controlos cruzados regulares entre bases de dados de membros, em especial no que respeita a beneficiários e titulares;
- o introdução prevista para 2018 de uma aplicação informática específica para a gestão do pagamento de medicamentos;
- o adoção de medidas destinadas a recuperar os pagamentos em excesso a hospitais para o financiamento de medicamentos para a hepatite C;
- o aplicação de um sistema de receitas eletrónicas, melhoria dos controlos de deteção e prevenção do consumo excessivo de medicamentos, adoção de medidas adequadas com vista a uma boa gestão dos formulários de receitas.



Finlândia

Valtiontalouden Tarkastusvirasto

Projeções relativas à evolução das despesas da segurança social

Síntese

345 A auditoria da ISC finlandesa avaliou a fiabilidade das projeções relativas à evolução das despesas da segurança social. Estas projeções são utilizadas como base para a tomada de decisões políticas e para estimativas de sustentabilidade económica.

346 A auditoria incidiu na utilização do modelo macroeconómico para as projeções das despesas da segurança social. O modelo foi redefinido nos anos de 2007-2009 e a auditoria incidiu principalmente no período posterior a 2010. Abrangeu as projeções relativas à evolução a longo prazo das despesas de segurança social utilizadas como base para as decisões de política social e de saúde. Algumas projeções foram elaboradas no Ministério dos Assuntos Sociais e da Saúde, com o modelo de análise das despesas da segurança social (modelo SOME).

Metodologia da auditoria

347 A principal questão de auditoria foi a seguinte: Até que ponto são fiáveis as projeções relativas à evolução das despesas da segurança social utilizadas como base para as decisões políticas e para as estimativas de sustentabilidade económica?

348 A ISC dividiu esta questão principal em várias subquestões:

- 1) Que tipo de projeções ou previsões relativas à evolução das despesas da segurança social são elaboradas para a tomada de decisões?
 - a) Quais são as principais diferenças entre estas?
 - b) Como são utilizadas nos processos de tomada de decisões?

- c) Qual é o papel das previsões de população elaboradas pelo Instituto de Estatísticas da Finlândia nessas projeções?
- d) Que tipo de cooperação existe entre as autoridades que elaboram as projeções e as que utilizam?
- 2) O Ministério dos Assuntos Sociais e da Saúde tem capacidade para desenvolver o modelo de acordo com a procura?
 - a) Até que ponto o modelo é flexível no que respeita ao seu desenvolvimento?
 - b) O Ministério dispõe de recursos e competências técnicas suficientes para desenvolver o modelo?
- 3) A formulação de políticas assenta em métodos abertos e transparentes em termos de projeções relativas à evolução das despesas da segurança social?
 - a) Como são documentados os modelos e os pressupostos subjacentes?
 - b) São sistematicamente realizadas e publicadas análises de sensibilidade baseadas em pressupostos?

349 As principais entidades auditadas foram o Ministério dos Assuntos Sociais e da Saúde e o Ministério das Finanças.

350 Foram obtidas provas a partir de uma avaliação da transparência e da metodologia das projeções utilizada pelo Ministério dos Assuntos Sociais e da Saúde, de entrevistas com peritos do Ministério dos Assuntos Sociais e da Saúde e do Ministério das Finanças, bem como noutras instituições que produzem projeções (o Instituto do Seguro Social da Finlândia (Kela) e o Centro de Pensões Finlandês (ETK)), da análise e da comparação dos métodos do modelo SOME utilizados no Ministério dos Assuntos Sociais e da Saúde e dos métodos utilizados para as projeções no Kela e no ETK.

Principais observações

351 A ISC finlandesa formulou as seguintes observações:

- o O modelo SOME revelou-se o modelo mais abrangente utilizado na produção de projeções de evolução a longo prazo para as despesas da segurança social. O quadro contabilístico estava claramente estruturado e fornecia uma boa base para aprofundamento.
- o A descrição do modelo e o manual técnico eram exaustivos e pormenorizados. Contudo, a descrição não tinha sido atualizada, apesar de diversas mudanças terem sido incorporadas no modelo desde a sua introdução.
- o Eram necessárias versões mais avançadas do modelo. Por exemplo, a reforma do sistema social e de saúde (reforma SOTE) tornou necessárias projeções relativas à evolução das despesas da segurança social em regiões SOTE individuais.
- o O modelo SOME desempenhou um papel central nas estimativas do défice de sustentabilidade do Ministério das Finanças, na medida em que serviu de base para as estimativas das despesas relacionadas com o envelhecimento. As projeções relativas à evolução dessas despesas foram elaboradas conjuntamente pelo Ministério dos Assuntos Sociais e da Saúde e pelo Ministério das Finanças a título oficioso. A divisão de responsabilidades neste processo de cooperação foi pouco clara, embora a responsabilidade última pela estimativa do défice de sustentabilidade fosse do Ministério das Finanças. A metodologia utilizada na estimativa do défice de sustentabilidade das despesas relacionadas com o envelhecimento estava descrita de maneira geral e pouco transparente.
- o Os cenários ou as análises de sensibilidade elaborados com o modelo SOME não foram publicados regularmente. A publicação sistemática dos resultados proporcionaria uma base para um diálogo entre especialistas, tornaria a formulação de políticas sociais e de saúde e as estimativas do défice de sustentabilidade produzidas pelo Ministério das Finanças mais abertas e transparentes e facilitaria o desenvolvimento do modelo.
- o Os recursos afetados ao modelo SOME não eram necessariamente adequados para o seu desenvolvimento em conformidade com a procura e de forma a permitir a análise sistemática dos resultados.

Recomendações

352 A ISC finlandesa formulou as seguintes recomendações:

- o O Ministério dos Assuntos Sociais e da Saúde deve assegurar que o manual técnico do modelo SOME é atualizado. Devem também ser publicados regularmente relatórios sobre os cálculos dos cenários produzidos com o modelo SOME que incluam análises de sensibilidade.
- o No desenvolvimento do modelo SOME, o Ministério dos Assuntos Sociais e da Saúde deve ter em conta as novas necessidades de informação decorrentes da reforma SOTE. O Ministério deve afetar recursos adequados ao trabalho de desenvolvimento e de análise regular e assegurar uma cooperação suficiente, a nível de peritos, com outras organizações que elaborem projeções relativas à evolução das despesas da segurança social, e prestar-lhes informações.
- o Deve ser descrita de forma transparente a cooperação entre o Ministério dos Assuntos Sociais e da Saúde e o Ministério das Finanças na elaboração da estimativa do défice de sustentabilidade que visa determinar as despesas relacionadas com o envelhecimento. O Ministério das Finanças deve preparar uma descrição exaustiva e transparente da metodologia utilizada na estimativa do défice de sustentabilidade e utilizar análises de sensibilidade nos relatórios regulares sobre essa estimativa, por exemplo, relativamente à evolução das despesas da segurança social.
- o A análise baseada no modelo pode igualmente ser utilizada com mais frequência no planeamento de políticas de curto prazo.

Publicação e seguimento

353 O relatório foi apresentado às entidades auditadas e à Comissão de Auditoria do Parlamento. Foi publicado no sítio Internet da ISC finlandesa em 16 de janeiro de 2017, juntamente com um comunicado de imprensa.

354 O processo de seguimento foi realizado, conforme programado, no outono de 2018 e assumiu a forma de um questionário enviado às entidades auditadas. O relatório de seguimento foi publicado no sítio Internet da ISC finlandesa.

Impacto esperado

355 Esperava-se que o Ministério dos Assuntos Sociais e da Saúde, responsável pelo modelo SOME, envidasse alguns esforços para desenvolver o modelo, documentar a metodologia e publicar sistematicamente os resultados das projeções. Esperava-se ainda que o Ministério das Finanças aumentasse a transparência da metodologia das estimativas de sustentabilidade económica e da utilização do modelo SOME nesse contexto.



Grécia

Ελεγκτικό Συνέδριο

Auditoria temática horizontal sobre os atrasos nos pagamentos do Estado aos hospitais, à Organização Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde (EOPYY) e a uma direção regional de saúde

Síntese

356 A ISC grega avaliou a acumulação de atrasos nos pagamentos do Estado.

357 A auditoria abrangeu o período compreendido entre 31 de dezembro de 2016 e 30 de setembro de 2017.

Metodologia da auditoria

358 As principais questões de auditoria foram as seguintes:

- O financiamento do Mecanismo Europeu de Estabilidade para a liquidação dos pagamentos em atraso foi utilizado para o fim a que se destina?
- Por que continuam a acumular-se atrasos nos pagamentos?

359 As principais entidades auditadas foram seis hospitais, a Organização Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde (EOPYY) e a Primeira Direção Regional de Saúde de Ática.

360 Obtiveram-se provas, principalmente, a partir de entrevistas, cartas de apuramento a terceiros (fornecedores), controlos no local sem aviso prévio relativos a entregas de bens e serviços, análise de documentos e verificação da legalidade e regularidade de documentos e procedimentos.

Principais observações

Dívidas vencidas: atrasos

361 A auditoria revelou:

- o irregularidades no envelhecimento dos atrasos e documentos comprovativos ou de pagamento incompletos relativos a fornecimentos e serviços;
- o a falta de mecanismos de acompanhamento do pagamento de juros e sanções financeiras e de registos relativos à situação de processos judiciais;
- o um número significativo de passivos não tinha sido registado ou tinha sido incorretamente registado no Registo de Autorizações, ou não constava dos sistemas informáticos;
- o os sistemas informáticos não exportaram relatórios agregados analíticos específicos sobre a compensação.

Programa de liquidação dos pagamentos em atraso

362 A ISC grega detetou:

- o casos de não conformidade com a regra "primeiro a entrar, primeiro a sair" e com os prazos para liquidação de passivos, discrepâncias entre os documentos analisados e deficiências no processo de pagamento. As constatações relativas à fiabilidade dos dados e dos sistemas de informação incidiram, sobretudo, nos sistemas de registo de passivos;
- o discrepâncias entre os sistemas de informação.

363 A auditoria centrou-se ainda na identificação de fontes de novos atrasos de pagamento. As constatações foram as seguintes:

- o Falta de liquidez, atribuída a orçamentos irrealistas, imposição de limites máximos de despesas pelo Mecanismo Europeu de Estabilidade, atrasos na aplicação de mecanismos de descontos e de reembolso, atrasos na cobrança de receitas e redução dos créditos ao abrigo de regimes específicos.

- o Devido à complexidade (e, em alguns casos, imprecisão) do quadro legislativo que rege os procedimentos de contratação, os concursos nem sempre foram concluídos (devido a questões burocráticas e ao carácter restritivo do quadro legislativo, que deram origem a inúmeros compromissos e atrasos nos reembolsos por questões legais), sendo necessário um grande volume de documentação de apoio para a liquidação dos pagamentos em atraso.
- o A avaliação dos resultados do programa de liquidação dos pagamentos em atraso revelou que o programa não estava suficientemente maduro e que, em alguns casos, não foi respeitada a regra do autofinanciamento, nomeadamente o pagamento do passivo das entidades com os seus recursos próprios.

Recomendações

364 A ISC grega recomenda:

- o modernizar os sistemas informáticos e o apoio destes aos orçamentos regulares;
- o utilizar estes sistemas para extrair automaticamente todos os relatórios necessários;
- o atualizar automaticamente o Registo de Autorizações; introduzir mudanças e melhorias específicas para assegurar a legalidade e a regularidade do registo e do pagamento de passivos e de montantes em atraso;
- o aplicar o método "primeiro a entrar, primeiro a sair" ao pagamento de passivos e reconciliar automaticamente os pagamentos com as faturas mais antigas;
- o tornar plenamente operacional o organismo central de compras para o setor da saúde pública;
- o estabelecer protocolos de produção por procedimento médico, controlos internos dos procedimentos administrativos e de pagamento ligados à contratação pública, uma codificação e classificação unificadas, especificações técnicas uniformizadas, códigos de barras comuns e registos de consumíveis, materiais e equipamentos médicos;
- o melhorar a gestão das existências;
- o acelerar a avaliação das propostas nos procedimentos de adjudicação de contratos;

- o consolidar e adotar um sistema informático comum em todos os hospitais;
- o aplicar indicadores, indicadores-chave de desempenho, parâmetros de referência, contabilidade de custos e um sistema de contabilidade de exercício;
- o aplicar, em tempo útil, o mecanismo de reembolso aos prestadores de cuidados de saúde;
- o elaborar orçamentos realistas;
- o definir regulamentos internos, controlos internos por procedimento e um manual de auditoria interna;
- o melhorar o processo de análise dos riscos nos hospitais, a adequação e a afetação do pessoal;
- o acelerar os procedimentos de apuramento e pagamento;
- o pagar mensalmente as subvenções públicas.

Publicação e seguimento

365 Os oito relatórios foram apresentados no Parlamento, numa reunião conjunta das Comissões Parlamentares Permanentes dos Assuntos Económicos e Sociais, em outubro de 2018. Os relatórios foram publicados no sítio Internet da ISC grega. A apresentação mencionada foi transmitida pelo canal de televisão do Parlamento.

366 O seguimento foi agendado para um ano mais tarde.

Impacto esperado

367 A auditoria horizontal pretendeu identificar as causas dos atrasos nos pagamentos das administrações públicas e ajudar o governo a elaborar estratégias para resolver este problema, bem como institucionalizar as reformas necessárias para evitar a ocorrência de novos atrasos.



Hungria
Állami Számvevőszék

Análise sucinta da experiência adquirida com auditorias a hospitais

Síntese

368 A análise da ISC da Hungria sintetizou a experiência que tinha adquirido com a auditoria a hospitais.

369 O trabalho abrangeu o período de 2008-2016.

Metodologia da auditoria

370 A análise incidiu:

- o na execução das tarefas pelos órgãos de governação;
- o no sistema de controlo interno dos hospitais;
- o na gestão financeira dos hospitais;
- o na gestão de ativos dos hospitais;
- o na aplicação da abordagem de integridade.

371 Entre as principais entidades auditadas contavam-se 21 hospitais, o Ministério das Capacidades Humanas e o Centro do Serviço Nacional de Saúde.

372 A metodologia incluiu a análise de documentos, análises comparativas e a análise de dados (estatísticos).

Principais observações

373 A ISC da Hungria formulou as seguintes observações:

- Os requisitos básicos para a gestão dos hospitais foram definidos pelos órgãos de governação. Ocorreram irregularidades ligadas às atividades do órgão de governação intermédio no decurso de procedimentos de contratação pública e de aprovação. No entanto, as atividades de controlo dos órgãos de governação não conduziram à boa gestão dos hospitais.
- Os diretores dos hospitais não zelaram devidamente pelo estabelecimento e funcionamento de um sistema de controlo interno adequado.
- As irregularidades na gestão financeira dos hospitais (relacionadas com o planeamento, a gestão de dotações e a contratação pública) colocaram em risco a transparência e a prestação de contas em matéria de recursos públicos.
- Os requisitos relativos à legalidade e à transparência na gestão de ativos públicos não foram observados na aquisição, na instalação, no registo e na depreciação de ativos, nem no levantamento de ativos e passivos.
- A abordagem de integridade em hospitais foi reforçada; contudo, os controlos de integridade não foram plenamente eficazes, o que resultou em irregularidades na gestão financeira.

Recomendações

374 No total, a ISC formulou 441 recomendações: 16 dirigidas ao ministro, 21 ao órgão de governação intermédio e 404 aos diretores dos hospitais.

375 As recomendações diziam respeito a vários domínios:

- o sistema de controlo interno;
- a gestão financeira;
- a gestão de ativos;
- a atividade dos órgãos de governação.

Publicação e seguimento

376 A análise foi apresentada numa conferência de imprensa em abril de 2019 e publicada no sítio Internet da ISC da Hungria.

Impacto esperado

377 Espera-se que a análise tenha um impacto, pois salienta domínios de risco. Pode levar a que as instituições tenham mais em consideração o respeito pela legislação em matéria de gestão e auxiliar outras instituições do setor a assegurar uma boa gestão e um funcionamento regular.



Itália

Corte dei conti

Execução do programa extraordinário de renovação e de modernização tecnológica dos imóveis dos estabelecimentos de saúde públicos

Síntese

378 A Auditoria da ISC italiana avaliou o programa extraordinário de renovação e de modernização tecnológica dos imóveis dos estabelecimentos de saúde públicos.

379 A auditoria abrangeu o período de 2012-2016.

380 O programa de renovação e de modernização tecnológica dos imóveis foi aprovado com a Lei nº 67/88, tendo a primeira fase sido concluída em 1996. A ISC italiana já tinha realizado uma auditoria e apresentado um relatório em maio de 2011.

Metodologia da auditoria

381 A principal questão de auditoria foi a seguinte:

- o É possível conciliar o interesse nacional na estabilidade das contas com as prioridades e necessidades em matéria de saúde e de segurança das estruturas?

382 A principal entidade auditada foi o Ministério da Saúde.

383 A avaliação foi realizada com recurso a provas obtidas na sequência de pedidos de informação e documentação apresentados ao Ministério da Saúde (Direção-Geral de Planeamento da Saúde), responsável pela execução do programa de investimentos em infraestruturas.

Principais observações

384 A ISC italiana formulou as seguintes observações:

- O Ministério da Saúde ainda não elaborou o **documento de planeamento plurianual** previsto no Decreto Legislativo nº 228/2011.
- A chamada metodologia "Mexa" não permitiu uma verdadeira avaliação da eficácia das intervenções.
- O relatório anual apresentado pelas regiões ao Ministério da Saúde sobre os progressos dos trabalhos foi considerado inadequado para acompanhar a execução dos projetos. O documento relativo ao estado de adiantamento dos trabalhos enviado anualmente pelas regiões não é adequado, visto que não apresenta devidamente os progressos reais.
- A parceria público-privada não foi utilizada de forma eficiente e os recursos privados eram escassos.

Recomendações

385 A ISC italiana formulou as seguintes recomendações:

- o Ministério da Saúde deve adotar o documento de planeamento plurianual previsto no Decreto Legislativo nº 228/2011;
- a metodologia "Mexa" deve permitir o controlo estratégico e a auditoria de resultados. A avaliação dos investimentos públicos deve ser parte de um sistema de controlo de gestão que inclua a definição de objetivos e a avaliação dos resultados alcançados.

386 Além disso, deve ser desenvolvida uma parceria público-privada para assegurar:

- inter-relações e ligações entre o setor público e o setor privado;
- uma maior visibilidade dos projetos, a fim de implicar plenamente o parceiro privado no processo de tomada de decisão;
- uma gestão mais adequada dos riscos relacionados com os projetos.

387 Além disso, o ministério deve favorecer as empresas privadas orientadas para investimentos a longo prazo e com condições para financiar projetos em fase inicial.

388 É fundamental reorganizar e melhorar a recolha de informações administrativas e contabilísticas sobre os processos de gestão subjacentes à execução do programa.

389 O Ministério da Saúde deve ter conhecimento de todas as iniciativas das entidades locais relacionadas com infraestruturas de saúde financiadas com recursos nacionais ou europeus. Além disso, deve criar uma base de dados destinada a reunir as informações necessárias para melhorar as atividades de planeamento e otimizar os investimentos.

Publicação e seguimento

Apresentação do relatório

390 O relatório foi apresentado ao Parlamento, ao Ministério da Economia e das Finanças, ao Ministério da Saúde e às regiões de Veneto, Emília-Romanha e Calábria.

391 O relatório foi publicado no sítio Internet da ISC italiana em 9 de abril de 2018.

Impacto esperado

392 A ISC italiana espera o seguinte impacto:

- o mudanças legislativas que facilitem a renovação e a modernização tecnológica dos imóveis do setor da saúde pública;
- o uma melhor avaliação de problemas críticos sublinhados pelas entidades auditadas, tendo em vista o desenvolvimento de novas soluções;
- o uma maior atenção à segurança dos edifícios, em especial no que respeita à utilização de materiais antissísmicos e ignífugos.



Cour des comptes
Grand-Duché de Luxembourg

Luxemburgo

Cour des comptes

Financiamento público dos investimentos
hospitalares

Síntese

393 A ISC luxemburguesa avaliou o financiamento público dos investimentos hospitalares no período de 2011-2017.

Metodologia da auditoria

394 A auditoria tinha por objetivo verificar se tinham sido cumpridos os requisitos do Regulamento Grão-Ducal que estabelece as normas de execução da participação do Estado em investimentos hospitalares. Além disso, a ISC analisou a eficácia e a coerência dos mecanismos de inspeção do Ministério da Saúde para validação dos pedidos de reembolso apresentados pelos hospitais.

395 As principais entidades auditadas foram o Ministério da Saúde e uma amostra de beneficiários da participação do Estado.

396 A metodologia de auditoria incluiu entrevistas com os organismos auditados e uma análise dos documentos fornecidos.

Principais observações

Participação do Estado no financiamento da modernização, renovação ou construção de hospitais

397 O Ministério da Saúde não forneceu uma demonstração financeira com a comparação dos custos dos projetos autorizados pela lei com o custo efetivo dos investimentos, incluindo a justificação de eventuais derrapagens financeiras superiores aos aumentos legais.

Disposições legislativas e regulamentares

398 Apesar de exigido por lei, não foi concluído qualquer acordo relativo à concessão de auxílio a alguns projetos dos hospitais, por exemplo, a ampliação de um hospital e obras nas instalações centrais de esterilização de outro. Além disso, as obras de um projeto foram realizadas sem autorização prévia formal do Ministro da Saúde.

399 A lei prevê igualmente que sejam estabelecidas por regulamento as modalidades de auxílio financeiro, por exemplo, no que se refere a prazos e procedimentos de análise de processos, documentos comprovativos a apresentar, bem como a necessidade e o âmbito de um estudo de necessidades e de impacto. Não obstante, à data da auditoria, esse regulamento não tinha sido adotado.

Acompanhamento de projetos de construção e/ou modernização

400 Em relação aos quatro projetos incluídos na amostra, os gestores de projeto elaboraram regularmente relatórios de progresso, mas não os apresentaram sistematicamente ao ministério, conforme exigido pelo regulamento.

401 Os auditores também detetaram diversas incoerências entre a programação plurianual do Fundo de Infraestruturas Hospitalares, elaborada no âmbito do orçamento de receitas e despesas do Estado, e os quadros de acompanhamento dos projetos subvencionados, elaborados para cada hospital pelo Ministério da Saúde.

402 No que se refere ao ajustamento do orçamento de projetos de investimento hospitalar a fim de ter em conta eventuais mudanças no índice de preços de construção, os auditores observaram que o Ministério da Saúde não dispunha de meios para determinar com precisão o orçamento disponível para um projeto em curso ou para verificar os cálculos dos hospitais.

Pedidos de reembolso

403 Os auditores observaram que 1) os projetos foram autorizados e subvencionados por entidades distintas; 2) não havia contacto entre estas entidades; 3) um único funcionário era responsável pela verificação dos pedidos de reembolso.

404 A lei encarrega o Comissário do Governo para os Hospitais de examinar a atribuição de subvenções públicas e os pedidos de reembolso. Embora os seus poderes tenham sido reforçados, os auditores concluíram que o Comissário não tem condições para exercer plenamente as suas funções devido à falta de recursos humanos suficientes.

405 Além disso, nos termos da lei, o Estado cobre 80% dos custos dos investimentos em bens móveis e imóveis em hospitais autorizados pelo Ministro da Saúde. Contudo, os auditores verificaram que o Ministro da Saúde tinha derogado esta regra em várias ocasiões.

406 No que se refere aos domínios que não podem ser subvencionados pelo Ministério da Saúde, o regulamento especifica que, em relação às partes do projeto que não podem ser separadas, os custos das partes não subvencionadas serão calculados no final dos trabalhos. Todavia, num projeto da amostra, apenas os custos do parque de estacionamento subterrâneo foram reavaliados no final do projeto. Noutro projeto, os custos dos domínios não subvencionados foram reavaliados, mas não ficou claro se essa separação foi relevante, uma vez que não foram fornecidas diversas informações.

407 Embora o regulamento estipule que o Ministro da Saúde pode adotar regras de elegibilidade uniformes para todos os hospitais, este não o fez.

Recomendações

Participação do Estado no financiamento da modernização, renovação e construção de hospitais

408 O Ministério da Saúde deve:

- o informar periodicamente a Câmara dos Deputados sobre os progressos dos grandes projetos de investimento hospitalar com financiamento público;
- o observar procedimentos semelhantes aos seguidos na Câmara dos Deputados para os projetos de infraestruturas executados pelo Estado, a saber, qualquer mudança significativa de programa deve ser analisada, deve ser apresentado um novo projeto de lei sempre que as despesas de um projeto excedam 5% do montante autorizado e deve ser apresentada uma repartição final das despesas para cada projeto individual autorizado por uma lei de financiamento.

Acompanhamento de projetos de construção e/ou modernização

409 O Ministério da Saúde deve:

- o especificar as informações de que necessita e exigir o envio regular de relatórios;
- o analisar em pormenor os dados financeiros dos projetos e utilizar um único instrumento de acompanhamento para esse efeito;
- o criar a sua própria ferramenta para calcular os ajustamentos orçamentais e comunicar regularmente aos hospitais o orçamento remanescente.

Pedidos de reembolso

410 As tarefas de autorização e financiamento de projetos de modernização e/ou construção devem ser agrupadas numa nova unidade especial que conte com a colaboração de peritos da Administração dos Edifícios Públicos. O Ministério deve elaborar uma lista dos custos de investimento não elegíveis para subvenções, definir limites financeiros para determinados tipos de despesas e incluir a lista em futuras convenções de financiamento. Todas as partes de um projeto devem ser reavaliadas no final do projeto e deve ser feita uma repartição dos custos efetivamente incorridos.

Publicação e seguimento

411 No âmbito do procedimento de contraditório, as constatações e recomendações foram transmitidas à entidade auditada em 15 de novembro de 2018. O relatório especial foi apresentado à Câmara dos Deputados em 29 de abril de 2019 e posteriormente publicado no sítio Internet da ISC, juntamente com um comunicado de imprensa.

412 Os relatórios especiais da ISC são acompanhados pela Comissão de Execução Orçamental da Câmara dos Deputados, que elabora um relatório sobre as medidas tomadas pelas autoridades em causa em resposta às recomendações da ISC.

Impacto esperado

413 O impacto esperado consiste na otimização do procedimento de atribuição de subvenções a investimentos hospitalares e na informação regular da Câmara dos Deputados acerca dos progressos dos grandes projetos de investimento hospitalar com financiamento público.



República Checa

Nejvyšší kontrolní úřad

Fundos despendidos por hospitais selecionados para o reembolso de custos

Síntese

414 A auditoria da ISC da República Checa avaliou o cumprimento da legislação pelos hospitais universitários nos seus contratos de aquisição de materiais, bens e serviços e se os ministérios, enquanto entidades de tutela dos hospitais, cumpriam as suas obrigações legais. A auditoria abrangeu o período de 2014-2016.

415 A ISC auditou a aquisição de volumes significativos de medicamentos e dispositivos médicos. Além disso, os auditores examinaram a obrigação dos hospitais universitários de selecionarem os fornecedores através de concursos públicos e avaliaram se os ministérios cumpriram as obrigações da entidade de tutela, em conformidade com a lei.

Metodologia da auditoria

416 As principais questões colocadas pela auditoria foram as seguintes:

- A aquisição de materiais, bens e serviços (nomeadamente medicamentos e dispositivos médicos) por hospitais universitários está em conformidade com a legislação, é eficiente e eficaz em termos de custos?
- Há diferenças significativas no preço de compra unitário entre hospitais universitários?
- O Ministério da Saúde e o Ministério da Defesa cumprem as suas funções enquanto entidades de tutela dos hospitais universitários?

417 As principais entidades auditadas foram as entidades de tutela dos hospitais universitários, a saber, o Ministério da Saúde e o Ministério da Defesa, bem como o Hospital Universitário de Brno, o Hospital Universitário de Motol e o Hospital Militar Central (Centro Hospitalar Universitário e Militar de Praga).

418 A avaliação foi realizada com base na análise das provas recolhidas, na análise documental, em entrevistas e em comparações.

Principais observações

419 A ISC checa formulou as seguintes observações:

- A aquisição de materiais e bens era expedita, mas nem sempre eficaz em termos de custos ou conforme à legislação. A aquisição de serviços nem sempre era eficaz em termos de custos ou conforme à legislação. Em alguns casos, os ministérios não cumpriram as obrigações que lhes incumbiam nos termos da lei enquanto entidades de tutela.
- Os hospitais universitários adquiriram medicamentos por concurso ou por ajuste direto com os fornecedores. Devido à vasta gama de medicamentos e dispositivos médicos utilizados, à necessidade de assegurar as funções vitais dos doentes, à existência de um único fabricante no mercado ou ao fracasso de um concurso, os hospitais universitários nem sempre puderam selecionar um fornecedor de acordo com os resultados do concurso. A percentagem de bens adquiridos fora dos concursos foi considerável, apesar de todos os hospitais universitários (à exceção do Hospital Universitário de Brno) terem justificado a aquisição de medicamentos e equipamento médico sem concurso.
- Os critérios estabelecidos para a avaliação das propostas não eram uniformes em todos os hospitais universitários.
- Uma comparação dos preços de compra unitários dos diferentes hospitais universitários numa amostra de auditoria com os mesmos medicamentos e dispositivos médicos revelou diferenças significativas tanto em termos absolutos como relativos.

- o Entre os hospitais universitários, o preço de compra unitário de uma amostra selecionada de medicamentos e dispositivos médicos diferia significativamente, muitas vezes até em compras aos mesmos fornecedores. Estas diferenças de preços deveram-se, sobretudo, a descontos dos fornecedores, à existência de um único fabricante, à escassez no fornecedor, à aquisição sem concurso, à distribuição direta por um único fornecedor, a mudanças no reembolso ou à introdução de um genérico no mercado. A ISC considera que é possível reduzir os custos nestas diferenças de preços significativas.
- o O sistema de bonificações da saúde não tinha regras claras para a aquisição de medicamentos e dispositivos médicos. O conceito de bonificação não estava definido na lei, baseando-se apenas nos termos de uma relação contratual específica entre o hospital universitário e o fornecedor. Os hospitais universitários não seguiam um procedimento unificado de negociação das bonificações e de utilização das receitas da bonificação. Por norma, os hospitais universitários celebravam contratos de bonificação separados da relação contratual de fornecimento principal. Invocando o sigilo comercial, os hospitais universitários não divulgavam os contratos de bonificação no registo de contratos, nem o valor das bonificações contratadas.
- o O Hospital Universitário de Brno não respeitou a disciplina orçamental ao utilizar, injustificadamente, fundos para a aquisição de dispositivos médicos e de serviços de eliminação de resíduos.
- o O Centro Hospitalar Universitário e Militar de Praga utilizou os seus ativos de forma ineficiente, não tendo apresentado provas conclusivas relativamente a 15 faturas de consultas jurídicas.

Recomendações

420 A ISC checa recomenda que:

- o os hospitais universitários adquiram medicamentos e dispositivos médicos por concurso, o que constitui uma obrigação legal e um pré-requisito da gestão económica dos fundos e da seleção transparente dos fornecedores;
- o o Ministério da Saúde e o Ministério da Defesa estabeleçam regras claras em matéria de receção, comunicação e utilização de bonificações dos fornecedores do setor da saúde;

- o nos processos de concurso, os hospitais universitários definam como critério não só o preço, mas também, dada a natureza e complexidade do objeto do contrato público, a bonificação, se houver lugar à sua concessão;
- o o Ministério da Saúde adote estratégias de desenvolvimento e defina um conceito próprio para o desenvolvimento das organizações geridas diretamente;
- o o Ministério da Saúde e o Hospital Universitário de Brno examinem a utilidade e o mérito do fundo patrimonial deste último e ponderem os motivos para a sua manutenção;
- o o Ministério da Defesa aborde o risco detetado na disponibilização de fundos para o Centro Hospitalar Universitário e Militar de Praga.

Publicação e seguimento

421 O relatório foi apresentado ao governo em 8 de abril de 2019.

422 Foi publicado no sítio Internet da ISC em 3 de setembro de 2018. A ISC publicou a conclusão desta auditoria no Boletim da ISC nº 4/2018. A publicação foi acompanhada de um comunicado de imprensa.

423 O relatório ainda não teve seguimento.

Impacto esperado

424 São esperadas alterações aos procedimentos dos hospitais universitários, bem como melhorias no cumprimento das suas funções por parte dos ministérios, especialmente no que respeita à adoção de regras em matéria de bonificações, aos processos de concurso e ao acompanhamento do funcionamento dos hospitais universitários, em termos práticos e económicos, numa perspetiva de rentabilidade.

Lista dos trabalhos de auditoria relativos à saúde pública realizados desde 2014 pelas ISC da UE participantes

425 Esta lista apresenta um panorama dos trabalhos de auditoria das ISC da UE que, total ou parcialmente, incidiram sobre a saúde pública. Para mais informações sobre uma auditoria em particular, queira contactar a ISC em causa.

Alemanha

- Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung – Bericht an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (6. Mai 2019) [*Auditoria à faturação do tratamento hospitalar por companhias de seguros de saúde obrigatórios – Relatório ao Comité de Auditoria da Comissão dos Orçamentos do Parlamento Federal alemão, nos termos do artigo 88º, nº 2, do Código do Orçamento Federal Alemão (6 de maio de 2019)*]
- Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastuktur – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (18. Januar 2019) [*Introdução do cartão de saúde em linha e de infraestruturas telemáticas – Relatório à Comissão dos Orçamentos do Parlamento Federal alemão, nos termos do artigo 88º, nº 2, do Código do Orçamento Federal Alemão (18 de janeiro de 2019)*]
- Finanzierung der Versorgung mit Rettungsfahrten und Flugrettungstransporten – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (20. August 2018) [*Financiamento de veículos e de aeronaves de emergência – Relatório à Comissão dos Orçamentos do Parlamento Federal alemão, nos termos do artigo 88º, nº 2, do Código do Orçamento Federal Alemão (20 de agosto de 2018)*]
- Krankenkassen und Krankenhäuser vereinbaren unzulässige pauschale Rechnerkürzungen in Millionenhöhe und umgehen Abrechnungsprüfungen – Bemerkungen 2018 [*Companhias de seguros de saúde e hospitais concluem acordo sobre reduções ilegais fixas no valor de milhões de euros e evitam auditorias à faturação – Observações, 2018*]

Lista dos trabalhos de auditoria relativos à saúde pública realizados desde 2014 pelas ISC da UE participantes

152

- Steuervorteile für Tabakindustrie abschaffen – Bemerkungen 2017 [*Supressão de benefícios fiscais para a indústria do tabaco – Observações, 2017*]
- Nutzen kieferorthopädischer Behandlung muss endlich erforscht werden – Bemerkungen 2017 [*A utilidade dos tratamentos ortodônticos deve ser sujeita a investigação médica – Observações, 2017*]
- Haftpflichtversicherung für kassenärztliche Behandlungsfehler gesetzlich sicherstellen – Bemerkungen 2017 [*Tornar obrigatória a subscrição de seguros de responsabilidade civil contra a negligência dos médicos pertencentes a regimes legais de seguro – Observações, 2017*]
- Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (20. Juni 2016) [*Fornecimento de dispositivos médicos por companhias de seguros de saúde obrigatórios – Relatório à Comissão dos Orçamentos do Parlamento Federal alemão, nos termos do artigo 88º, nº 2, do Código do Orçamento Federal Alemão (20 de junho de 2016)*]
- Erstattung von Reiseschutzimpfungen: Rechtsgrundlage noch zeitgemäß? – Bemerkungen 2015 [*Reembolso da vacinação de viagem: será necessário atualizar o quadro jurídico? – Observações, 2015*]

Áustria

- Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte [*Garantia da qualidade para profissionais de saúde independentes*] – Bund 2018/37] (2018)

Bélgica

- Vlaams preventief gezondheidsbeleid – Evaluatie van het uitvoeringslandschap [*Avaliação do desempenho da política flamenga de medicina preventiva*]

Bulgária

- Ефективност на системата на психиатричното обслужване (одитът да бъде завършен и публикуван през 2020) [*Eficácia do sistema de cuidados psicológicos, conclusão e publicação previstas para 2020*]

Lista dos trabalhos de auditoria relativos à saúde pública realizados desde 2014 pelas ISC da UE participantes

153

- Електронно здравеопазване [*Saúde em Linha*] (2017)
- Дейност на Центъра за асистирана репродукция [*Atividades do Centro de Procriação Medicamente Assistida*] (2017)
- Одит за съответствие при финансовото управление на Изпълнителна агенция по лекарствата за периода [*Auditoria de conformidade à gestão financeira da Agência Executiva dos Medicamentos*] (2016)
- Одит за съответствие при финансовото управление на Министерството на здравеопазването [*Auditoria de conformidade à gestão financeira do Ministério da Saúde*] (2016)
- Ефективност на контрола върху дейностите по профилактика и диспансеризация на задължително здравноосигурените лица в РБ на възраст до 18 [*Eficácia do acompanhamento da saúde preventiva e do acompanhamento médico no âmbito do sistema legal de seguro de saúde para menores na Bulgária*] (2016)
- Дейност по оказване на спешна медицинска помощ [*Trabalho dos serviços de emergência médica*] (2015)
- Механизъм за договаряне на изпълнението на болнична помощ [*Mecanismo de negociação da prestação de cuidados hospitalares*] (2014)
- Одит на изпълнението на проекти, реализирани от Министерството на здравеопазването по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” [*Auditoria de resultados dos projetos do Ministério da Saúde no âmbito do PO "Desenvolvimento dos recursos humanos"*] (2014)

Dinamarca

- Beretning om lægemiddelanbefalinger [*Relatório sobre recomendações de medicação*] (2019)
- Beretning om forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene [*Relatório sobre as diferenças na qualidade dos cuidados prestados entre os hospitais dinamarqueses*] (2019)

Lista dos trabalhos de auditoria relativos à saúde pública realizados desde 2014 pelas ISC da UE participantes

154

- Beretning om rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter [*Relatório sobre o acesso dos doentes com cancro aos serviços oncológicos*] (2018)
- Beretning om forløbet for flygtninge med traumer [*Relatório sobre percursos para refugiados traumatizados*] (2018)
- Beretning om udredningsretten [*Relatório sobre o direito dos doentes a beneficiarem de cuidados imediatos*] (2018)
- Beretning om Sundhedsplatformen [*Relatório sobre plataformas de saúde*] (2018)
- Beretning om salget af Statens Serum Instituts vaccineproduktion [*Relatório sobre a venda da produção de vacinas do Statens Serum Institut*] (2018)
- Beretning om forebyggelse af hospitalsinfektioner [*Relatório sobre a prevenção de infeções hospitalares*] (2017)
- Beretning om 3 regioners beskyttelse af adgangen til it-systemer og sundhedsdata [*Relatório sobre a proteção dos sistemas informáticos e dos dados de saúde em três regiões dinamarquesas*] (2017)
- Beretning om Region Hovedstadens akuttelefon 1813 [*Relatório sobre a linha de apoio clínico 1813 criada pela Região Capital da Dinamarca*] (2017)
- Beretning om Beskæftigelsesministeriets data om ressourceforløb [*Relatório sobre os dados do Ministério do Emprego sobre programas de recursos*] (2017)
- Beretning om indsatsen over for patienter med hjerneskade [*Relatório sobre os esforços orientados para doentes com lesão cerebral adquirida*] (2016)
- Beretning om hospitalslægers bibeskæftigelse [*Relatório sobre médicos de hospital que exercem uma atividade externa*] (2016)
- Beretning om regionernes styring af ambulant behandling af voksne patienter med psykiske lidelser [*Relatório sobre a gestão do tratamento em ambulatório de doentes adultos com doença mental por parte das regiões dinamarquesas*] (2016)
- Beretning om Patientombuddets arbejde med utilsigtede hændelser [*Relatório sobre os trabalhos do Provedor do Doente nos casos de incidentes de segurança de doentes*] (2015)

Lista dos trabalhos de auditoria relativos à saúde pública realizados desde 2014 pelas ISC da UE participantes

155

- Beretning om Fødevareministeriets indsats mod husdyr-MRSA [*Relatório sobre os esforços do Ministério da Alimentação para combater o LA-MRSA*] (2015)
- Beretning om hospitalernes brug af personaleresurser [*Relatório sobre a utilização dos recursos humanos nos hospitais dinamarqueses*] (2015)
- Beretning om forskningsmidler på hospitalerne [*Relatório sobre fundos de investigação externos em hospitais dinamarqueses*] (2015)
- Beretning om second opinion-ordningen [*Relatório sobre o programa de segunda opinião*] (2014)
- Beretning om problemerne med at udvikle og implementere Fælles Medicinkort [*Relatório sobre os problemas relacionados com a elaboração e a execução do Registo de Medicação Partilhado digital*] (2014)
- Beretning om indsatsen for at få sygemeldte tilbage i arbejde [*Relatório sobre os esforços envidados para ajudar as pessoas com baixa médica a regressar ao trabalho*] (2014)
- Beretning om kvindekrisecentre [*Relatório sobre abrigos para mulheres*] (2014)
- Beretning om regionernes præhospitale indsats [*Relatório sobre os cuidados pré-hospitalares prestados pelas regiões*] (2014)

Eslováquia

- Verejný financie a majetok zdravotníckych zariadení [*Finanças públicas e propriedade dos estabelecimentos de saúde*] (2017)

Eslovénia

- Obvladovanje debelosti otrok [*Combater a obesidade infantil*] (2018)

Espanha

- 1231.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, ejercicio 2015 [*Auditoria à gestão e ao controlo das prestações farmacêuticas a cargo da*

Lista dos trabalhos de auditoria relativos à saúde pública realizados desde 2014 pelas ISC da UE participantes

156

Mutualidade Geral dos Funcionários Cívicos do Estado (MUFACE), exercício de 2015]
(28 de setembro de 2017)

- o 1213.- Fiscalización sobre la gestión del buque sanitario y de apoyo logístico "Esperanza del Mar", ejercicio 2015 [*Auditoria à gestão do navio de assistência médica e logística "Esperanza del Mar", exercício de 2015]* (29 de março de 2017)
- o 1205.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, ejercicio 2015 [*Auditoria à gestão e ao controlo dos produtos farmacêuticos pelo Instituto de Segurança Social das Forças Armadas, exercício de 2015]* (23 de fevereiro de 2017)
- o 1200.- Fiscalización de la Fundación Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III, ejercicio 2014 [*Auditoria à Fundação Centro Nacional de Investigação Cardiovascular Carlos III, exercício de 2014]* (26 de janeiro de 2017)
- o 1199.- Fiscalización sobre la gestión del buque sanitario y de apoyo logístico "Juan de la Cosa", ejercicio 2015 [*Auditoria à gestão do navio de assistência médica e logística "Juan de la Cosa", exercício de 2015]* (26 de janeiro de 2017)
- o 1185.- Fiscalización de la actividad económica desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en relación con el área farmacéutica, ejercicios 2014 y 2015 [*Auditoria às atividades económicas do Ministério da Saúde, Serviços Sociais e Igualdade no domínio farmacêutico, exercícios de 2014 e 2015]* (19 de dezembro de 2016)
- o 1167.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General Judicial [*Auditoria à gestão e ao controlo dos produtos farmacêuticos pela Mutualidade Geral Judicial]* (22 de julho de 2016)
- o 1119.- Fiscalización sobre la gestión y el control efectuados por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos [*Auditoria às atividades de gestão e de controlo das mutualidades de seguros de acidentes de trabalho e doenças profissionais da Segurança Social no domínio da assistência médica organizada com recursos externos]* (26 de novembro de 2015)

Estónia

- o E-tervise ülevaade [*Análise da saúde em linha*] (2019)
- o Erakorraline meditsiin [*Medicina de urgência*] (2018)
- o Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel [*Ação do Estado no domínio da saúde infantil e do tratamento pediátrico*] (2016)
- o Riigi tegevus tervishoiu järelevalve korraldamisel ja kvaliteedi hindamisel (lõppes märgukirjaga) [*Atividades do Estado na organização da vigilância e da avaliação da qualidade no domínio da saúde (encerrado com uma carta de notificação)*] (2015)
- o Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel [*Ação do Estado na organização de cuidados de enfermagem independentes*] (2015)
- o Riigi tegevus e-tervise rakendamisel [*Ação do Estado na execução da saúde em linha*] (2014)

Finlândia

- o Ohjauksen vaikutus ensihoitopalvelun toimivuuteen [*Impacto da orientação sobre o funcionamento dos serviços médicos de urgência*], auditoria de resultados, 2019
- o Asiakkaan lasten huomioiminen aikuisten mielenterveyspalveluissa [*Tomada em consideração dos filhos dos doentes nos serviços de saúde mental para adultos*], auditoria de resultados, 2018
- o Sosiaalimenojen kehitysarviot [*Projeções relativas à evolução das despesas da segurança social*], análise, 2017
- o Lasten mielenterveysongelmien ehkäisy ja hyvinvoinnin tukeminen kouluterveydenhuollossa [*Prevenção de problemas de saúde mental nas crianças e apoio ao seu bem-estar através de serviços de saúde escolar*], análise, 2017
- o Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa [*Utilizadores frequentes de serviços básicos de saúde*], auditoria de resultados, 2017

Lista dos trabalhos de auditoria relativos à saúde pública realizados desde 2014 pelas ISC da UE participantes

158

- Työnjaon kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa [*Desenvolvimento da divisão do trabalho na proteção social e nos cuidados de saúde*], auditoria de resultados, 2016
- Teknisten apuvälineiden hyödyntäminen kotiin annettavissa vanhuspalveluissa [*Utilização de dispositivos de assistência técnica nos serviços domiciliários para pessoas idosas*], auditoria de resultados, 2015
- Pienhiukkasten terveys- ja kustannusvaikutusten huomioonottaminen strategioiden valmistelussa [*Tomada em consideração do impacto das partículas finas, para a saúde e em termos de custos, na elaboração de estratégias*], auditoria de resultados, 2015

França

- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale [*Relatório sobre a aplicação da legislação relativa ao financiamento da Segurança Social*] (2019)
- La politique de prévention des infections associées aux soins: une nouvelle étape à franchir [*Política de prevenção das infeções associadas aos cuidados da saúde: uma nova etapa a superar*] (2019)
- La politique de prévention et de prise en charge du VIH en France depuis 2010 [*Política de prevenção e de tratamento do VIH em França desde 2010*] (2019)
- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018, chapitre VI La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires: une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins [*Relatório sobre a aplicação da legislação relativa ao financiamento da Segurança Social, outubro de 2018, capítulo VI, Luta contra as doenças cardio-neurovasculares: é necessário conferir prioridade à prevenção e à qualidade dos cuidados de saúde*] (2018)
- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018, chapitre VII Les soins visuels: une prise en charge à réorganiser [*Relatório sobre a aplicação da legislação relativa ao financiamento da Segurança Social, outubro de 2018, capítulo VII, cuidados oftálmicos: uma área a reestruturar*] (2018)
- Le rôle des centres hospitaliers universitaires (CHU) dans le système de santé [*O papel dos centros hospitalares universitários (CHU) no serviço de saúde*] (2018)

Lista dos trabalhos de auditoria relativos à saúde pública realizados desde 2014 pelas ISC da UE participantes

159

- L'avenir de l'assurance maladie [*O futuro do seguro de saúde*] (2017)
- Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool [*As políticas de luta contra o consumo nocivo de álcool*] (2016)

Grécia

- Οριζόντιος θεματικός έλεγχος στις ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις του Κράτους και ειδικότερα, μεταξύ άλλων, έξι νοσοκομείων, του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ) και μίας περιφερειακής διοίκησης υγείας (1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής). [*Auditoria temática horizontal sobre os atrasos nos pagamentos do Estado aos hospitais, à Organização Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde (EOPYY) e a uma direção regional de saúde*] (2018)

Hungria

- A kórházak ellenőrzési tapasztalatait összegző elemzés [*Análise sucinta da experiência adquirida com auditorias a hospitais*] (2019)

Irlanda

- Managing elective day surgery [*Gestão da cirurgia de ambulatório programada*] (2014)

Itália

- L'attuazione del programma straordinario di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico [*Execução do programa extraordinário de renovação e de modernização tecnológica dos imóveis dos estabelecimentos de saúde públicos*] (2018)

Lista dos trabalhos de auditoria relativos à saúde pública realizados desde 2014 pelas ISC da UE participantes

160

Letónia

- Cilvēkresursi veselības aprūpē [*Recursos humanos no setor da saúde*] (2019)
- Vai rehabilitācija ir pilnvērtīga veselības aprūpes pakalpojumu sastāvdaļa? [*A reabilitação é parte integrante dos serviços de saúde?*] (2019)
- Vai ambulatorā veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pilnveidojama? [*É possível melhorar o sistema de cuidados de saúde em ambulatório da Letónia?*] (2017)
- Vai ievēroti rezidentūras finansēšanas noteikumi? [*As regras de financiamento da residência hospitalar são respeitadas?*] (2016)
- Vai projekts "E-veselība Latvijā" ir solis pareizajā virzienā? [*O projeto "Saúde em linha na Letónia" constitui um passo na direção certa?*] (2015)

Lituânia

- Kaip vykdoma onkologinė sveikatos priežiūra [*Cuidados oncológicos*] (2014)
- Visuomenės sveikatos stiprinimo organizavimas savivaldybėse [*Organização do reforço da saúde pública nos municípios*] (2015)
- Ar užtikrinamas kompensuojamųjų generinių vaistų prieinamumas [*Assegurar a disponibilidade de medicamentos genéricos de substituição*] (2016)
- Viešosios sveikatos priežiūros įstaigoms perduoto valstybės turto valdymas [*Gestão dos bens públicos cuja propriedade foi transferida para estabelecimentos de saúde públicos*] (2017)
- Elektroninės sveikatos sistemos kūrimas [*Desenvolvimento de um sistema de saúde eletrónico*] (2017)
- Savižudybių prevencija ir postvencija [*Prevenção do suicídio e apoio às famílias enlutadas por um suicídio*] (2017)
- Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas [*Qualidade dos serviços de saúde individuais: segurança e eficácia*] (2018)

Lista dos trabalhos de auditoria relativos à saúde pública realizados desde 2014 pelas ISC da UE participantes

161

- Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą [*Acessibilidade dos serviços de saúde e orientação para os doentes*] (2018)
- Sveikatos priežiūros sistemas vertinimas [*Avaliação do sistema de saúde (exame panorâmico)*] (2019)

Luxemburgo

- Rapport spécial sur le financement public des investissements hospitaliers [*Relatório especial sobre o financiamento público dos investimentos hospitalares*] (2019)

Malta

- Follow-up Audit: Follow-up Reports by the National Audit Office, 2018 [*Auditoria de seguimento: Relatórios de seguimento do National Audit Office, 2018*] (outubro de 2018)
 - General Practitioner Function – The Core of Primary Health Care [*O médico de clínica geral tem uma função essencial nos cuidados de saúde primários*] (páginas 46-52 do relatório)
 - An Analysis of the Pharmacy of Your Choice Scheme [*Análise do programa "Pharmacy of Your Choice"*] (páginas 71 a 81 do relatório)
- Performance Audit: A Strategic Overview of Mount Carmel Hospital [*Auditoria de resultados: Uma visão estratégica do Hospital Mount Carmel*] (julho de 2018)
- An Investigation of the Mater Dei Hospital Project [*Exame do projeto do Hospital Mater Dei*] (maio de 2018)
- Performance Audit: Outpatient Waiting at Mater Dei Hospital [*Tempo de espera para cuidados ambulatoriais no Hospital Mater Dei*] (novembro de 2017)
- Follow-up Audit: Follow-up Reports by the National Audit Office, 2017 [*Auditoria de seguimento: Relatórios de seguimento do National Audit Office, 2017*] (novembro de 2017)
 - The Management of Elective Surgery Waiting Lists [*Gestão das listas de espera para cirurgia programada*] (páginas 69 a 77 do relatório)

Lista dos trabalhos de auditoria relativos à saúde pública realizados desde 2014 pelas ISC da UE participantes

162

- The Provision of Residential Long-Term Care for the Elderly through Contractual Arrangements with the Private Sector [*A prestação de cuidados continuados com residência a idosos através de acordos contratuais com o setor privado*] (páginas 78 a 87 do relatório)
- Performance Audit: Service Agreements between Government and Richmond Foundation Malta [*Auditoria de resultados: Acordos de serviço entre o Governo e a Fundação Richmond de Malta*] (setembro de 2016)
- Performance Audit: The General Practitioner Function – The core of primary health care [*Auditoria de resultados: O médico de clínica geral tem uma função essencial nos cuidados de saúde primários*] (junho de 2016)
- Information Technology Audit: Mater Dei Hospital [*Auditoria às tecnologias da informação: Hospital Mater Dei*] (maio de 2016)
- Performance Audit: Service Agreements between Government and INSPIRE Foundation [*Auditoria de resultados: Acordos de serviço entre o Governo e a Fundação INSPIRE*] (fevereiro de 2016)
- Performance Audit: The Provision of Residential Long-Term Care for the Elderly through Contractual Arrangements with the Private Sector [*Auditoria de resultados: A prestação de cuidados continuados com residência a idosos através de acordos contratuais com o setor privado*] (abril de 2015)

Polónia

- System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian (megainformacja) [*O sistema de saúde polaco – ponto da situação e alterações necessárias (relatório de síntese)*] (2019)
- Dostępność refundowanych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie i bezpieczeństwo ich stosowania [*Disponibilidade e segurança de dispositivos médicos reembolsáveis emprestados*] (2019)
- Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej [*Funcionamento dos cuidados primários hospitalares*] (2019)

Lista dos trabalhos de auditoria relativos à saúde pública realizados desde 2014 pelas ISC da UE participantes

163

- *Bezpieczeństwo pacjentów przy stosowaniu antybiotykoterapii w szpitalach [Garantir a segurança dos doentes durante o tratamento hospitalar com antibióticos]* (2019)
- *Wsparcie osób z autyzmem i zespołem Aspergera w przygotowaniu do samodzielnego funkcjonowania [Apoio à preparação das pessoas com autismo e síndrome de Asperger para uma vida independente]* (2019)
- *Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej [Prestação de cuidados paliativos]* (2019)
- *Pomoc państwa realizowana w formie środowiskowych domów samopomocy udzielana osobom z zaburzeniami psychicznymi [Centros comunitários públicos de autoajuda para pessoas com perturbações do foro psiquiátrico]* (2019)
- *Wdrożenie przez podmioty lecznicze regulacji dotyczących ochrony danych osobowych [Aplicação da regulamentação relativa à proteção dos dados pelos estabelecimentos de saúde]* (2019)
- *Profilaktyka uzależnień od alkoholu i narkotyków [Prevenção do alcoolismo e da toxicodependência]* (2019)
- *Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży [Disponibilidade de tratamento psiquiátrico para crianças e jovens]* (2019)
- *Działania podejmowane przez wojewodę wobec placówek udzielających całodobowej opieki bez wymaganego zezwolenia [Ação do governador provincial contra estabelecimentos que prestam assistência médica permanente sem a aprovação necessária]* (2019)
- *Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie [Sistema de informação de saúde em linha da província de Podlaskie]* (2018)
- *Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2 [A prevenção e o tratamento da diabetes tipo 2]* (2018)
- *Tworzenie map potrzeb zdrowotnych [Cartografia das necessidades de saúde]* (2018)
- *Żywność pacjentów w szpitalach [Nutrição dos doentes em hospitais]* (2018)

Lista dos trabalhos de auditoria relativos à saúde pública realizados desde 2014 pelas ISC da UE participantes

164

- Funcionowanie aptek szpitalnych i działów farmacji szpitalnej [*Funcionamento das farmácias hospitalares e de unidades de farmácia hospitalar*] (2018)
- Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich [*Disponibilidade de cuidados ginecológicos e obstétricos públicos em zonas rurais*] (2018)
- Zapobieganie i leczenie depresji [*Prevenção e tratamento da depressão*] (2018)
- Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym [*Serviços de saúde para crianças em idade escolar e adolescentes*] (2018)
- Zakażenia w podmiotach leczniczych [*Infeções em estabelecimentos de saúde*] (2018)
- Ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach [*Proteção da privacidade e da dignidade dos doentes nos hospitais*] (2018)
- Bezpieczeństwo badań genetycznych [*Segurança dos testes genéticos*] (2018)
- Działalność organów państwa na rzecz zapewnienia dostępności produktów leczniczych [*Medidas das autoridades nacionais para assegurar a disponibilidade de medicamentos*] (2018)
- Realizacja strategicznego programu badań naukowych „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych” – STRATEGMED [*Execução do programa de investigação estratégica relativo à prevenção e ao tratamento de "doenças civilizacionais" – STRATEGMED*] (2018)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku [*Desempenho da Caixa Nacional de Saúde em 2017*] (2018)
- Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów [*Acordos extrajudiciais para doentes*] (2018)
- Finansowanie i realizacja „Programu inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach wojewódzkich na lata 2009-2016” w województwie kujawsko-pomorskim [*Financiamento e execução do programa de investimento para desenvolvimento e modernização dos hospitais no período de 2009-2016 na província de Kujawsko-Pomorskie*] (2018)

Lista dos trabalhos de auditoria relativos à saúde pública realizados desde 2014 pelas ISC da UE participantes

165

- Nadzór nad obrotem i stosowaniem produktów zawierających substancje anaboliczne, hormonalne, odurzające i psychotropowe w leczeniu zwierząt, w tym towarzyszących [*Acompanhamento da comercialização e da utilização de produtos que contenham substâncias anabolizantes, hormonais, estupefacientes e psicotrópicas e de produtos afins para o tratamento veterinário*] (2018)
- Wykorzystywanie naturalnych surowców leczniczych w lecznictwie uzdrowiskowym [*Utilização de matérias-primas farmacêuticas naturais nas curas termais*] (2018)
- Dostępność i efekty leczenia nowotworów [*Disponibilidade e resultados dos tratamentos oncológicos*] (2017)
- Przeciwdziałanie sprzedaży dopalaczy [*Medidas para combater a venda de substâncias com efeito psicotrópico legais*] (2017)
- Realizacja programów wczesnego wykrywania raka piersi oraz raka szyjki macicy w województwie lubelskim [*Execução de programas de deteção precoce do cancro da mama e do colo do útero na província de Lublin*] (2017)
- Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia [*Tratamento preventivo no sistema de saúde*] (2017)
- Realizacja zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego [*Desempenho do Programa Nacional para a Proteção da Saúde Mental*] (2017)
- Dostępność i finansowanie diagnostyki laboratoryjnej [*Disponibilidade e financiamento de diagnósticos laboratoriais*] (2017)
- Przygotowanie i wdrażanie pakietu onkologicznego [*Preparação e execução do "pacote oncológico"*] (2017)
- Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin [*Prestação de cuidados a doentes com a doença de Alzheimer e de apoio às suas famílias*] (2017)
- Profilaktyka stomatologiczna dzieci i młodzieży w województwie lubelskim [*Tratamento odontológico preventivo para crianças e jovens na província de Lublin*] (2017)

Lista dos trabalhos de auditoria relativos à saúde pública realizados desde 2014 pelas ISC da UE participantes

166

- o Respektowanie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej [*Respeitar os direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços*] (2017)
- o Dostępność terapii przeciwbólowej [*Disponibilidade de tratamento para alívio da dor*] (2017)
- o Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku [*Desempenho da Caixa Nacional de Saúde em 2016*] (2017)
- o Realizacja zadań związanych z zapewnieniem pracownikom badań profilaktycznych [*Execução de tarefas relacionadas com a disponibilização de serviços de exames médicos preventivos aos empregados*] (2017)
- o Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze [*Prestação de cuidados cardíacos por estabelecimentos de saúde públicos e privados*] (2016)
- o Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych [*Formação e desenvolvimento profissional do pessoal médico*] (2016)
- o Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej [*Criação e partilha de registos médicos*] (2016)
- o Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego [*Acesso à prevenção e ao tratamento de doenças respiratórias*] (2016)
- o Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego [*Execução de programas de saúde pelas autarquias locais*] (2016)
- o Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych [*Cuidados perinatais nas maternidades*] (2016)
- o Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne [*Recurso a serviços externos por hospitais públicos*] (2016)
- o Przygotowanie szpitali do leczenia pacjentów z udarem mózgu [*Preparação dos hospitais para o tratamento de pacientes com acidentes vasculares cerebrais*] (2016)
- o Badania prenatalne w Polsce [*Exames pré-natais na Polónia*] (2016)

Lista dos trabalhos de auditoria relativos à saúde pública realizados desde 2014 pelas ISC da UE participantes

167

- System szczepień ochronnych dzieci [*O plano de vacinação infantil*] (2016)
- Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych [*Reestruturação de estabelecimentos de saúde independentes selecionados com financiamento público*] (2016)
- Wykonywanie przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną zadań określonych w ustawie Prawo farmaceutyczne [*Cumprimento, pela Inspeção Farmacêutica Nacional, das funções que lhe incumbem por força da Lei sobre os Produtos Farmacêuticos*] (2016)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r. [*Desempenho da Caixa Nacional de Saúde em 2015*] (2016)

Portugal

- Auditoria orientada às dívidas ao Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. (2018)
- Auditoria às práticas de gestão no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, e no Centro Hospitalar de São João, EPE (2018)
- Auditoria à Conta Consolidada do Ministério da Saúde – Exercícios de 2015 e 2016 (2017)
- Auditoria orientada à situação financeira da SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (2017)
- Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde (2017)
- Auditoria aos acordos celebrados entre a Administração Regional de Saúde do Norte, IP, e a Santa Casa da Misericórdia do Porto (2017)
- Auditoria à prestação de contas por entidades do Ministério da Saúde (2017)
- Auditoria Financeira ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Exercício de 2014 (2017)

Lista dos trabalhos de auditoria relativos à saúde pública realizados desde 2014 pelas ISC da UE participantes

168

- Auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga em Parceria Público-Privada (PPP). (2016)
- Auditoria orientada a procedimentos de contratação pública das unidades de saúde do setor empresarial do Estado. (2016)
- Auditoria de Seguimento de Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários (2016)
- Auditoria de resultados ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Algarve, EPE (2016)
- Auditoria de Seguimento das Recomendações formuladas no Relatório de Auditoria ao Sistema de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (Relatório n.º 12/2015 – 2ª Secção) (2016)

República Checa

- N.º 18/14 – Prostředky vybírané na základě zákona ve prospěch Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky [*Fundos recebidos ao abrigo da Lei em benefício da Companhia de Seguros de Saúde Militares da República Checa*]
- N.º 18/13 – Závěrečný účet kapitoly státního rozpočtu Ministerstvo zdravotnictví za rok 2017, účetní závěrka Ministerstva zdravotnictví za rok 2017 a údaje předkládané Ministerstvem zdravotnictví pro hodnocení plnění státního rozpočtu za rok 2017 [*Contas de encerramento dos capítulos do orçamento do Estado de 2017 relativos ao Ministério da Saúde, demonstrações financeiras do Ministério da Saúde relativas a 2017 e dados apresentados pelo Ministério da Saúde para avaliação da execução do orçamento do Estado de 2017*]
- N.º 18/11 – Peněžní prostředky státu určené na podporu rozvoje a obnovy materiálně technické základny regionálního zdravotnictví [*Fundos públicos destinados a apoiar o desenvolvimento e a renovação da base técnica e material do sistema regional de cuidados de saúde*]
- N.º 17/19 – Peněžní prostředky vynakládané vybranými fakultními nemocnicemi na úhradu nákladů z činnosti [*Fundos despendidos por hospitais selecionados para o reembolso de custos*]

Lista dos trabalhos de auditoria relativos à saúde pública realizados desde 2014 pelas ISC da UE participantes

169

- o Nº 17/14 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušná hospodařit příspěvková organizace Národní ústav duševního zdraví [*Ativos e fundos públicos geridos pelo Instituto Nacional da Saúde Mental*]
- o Nº 17/13 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušná hospodařit příspěvková organizace Státní zdravotní ústav [*Ativos e fundos públicos geridos pelo Instituto Nacional de Saúde*]
- o Nº 17/03 – Zdravotnické informační systémy ve správě organizačních složek resortu zdravotnictví [*Sistemas de informação de saúde na administração das unidades organizacionais do Ministério da Saúde*]
- o Nº 16/28 – Peněžní prostředky vynakládané vybranými nemocnicemi na úhradu nákladů z činnosti [*Fundos utilizados por hospitais selecionados para cobrir os custos das suas atividades*]
- o Nº 16/18 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušný hospodařit Státní ústav pro kontrolu léčiv [*Ativos e fundos públicos geridos pelo Instituto Nacional de Controlo de Medicamentos*]

Roménia

- o Dezvoltarea infrastructurii de sănătate la nivel național, regional și local în vederea creșterii accesibilității la serviciile de sănătate [*Desenvolvimento das infraestruturas de saúde a nível nacional, regional e local, para aumentar o acesso aos serviços de saúde*] (2017)

Tribunal de Contas Europeu

- o Relatório Especial 7/2019: Medidas da UE relativas aos cuidados de saúde transfronteiriços: ambições importantes, mas é necessária uma melhor gestão (2019)
- o Relatório Especial 28/2016: Ameaças sanitárias transfronteiriças graves na UE: foram tomadas medidas importantes, mas é necessário ir mais longe (2016)

Siglas, acrónimos e abreviaturas

ATS: Avaliação das tecnologias de saúde

DG SANTE: Direção-Geral da Saúde e da Segurança dos Alimentos

DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crónica

ECHI: Indicadores básicos de saúde europeus

EOPYY: Organização nacional de cuidados de saúde grega

ETK: Centro de Pensões finlandês

FEIE: Fundo Europeu para Investimentos Estratégicos

FSE+: Fundo Social Europeu Mais

GFUE: Grupo Farmacêutico da União Europeia

HSE: Serviço de Saúde da Irlanda

IRM: Imagiologia por Ressonância Magnética

ISC: Instituição Superior de Controlo

Modelo SOME: Modelo de análise das despesas da Segurança Social

MUFACE: Mutualidade Geral dos Funcionários Cíveis do Estado espanhóis

OCDE: Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económicos

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

ÖQMed: Sociedade Austríaca de Garantia e de Gestão da Qualidade em Medicina
(*Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin*)

PHCD: Departamento de Cuidados de Saúde Primários (Malta)

PIB: Produto Interno Bruto

PPP: Parceria público-privada

PTD: Associação de Diabetes da Polónia

Reforma SOTE: Reforma do sistema social e de saúde

RER: Rede europeia de referência

RKKP: Registos clínicos dinamarqueses

TAC: Tomografia computadorizada

TFUE: Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia

TIC: Tecnologias da informação e da comunicação

VRIND: Indicadores Regionais Flamengos

Glossário

Acesso universal aos cuidados de saúde: disponibilidade de serviços de saúde no momento e no lugar certo, por um preço adequado

Avaliação das tecnologias de saúde (ATS): abordagem científica para avaliar a eficácia das tecnologias de saúde.

Desenvolvimento sustentável: de acordo com o "Relatório Brundlandt" de 1987, dirigido à Assembleia Geral das Nações Unidas, consiste num desenvolvimento que satisfaz as necessidades do presente sem comprometer a capacidade das gerações futuras de satisfazerem as suas próprias necessidades.

Diretiva Cuidados de Saúde Transfronteiriços da UE: diretiva que visa assegurar a prestação de cuidados de saúde seguros e de alta qualidade através das fronteiras na UE e o reembolso no estrangeiro nas mesmas condições que no Estado-Membro de origem.

Fundo Europeu para Investimentos Estratégicos (FEIE): iniciativa conjunta do Grupo BEI (Banco Europeu de Investimento e Fundo Europeu de Investimento) e da Comissão Europeia para ajudar a superar o atual défice de investimento na UE. O FEIE é um dos três pilares do Plano de Investimento para a Europa, que tem por objetivo relançar o investimento em projetos estratégicos no continente, de modo a garantir a injeção de fundos na economia real.

Fundo Social Europeu Mais (FSE+) / Fundos Estruturais: fundos europeus constituídos pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) e pelo Fundo Social Europeu (FSE). Juntamente com o Fundo de Coesão, as suas atividades durante o período de programação de 2007-2013 representam 308 mil milhões de euros (a preços de 2004) para apoiar o crescimento regional e estimular a criação de emprego.

Horizonte 2020: instrumento financeiro que implementa a União da Inovação, a iniciativa emblemática da Estratégia Europa 2020 que visa assegurar a competitividade global da Europa.

Indicadores básicos de saúde europeus (ECHI): um conjunto de indicadores destinados a acompanhar o estado de saúde dos cidadãos da UE e o desempenho dos sistemas de saúde.

Infeções relacionadas com cuidados de saúde: uma infeção que ocorre durante o tratamento de um doente por um profissional de saúde, em cuidados ambulatoriais, num estabelecimento médico-social ou num estabelecimento de saúde.

Logos: redes de saúde locais (Bélgica)

Mercado único digital: um mercado em que é assegurada a livre circulação de pessoas, serviços e capitais e em que os cidadãos e as empresas podem beneficiar de um acesso sem descontinuidades a atividades em linha e desenvolver essas atividades em condições de concorrência leal e com um elevado nível de proteção dos consumidores e dos seus dados pessoais, independentemente da sua nacionalidade ou local de residência.

Modelo de Beveridge: um sistema público de seguro de saúde financiado pelos impostos, que normalmente assegura uma cobertura universal em função da residência ou da cidadania.

Modelo misto de seguro de saúde: um sistema de seguro de saúde baseado no financiamento privado proveniente de regimes de seguros voluntários ou de pagamentos diretos.

Mortalidade evitável sensível à promoção da saúde: mortes que poderiam ser evitadas através de saúde pública e de prevenção.

Mortalidade evitável sensível aos cuidados médicos: mortes que poderiam ter sido evitadas com cuidados de saúde eficazes e em tempo útil.

Política de coesão da UE: política que visa reforçar a coesão económica e social dentro da União Europeia, reduzindo as diferenças no nível de desenvolvimento entre as regiões da UE.

Receitas eletrónicas: geração, transmissão e arquivamento informatizado de receitas médicas.

Redes europeias de referência (RER): redes virtuais que reúnem prestadores de cuidados de saúde de toda a Europa. Visam promover o debate sobre doenças e afeções complexas ou raras que exigem tratamentos altamente especializados e uma concentração de conhecimentos e recursos.

Saúde em linha: conjunto de ferramentas e serviços que utilizam as tecnologias da informação e da comunicação para melhorar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, o acompanhamento ou a gestão da saúde.

Saúde pública: a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde por meio de esforços organizados da sociedade.

Semestre Europeu: quadro para a coordenação das políticas económicas da União Europeia. O Semestre Europeu permite que os países da UE debatam os seus planos económicos e orçamentais e acompanhem os progressos em momentos específicos ao longo do ano.

Sistema Social de Seguro de Saúde (ou modelo Bismarck): sistema de seguro de saúde em que os cuidados de saúde são financiados por contribuições obrigatórias para a segurança social.

VRIND (Indicadores Regionais Flamengos): instrumento de acompanhamento do Governo flamengo.

Contactar a EU

Pessoalmente

Em toda a União Europeia há centenas de centros de informação Europe Direct. Pode encontrar o endereço do centro mais próximo em: https://europa.eu/european-union/contact_pt

Telefone ou correio eletrónico

Europe Direct é um serviço que responde a perguntas sobre a União Europeia. Pode contactar este serviço:

- pelo telefone gratuito: 00 800 6 7 8 9 10 11 (alguns operadores podem cobrar estas chamadas),
- pelo telefone fixo: +32 22999696, ou
- por correio eletrónico, na página: https://europa.eu/european-union/contact_pt

Encontrar informações sobre a UE

Em linha

Estão disponíveis informações sobre a União Europeia em todas as línguas oficiais no sítio Europa:

https://europa.eu/european-union/index_pt

Publicações da UE

As publicações da UE, quer gratuitas quer pagas, podem ser descarregadas ou encomendadas no seguinte endereço: <https://publications.europa.eu/pt/publications>. Pode obter exemplares múltiplos de publicações gratuitas contactando o serviço Europe Direct ou um centro de informação local (ver https://europa.eu/european-union/contact_pt).

Legislação da UE e documentos conexos

Para ter acesso à informação jurídica da UE, incluindo toda a legislação da UE desde 1952 em todas as versões linguísticas oficiais, visite o sítio EUR-Lex em: <https://eur-lex.europa.eu>

Dados abertos da UE

O Portal de Dados Abertos da União Europeia (<http://data.europa.eu/euodp/pt>) disponibiliza o acesso a conjuntos de dados da UE. Os dados podem ser utilizados e reutilizados gratuitamente para fins comerciais e não comerciais.

