



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

Nº 2

DATA: 16/02/2007

CIRCULAR NORMATIVA

PARA: ARS, Hospitais EPE e SPA

ASSUNTO: CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS DE PAGAMENTO DAS PRESTAÇÕES DE SAÚDE PRESTADAS AOS BENEFICIÁRIOS DO SNS QUE DEVAM SER COBRADAS PELAS UNIDADES DE SAÚDE NO ÂMBITO DO CONTRATO-PROGRAMA DE 2007

As unidades de saúde só podem proceder a facturação ao IGIF nos termos previstos na presente circular.

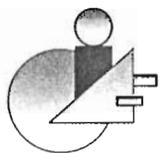
As unidades de saúde suportam directamente os encargos financeiros das prestações de saúde realizadas por terceiros, integrados ou não no SNS, que sejam por elas requisitados ou prescritos.

As unidades de saúde facturam directamente a terceiros, integrados ou não no SNS, as prestações de saúde ou meios complementares de diagnóstico e terapêutica que estes lhes requisitem.

I - INTERNAMENTO

1. Doente internado

Entende-se por doente internado o indivíduo admitido num estabelecimento de saúde com internamento, num determinado período, que ocupa cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico ou tratamento, com permanência de, pelo menos, 24 horas, exceptuando-se os casos em que os doentes venham a falecer, saiam contra parecer médico ou sejam transferidos para outros estabelecimentos, não chegando a permanecer durante 24 horas nesse estabelecimento de saúde. Para efeitos de facturação, e para doentes que não cheguem a permanecer 24 horas, apenas serão



considerados os doentes em ambulatório e doentes saídos contra parecer médico ou por óbito.

2. Tempo de internamento

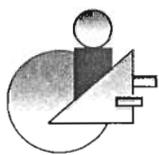
Entende-se por tempo de internamento o total de dias utilizados por todos os doentes internados, nos diversos serviços de um estabelecimento de saúde com internamento, num período, exceptuando os dias das altas dos mesmos doentes nesse estabelecimento de saúde. Não são incluídos os dias de estada em berçário ou em serviço de observação de serviço de urgência. Contudo, para efeitos de classificação dos doentes em grupos de diagnósticos homogéneos e de facturação incluem-se na contagem do tempo de internamento os dias desde a admissão no serviço de urgência (nos casos em que o doente tenha sido admitido através do serviço de urgência), bem como os dias de estada em berçário.

3. Grupos de Diagnósticos Homogéneos

Os episódios de internamento de agudos são classificados em grupos de diagnósticos homogéneos (GDH). A produção medida em GDH é ajustada pelo índice de case-mix contratado.

O preço base a aplicar aos doentes internados classificados em GDH e convertidos em equivalentes é o constante na tabela de preços do grupo a que a unidade de saúde pertence. O preço do GDH compreende todos os serviços prestados no internamento, quer em regime de enfermaria quer em unidades de cuidados intensivos, incluindo todos os cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e hotelaria. A cada episódio só pode corresponder um GDH, independentemente do número de serviços em que o doente tenha sido tratado, desde a data de admissão até à data de alta.

Os diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros actos médicos relevantes, são codificados de acordo com a Codificação Internacional das Doenças – 9ª Revisão – Modificação Clínica (CID-9-MC) de 2004 ou anos seguintes. A tabela tem por base o agrupador de GDH, All Patients DRG, versão 21.0, desenvolvido nos EUA, sendo obrigatória a utilização deste agrupador para efeitos de classificação de episódios agudos de doença tratados nos hospitais do SNS.



4. Doentes equivalentes

Os episódios de internamento classificados em GDH podem ser normais/típicos ou de evolução prolongada em função da variável tempo de internamento.

São episódios normais ou típicos os que apresentam tempo de internamento superior ao limiar inferior e inferior ao limiar máximo.

São episódios de curta duração os que apresentam tempo de internamento igual ou inferior ao limiar inferior de exceção do GDH em que foram classificados.

São episódios de evolução prolongada os episódios que apresentam tempo de internamento igual ou superior ao limiar máximo de exceção do respectivo GDH.

Os limiares de exceção (inferior e máximo) definem, para cada GDH, o intervalo de normalidade em termos de tempo de internamento e calculam-se de acordo com os intervalos inter-quartis das respectivas distribuições.

Os episódios de internamento classificados em GDH são convertidos em doentes equivalentes tendo em conta o tempo de internamento ocorrido em cada um deles e o intervalo de normalidade definido para cada GDH.

Assim, os doentes equivalentes, num dado GDH, correspondem aos episódios de internamento que se obtêm após a transformação dos dias de internamento dos episódios de duração excepcional e dos doentes transferidos de cada GDH, em episódios equivalentes aos episódios típicos ou normais do respectivo GDH.

- Num episódio típico ou normal um doente saído corresponde a um doente equivalente.
- Para converter os episódios de curta duração em conjuntos equivalentes aos episódios normais aplicam-se as seguintes fórmulas de cálculo:

a) Episódio de curta duração em GDH com preço para ambulatório

$$\text{Doente equivalente} = \text{peso ambulatório} + \frac{(1 - \text{peso ambulatório}) * T_i}{L_i + 1}$$

b) Episódio de curta duração em GDH cirúrgicos sem preço para ambulatório



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

$$\text{Doente equivalente} = \text{peso 1º dia} + \frac{1 - \text{peso 1º dia}}{L_i} * (T_i - 1)$$

c) Episódio de curta duração em GDH médicos sem preço para ambulatório

$$\text{Doente equivalente} = \frac{1}{L_i + 1} * T_i$$

Sendo,

L_i = Limiar inferior do GDH i

T_i = Tempo de internamento

peso ambulatório = Preço de Ambulatório/Preço de Internamento

peso 1º dia = Preço do 1º dia para GDH cirúrgicos/Preço de Internamento

- Num episódio de evolução prolongada um doente saído corresponde a um doente equivalente.

5. Índice de Case-Mix

O índice de case-mix (ICM) é um coeficiente global de ponderação da produção que reflecte a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da complexidade da sua casuística.

O ICM define-se como o rácio entre o número de doentes equivalentes de cada GDH, ponderados pelos respectivos pesos relativos, e o número total de doentes equivalentes do hospital.

O peso relativo de um GDH é o coeficiente de ponderação que reflecte o custo esperado com o tratamento de um doente típico agrupado nesse GDH, expresso em termos relativos face ao custo médio do doente típico a nível nacional o qual representa, por definição, um peso relativo de 1.0.

O ICM nacional é por definição igual a 1, pelo que o ICM de cada Unidade de Saúde afastar-se-á desse valor de referência consoante a unidade de saúde trate uma proporção maior ou menor de doentes agrupados em GDH de elevado peso relativo face ao padrão nacional.



6. Transferências

As unidades de saúde obrigam-se a identificar, na base de dados dos GDH, todas as transferências dos doentes dentro e fora do SNS, registando a unidade de destino e a proveniência e ainda o motivo da transferência.

Os episódios de doentes internados que são transferidos para outros hospitais do SNS, são convertidos para equivalentes de acordo com as normas acima descritas, contudo, nas situações em que o doente é transferido por inexistência de recursos, o episódio não pode exceder 0,5 doente equivalente.

O hospital que recebe o doente transferido para tratamento do quadro clínico que levou ao seu internamento classifica o episódio no GDH correspondente aos cuidados prestados, excepto nas situações em que recebe o doente para continuidade de prestação de cuidados em que deve classificar o episódio no GDH 465, 466, 635, 636 ou 754.

7. Doentes traqueostomizados

O preço do GDH 483 apenas pode ser aplicado nas situações em que o doente foi submetido a ventilação mecânica (códigos de procedimento 96.72 da CID-9-MC).

Aos doentes classificados naquele GDH que não tenham sido submetidos a ventilação mecânica aplica-se o preço estabelecido para o GDH 482.

8. Doentes internados com menos de 24 horas

Os doentes internados com menos de 24 horas, saídos contra parecer médico ou por óbito são considerados, para efeitos de cálculo dos doentes equivalentes, como doentes de curta duração. Nestes casos, o tempo de internamento considerado é de um dia.

Os doentes internados com menos de 24 horas, saídos por procedimento não realizado ou transferidos do internamento para outro estabelecimento de saúde não são considerados no cálculo dos doentes equivalentes.



9. Internamento com admissão pela Urgência

O tempo de internamento dos episódios com admissão pela Urgência conta-se desde o momento da admissão na Urgência.

Estes episódios dão lugar apenas à facturação dos respectivos GDH.

10. Reinternamento

Nas situações de reinternamento do doente na mesma unidade de saúde, num período de setenta e duas horas a contar da alta, só há lugar ao pagamento do GDH do último internamento.

Exceptuam-se do disposto no número anterior: i) as situações em que o episódio de internamento não está clinicamente relacionado com o anterior e as situações do foro oncológico; ii) as situações em que o internamento subsequente ocorre após saída contra parecer médico; iii) as situações em que o doente foi transferido para realização de exame que obrigue a internamento, seguindo-se o tratamento no hospital de origem.

Os casos cuja data de admissão ocorra até 60 dias após um episódio de internamento anterior em serviço ou departamento de psiquiatria e saúde mental são pagos por diária.

11. Psiquiatria

No caso de doentes internados em serviços ou departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental deve observar-se o seguinte:

- a) Os episódios agudos são classificados em GDH e considerados para efeitos de cálculo dos doentes equivalentes segundo os respectivos tempos de internamento;
- b) As restantes situações são pagas por diária.

12. Medicina Física e de Reabilitação

Nas situações de transferência, dentro da mesma unidade de saúde, para um serviço/unidade de Medicina Física e de Reabilitação oficialmente reconhecida, deve observar-se o seguinte:

- a) Até à transferência para o serviço/unidade de Medicina Física e de Reabilitação os episódios são classificados em GDH e considerados para efeitos de cálculo dos doentes equivalentes de acordo com o respectivo tempo de internamento;



b) Os dias de internamento no serviço/unidade de Medicina Física e de Reabilitação são pagos por diária.

13. Doentes Crónicos Ventilados Permanentemente

No caso de doentes crónicos ventilados permanentemente o pagamento da assistência prestada é efectuado por diária.

Apenas são considerados os episódios de internamento de doentes crónicos que já não se encontrem em fase aguda de tratamento da doença, necessitem de ventilação permanente e que apresentem um tempo de internamento superior a 150 dias.

14. Diária de Internamento de Doentes Crónicos

A diária de internamento dos doentes crónicos referidos nos pontos 10., 11. e 12. inclui todos os serviços prestados, designadamente cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e hotelaria.

15. Doentes Privados

Os episódios dos doentes beneficiários do SNS quando tratados no âmbito do exercício da medicina privada são obrigatoriamente identificados na base de dados dos GDH com o tipo de admissão 5. Não é da responsabilidade do SNS o pagamento dos encargos das prestações de saúde dos utentes que optem pela medicina privada, sendo estes facturados na totalidade aos próprios utentes.

O exercício de medicina privada significa a escolha pelo utente do SNS de um médico determinado, entre os médicos da unidade de saúde autorizados nos termos da lei a exercer medicina privada nas unidades de saúde integradas na rede de prestação de cuidados.

II – EPISÓDIOS DE AMBULATÓRIO

Atenta a nova definição de doente internado, caso o doente permaneça menos de 24 horas, ainda que pernoite no estabelecimento hospitalar, é pago como episódio de ambulatório (médico ou cirúrgico).



1. Cirurgia de ambulatório

Uma cirurgia de ambulatório é uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais *legis artis*, em regime de admissão e alta no período máximo de 24 horas e que é classificável de acordo com a Tabela da Ordem dos médicos num procedimento associado a um valor superior ou igual a 50 K. Só podem ser objecto de facturação as intervenções que satisfaçam estes requisitos.

2. Doentes equivalentes

As cirurgias de ambulatório são classificadas em GDH. Cada episódio corresponde a um doente equivalente.

3. Episódios médicos de ambulatório

Os episódios médicos de ambulatório são classificados em GDH médico de ambulatório se apresentarem um dos procedimentos contemplados na tabela do Anexo II da Portaria n.º 110-A/2007 de 23 de Janeiro. Cada episódio corresponde a um doente equivalente.

A hemodiálise realizada em ambulatório não é objecto de facturação no âmbito do contrato-programa.

4. Índice de Case-Mix

O ICM do ambulatório (cirúrgico e médico) define-se como o rácio entre o número episódios classificados em cada GDH ponderados pelos respectivos pesos relativos e o número total de episódios de ambulatório da unidade de saúde.

5. Preço

O preço do GDH compreende todos os serviços prestados durante o episódio de tratamento, incluindo os cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e hotelaria.

6. Episódios de ambulatório seguidos de internamento

Quando após a realização de intervenção cirúrgica ou de procedimento contemplado para GDH médico de ambulatório se justifique o internamento do doente, por



complicações no decurso dos mesmos ou no período de recobro, o regime de internamento substitui o de ambulatório, havendo lugar à facturação do GDH correspondente a todos os procedimentos efectuados.

7. Internamento por complicações

Quando o doente tiver sido internado por complicações, nas vinte e quatro horas posteriores à alta, não há lugar a pagamento do episódio de ambulatório, facturando-se apenas o GDH correspondente aos procedimentos efectuados no episódio de internamento.

III - CONSULTA EXTERNA

1. Consulta médica

Por consulta médica entende-se o acto de assistência prestado por um médico a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde (Conselho Superior de Estatística). Só podem ser objecto de facturação as consultas médicas que tenham dado lugar a registo clínico e administrativo.

2. Primeira consulta

Consulta médica, em hospitais, em que o utente é examinado pela primeira vez num serviço de especialidade/valência e referente a um episódio de doença.

3. Consulta subsequente

Consulta médica, efectuada num hospital, para verificação da evolução do estado de saúde do doente, administração terapêutica ou preventiva, tendo como referência a primeira consulta do episódio.

4. Preço

O preço da consulta inclui os cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, com excepção dos medicamentos prescritos na instituição e fornecidos na farmácia comunitária.



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

IV – URGÊNCIA

1. Atendimento em Urgência

Por atendimento em urgência entende-se o acto de assistência prestado num estabelecimento de saúde, em instalações próprias, a um indivíduo com alteração súbita ou agravamento do seu estado de saúde. Este atendimento pode incluir a permanência em SO, para observação, até 24 horas. São objecto de facturação os atendimentos em urgência realizados pela unidade de saúde, com alta para o exterior, que tenham dado lugar a registo clínico e administrativo. Não são objecto de facturação os atendimentos em urgência que tenham dado lugar a episódios de internamento.

2. Preço

O preço da urgência inclui os cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, com excepção dos medicamentos prescritos na instituição e fornecidos na farmácia comunitária. As urgências especializadas e não abertas ao exterior são facturadas ao preço da consulta constante da tabela de preços do grupo a que a unidade de saúde pertence.

V – HOSPITAL DE DIA

1. Hospital de dia

O hospital de dia é um serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo sob vigilância num período inferior a 24 horas. São objecto de pagamento as sessões de hospital de dia que apresentem registo da observação clínica, de enfermagem e administrativo.

Não poderá ser contabilizada mais de uma sessão por dia num hospital de dia para cada doente. A observação clínica no âmbito do tratamento (sessão) efectuado em hospital de dia, não poderá dar lugar a facturação de um episódio de consulta em simultâneo com a sessão de hospital de dia.



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

2. Preço

O preço da sessão inclui os cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, com excepção dos medicamentos prescritos na instituição e fornecidos na farmácia comunitária.

▪ Radioterapia e Quimioterapia

A unidade de saúde distinguirá as sessões de radioterapia e de quimioterapia codificadas com um dos procedimentos contemplados na tabela de GDH médicos de ambulatório (Anexo II da Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho). As sessões que não dêem lugar a um dos procedimentos contemplados nesta tabela serão registadas em hospital de dia “outros” e pagas ao preço previsto para “outras sessões de hospital de dia”.

VI - SERVIÇO DOMICILIÁRIO

Por serviço domiciliário entende-se o conjunto de recursos destinados a prestar cuidados de saúde a pessoas doentes ou inválidas, no seu domicílio, em lares ou instituições afins. Apenas são objecto de facturação as visitas domiciliárias com registo administrativo e registo da actividade realizada pelos profissionais envolvidos nestes cuidados.

VII – LAR (IPO)

▪ Diária

A permanência dos doentes nos lares do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil é paga por diária. O preço da diária não inclui os cuidados de saúde prestados.

VIII – REMUNERAÇÃO

As regras de remuneração são vinculativas para as unidades de saúde do Sector Empresarial do Estado e indicativas para as unidades de saúde do Sector Público Administrativo.



1. Remuneração da produção contratada

Como contrapartida pela produção base contratada a unidade de saúde recebe a remuneração especificada no contrato-programa. A remuneração da produção adicional contratada rege-se ainda pelas obrigações relativas ao SIGIC.

Não há lugar a qualquer pagamento caso as unidades realizadas por linha de produção sejam inferiores a 50% do volume contratado, excepto para os episódios classificados em GDH médico de ambulatório, os dias de internamento de doentes crónicos, a permanência em lar dos IPO e o serviço domiciliário em que é paga a produção realizada pela unidade de saúde.

2. Remuneração da produção marginal

Sempre que os volumes da produção realizada pelas unidades de saúde forem superiores ao volume contratado, o valor previsto para pagamento da actividade do SNS será revisto de acordo com o disposto nas seguintes alíneas:

- a) Se o volume da produção realizada pelas unidades de saúde for superior ao volume contratado, cada unidade produzida acima deste volume, até ao limite máximo de 10%, será paga nos termos da Tabela I anexa, da seguinte forma: 44% do preço contratado para o internamento de GDH médicos e de GDH cirúrgicos urgentes, 58% do preço contratado para a consulta, 45% do preço contratado para a urgência, e 75% do preço contratado para o hospital de dia;
- b) Se o volume da produção cirúrgica programada realizada pelas unidades de saúde for superior ao volume contratado, cada unidade produzida acima deste volume será paga ao preço da produção adicional.
- c) Se o volume da produção classificada em GDH médicos de ambulatório for superior ao volume contratado, cada unidade produzida acima deste volume será paga ao preço base contratado.



3. Remuneração de custos fixos

Se o volume da produção realizada em urgência pelas unidades de saúde for inferior ao volume contratado (entre 50% e 100%), o SNS suportará parte dos custos fixos associados à produção contratada não realizada, nos termos da Tabela I anexa, correspondentes a 27,5% do preço contratado.

Os ajustamentos ao montante total para pagamento da actividade do SNS devidos a desvios da produção hospitalar face aos valores contratados, serão efectuados no final do período de vigência do contrato-programa, com base nas facturas recebidas.

4. Valor de convergência

Tendo em conta o desvio entre os custos operacionais previstos pelas unidades de saúde e o valor a receber pela produção (SNS e não SNS), será paga uma remuneração extraordinária, designada valor de convergência, destinada a compensar as obrigações no contexto do Serviço Público de Saúde.

O valor de convergência das unidades de saúde do Sector Empresarial do Estado decompõe-se numa parte fixa (60% do valor de convergência) e numa parte variável (40%). A atribuição da componente variável do valor de convergência fica dependente do cumprimento dos objectivos nacionais (20%) e dos objectivos regionais (20%) fixados pelas Agências de Contratualização em sede de Contrato-Programa.

5. Programas Específicos

Constitui ainda produção do Serviço Nacional de Saúde a realizada no âmbito dos Programas Específicos:

- a) Ajudas técnicas;
- b) Assistência médica no estrangeiro;
- c) Assistência na área da Saúde Mental prestada por Ordens Religiosas
- d) Convenções Internacionais;
- e) Diagnóstico da Retinopatia Diabética
- f) Incentivos aos Transplantes;
- g) Formação e investigação;
- h) Doenças Lisossomais de Sobrecarga.



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

6. Planos de Saúde

Existe ainda actividade a realizar no âmbito do Plano Nacional de Saúde de modo a dar resposta a necessidades específicas de saúde identificadas como relevantes pelo Alto Comissariado da Saúde e pela Direcção Geral da Saúde:

- a) Plano de acção: VIH/SIDA
- b) Plano de acção: Diagnóstico pré-natal
- c) Plano de acção oncológica
- d) Cuidados Continuados Integrados (cuidados de convalescença e/ou cuidados continuados)

IX – FACTURAÇÃO

1. Identificação dos utentes e terceiros pagadores

As unidades de saúde estão obrigadas a identificar os utentes do SNS através do cartão de utente. As unidades de saúde devem ainda identificar e determinar a entidade responsável pelo pagamento dos serviços prestados a cada utente, designadamente os terceiros pagadores, em todas as situações em que estes sejam susceptíveis de ser responsabilizados. Para este efeito, as unidades de saúde devem ter um sistema de informação acessível que permita, entre outros, identificar:

- a) Nome do utente;
- b) Número do cartão de utente;
- c) Centro de saúde onde o utente está inscrito;
- d) Terceiro pagador.

As unidades de saúde obrigam-se ainda a identificar os utentes assistidos ao abrigo de acordos internacionais que vinculam o Estado Português e a enviar mensalmente lista discriminada para as ARS.

2. Identificação da Entidade Financeira Responsável

A entidade financeira responsável pelo pagamento da assistência prestada (SNS) deve ser identificada na aplicação informática onde estão registados os actos que são facturados através dos códigos 935601 (Serviço Nacional de Saúde), 935602 (Cidadãos evacuados dos PALOP), 935603 (Cidadãos evacuados de Angola), 935604 (Nacionais



da Noruega, Dinamarca, Reino Unido, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, província do Quebec e Andorra, neste último caso se os utentes apresentarem um atestado de direito diferente do AND/3) e 935605 (“outros beneficiários do SNS”, nomeadamente cidadãos estrangeiros menores de idade não legalizados, que se encontram a residir em Portugal, DL 67/2004, de 25 de Março e as situações de excepção abrangidas pelo n.º 5 do Despacho nº 25360/2001 de 16 de Novembro).

3. Facturação

A facturação a realizar pelas unidades de saúde será feita mensalmente com base nos vários tipos de prestação de cuidados de saúde utilizados no âmbito da contratação de volumes de produção.

A factura deve ser acompanhada da relação dos cuidados prestados que deve conter, obrigatoriamente, todos os cuidados prestados ao doente, a entidade financeira responsável, o número de utente, o número do processo e o número do episódio respectivo.

As unidades de saúde deverão apresentar ao IGIF, até dia 21 de cada mês, uma factura com a descrição e valorização das prestações de saúde realizadas no mês anterior.

Para efeitos de facturação, as prestações de saúde só serão consideradas efectivamente realizadas com a alta do doente, a realização da consulta, do episódio de urgência, da sessão de tratamento em hospital de dia ou da visita médica no domicílio, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

No caso de cuidados prestados em internamento a doentes crónicos a unidade de facturação é a diária de internamento e a respectiva factura deve ser apresentada mensalmente.

A factura referente aos episódios dos doentes do SNS tratados em internamento e ambulatório ao abrigo do SIGIC, que constituam produção adicional, deverá ser enviada ao IGIF após facturação da produção cirúrgica programada base, numa única factura, para efeitos de conferência e posterior pagamento.



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

4. Emissão de facturas

As facturas a emitir pelas unidades de saúde para efeitos de cobrança ao IGIF deverão conter a informação constante nas Tabelas II (A, B e C) anexas a esta circular, devendo ser enviadas para o IGIF em formato electrónico e em suporte de papel.

As facturas não deverão conter quaisquer dados sobre diagnóstico ou que determinem uma violação da intimidade da vida privada do doente.

O prazo limite para a emissão das facturas por parte das unidades de saúde é o termo do mês de Fevereiro do ano seguinte ao qual se reportam os serviços prestados.

O Presidente do Conselho de Administração

(Manuel Teixeira)



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

TABELA II (A)
CONTEÚDO DA FACTURA
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

A - Produção Base

Designação da Empresa				Nr. Factura
Sede				Pág.
Nr. Telefone				Data Emissão
Nr. Contribuinte				
Capital Social				IGIF
Nr. Conservatória do Registo Civil (CRC)				Av. República, nº61, Apartado 14052
				1064 - 808 Lisboa
				Nr. Contribuinte: 503045039
Período de Referência:				

Linhas de Produção	Quantidade	ICM	Preço	Valor
Episódios de internamento. - GDH Médicos (doente equivalente)				
Episódios de internamento programados – GDH Cirúrgicos (doente equivalente)				
Episódios de internamento urgentes – GDH Cirúrgicos (doente equivalente)				
Internamento de doentes crónicos (dias):				
• M.F.R				
• Psiquiatria				
• Ventilados permanentemente				
Episódios de Cirurgia de Ambulatório (doente equivalente)				
Episódios Médicos de Ambulatório (doente equivalente)				
Consultas médicas:				
• Primeiras consultas				
• Consultas subsequentes				
Urgências (atendimentos)				



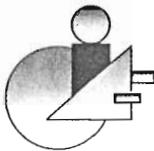
Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

Hospital de Dia (sessões):				
• Hematologia				
• Imuno – Hemoterapia				
• Doenças Infecciosas				
• Psiquiatria				
• Outras				
Lar – I.P.O. (dias)				
Serviço domiciliário (visitas)				
Valor Total do Serviço Prestado				EUR
				Extenso
Isento de IVA – Art 9 n.º 2 IVA/Isenções Processado por computador				

(Assinatura legível, identificação e carimbo da Unidade de Saúde)



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

TABELA II (B)
CONTEÚDO DA FACTURA
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

B - Produção Adicional

Designação da Empresa				Nr. Factura
Sede				Pág.
Nr. Telefone				Data Emissão
Nr. Contribuinte				
Capital Social				IGIF
Nr. Conservatória do Registo Civil (CRC)				Av. República, nº61, Apartado 14052
				1064 - 808 Lisboa
				Nr. Contribuinte: 503045039
Período de Referência:				

Linhas de Produção	Quantidade	Preço *	Valor
Episódios de internamento programados – GDH Cirúrgicos (doente equivalente)			
Episódios de Cirurgia de Ambulatório (doente equivalente)			
Valor Total do Serviço Prestado			EUR
			Extenso
Isento de IVA – Art 9 n.º 2 IVA/Isenções			
Processado por computador			

* Despacho n.º 24036/2004, de 29 de Outubro, DR 2.ª Série, n.º 274 de 22 de Novembro de 2004 - Tabela de Preços relativa à Produção Adicional SIGIC

(Assinatura legível, identificação e carimbo da Unidade de Saúde)



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

TABELA II (C)
CONTEÚDO DA FACTURA
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

C - Produção Marginal

Designação da Empresa				Nr. Factura
Sede				Pág.
Nr. Telefone				Data Emissão
Nr. Contribuinte				
Capital Social				IGIF
Nr. Conservatória do Registo Civil (CRC)				Av. República, nº61, Apartado 14052
				1064 - 808 Lisboa
				Nr. Contribuinte: 503045039
Período de Referência:				

Linhas de Produção	Quantidade	ICM	Preço	Valor
Episódios de internamento - GDH Médicos (doente equivalente)				
Episódios de internamento urgentes - GDH Cirúrgicos (doente equivalente)				
GDH Médicos de Ambulatório (doente equivalente)				
Consultas médicas:				
• Primeiras consultas				
• Consultas subsequentes				
Urgências (atendimentos)				
Hospital de Dia (sessões):				
• Hematologia				
• Imuno - Hemoterapia				
• Doenças Infecciosas				
• Psiquiatria				
• Outras				
Dias de doentes crónicos				
Valor Total do Serviço Prestado				EUR
				Extenso
Isento de IVA - Art 9 n.º 2 IVA/Isenções				
Processado por computador				

(Assinatura legível, identificação e carimbo da Unidade de Saúde)