

Índice do Quadro/ Campo	Nome do Campo	Notas Técnicas	Formato (a validar no xsd)
4.2.1.1	Linha do Anexo do Modelo 32 (Q02-Modelo32-Linha)		N/A
4.2.2.1.1	Código de acordo com a tabela anexa ao DR nº 25/2009 (Q02-01)		Texto
4.2.2.1.2	Descrição dos elementos do ativo (Q02-02)		Texto
4.2.2.1.3	Mês início de utilização (Q02-03)		Inteiro 2
4.2.2.1.4	Ano de início de utilização (Q02-04)		Inteiro 2
4.2.2.1.5	Valor contabilístico registado (Q02-05)		Monetário
4.2.2.1.6	Valor de aquisição ou produção para efeitos fiscais (Q02-06)		Monetário
4.2.2.1.7	Número de anos de utilidade esperada (Q02-07)		Inteiro 4
4.2.2.1.8	Depreciações /amortizações e perdas por imparidade contabilizadas no período (Q02-08)		Monetário
4.2.2.1.9	Depreciações e amortizações aceites em períodos anteriores (Q02-09)		Monetário
4.2.2.1.10	Taxa de depreciações e amortizações (Q02-10)		Decimal
4.2.2.1.11	Taxa corrigida de depreciações e amortizações (Q02-11)		Decimal
4.2.2.1.12	Limite fiscal do período de depreciações e amortizações. (Q02-12)	$(Q02-12) = [(Q02-10) * (Q02-06)]$ ou $[(Q02-06)-(Q02-09)] * (Q02-11)$	Monetário
4.2.2.1.13	Perdas por imparidade aceites no período (art. 38º CIRC) (Q02-13)		Monetário
4.2.2.1.14	Taxas perdidas acumuladas (Q02-14)		Decimal
4.2.2.1.15	Depreciações /amortizações e perdas por imparidade não aceites como gastos (Q02-15)	$(Q02-15) = (Q02-08) - [(Q02-12) + (Q02-13)]$	Monetário
4.2.2.1.16	Depreciações /amortizações e perdas por imparidade recuperadas no período (Q02-16)		Monetário
4.2.2	Somas do Anexo do Modelo 32 (Q02-Modelo32-Somas)		N/A
4.2.2.1	Soma da coluna (Q02-05) (Q02-Coluna05)		Monetário
4.2.2.2	Soma da coluna (Q02-06) (Q02-Coluna06)		Monetário
4.2.2.3	Soma da coluna (Q02-08) (Q02-Coluna08)		Monetário
4.2.2.4	Soma da coluna (Q02-09) (Q02-Coluna09)		Monetário
4.2.2.5	Soma da coluna (Q02-12) (Q02-Coluna12)		Monetário
4.2.2.6	Soma da coluna (Q02-13) (Q02-Coluna13)		Monetário
4.2.2.7	Soma da coluna (Q02-15) (Q02-Coluna15)		Monetário
4.2.2.8	Soma da coluna (Q02-16) (Q02-Coluna16)		Monetário

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portaria n.º 95/2013

de 4 de março

O Regulamento do Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS), designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH), foi aprovado pela Portaria nº 615/2008, de 11 de

Julho, publicada no Diário da República, 1.ª série, nº 133, de 11 de Julho de 2008.

Este Regulamento tem por objectivo harmonizar os procedimentos inerentes à implementação e gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, estabelecendo um conjunto de regras que vinculam as instituições do SNS e os profissionais de saúde intervenientes no processo, articulando-os de forma criteriosa e transparente.

Decorridos mais de cinco anos sobre a publicação da supracitada Portaria, e face à experiência adquirida na

utilização do CTH e integração de entidades com acordo de cooperação com o SNS, constata-se a necessidade de adequar este Regulamento à nova realidade, mediante a publicação de nova portaria, mantendo-se, no entanto, inalteráveis a finalidade, os objectivos e os princípios, bem como a estrutura organizacional já consagradas naquele normativo.

Assim, o novo regulamento visa clarificar o acesso à consulta externa hospitalar e alargar ao CTH a referência de pedidos de primeira consulta de especialidade com origem nos hospitais do SNS e com origem em entidades com acordo de cooperação com o SNS. De igual forma, pretende-se clarificar a excecionalidade da referência proveniente de entidades privadas, sendo estes pedidos de consulta geridos pelo CTH.

Pretende-se, igualmente, clarificar as funções do profissional administrativo do hospital de destino dos pedidos de consulta, uma vez que, com a referência inter-hospitalar, os hospitais são também entidades emissoras de pedidos de consulta.

Promove-se, ainda, a distinção entre o CTH e a aplicação informática que lhe dá suporte.

Adicionalmente, introduz-se o conceito de falta não justificada do utente e estabelece-se o prazo para a justificação correspondente, sendo esta uma matéria relevante para a homogeneização de procedimentos.

Finalmente, procede-se à inclusão, no Anexo I ao regulamento, de áreas multidisciplinares especializadas que têm vindo a autonomizar-se nos hospitais, a saber, a dor, a senologia, as doenças autoimunes e a diabetologia. A referência direta de pedidos de consulta para estas áreas resulta em benefício claro para os utentes e promove uma maior celeridade no acesso aos cuidados.

Assim, manda o Governo, pelo Ministro da Saúde, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

É aprovado o Regulamento do Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas instituições do Serviço Nacional de Saúde, designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH), constante do anexo à presente Portaria e da qual faz parte integrante.

Artigo 2.º

Âmbito

O CTH tem por base critérios de prioridade clínica e de antiguidade do registo do pedido de consulta e é gerido através de uma unidade central integrada na Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), que coordena as unidades regionais, constituídas em cada Administração Regional de Saúde (ARS), e as unidades locais integradas em cada hospital ou agrupamento de centros de saúde.

Artigo 3.º

Responsabilidade pela execução do Regulamento

A responsabilidade pela execução do Regulamento compete, a cada nível, a todas as entidades envolvidas, das quais relevam as unidades regionais e locais que garantem a respetiva monitorização, a identificação das eventuais desconformidades, bem como a definição das medidas corretivas que devem ser adotadas.

Artigo 4.º

Coordenador nacional

O coordenador nacional do CTH é nomeado por despacho do conselho diretivo da ACSS.

Artigo 5.º

Unidades regionais e locais

1 - As unidades regionais garantem a articulação das redes regionais e locais do CTH, de acordo com as orientações da unidade central do CTH.

2 - Os coordenadores devem ser nomeados, até 31 de março de 2013, pelas respetivas entidades envolvidas.

Artigo 6.º

Revogação

É revogada a Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho.

Artigo 7.º

Produção de efeitos

A presente portaria produz efeitos no dia um do mês seguinte ao da sua publicação.

O Ministro da Saúde, *Paulo José de Ribeiro Moita de Macedo*, em 25 de fevereiro de 2013.

ANEXO

Regulamento do Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas instituições do Serviço Nacional de Saúde

1 — Objeto:

1.1 — O presente regulamento e os anexos que dele fazem parte integrante estabelecem o regime de referência e de gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, com origem nas unidades prestadoras de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS), designado por consulta a tempo e horas (CTH), tendo por base critérios de prioridade clínica e de antiguidade do registo do pedido de consulta.

1.2 — O acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar é realizado através de:

1.2.1 — Referência por parte dos prestadores de cuidados de saúde primários do SNS;

1.2.2 — Referência interna do hospital, designadamente por parte de serviços de outras valências e ou especialidades de consulta externa, hospital de dia, e serviço de internamento;

1.2.3 — Referência por parte de outros hospitais do SNS;

1.2.4 — Referência por outras entidades do sector social com acordo de cooperação com o SNS.

1.3 - A referência interna por parte de serviços de urgência para acesso à primeira consulta de especialidade e áreas multidisciplinares é gerida unicamente através do sistema de informação de suporte à CTH.

1.4 — O acesso à primeira consulta de especialidade e áreas multidisciplinares através de referência de entidades ou prestadores privados tem um caráter excecional sendo gerido unicamente através do sistema de informação de suporte à CTH.

1.4.1. — Através de circular normativa, a ACSS determina o modelo de pedido de consulta, incluindo a neces-

sidade de vinjeta do médica e conjunto mínimo de dados sem os quais o pedido será devolvido.

1.5 — O presente Regulamento não se aplica às situações clínicas que, pela sua gravidade, requerem uma intervenção no serviço de urgência, nem às consultas subsequentes hospitalares, nem aos pedidos de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

2 — Finalidades — o CTH tem por finalidades:

2.1 — Promover a celeridade no acesso a primeiras consultas de especialidade hospitalar em instituições do SNS, assegurando a eficácia e a eficiência dos processos de referênciação envolvidos;

2.2 — Aplicar regras que garantam a transparência dos procedimentos e a responsabilização das instituições e dos utentes na marcação de primeira consulta de especialidade hospitalar, tendo em conta o nível de urgência definido pelo médico assistente e a prioridade clínica de atendimento atribuída pelo profissional responsável pela triagem dos pedidos e marcação de primeira consulta;

2.3 — Adotar uma metodologia de referênciação, a partir do processo clínico do utente, que assegure um acesso equitativo, permitindo uma gestão e avaliação integradas de todo o processo de referênciação e de marcação de primeira consulta de especialidade hospitalar, bem como da respetiva realização, cuidados subsequentes e retorno de informação ao médico assistente;

2.4 — Identificar as necessidades expressas de acesso às primeiras consultas hospitalares e por especialidade, por parte de cada unidade de cuidados de saúde primários e a capacidade de resposta por hospital do SNS, garantindo tempos máximos de resposta para cada nível de prioridade;

2.5 — Garantir a produção de dados e de indicadores comuns e uniformes de contagem e de medida de tempo até à realização da consulta.

3 — Caracterização do CTH:

3.1 — O pedido de primeira consulta de especialidade hospitalar pelo médico para a instituição de destino, bem como os procedimentos relacionados com o seu registo até à efetiva realização dessa consulta, realizam-se exclusivamente através da aplicação informática definida pela ACSS na componente de suporte ao CTH e de forma integrada com a aplicação informática utilizada no agendamento e na gestão da marcação de consultas de cada hospital.

3.2 — São intervenientes no CTH os médicos, os enfermeiros e outros profissionais de saúde com responsabilidades assistenciais, especificamente identificados, nomeados e responsabilizados para o efeito pelo órgão de gestão da instituição prestadora de cuidados de saúde, bem como os administrativos das unidades de cuidados de saúde primários e dos hospitais do SNS e hospitais do sector social com acordo de cooperação responsáveis pelo circuito administrativo do pedido de primeira consulta até à conclusão do respetivo processo.

3.3 - Para o funcionamento da CTH é adotado um sistema informático centralizado e integrado que estabelece a comunicação eletrónica entre o médico emissor do pedido de primeira consulta de especialidade, adiante designado por médico assistente, e o médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde com responsabilidades assistenciais, designado nos termos dos n.ºs 3.2 e 3.4, adiante designado por triador, para inscrição dos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar e de monitorização do processo, desde a data da sua solicitação até à data da sua realização ou à data de conclusão do pedido.

3.4 — No caso de ser necessário nomear um triador que não seja médico, o órgão de gestão está vinculado a parecer favorável do(s) médico(s) especialista(s) hospitalar(es) responsável(is) pela triagem na(s) especialidade(s) em que tal se verifique.

3.5 — O sistema informático de suporte ao CTH tem ainda subjacente a avaliação especializada dos pedidos inscritos, a identificação da prioridade de atendimento e a marcação de primeiras consultas com base nessa prioridade, permitindo a monitorização de todos os pedidos de consulta com identificação clara dos intervenientes e respetivo desempenho em termos de tempo de resposta e dos atos associados.

4 — Tempos máximos de execução de procedimentos:

4.1 — Os pedidos de marcação de primeira consulta são registados e enviados através da aplicação informática de suporte ao CTH pela instituição de origem para o hospital de referência.

4.2 — Para a marcação da consulta hospitalar, caso haja lugar à anexação de informação clínica que requeira alterações, para efeitos de envio eletrónico ou por outra via, os pedidos são emitidos pela instituição de origem no prazo máximo de três dias úteis contado desde a data do registo do pedido na aplicação informática de suporte ao CTH.

4.3 — A partir de 1 de julho de 2013, os pedidos de primeira consulta de especialidade em papel provenientes de prestadores de cuidados de saúde primários do SNS são rejeitados e devolvidos aos respetivos prestadores.

4.4 — A partir de 1 de janeiro de 2014, os pedidos de primeira consulta de especialidade em papel provenientes de qualquer prestador de cuidados de saúde do SNS ou com acordo de cooperação com o SNS são rejeitados e devolvidos aos respetivos prestadores.

4.5 — Até às datas previstas nos pontos 4.3 e 4.4, os pedidos de primeira consulta de especialidade em papel provenientes de qualquer prestador de cuidados de saúde do SNS ou com acordo de cooperação com o SNS que cheguem em papel ao hospital de destino, são inseridos pelo administrativo na aplicação informática de suporte ao CTH, após o que este profissional deverá proceder ao seu reencaminhamento para o triador.

4.6 — A partir de 1 de julho de 2013, os pedidos de primeira consulta de especialidade provenientes do serviço de urgência são obrigatoriamente inseridos na aplicação informática de suporte ao CTH, sendo alvo de triagem pelo respetivo triador.

4.7 — A partir de 1 de julho de 2013, os pedidos de primeira consulta de especialidade provenientes de prestadores privados chegam em papel ao hospital de destino sendo inseridos pelo administrativo na aplicação informática de suporte ao CTH, após o que este profissional deverá proceder ao seu reencaminhamento para o triador.

4.8 — Independentemente do número de triadores que intervenham no procedimento, o prazo máximo atribuído ao hospital de destino para avaliação do pedido e marcação da consulta é de cinco dias.

4.9 — Após o agendamento, o hospital comunica de imediato ao utente, em termos claros e precisos, o local, a data e a hora de realização da consulta.

4.10 — A marcação é visualizada na aplicação informática de suporte ao CTH por todos os profissionais intervenientes no processo.

5 — Tempo máximo de resposta garantido no acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar:

5.1 — O tempo máximo de resposta garantido a atribuir ao acesso à primeira consulta da especialidade hospitalar,

nos termos da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, é objeto de atualização por portaria a publicar anualmente.

5.2 — Atendendo ao nível da prioridade clínica atribuída pelo triador e sem prejuízo de prazos mais reduzidos que venham a ser definidos em função do tipo de patologia, a realização de primeiras consultas hospitalares tem o seguinte tempo máximo de resposta, contado a partir da data do registo do pedido pela unidade de cuidados de saúde primários:

5.2.1 — 30 dias, se a realização da consulta for considerada como muito prioritária;

5.2.2 — 60 dias, se a realização da consulta for considerada como prioritária;

5.2.3 — 150 dias, se a realização da consulta for considerada com prioridade normal.

5.3 — O tempo máximo de resposta nos pedidos provenientes dos prestadores privados é contado a partir do momento de triagem ao nível do hospital.

5.4 — A constatação de tempos de resposta para uma determinada especialidade num hospital de referência, com prazos superiores aos definidos nos números anteriores, habilita o médico assistente a referenciar o pedido para outra instituição hospitalar da rede do SNS, o mais próxima possível da residência do utente, que apresente tempos de resposta mais céleres na mesma especialidade, devendo, para o efeito, obter o acordo do utente.

6 — Procedimentos da responsabilidade das unidades emissoras de pedidos:

6.1 — Cada referenciação pelo médico assistente para marcação de primeira consulta de especialidade hospitalar é efetuada para uma das especialidades constantes do anexo I do presente Regulamento, de acordo com as regras de referenciação aplicáveis e protocoladas entre as entidades envolvidas e reconhecidas pela respetiva ARS.

6.2 — O acesso à consulta de especialidade hospitalar é condicionado à correta identificação do utente e à apresentação de justificação clínica, com capacidade de inclusão da história clínica e eventual anexação de resultados de exames complementares de diagnóstico efetuados, em formato digital ou outro e que sejam considerados úteis à definição da prioridade clínica pelo triador, de acordo com as regras de referenciação que forem definidas.

6.3 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, a dificuldade de identificação do utente (nomeadamente situações de indigência, irregularidade de permanência em território nacional ou situações análogas) não pode obstar à referenciação e acesso à consulta de especialidade hospitalar, devendo o sistema informático de suporte prever mecanismos aptos a ultrapassar essa dificuldade.

6.4 — O médico assistente identifica como urgente o pedido de consulta que deve ser analisado com prioridade pelo triador da instituição de destino.

6.5 — Na eventualidade de ocorrer a devolução do registo pelo triador, por falta de elementos clínicos que sustentem o pedido, compete ao médico assistente analisar e proceder à sua reformulação, reunindo, se necessário, informação clínica mais aprofundada.

6.6 — Sempre que se verifique a ausência do médico assistente, a direção ou coordenação da unidade de saúde promove a sua substituição, de forma a garantir o acompanhamento dos pedidos de primeira consulta de especialidade pendentes de realização de consulta.

6.7 — O médico assistente cancela o pedido de primeira consulta pendente de realização sempre que considere que

a situação clínica já não requer os cuidados especializados solicitados.

7 — Procedimentos da responsabilidade dos hospitais:

7.1 — São designados para cada especialidade o médico ou o(s) profissional(ais) que detêm a responsabilidade pela análise dos pedidos e marcação de primeira consulta, podendo, ainda, ser designado um triador diferente para cada subespecialidade.

7.2 — Compete ao administrativo do hospital de destino:

Reencaminhar eletronicamente para o triador da especialidade indicada o registo do pedido de consulta, bem como os exames complementares;

Proceder à marcação das primeiras consultas e Convocar os utentes.

7.3 — O administrativo do hospital de destino deve solicitar ao administrativo da entidade de origem a anexação dos resultados de eventuais exames complementares de diagnóstico efetuados, quando não rececionados.

7.4 — O triador pode devolver o pedido de marcação de primeira consulta para o médico assistente a fim de obter esclarecimentos adicionais, devendo o médico assistente dar resposta no prazo máximo de três dias úteis.

7.5 — O triador pode reenviar o pedido para um outro triador de uma subespecialidade ou de outra especialidade/serviço clínico, com base na informação clínica recebida ou na maior adequação da resposta interna do hospital à situação clínica apresentada.

7.6 — É obrigatória a atribuição de uma prioridade de atendimento previamente à marcação da primeira consulta.

7.7 — O triador pode recusar o pedido de marcação de consulta, devendo esta recusa ser fundamentada em motivos clínicos, devidamente justificada e comunicada ao médico assistente, através do preenchimento do campo próprio na aplicação informática.

7.8 — A recusa pelo triador não pode ter por fundamento a falta de remessa de meios complementares de diagnóstico ou a insuficiência de informação clínica.

7.9 — Adicionalmente ao motivo de recusa referido no ponto 7.7, é fundamento de recusa pelo triador a ausência das condições técnicas exigidas para a especialidade para a qual o utente foi referenciado, nomeadamente por ausência de equipamento adequado ou de profissionais com experiência específica para prestar assistência à situação apresentada, o que deve ser devidamente justificado e comunicado ao médico assistente através do preenchimento do campo próprio na aplicação informática.

7.10 — A marcação de consulta é um procedimento obrigatório para todos os pedidos avaliados e que tenham indicação clínica de marcação, independentemente da data em que a mesma venha a ocorrer.

7.11 — A eventual desmarcação de consulta, por iniciativa do médico responsável pela sua realização, obriga este profissional a comunicar com a antecedência mínima de 7 dias ao administrativo do hospital uma nova data de marcação, que não exceda o prazo de 15 dias em relação à data anteriormente definida.

7.12 — Excetuam-se do disposto no número anterior as situações em que o médico não pode, por razões imperiosas e inadiáveis, cumprir a antecedência mínima para comunicação da desmarcação da consulta.

7.13 — O utente é informado por escrito, com a antecedência mínima de cinco dias úteis, quanto ao local, data e hora da sua consulta e, sempre que possível,

sobre a identificação do médico especialista que o irá atender.

7.14 — O processo descrito no número anterior, é igualmente aplicável quando ocorram alterações de marcação.

7.15 — As consultas marcadas e informadas aos utentes são, sempre que possível, objeto de confirmação por SMS ou qualquer outro meio de contacto.

7.16 — O adiamento da data de marcação de consulta por causa imputável à instituição de destino deve respeitar o prazo máximo de resposta previsto para a prioridade.

7.17 — A informação aos utentes da data da realização da consulta num prazo inferior ao definido no ponto 7.15 é, quando invocada pelo utente, motivo fundamentado para recusar a presença na consulta, sendo obrigatória nova marcação pelo hospital.

7.18 — A alteração de marcação de consulta ocorre a pedido do utente se este apresentar, por qualquer meio, com a antecedência mínima de cinco dias antes da data marcada, razão plausível que justifique a impossibilidade da sua comparência na data para a qual foi notificado, devendo fazê-lo o mais precocemente possível.

7.19 — Caso o utente apresente motivo plausível para a falta, tem a oportunidade de remarcação da consulta uma única vez.

7.20 — Toda a primeira consulta de especialidade hospitalar, devidamente programada, à qual o utente não compareceu, sem que no prazo de sete dias seguidos após a data marcada tenha apresentado justificação por motivo plausível, dá origem a uma falta não justificada registada no SIH.

7.21 — Após o registo da falta não justificada no SIH, na aplicação informática de suporte ao CTH, assume a falta e o pedido de primeira consulta fica concluído.

7.22 — Tendo ocorrido falta não justificada do utente, este só pode aceder à consulta de especialidade se o seu médico assistente solicitar novo pedido através da aplicação informática de suporte ao CTH.

7.23 — São considerados motivos plausíveis para a falta, os considerados para faltas justificadas pelo n.º 2 do artigo 249.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, com as adaptações necessárias.

7.24 — O hospital pode cancelar uma marcação de consulta para um utente registado na aplicação por motivos supervenientes à inscrição, designadamente por o utente já se encontrar a ser assistido pelo mesmo episódio de doença ou outro motivo devidamente justificado que impeça a realização da consulta.

7.25 — O médico hospitalar que procede à realização da consulta está obrigado a prestar informação de retorno ao médico assistente sobre o diagnóstico e indicações para o seguimento clínico da situação utilizando, preferencialmente, a aplicação informática de suporte ao CTH.

8 — Direitos dos utentes — para efeitos do presente Regulamento, os utentes ou seus representantes legais têm os seguintes direitos:

8.1 — Aceder, através do médico assistente ou do hospital de referência, à informação personalizada sobre a inscrição do pedido de primeira consulta de especialidade na aplicação informática de suporte ao CTH e aos dados associados ao mesmo;

8.2 — Dar o seu acordo por escrito para que a sua situação clínica seja referenciada nos termos dos n.ºs 5.3 pelo

médico assistente, para um hospital fora da área geográfica da sua residência;

8.3 — Apresentar reclamação escrita sempre que verificar alguma irregularidade nas fases do procedimento.

9 — Deveres dos utentes:

9.1 — Comparecer no local, data e hora designados, conforme convocatória remetida pelo hospital;

9.2 — Invocar ao hospital motivo fundamentado para eventual pedido de alteração da data de marcação da consulta para a qual tenha sido convocado;

9.3 — Informar com a antecedência mínima de cinco dias o hospital da impossibilidade de comparecer na consulta para a qual tenha sido convocado.

9.4 — Justificar a falta, por motivo plausível, a qualquer consulta marcada, para a qual tenha sido convocado, sob pena de lhe ser exigido o pagamento da taxa moderadora aplicável.

10 — Às instituições envolvidas cabe assegurar:

10.1 — A articulação adequada, de acordo com os princípios da humanização (visão centrada no utente) e da eficiência, promovendo, para o efeito, a adoção de critérios e requisitos de referência entre hospitais e unidades de cuidados de saúde primários, designadamente através da elaboração de protocolos escritos;

10.2 — O cumprimento das regras de referência estabelecidas para o acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, evitando-se as situações de devolução de pedidos de marcação de primeira consulta por ausência ou insuficiente fundamentação ou falta de anexação de resultados clínicos considerados imprescindíveis à realização da avaliação;

10.3 — A adoção das regras de gestão de marcação de primeiras consultas, segundo critérios de prioridade clínica, assegurando progressivamente o encurtamento dos tempos de resposta;

10.4 — A Informação acessível ao médico assistente do estado do registo do pedido no circuito e retorno de informação clínica, visando a complementaridade das relações no âmbito da prestação aos utentes de cuidados de saúde integrados;

10.5 — A fiabilidade e credibilidade da informação e normalização dos fluxos de informação relativamente aos utentes inscritos para primeira consulta hospitalar;

10.6 — A segurança e confidencialidade dos dados, designadamente através da parametrização dos perfis de acesso adequados aos utilizadores do sistema informático e a sua correta utilização.

11 — Sistema de informação de suporte à análise e decisão:

11.1 — A ACSS, I.P., dispõe de uma solução tecnológica de apoio à decisão, planeamento e investigação que centraliza toda a informação e permite a sua análise, com base em indicadores, bem como uma monitorização atualizada, global e objetiva do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar.

11.2 — As definições e os conceitos constantes do anexo II são aplicáveis pelas instituições envolvidas para efeitos do disposto no presente Regulamento.

11.3 — A informação no âmbito da solução tecnológica está acessível a todos os níveis de utilização em função do tipo de unidade em causa.

12 — Regras aplicáveis aos prazos: salvo disposição em contrário no presente Regulamento, os prazos identificados são contados em dias seguidos, incluindo sábados, domingos e feriados.

ANEXO I

Lista geral de especialidades

Anestesiologia.
 Angiologia/cirurgia vascular.
 Cardiologia.
 Cardiologia pediátrica.
 Cirurgia cardiotorácica*.
 Cirurgia geral.
 Cirurgia maxilo-facial.
 Cirurgia pediátrica.
 Cirurgia plástica reconstrutiva.
 Dermato-venereologia.
 Doenças infecciosas.
 Endocrinologia e Nutrição.
 Estomatologia.
 Gastrenterologia.
 Genética médica.
 Ginecologia.
 Hematologia clínica.
 Imuno-alergologia.
 Imuno-hemoterapia.
 Medicina física e de reabilitação - fisioterapia.
 Medicina interna.
 Medicina tropical.
 Nefrologia.
 Neurocirurgia.
 Neurologia.
 Obstetria.
 Oftalmologia.
 Oncologia médica.
 Ortopedia.
 Otorrinolaringologia.
 Pediatria.
 Pneumologia.
 Psiquiatria.
 Psiquiatria da infância e da adolescência.
 Radioterapia.*
 Reumatologia.
 Urologia.

* Só para referenciação de pedidos de primeira consulta com origem em hospital do SNS

Áreas multidisciplinares

Diabetologia
 Doenças autoimunes
 Dor
 Senologia

ANEXO II

Definições e conceitos básicos

Para efeitos do presente Regulamento, as seguintes palavras ou expressões têm o seguinte significado:

«Avaliação especializada» — ato realizado pelo responsável designado para cada especialidade hospitalar pelo qual se analisa a referência clínica e solicitação de marcação de primeira consulta de uma especialidade, se atribui um nível de prioridade de atendimento e se reencomenda o pedido para marcação de consulta;

«Consulta de especialidade hospitalar» — consulta realizada em hospital no âmbito de uma especialidade ou subespecialidade hospitalar, que deve decorrer da referenciação ou do encaminhamento por médico de outra especialidade;

«Emissão do pedido consulta» — saída do pedido de primeira consulta de especialidade hospitalar da instituição de origem efetuada de modo automático pelo sistema de referenciação eletrónica e que termina com a passagem do pedido ao estado “emitido”, ficando disponível para processamento na instituição de destino;

«Episódio de cuidados» — período que decorre desde o início de um processo de avaliação e ou intervenção específicos no decorrer da história natural de uma doença de evolução prolongada e a alta ou finalização do processo de avaliação e ou intervenção em causa;

«Episódio de doença» — período que decorre desde o início ou da primeira comunicação de um problema de saúde ou doença a um prestador de cuidados até à realização do último encontro respeitante a esse mesmo problema ou doença (no caso de doença aguda ou de duração limitada);

«Falta do utente» - toda a primeira consulta de especialidade hospitalar programada à qual o utente não compareceu e, sem que no prazo de sete dias seguidos após a data marcada para a sua realização, tenha apresentado justificação por motivo plausível.

«Informação de retorno» — ato médico de transmissão de um conjunto de informações clínicas de um utente, designadamente a avaliação clínica efetuada, diagnósticos formulados, tratamentos realizados ou propostos e orientações de seguimento (follow-up), em retorno de uma referenciação clínica;

«Instituição de destino» — unidade hospitalar do SNS onde é realizada a primeira consulta da especialidade hospitalar identificada como necessária na instituição de origem do utente aquando do seu registo na aplicação informática de suporte ao CTH;

«Instituição de origem» — unidade de saúde onde é efetuado o registo do utente na aplicação informática de suporte ao CTH para solicitação de uma primeira consulta de especialidade hospitalar;

«Marcação de primeira consulta» — ato administrativo que se traduz no registo eletrónico de alocação de um tempo para realização da primeira consulta de especialidade, com identificação da data, hora, local de realização e do profissional que a irá realizar;

«Mediana do tempo de acesso à consulta» — mediana do tempo (em dias) que os utentes com registo de pedido de primeira consulta de especialidade aguardam pela respectiva realização;

«Médico assistente» — médico que solicita uma primeira consulta de especialidade hospitalar para um utente, através da transmissão de um conjunto de informações clínicas;

«Nível de prioridade» — classe de prioridade em que, de acordo com o critério do triador, um determinado utente é integrado, considerado o tempo máximo que pode aguardar pela primeira consulta da especialidade hospitalar que é assinalado pelo médico assistente;

«Primeira consulta de especialidade hospitalar no CTH» — registo de realização de consulta constante na aplicação informática de suporte ao CTH.

«Prioridade clínica» — nível de prioridade definida pelo triador de acordo com a justificação e os dados clínicos remetidos pelo médico assistente, aplicando, sempre que possível, orientações técnicas para estratificação do risco clínico, tendo em conta a gravidade da situação, incluindo comorbilidades e impacte na qualidade de vida e autonomia do utente;

«Processo do utente» — conjunto de informações com relevância para a gestão do pedido de primeira consulta de especialidade, preferencialmente em suporte eletrónico;

«Reemissão do pedido consulta»- reenvio do pedido de primeira consulta de especialidade hospitalar pela instituição de origem, na sequência da devolução do registo do pedido pela instituição de destino, após ser completada, por aquela, a informação administrativa ou clínica necessária à avaliação da situação do utente, que é efetuado através do sistema eletrónico e que volta a colocar o pedido no estado “emitido”, podendo prosseguir o circuito de processamento na instituição de destino;

«Referência ou referenciação clínica» — ato médico de transmissão de um conjunto de informações clínicas de um utente, designadamente a história clínica, realizada pelo médico assistente e dirigida ao médico hospitalar de determinada especialidade, através do qual se solicita a realização de uma primeira consulta, clinicamente justificada e suportada, sempre que necessário, em resultados de exames complementares de diagnóstico e de acordo com as regras de referenciação definidas;

«Referenciação inversa» — ato médico de transmissão de um conjunto de informações clínicas respeitantes a um utente, designadamente a avaliação clínica efetuada, diagnósticos formulados, tratamentos realizados ou propostos e orientações de seguimento (follow-up) em retorno de uma referenciação clínica, acompanhada de alta do utente dos cuidados hospitalares prestados;

«Registo cancelado» — anulação pelo médico assistente do registo de um processo de referenciação de um utente na lista de utentes inscritos para acesso à primeira consulta da especialidade, determinada por motivos supervenientes à inscrição, clínicos ou outros, originados por vontade do utente ou não, que impedem a realização da consulta;

«Registo de recusa» — anulação pelo triador, fundamentada na evidência de que a situação clínica pode ser estudada, acompanhada e tratada pelo médico assistente, não requerendo os cuidados especializados solicitados, de um processo de referenciação de um utente na lista de utentes inscritos para acesso à primeira consulta da especialidade;

«Registo devolvido pelo administrativo do hospital» — devolução através a aplicação informática de suporte ao CTH de um registo de um processo de referenciação de um utente, pelo administrativo do hospital, à instituição de origem, para obtenção de esclarecimentos quanto à identificação do utente e à anexação de resultados de exames complementares de diagnóstico não rececionados;

«Registo devolvido pelo triador» — devolução através da aplicação informática de suporte ao CTH de um registo de referenciação de um utente, pelo triador, ao médico assistente, para obtenção de esclarecimentos adicionais da situação clínica anteriormente descrita;

«Tempo de resposta» — número de dias de calendário que medeiam entre o momento em que é registada na aplicação informática de suporte ao CTH a referenciação pelo médico da unidade prestadora de cuidados de saúde primários para marcação de uma primeira consulta de especialidade hospitalar e a sua realização;

«Tempo médio de resposta» — média, em dias, dos intervalos de tempo de resposta na realização da consulta aos utentes com registo de pedido de primeira consulta de especialidade;

«Triador» — responsável designado para cada especialidade que procede à avaliação clínica da referenciação e à atribuição de um nível de prioridade para marcação da consulta

MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E DA SEGURANÇA SOCIAL

Portaria n.º 96/2013

de 4 de março

O XIX Governo Constitucional assume, através do Programa de Emergência Social, o objetivo de promover respostas sociais inovadoras, de proximidade e que correspondam às necessidades e expectativas das pessoas e famílias.

A manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida constitui um dos principais objetivos das políticas sociais, o que implica a criação de soluções para pessoas idosas que se encontrem em situações de isolamento, solidão ou insegurança.

Nesta lógica, o centro de noite constitui-se como uma resposta social que proporciona um espaço de apoio durante a noite a pessoas nas referidas situações, contribuindo para o seu bem-estar e permitindo a manutenção no seu domicílio durante o dia.

Ao seguir uma lógica de proximidade e implementação em contextos rurais ou urbanos onde se identifiquem situações de risco e fragilidade que importa minorar ou eliminar, o centro de noite configura-se como a resposta adequada.

Neste contexto e face à ausência de regulamentação desta resposta social bem como a necessidade de promover a sua qualificação, importa conceber um quadro normativo que estabeleça as condições de instalação e funcionamento do centro de noite, por forma a constituir-se como uma resposta dinâmica e adequada às necessidades dos seus utilizadores mediante a prestação de um serviço qualificado e humanizado.

Assim,

Manda o Governo, pelo Ministro da Solidariedade e da Segurança Social, ao abrigo do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, com a redação dada pelo Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

1 - A presente portaria estabelece as condições de instalação e funcionamento do centro de noite.

2 - Considera-se centro de noite a resposta social que funciona em equipamento de acolhimento noturno, dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite.

Artigo 2.º

Âmbito de aplicação

1 - As disposições constantes no presente diploma aplicam-se:

a) A novos centros de noite a desenvolver em edifícios a construir de raiz ou em edifícios já existentes a adaptar para o efeito;

b) Sem prejuízo do disposto no n.º 2, a centros de noite já em funcionamento ou àqueles cujos processos de licenciamento de construção ou da atividade ou de acordo de cooperação a celebrar com o ISS, IP, se encontrem em curso à data da entrada em vigor da presente portaria.

2 - O disposto nos artigos 13.º e 14.º não é aplicável aos centros de noite referidos na alínea b) do número anterior.