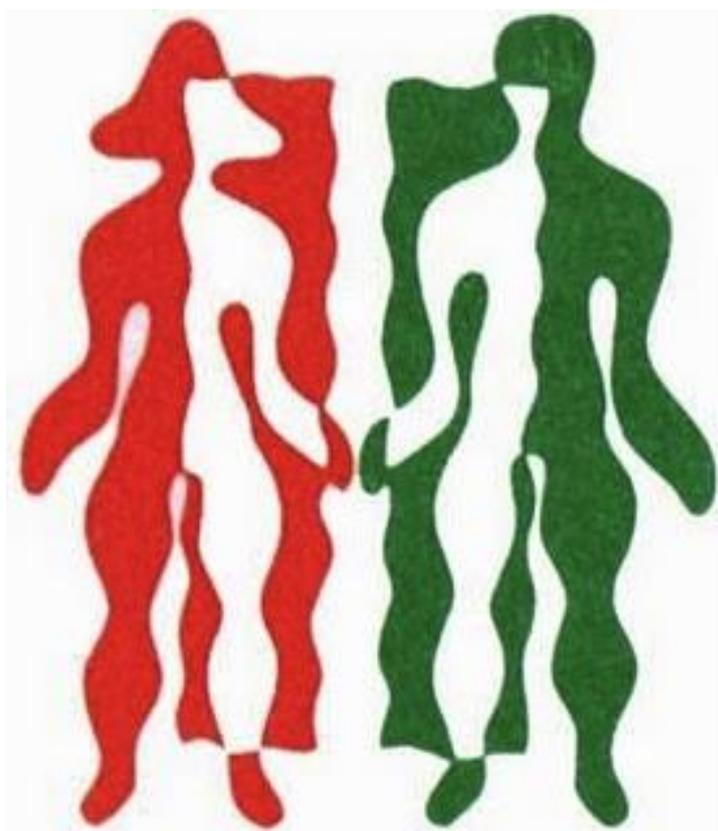




SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE **1979-2019**



Organização dos serviços de saúde

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é uma estrutura através do qual o Estado Português assegura o direito à saúde (promoção, prevenção e vigilância) a todos os cidadãos de Portugal. A sua criação remonta ao ano de 1979, após se terem reunido as condições políticas e sociais provenientes da reestruturação política portuguesa da década de 1970.

O objetivo primário do SNS é a persecução, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva e para tal está munido de cuidados integrados de saúde, nomeadamente a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social.

Nestes últimos anos, o sector da Saúde tem vindo a sofrer mudanças significativas, desde a transferência generalizada dos Hospitais das Misericórdias para a alçada do Estado, a criação do SNS, a publicação da Lei de Bases em Saúde, a transformação do estatuto jurídico dos hospitais públicos para SA (e posteriormente para EPE) e a construção de novos hospitais.

- Criação do Serviço Nacional de Saúde

Em 1979 com a publicação da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) veio marcar o “nascimento” do sistema nacional de saúde português, assegurando o acesso universal, compreensivo e gratuito a cuidados de saúde. Até lá, a assistência médica competia às famílias, instituições privadas e aos serviços médico-sociais da Previdência. Ao Estado competia a assistência aos pobres. Desde este ano que o sistema de cuidados de saúde português tem sido então baseado na estrutura de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), com seguro público, cobertura universal, acesso quase livre no ponto de utilização de serviços e de financiamento através de impostos.

Celebrou-se, em 2014, o 35.º aniversário do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, foi instituída uma rede de instituições e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população, financiada através de impostos, em que o Estado salvaguarda o direito à proteção da saúde.

A organização dos serviços de saúde sofreu, ao longo dos tempos, a influência de conceitos políticos, económicos, sociais e religiosos de cada época e foi-se concretizando para dar resposta aos problemas de saúde então identificados, mas também para “conservar” – isto é, promover – a saúde dos povos, na expressão utilizada por Pedro Hispano e Ribeiro Sanches.

Nos séculos XIX e XX, até à criação do SNS, a assistência médica competia às famílias, a instituições privadas e aos serviços médico-sociais da Previdência.

- Últimos avanços

2011 – Com o objetivo de facilitar o acesso dos cidadãos ao medicamento e promover a prescrição eletrónica, com a desmaterialização de todo o circuito administrativo do medicamento, foi aprovada a Portaria n.º 198/2011, de 18 de maio. A generalização da prescrição eletrónica é essencial para aumentar a qualidade da prescrição e incrementar a segurança do circuito do medicamento. A prescrição eletrónica serve também como incentivo à efetiva informatização do sistema de saúde, estimulando a comunicação entre os profissionais das diferentes instituições e diminuindo o risco de erro ou confusão na prescrição. Esta medida permite ainda obter mais informação sobre o circuito do medicamento, desencorajando e combatendo a fraude.

2012 – Com o advento da utilização generalizada de dados informatizados, a Lei n.º 5/2012, de 23 de janeiro, vem regular os requisitos de tratamento de dados pessoais para constituição de ficheiros de âmbito nacional, contendo dados de saúde, com recurso a tecnologias de informação e no quadro do SNS.

Em maio deste ano, arranca o novo Portal do Utente, integrado no projeto PDS – Plataforma de Dados da Saúde, desenvolvido pela CIC – Comissão para Informatização Clínica e pela SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, que permite registos de saúde feitos pelo utente e o recurso a serviços online já existentes e a disponibilizar, como marcação de consultas (eAgenda) ou confirmação de cirurgias (SIGIC).

2013 – Com o Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, é aprovado o novo regime jurídico das convenções. Com um modelo mais flexível do ponto de vista dos procedimentos, possibilita-se que as convenções tenham um âmbito regional ou nacional e que sejam celebradas mediante contrato de adesão ou após procedimento de contratação específico, sendo ainda permitida a celebração, a título excecional, de convenções que abranjam um conjunto integrado e/ou alargado de serviços.

O Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, define as formas de articulação do Ministério da Saúde e os estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional

de Saúde (SNS) com as instituições particulares de solidariedade social, bem como estabelece o regime de devolução às Misericórdias dos hospitais objeto das medidas previstas nos Decretos-Leis nos 704/74, de 7 de dezembro, e 618/75, de 11 de novembro, atualmente geridos por estabelecimentos ou serviços do SNS.

Reconhece-se, desta maneira, que as Misericórdias aliam as exigências técnicas da prestação de cuidados de saúde à sua vocação e tradição multisseculares, à ausência de fins lucrativos e à proximidade das populações, o que as torna importantes parceiros do Estado na área da saúde.

2014 – O Decreto-Lei n.º 110/2014, de 10 de julho, cria, no âmbito do Ministério da Saúde, o Fundo para a Investigação em Saúde, visando o fortalecimento das atividades de investigação para a proteção, promoção e melhoria da saúde das pessoas e, assim, obter ganhos em saúde. A investigação em saúde é considerada instrumental para a melhoria contínua da qualidade, formação de profissionais e projeção internacional do país numa área de grande competitividade, onde os ganhos com a produção de conhecimento podem ser significativos.

Os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família, no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, são definidos pelo Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto. A medida visa a melhoria da qualidade e do acesso efetivo dos cidadãos aos cuidados de saúde e a reavaliação do papel dos enfermeiros. Assim, sai reforçada a importância dos contributos da enfermagem para a promoção da saúde e prevenção da doença e são colocados novos desafios aos enfermeiros.

A Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, estabelece as normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, transpondo a Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, e a Diretiva de Execução n.º 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012.

- **Taxas Moderadoras**

Compete à ACSS a enunciação de orientações e uniformização de procedimentos entre as várias instituições do SNS, para o registo de situações de isenção e dispensa de pagamento de taxas moderadoras, procedendo também, à clarificação de alguns aspetos críticos e essenciais para a melhor salvaguarda do interesse dos utentes e dos prestadores de cuidados de saúde.

A legislação que regula o acesso às prestações do Serviço Nacional de Saúde (SNS) por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios, definindo as situações determinantes de isenção de pagamento ou de comparticipação, como situações clínicas relevantes de maior risco de saúde ou situações de insuficiência económica, tem por base o Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, na sua redação atual, atualmente não se paga taxas moderadoras nos centros de saúde.

- **Parcerias Público-Privadas (PPP)**

A introdução do conceito e dos mecanismos legais e operacionais necessários ao estabelecimento de "Parcerias Público-Privadas" (PPP) na saúde, visou promover formas inovadoras de partilha do risco para a prestação de cuidados de saúde, como novas experiências de gestão, bem como a participação do setor privado na conceção, construção, financiamento e exploração de unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Sob a orientação do Ministério da Saúde, foram desenvolvidas intervenções de renovação e de reorganização da rede do SNS.

Apesar do investimento e exploração destas unidades ser privado, o acesso aos serviços clínicos é o mesmo disponível nas restantes nas unidades hospitalares do setor público, ou seja, o utente mantém os direitos e deveres previstos no acesso ao SNS.

São as Administrações Regionais de Saúde que assumem o papel do Estado enquanto entidade contratante das Parcerias Público-Privadas.

Os hospitais em regime de Parceria Público-Privada são:

- Hospital Beatriz Ângelo, Loures
- Hospital de Braga (até 2019)
- Hospital Cascais Dr. José Almeida
- Hospital Vila Franca de Xira

É de relevar que o setor da saúde português foi pioneiro na criação de um quadro legal na área das Parcerias Público-Privadas. A regulamentação do setor tem sido reforçada através de instrumentos legais, publicados durante a primeira década dos anos 2000.

Relativamente à Entidade Gestora do Estabelecimento, os pagamentos pelo Estado são baseados na produção clínica efetivamente realizada por grandes linhas de atividade (internamento, consulta externa, urgência e hospital de dia) e pela disponibilidade do Serviço de Urgência. Por seu turno, a remuneração da Entidade Gestora do Edifício é baseada na disponibilidade da infraestrutura.

- **Instituições do Serviço Nacional de Saúde**

O SNS integra todos os cuidados de saúde desde a promoção e vigilância à prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação médica e social. A Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) é um instituto público, criado em 2007, que tem por missão assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do SNS, bem como das instalações e equipamentos do SNS, proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde, nas áreas da sua intervenção, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, no domínio da contratação da prestação de cuidados. A rede hospitalar em Portugal continental é formada por 212 hospitais, dos quais 91 são privados. Os 363 centros de saúde estão organizados em 74 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Em 2012 estavam em atividade 342 Unidades de

Saúde Familiar e 186 Unidades de Cuidados na Comunidade. O número de camas contratadas em funcionamento até 31 de dezembro de 2011, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, atingia 5595. Estas camas estavam distribuídas pelas seguintes tipologias: 906 de convalescença, 1747 de média duração e reabilitação, 2752 de longa duração e manutenção e 190 de cuidados paliativos.

Direitos e Deveres dos cidadãos

- Deveres do Utente
 - O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde. Isto significa que deve procurar garantir o mais completo restabelecimento e também participar na promoção da própria saúde e da comunidade em que vive.
 - O doente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correto diagnóstico e adequado tratamento.
 - O doente tem o dever de respeitar os direitos dos outros doentes;
 - O doente tem o dever de colaborar com os outros profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e por si, livremente aceites.
 - O doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde;
 - O doente tem o dever de utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar ativamente na redução de gastos desnecessários

- Direitos do Utente
 - Escolher, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização, o serviço e agentes prestadores;
 - Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei;
 - Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito;
 - Ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados;
 - Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado;
 - Receber, se o desejarem, assistência religiosa;
 - Reclamar e fazer queixa sobre a forma como são tratados e, se for caso disso, a receber indemnização por prejuízos sofridos;
 - Constituir entidades que os representem e defendam os seus interesses;
 - Constituir entidades que os representem e defendam os seus interesses;
 - Constituir entidades que colaborem com o sistema de saúde, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção de defesa da saúde ou grupos de amigos de estabelecimentos de saúde.

Satisfação do utente

A Direção-Geral da Saúde apresenta o Estudo de Satisfação dos Utentes 2015, revela que cerca de 91% da população residente em Portugal sentiu-se “bem atendida” pelos profissionais de saúde e 74% consideram que o seu problema de saúde foi devidamente resolvido.

Veja o Estudo de Satisfação dos Utentes do Sistema de Saúde Português

Os dados agora apresentados, e que resultam de uma amostra de 2.300 entrevistas realizadas pela Euro-sondagem junto da população residente em Portugal Continental entre 10 de fevereiro e 13 de março, relevam que, no geral, os portugueses consideram a sua saúde “boa” e “razoável”.

As comparações com inquéritos e estudos que foram, entretanto, efetuados, pese embora que as amostras e a metodologia não tenham sido iguais, estão em linha com o que este inquérito de opinião revelou. O facto de os resultados serem quase sempre melhores agora, deve ser interpretado como ausência de efeitos aparentemente negativos sobre o acesso e a perceção de serviço recebido.

No último ano, a grande maioria da população inquirida residente em Portugal recorreu aos serviços públicos de saúde (75%), com 56% a deslocarem-se ao centro de saúde e 19% a um hospital público, o que representa a manutenção do SNS como a parte mais procurada do sistema de saúde.

O tempo despendido com o médico satisfaz 87,4% dos inquiridos, valor que compara favoravelmente com os dados disponibilizados pela OCDE onde a média foi de 87,1%, tendo a República Checa atingido o valor mais elevado na escala (97,2%) e a Suécia o mais baixo (74%).

Cerca de 89% dos utentes consideram que o médico lhes deu oportunidade de esclarecer as suas dúvidas e 94% referem que as

indicações dadas foram claras, valor acima da média registada no conjunto dos 14 países da OCDE. Cerca de 87% dos inquiridos consideraram que o médico os envolveu nas decisões sobre os cuidados de saúde e os tratamentos.

Ações corretivas e preventivas

É recomendado que as organizações tenham procedimentos para registar e avaliar/investigar acidentes, incidentes e não-conformidades. O principal propósito do(s) procedimento(s) é prevenir a repetição da situação, identificando e lidando com a(s) causa(s)-raiz. Além disso, é recomendado que os procedimentos possibilitem detetar, analisar e eliminar as causas potenciais de não-conformidades.

- Entradas típicas

As entradas típicas incluem os seguintes itens:

- Procedimentos (em geral);
- Plano de emergência;
- Relatórios de identificação de perigos e de avaliação e controle de riscos;
- Relatórios de auditorias do Sistema de Gestão da SST, incluindo relatórios de não-conformidades;
- Relatórios de acidentes, incidentes e/ou perigos;
- Relatórios de manutenção e de serviços.

- Processo

É necessário que a organização prepare procedimentos documentados, a fim de assegurar que acidentes, incidentes e não-conformidades (ver seção 3) estão sendo investigados e que as ações corretivas e/ou preventivas foram iniciadas. É recomendado que seja monitorado o progresso da implementação das ações corretivas e preventivas, e analisada criticamente a eficácia de tais ações.

- Procedimentos

É recomendado que o procedimento:

- Defina as responsabilidades e autoridades das pessoas envolvidas na implementação, notificação, investigação, acompanhamento e monitoramento das ações corretivas e preventivas;
- Requeira que sejam notificadas todas as não-conformidades, acidentes, incidentes e perigos;
- Aplique-se a todo o pessoal (ou seja, funcionários, trabalhadores temporários, contratados, visitantes e qualquer outra pessoa no local de trabalho);
- Leve em consideração danos à propriedade;
- Garanta que nenhum funcionário sofrerá qualquer tipo de repressão por notificar uma não-conformidade, um acidente ou um incidente;
- Defina claramente o rumo da ação a ser tomada, a partir das não-conformidades identificadas no Sistema de Gestão

- Ações corretivas

Ações corretivas são medidas tomadas para eliminar a(s) causa(s)-raiz de não-conformidades, acidentes ou incidentes identificados, a fim de prevenir sua repetição. Exemplos de elementos a serem considerados ao se estabelecer e manter procedimentos para ação corretiva incluem:

- Identificação E implementação de medidas corretivas e preventivas tanto a curto como a longo prazo (isso pode incluir também o uso de fontes de informação apropriadas, tais como recomendações de funcionários especializados em SST);
- Avaliação de qualquer impacto nos resultados da identificação de perigos e da avaliação de riscos (e de quaisquer necessidades de atualização do(s) relatório(s) de identificação de perigos e de avaliação e controle de riscos);
- Registo de qualquer alteração requerida nos procedimentos, resultante da ação corretiva ou da identificação de perigos e da avaliação e controle de riscos;
- Aplicação de controles de riscos ou modificação dos controles de riscos existentes, a fim de assegurar que as ações corretivas são tomadas e que são eficientes.

Ação preventiva

Exemplos de elementos a serem considerados ao se estabelecer e manter procedimentos para ação preventiva incluem:

- Uso de fontes de informação apropriadas (tendências dos "incidentes sem perdas", relatórios de auditorias do Sistema de Gestão da SST, registos, atualização das análises de riscos, novas informações sobre materiais perigosos, "rondas" de segurança, recomendações de funcionários especializados etc);
- Identificação de quaisquer problemas que requeiram ação preventiva;
- Iniciação E implementação da ação preventiva e aplicação de controles para assegurar a eficiência da ação preventiva;

- Registos de quaisquer alterações nos procedimentos resultantes da ação preventiva, e submissão para aprovação.

- **Acompanhamento**

É recomendado que as ações corretivas e preventivas tomadas sejam as mais permanentes e eficientes possíveis. É recomendado que se façam verificações da eficácia das medidas corretivas/preventivas tomadas. É recomendado que as ações pendentes/atrasadas sejam relatadas à alta Administração na primeira oportunidade.

- **Análise de não-conformidades, acidentes e incidentes**

É recomendado que as causas de não-conformidades, acidentes e incidentes sejam classificadas e analisadas regularmente. É recomendado que as taxas de frequência e de gravidade de acidentes sejam calculadas de acordo com a prática aceita para fins de comparação.

É recomendado que seja realizada a classificação e a análise dos seguintes itens:

- Taxas de frequência ou gravidade de doenças/lesões com perda de tempo;
- Localização e tipo da lesão, parte do corpo atingida, atividade envolvida, unidade envolvida, dia, hora (todos os itens apropriados);
- Tipo e gravidade dos danos à propriedade;
- Causas diretas e causas-raiz.

- Verificação e comunicação de resultados

Após ser informada sobre a investigação, é recomendado que a organização:

- Identifique as causas-raiz das deficiências no Sistema de Gestão e na administração geral da organização, onde aplicável;
- Comunique as constatações e recomendações à Administração e às partes interessadas pertinentes;
- Inclua as constatações e recomendações pertinentes das investigações no contínuo processo de análise crítica,
- Verifique a implementação oportuna dos controles corretivos e de sua subsequente eficácia ao longo do tempo;
- Aplique as lições aprendidas da investigação das não-conformidades em toda a organização, concentrando-se nos amplos princípios envolvidos, ao invés de se restringir a ações específicas projetadas para evitar a repetição de um evento exatamente similar, na mesma área da organização.

- Resultados típicos

- Procedimento para acidentes e não-conformidades;
- Relatórios de não-conformidades;
- Cadastro de não-conformidades;
- Relatórios de investigações;
- Relatórios atualizados de identificação de perigos e de avaliação e controle de riscos;
- Entradas da análise crítica pela Administração;
- Evidência das avaliações da eficácia das ações corretivas e preventivas tomadas.