

Nº: 8 / 2010 / UOFC

Data: 28 / 07 / 2010

CIRCULAR NORMATIVA

Para: ARS, Hospitais EPE e SPA

Assunto: Condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas aos beneficiários do SNS, subsistemas públicos da ADSE, SAD da GNR e PSP e ADM das Forças Armadas que devam ser cobradas pelas Unidades de Saúde no abrigo do Contrato-Programa - Acordo Modificativo de 2010

As unidades de saúde só podem proceder a facturação à ACSS, I.P., 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 internados, apenas serão considerados os 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 sendo 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 em regime de internamento, quer em 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, desde a data de admissão até à data de alta, independentemente do número de serviços em que o doente tenha sido tratado.

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 Diagnosis Related Groups*, 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. Para efeitos de codificação, é necessária a utilização da versão da CID 9 MC do ano 2004 ou de anos posteriores, devendo os hospitais optar pela utilização da versão mais recente disponível.

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 do GDH em que foram classificados.

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

O limiar 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 curta duração 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

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

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

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

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

$$\text{Doente equivalente} = \frac{1}{Li + 1} * Ti$$

Sendo,

Li = Limiar inferior do GDHi

Ti = 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. 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, transferidos do internamento para outro estabelecimento de saúde não são considerados no cálculo dos doentes equivalentes.

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.

No caso dos Centros Hospitalares os doentes internados que são transferidos para outro hospital pertencente ao mesmo Centro Hospitalar são considerados como transferências internas, havendo lugar à facturação do GDH correspondente a todos os procedimentos efectuados, desde a data de admissão até à data de alta.

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. 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.

8. 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.

9. 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 subsequente não está clinicamente relacionado com o anterior, desde que assim demonstrado pela entidade prestadora, 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.

10. 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.

11. 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.

12. 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 (com registo de um dos códigos da CID 9 MC 96.72 – Ventilação mecânica contínua por 96 ou mais horas consecutivas ou 93.90 – Pressão respiratória positiva contínua (CPAP)) e que apresentem um tempo de internamento superior a 126 dias.

13. Diária de Internamento de Doentes Crónicos

A diária de internamento dos doentes crónicos referidos nos pontos 11., 12. e 13. inclui todos os serviços prestados, designadamente cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e hotelaria.

14. 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 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). O conceito de GDH de ambulatório aplica-se apenas a admissões programadas, quer em actividade cirúrgica quer em actividade médica.

1. Episódios cirúrgicos

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 com permanência do doente inferior a 24 horas (Conselho Superior de Estatística).

As cirurgias de ambulatório são classificadas em GDH e são pagas as cirurgias de ambulatório que apresentem preço nos termos da Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 839-A/2009 de 31 de Julho.

2. Episódios médicos

Para efeitos de classificação em Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) e respectiva facturação, o ambulatório médico corresponde a um ou mais actos médicos realizados com o mesmo objectivo terapêutico e/ou diagnóstico, realizados no mesmo episódio, num período inferior a 24 horas. Em termos de facturação, por especialidade, só pode existir um GDH por dia, que englobe todos os actos realizados no mesmo episódio, exceptuando-se os tratamentos de quimioterapia em simultâneo com radioterapia ou os tratamentos de quimioterapia em simultâneo com a inserção de dispositivo de acesso vascular totalmente implantável (VAD).

Só são facturados os episódios, classificados em GDH médicos, que apresentem preço para ambulatório e cujos procedimentos efectuados constem da lista de procedimentos da Tabela II do Anexo II da Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 839-A/2009 de 31 de Julho.

A cada episódio, no mesmo dia, e com o mesmo objectivo terapêutico ou de diagnóstico, só pode corresponder um GDH, independentemente do número de procedimentos realizados, não sendo permitida a criação de episódios diferentes para cada procedimento realizado na mesma especialidade no mesmo dia.

3. Doentes equivalentes

Cada episódio, médico ou cirúrgico, classificado em GDH, nos termos anteriores, corresponde a um doente equivalente.

4. Índice de Case-Mix

O ICM do ambulatório (cirúrgico e médico) define-se como o rácio entre o número de 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 de ambulatório compreende todos os serviços prestados, incluindo os cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e hotelaria.

6. Episódios de ambulatórios 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. Caso o internamento subsequente não decorra de complicações, cabe ao hospital demonstrá-lo.

8. Episódios de internamento seguidos de consulta, GDH médico ou cirúrgico de ambulatório, hospital de dia e urgência

Quando, após a alta de internamento se verifique num período de 24 horas a realização de um episódio de consulta, procedimento contemplado em GDH médico ou cirúrgico de ambulatório e hospital de dia, há apenas lugar à facturação do GDH do internamento.

Apenas podem ser facturados episódios de urgência ocorridos num período de 24 horas após a alta do doente.

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 ou prescrição 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 e dos medicamentos de cedência gratuita no ambulatório hospitalar da responsabilidade financeira do hospital.

5. Episódios de consulta seguidos de internamento

Podem ser objecto de facturação as consultas que dêem origem a um episódio de internamento.

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. Caso ocorra um segundo episódio de

urgência no mesmo dia pela mesma causa médica, só haverá lugar ao pagamento de um episódio de urgência.

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 para cada doente, num hospital de dia. A observação clínica no âmbito do tratamento (sessão) efectuado em hospital de dia, não poderá dar lugar a facturação de um episódio de consulta, ou de qualquer outra linha de actividade, em simultâneo com a sessão de hospital de dia.

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) e dos medicamentos de cedência gratuita no ambulatório hospitalar da responsabilidade financeira do hospital.

▪ Quimioterapia

As sessões que não dêem lugar a um dos procedimentos contemplados na tabela de GDH médicos de ambulatório do Anexo II da Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 839-A/2009 de 31 de Julho, serão registadas em hospital de dia "outros" e pagas ao preço previsto para "outras sessões de hospital de dia".

VI - GESTÃO INTEGRADA DA DOENÇA CRÓNICA

Doença Renal Crónica

Para os doentes com insuficiência renal crónica que necessitam de efectuar terapêuticas de substituição da função renal, de acordo com o estado da arte e no respeito pelas boas práticas e pela segurança do doente, foi definido o pagamento por preço compreensivo associado ao modelo de Gestão Integrada de Doença.

O preço estabelecido aplica-se às modalidades de hemodiálise e diálise peritoneal realizadas em ambulatório a doentes crónicos referenciados em tratamento programado e regular na instituição, não podendo ser adoptados quaisquer critérios clínicos de exclusão de doentes por parte dos hospitais.

O registo do tratamento de hemodiálise será efectuado em sessão de hospital de dia à qual deve ser associado o código respectivo para doentes crónicos em regime de ambulatório programado, que consta da Tabela de Nefrologia da Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 839-A/2009 de 31 de Julho.

O registo do tratamento de diálise peritoneal será efectuado no âmbito da “consulta de diálise peritoneal”, à qual deve ser associado o código respectivo, para doentes crónicos em regime de ambulatório programado, que consta da Tabela de Nefrologia da Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 839-A/2009 de 31 de Julho.

A facturação terá a periodicidade mensal e deverá ser acompanhada do mapa de apoio à facturação constante do Sistema de Informação de Gestão Integrada da Doença Renal Crónica.

O início do tratamento de cada doente, para efeitos de facturação, conta-se a partir do dia da sua admissão no tratamento de hemodiálise ou diálise peritoneal e o termo, no dia em que, por qualquer razão, o doente abandonar a terapêutica de substituição da função renal ou for transferido, com carácter definitivo, para outra unidade.

1. Hemodiálise

A instituição deve registar a sessão de hemodiálise efectuada, e associar-lhe o código da Tabela de Nefrologia da Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 839-A/2009 de 31 de Julho, referente a tratamentos de hemodiálise a doentes em programa crónico em regime ambulatório no hospital (código 62500), independentemente do tipo de técnica realizada (hemodiálise de baixo fluxo, hemodiálise de alto fluxo e hemodiafiltração).

O pagamento do preço compreensivo, por semana/doente, aplica-se aos doentes renais crónicos do hospital contemplados no Contrato-Programa, devendo o doente renal crónico ter registado 3 ou mais sessões por semana.

Sempre que haja interrupção do tratamento em hemodiálise de ambulatório na instituição: (i) temporária (até 6 meses); (ii) definitiva (quando o doente é transferido para outra unidade de diálise convencionada); (iii) ida para o estrangeiro; (iv) para internamento; (v) ou por óbito, o hospital deverá dar alta do respectivo episódio.

A facturação desta linha de produção efectuar-se-há em “Produções Específicas”, com o código HDI 9 - Tratamentos de Hemodiálise.

Nota: São sessões de diálise para doentes agudos, todas as que sejam realizadas para tratar doentes com insuficiência renal reversível ou seja, doentes não integrados em programa crónico de terapêutica substitutiva da função renal, mantendo-se para os tratamentos realizados nas situações de fase aguda de doença o disposto no Despacho nº 17/90, de 21 de Dezembro, publicado no Diário da República, nº 19 (2ª série), de 23 de Janeiro de 1991.

2. Diálise Peritoneal

A diálise peritoneal é prescrita no âmbito de uma consulta de Nefrologia e administrada no domicílio pelo próprio doente. Para que haja uma correcta e facilitada identificação da facturação desta produção deverão os hospitais criar uma “consulta de diálise peritoneal” onde fique associado/registado o código 62505 da Tabela de Nefrologia da Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 839-A/2009 de 31 de Julho, de acordo com a prescrição efectuada pelo médico nefrologista ao doente.

O pagamento preço compreensivo, por semana/doente, aplica-se aos doentes renais crónicos do hospital contemplados no Contrato-Programa em tratamento em diálise peritoneal.

Este pagamento aplica-se aos doentes em diálise peritoneal até à data de alta desta consulta.

Caso tenha havido interrupção do tratamento em diálise peritoneal por motivo de internamento, por transitar para tratamento em hemodiálise, ou outra situação, deverá o hospital dar alta ao doente da consulta de diálise peritoneal.

Caso o doente em diálise peritoneal necessite de, pontualmente, efectuar tratamento de hemodiálise em ambulatório, esses tratamentos não serão facturados.

A facturação desta linha de produção efectuar-se-há em “Produções Específicas”, com o código CON 8 - Diálise Peritoneal.

A factura ao SNS é realizada mensalmente. O valor mensal de cada doente será o número de dias multiplicado pelo preço por dia (78,28 €).

3. Preço

O preço compreensivo referido abrange todos os encargos relativos às sessões de diálise, ao acompanhamento médico dos doentes, ao controlo e avaliação, aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica e aos medicamentos necessários ao tratamento da insuficiência renal crónica, bem como às intercorrências passíveis de serem corrigidas, no âmbito da gestão clínica de caso.

O pagamento do preço compreensivo depende da actualização permanente do registo da informação obrigatória por doente, constante do "Sistema de Informação de Gestão Integrada da Doença Renal Crónica" assente na Plataforma de Gestão Integrada da Doença.

Não há lugar, à facturação em simultâneo, de hemodiálise e Diálise Peritoneal.

VII - INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ ATÉ ÀS 10 SEMANAS DE GESTAÇÃO (IG)

Os hospitais de apoio perinatal ou de apoio perinatal diferenciado são responsáveis, do ponto de vista financeiro, pelo processo de interrupção da gravidez, até às 10 semanas de gestação, em regime de ambulatório.

Para a interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação, devem os hospitais criar uma consulta de especialidade com designação diferenciada das demais, registando todas as consultas realizadas à mulher para efeitos de interrupção da gravidez.

- No caso da interrupção medicamentosa da gravidez até às 10 semanas de gestação, na consulta que corresponder à administração do Mifepristone à mulher (Circular Normativa nº 9/SR de 21/06/07 da Direcção-Geral da Saúde), deve o hospital registar o código 35200 - I.G. medicamentosa em ambulatório, de acordo com a Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 839-A/2009 de 31 de Julho.
- No caso da interrupção cirúrgica da gravidez até às 10 semanas de gestação, quando for realizado o procedimento de aspiração por vácuo (Circular Normativa nº 10/SR de 21/06/07 da Direcção-Geral da Saúde), deve o hospital registar o código 35205 - I.G. cirúrgica em ambulatório, de acordo com a Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 839-A/2009 de 31 de Julho.

O episódio de interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação, por via cirúrgica, fica concluído aquando da realização do procedimento cirúrgico.

O episódio de interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação, por via medicamentosa fica concluído aquando da consulta de *follow-up* (Circular Normativa nº 9/SR de 21/06/07 da Direcção Geral da Saúde). Na ausência desta consulta, por não comparência da mulher, deve o hospital dar por concluído o episódio de interrupção de gravidez até às 10 semanas aquando da última consulta realizada no âmbito do mesmo episódio.

▪ Facturação

A facturação da interrupção medicamentosa da gravidez será efectuada por código 35200 - IG, ao preço previsto na Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 839-A/2009 de 31 de Julho, não havendo lugar à facturação independente de consultas, MCDT ou medicamentos registados no âmbito do mesmo episódio de interrupção medicamentosa da gravidez.

A facturação da interrupção cirúrgica da gravidez será efectuada por código 35205 - IG, ao preço previsto na Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 839-A/2009 de 31 de Julho, não havendo lugar à facturação independente de consultas, MCDT, procedimentos ou medicamentos registados no âmbito do mesmo episódio de interrupção cirúrgica da gravidez.

Caso a interrupção da gravidez até às 10 semanas, por qualquer das vias, dê lugar ao internamento da mulher, a facturação do episódio de interrupção da gravidez processa-se por GDH, de acordo com as regras estabelecidas nos artigos 5º e 6º do Regulamento aprovado pela Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 839-A/2009 de 31 de Julho. Nestes casos, o hospital deverá proceder à anulação dos códigos de interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação (35200 ou 35205), não havendo lugar à facturação de quaisquer consultas, MCDT, procedimentos ou medicamentos registados no âmbito do mesmo episódio de interrupção da gravidez que originou o internamento.

O disposto no parágrafo anterior aplica-se ainda às situações de readmissão da mulher, no internamento, num período de setenta e duas horas a contar da realização da última consulta de interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação.

Nos casos em que, após a consulta prévia e no período de reflexão que medeia entre esta consulta e o início da interrupção da gravidez, a mulher desistir de realizar a IG, as consultas efectuadas são pagas nos termos do contrato-programa, capítulo III desta circular.

Assim, a facturação desta actividade deverá ser registada da seguinte forma:

- Consulta – IG Medicamentosa (CON 6), quando existe o registo do MCDT 35200;
- Consulta – IG Cirúrgica (CON 7), quando existe o registo do MCDT 35205;
- Consulta externa (preço da consulta do Contrato-Programa)

Para os hospitais objectores de consciência que subcontratam esta actividade devem facturar em “outras produções do SNS”:

- IG Medicamentosa (PRE 22), preço do MCDT 35200;
- IG Cirúrgica (PRE 23), preço do MCDT 35205;
- Consulta prévia (PRE 24), (preço da consulta do Contrato-Programa)

Nestes casos, os hospitais devem enviar à ACSS, I.P. juntamente com a factura em suporte papel, comprovativos da produção realizada pela entidade subcontratada.

VIII - PAGAMENTO DOS NOVOS DOENTES EM TRATAMENTO DE VIH/SIDA

O contrato-programa prevê o pagamento dos novos doentes de VIH/Sida que iniciem tratamento em Terapêuticas antiretrovíricas em 2010 e que verificam os critérios de adesão a este Programa assim como, os novos doentes que, tendo iniciado aquelas terapêuticas nos anos de 2007 2008 e 2009 transitam para o ano de 2010.

1. Condições de adesão e permanência:

Adesão

Apenas são elegíveis os doentes declarados ao Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis - Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge e que cumpram um dos seguintes critérios:

- (1) Doentes sintomáticos: doença definidora de SIDA;
- (2) Doentes com contagens de células CD4+ <350 cél. CD4+/mm³;
- (3) Doentes com contagens de células CD4+ > 350 cél. CD4+/mm³ e cumulativamente Carga Vírica > 100.000 cópias VIH-1 RNA/ml;
- (4) Situações clínicas especificamente justificadas, como a gravidez, poderão ser alvo de pagamento.

Os hospitais devem proceder ao registo dos novos doentes em tratamento, associados a um acto de ambulatório, consulta ou hospital de dia.

Permanência

Um doente é considerado em programa desde que:

- A unidade hospitalar reporte anualmente dados solicitados relativos às actividades do programa;
- A unidade hospitalar não informe sobre o seu abandono;
- O utente exiba consistentemente cargas víricas indetectáveis, após 24 semanas de tratamento (efectividade);
- Contacte a instituição pelo menos duas vezes por ano, salvo situações devidamente justificadas; entende-se por contacto, a presença na consulta, levantamento de terapêutica ou análise de carga viral;

2. Facturação

O montante a facturar mensalmente corresponde ao número de doentes em tratamento vezes o valor mês contratado.

O número de doentes a facturar mensalmente deve ser indicado pela Direcção Clínica do Hospital, observando as seguintes regras:

- Um doente novo é pago a partir do mês em que ocorreu a consulta de adesão (1ª consulta do programa) independentemente do dia;
- Um doente que abandona a terapêutica é pago até ao mês em que se verifica a primeira de duas ausências consecutivas (não há lugar a facturação do mês em que ocorre o abandono sempre que este se verifica após o dia 15);
- Para as situações em que a instituição não reporta a data do primeiro contacto previsto, que não ocorre pelo motivo do abandono, considera-se a data de ocorrência do motivo do abandono (ex: motivo – óbito, considera-se a data do óbito) ou, à falta desta, a data do último contacto efectuado;
- Um doente transferido para outro Hospital aderente, é pago ao Hospital de origem até ao mês em que ocorre a transferência (não há lugar a facturação do mês em que ocorre a transferência sempre que este se verifica após o dia 15).

A suspensão da terapêutica por um doente em programa, carece de justificação clínica sujeita a validação da Coordenação Nacional para a Infecção VIH Sida, e comportará uma suspensão do respectivo financiamento. Consequentemente, a readmissão do doente no Programa é consentida.

Caso a justificação clínica não seja aceite, esta suspensão corresponderá a um abandono.

O montante a facturar pelas instituições aderentes, está dependente da avaliação do desempenho da instituição aferida pela relatório de avaliação anual do Programa TARV, elaborado após a submissão dos dados (pelas instituições) e, validação e aceitação pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH Sida e instituição, respectivamente.

A facturação desta linha de produção, PRE19 - Novos doentes HIV/Sida, efectuar-se-á em "outras produções do SNS" devendo o Hospital indicar o número de doentes/mês a facturar nos termos previstos.

3. Preço

O valor mensal a pagar por doente (920,20 €/mês) que inicia terapêutica baseia-se no estado da arte, de acordo com as recomendações terapêuticas emanadas pelo Alto Comissariado do VIH/Sida e compreende todos os actos médicos de diagnóstico e tratamento.

IX – DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL (DPN)

No âmbito do Plano Nacional de Saúde pretende-se "dar prioridade ao programa de DPN de forma a alcançar um número crescente de grávidas e prestando especial atenção ao controlo de qualidade dos exames ecográficos da gravidez".

A contratualização com os serviços de obstetria dos hospitais para a realização de ecografia obstétrica às grávidas seguidas nos CS que constituem a Unidade Coordenadora Funcional (UCF), faz-se nas seguintes condições:

- Ecografia do 1º trimestre conjugada com rastreio bioquímico do 1º T – 11-14 semanas de gestação, e/ou (Protocolo I) e/ou
- Ecografia do 2º trimestre conjugada com consulta de risco obstétrico – 18 - 22 semanas de gestação (Protocolo II)

Para o efeito, os hospitais deverão:

- Possuir sistema de informação de tratamento e análise de imagem ecográfica.
- Possuir um terminal com acesso ao sistema de informação tratamento e análise de imagem ecográfica, no laboratório do Hospital (Protocolo I).
- O rastreio bioquímico deve ser feito, preferencialmente, no próprio hospital.

- No caso do Protocolo I, ter ecografista com formação específica acreditado pela *Fetal Medicine Foundation*, ou ter curso de aperfeiçoamento em ecografia fetal organizado pela DGS.
- No caso do Protocolo II, ter ecografista com competência em ecografia obstétrica pela Ordem dos Médicos.
- Disponibilizar agenda no Sonho, ou sistema similar, para marcações dos Centros de Saúde com quem estão articulados.
- Garantir articulação entre os sistemas de informação, nomeadamente, Sonho - Astraia.

1. Facturação

Para efeitos de facturação os protocolos devem obedecer aos seguintes pressupostos:

- Protocolo I – Identificar, no módulo MCDT do Sonho ou sistema de informação equivalente, os actos “ecografia do 1.º trimestre” e “rastreo bioquímico” realizados à utente. O número de protocolos I a facturar, deverá corresponder ao número de combinações de “ecografia do 1.º trimestre” e “rastreo bioquímico”, realizados à utente que tenha sido referenciada por um Centro de Saúde no âmbito deste protocolo.
- Protocolo II - Identificar, nos módulos da consulta externa e MCDT do Sonho ou sistema de informação equivalente, os actos de “consulta de reavaliação de risco obstétrico” e “ecografia do segundo trimestre” realizados à utente. O número de protocolos II a facturar, deverá corresponder ao número de combinações de “consulta de reavaliação de risco obstétrico” e “ecografia do segundo trimestre”, realizados à utente que tenha sido referenciada por um Centro de Saúde no âmbito deste protocolo.

Ou seja, o número de protocolos I ou II a facturar, deverá corresponder ao número de combinações dos actos que constituem os respectivos protocolos, tendo como condição de associação “ser prestados à mesma utente” e ser “referenciada por um Centro de Saúde” no âmbito destes protocolos.

A facturação desta linha de produção efectuar-se-há, mensalmente, em “Produções Específicas”, com os seguintes códigos:

- Diagnóstico Pré-Natal - Protocolo I (PLS 20)
- Diagnóstico Pré-Natal - Protocolo II (PLS 21)

A factura em suporte papel deverá vir acompanhada de listagem anonimizada com indicação do número de utente, data de realização e indicação por protocolo dos actos facturados.

2. Preço

O preço do Protocolo I - 41,80 €, abrange a ecografia do 1º trimestre e o rastreio bioquímico realizados;
O preço do Protocolo II - 71,60 €, abrange a ecografia do 2º trimestre e consulta hospitalar associada.

X - 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.

XI - 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.

XII - OUTROS PAGAMENTOS

1. Medicamento de cedência hospitalar em ambulatório (consulta e hospital de dia)

São pagos os medicamentos de cedência hospitalar obrigatória em ambulatório, da responsabilidade financeira dos hospitais, com excepção dos medicamentos incluídos no preço compreensivo da hemodiálise e diálise peritoneal e os medicamentos cedidos aos doentes de HIV cujo pagamento é efectuado através do pagamento dos novos doentes em tratamento ou da sessão de hospital de dia de doenças infecciosas. Para tal, deve a instituição proceder ao registo da cedência destes medicamentos associado a um acto de ambulatório, consulta ou hospital de dia e manter actualizado o registo médico e administrativo do doente em tratamento. Deve ainda identificar o Despacho ao abrigo do qual a cedência do medicamento é efectuada, no ficheiro que suporta a respectiva factura (ver Anexo I).

A facturação dos Medicamentos (MED 1) deverá ser efectuada mensalmente em "Produções Específicas"

Internato médico

No âmbito do contrato-programa será assegurado o pagamento da remuneração dos internos da especialidade nos seguintes moldes:

- Internos do primeiro ano (PRE 26), no valor total da remuneração base anual - 21.929,92 € (1.827,49 €/mês)
- Internos do segundo ano (PRE 27), no valor de 50% da remuneração base anual - 12.847,93 € (1.070,66 €/mês)
- Internos do segundo ano vagas preferenciais, dentro ou fora da instituição, (PRE 35), no valor total da remuneração base anual - 25.695,86 € (2.141,32 €/mês).

A facturação deverá ocorrer mensalmente e ser acompanhada de listagem com a identificação dos internos colocados nas instituições, nº de cédula profissional, nome, ano de internato, data de entrada e saída em formação no hospital e natureza da vaga (caso se trate de vaga protocolada). Esta facturação deverá ser efectuada em "outras produções do SNS".

Para efeitos de facturação considera-se o número de dias correspondentes ao nº de dias efectivados pelo interno. O número máximo de dias facturados não pode exceder 30 dias em cada mês.

2. Incentivos institucionais

O valor a pagar de Incentivos associados ao cumprimento de objectivos de qualidade, acessibilidade e desempenho, nacionais e regionais, serão avaliados e determinados pelas ARS, nos termos dos contratos – programa.

A facturação dos Incentivos (OUF 8) deverá ser efectuada em "outras produções do SNS".

3. Registo Oncológico Regional (ROR)

Os Hospitais com valores específicos destinados ao Registo Oncológico Regional deverão facturar esta linha em "outras produções do SNS" - Registo Oncológico Regional (PRE 37).

4. Sistema de Custeio por Actividades

Os Hospitais com valores destinados ao Sistema de Custeio por Actividades deverão facturar esta linha em "outras produções do SNS"- Sistema de Custeio por Actividades (PRE 38), após ser dado como concluído pela ACSS o projecto - apresentação pública de resultados e entrega dos respectivos ficheiros de suporte com os resultados finais.

XIII - 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 contratada a unidade de saúde recebe a remuneração especificada no contrato-programa.

Não há lugar a qualquer pagamento caso as unidades realizadas por linha de produção sejam inferiores a 50% do volume contratado.

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, com excepção para a produção cirúrgica programada, for superior ao volume contratado, cada unidade produzida acima deste volume, até ao limite máximo de 10%, será paga nos termos do Anexo II, da seguinte forma: 44% do preço contratado para o internamento de GDH médicos, de GDH cirúrgicos urgentes, internamento de doentes crónicos e permanência em lar (IPO), 58% do preço contratado para a consulta e serviço domiciliário, 45% do preço contratado para a urgência e 75% do preço contratado para o hospital de dia, GDH médicos de ambulatório, Hemodiálise e Diálise peritoneal, IG, Novos doentes de VIH/Sida e DPN;
- b) Se o volume da produção cirúrgica programada realizada em ambulatório ou internamento pelas unidades de saúde for superior ao volume contratado, cada unidade produzida acima deste volume será paga ao preço da Tabela do SIGIC. A remuneração ao hospital referente à produção cirúrgica programada marginal é acrescida, no caso de se verificarem intervenções com múltiplos procedimentos independentes (que poderiam ser executados em episódios cirúrgicos distintos), simultâneos ou consecutivos, que decorram num mesmo episódio cirúrgico, de um valor correspondente a 45% do preço do GDH do episódio, quando os procedimentos realizados correspondam a patologia neoplásica maligna devidamente documentada por exames de anatomia patológica, o valor a pagar pela produção cirúrgica é acrescido de 30%. O valor resultante destes acréscimos não pode ser superior ao preço da produção base contratada.

O pagamento dos medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório está sujeito ao limite do volume contratado.

O pagamento do internato médico será feito de acordo com os valores estipulados e número de internos em formação na instituição ao longo do ano.

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 do Anexo II, correspondentes a 27,5% do preço contratado.

4. Valor de convergência

Os Hospitais com valor de convergência deverão facturar esta linha em "outras produções do SNS", Plano de convergência - OUF 2.

5. Regras especiais de Financiamento no âmbito dos contratos-programa do Serviço Nacional de Saúde

Constituem financiamentos específicos:

- a) Assistência médica no estrangeiro;
- b) Assistência na área da Saúde Mental prestada por Ordens Religiosas;
- c) Convenções Internacionais;

6. Programas específicos de realização de prestação de saúde

Constituem programas específicos dirigidos à realização de prestação de saúde, de acordo com o perfil assistencial dos estabelecimentos e serviços de saúde, os seguintes:

- a) Ajudas técnicas;
- b) Doenças Lisossomais de Sobrecarga;
- c) Incentivos aos Transplantes;
- d) Programa para melhoria do acesso ao Diagnóstico e tratamento da infertilidade.
- e) Tratamento Cirúrgico da Obesidade

XIV - 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, de acordo com artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de Julho, na redacção dada pelo artigo único do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de Abril, recentemente apreciado pelo Acórdão n.º 221/2009 do Tribunal Constitucional, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 113, de 15 de Junho de 2009.

Caso o utente não apresente o cartão de utente ou prova de que o mesmo foi requerido, devem ser solicitados ao utente outros elementos de identificação que permitam à instituição aferir da condição de beneficiário do SNS à data da assistência. Assim, deve a instituição proceder à identificação tão completa quanto possível do utente, recolhendo os seguintes elementos:

- a) Nome completo;
- b) N.º do bilhete de identidade, data de emissão e local;
- c) Data de nascimento;
- d) Naturalidade;
- e) Filiação;
- f) Residência;
- g) N.º de telefone de contacto;
- h) No caso de o utente ser menor, todos os elementos de identificação exigidos nas alíneas anteriores devem ser reunidos também no que diz respeito a um dos pais do menor.

No caso de não apresentação do cartão de utente, os serviços devem oficiosamente verificar no Registo Nacional de Utente a situação de beneficiário do SNS (<http://utentes.min-saude.pt:8888/bdu/>).

Caso a instituição conclua que o utente não está inscrito na base, e não tendo a instituição elementos de identificação para comprovar da sua situação de beneficiário do SNS, deve solicitar informação oficiosamente ao centro de saúde.

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;

e) Número de subsistema.

Caso o utente seja beneficiário de um subsistema e não seja portador do cartão de utente do SNS, ou na ausência ou avaria do leitor do cartão magnético, deve ser identificado pelo número de beneficiário do subsistema. Em qualquer caso, o subsistema e o número de beneficiário do subsistema devem ser recolhidos de forma a identificar o terceiro responsável.

Se, nos termos da alínea b) da Base XXXIII da Lei de Bases da Saúde, da alínea c) do n.º 1 do artigo 23.º e do n.º 6 do artigo 25.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, existir um terceiro legal ou contratualmente responsável (nomeadamente, subsistemas de saúde, seguradoras, assim como situações de terceiro autor de agressão, acidentes ou outro facto gerador de responsabilidade civil) os serviços devem ainda registar as circunstâncias de facto (tempo, modo e lugar) que geram a responsabilidade, os dados respeitantes ao terceiro (nome completo, número de bilhete de identidade, data de nascimento, naturalidade, filiação, residência, número de telefone de contacto), incluindo também apólice de seguro ou matrícula do veículo, quando for o caso.

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.

Quanto aos cidadãos da União Europeia, do espaço económico europeu e da Suíça não residentes em Portugal, pode ser solicitado o formulário comunitário de mobilidade, o cartão europeu de seguro de doença (CESD) ou o certificado provisório de substituição do CESD.

Serão objecto de fiscalização, no âmbito da execução dos Contratos-programa, a facturação à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., como encargo do Serviço Nacional de Saúde, quando existe um terceiro responsável.

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, 935605 ("outros beneficiários do SNS", nomeadamente cidadãos estrangeiros menores de idade não legalizados, que se encontram a residir em Portugal, Decreto-Lei n.º 67/2004, de 25 de Março, e as situações de excepção abrangidas pelo n.º 5 do Despacho nº 25 360/2001, de 16 de Novembro, publicado no DR n.º 286 (2.ª Série), de 12 de Dezembro de 2001).

De acordo com o novo regime de relações financeiras entre o Serviço Nacional de Saúde e os subsistemas públicos de saúde da ADSE, regulado Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de Fevereiro, da SAD da GNR e PSP regulado pelo Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de Setembro, e da ADM das Forças Armadas regulado pelo Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de Setembro, os beneficiários desses subsistemas devem ser identificados nessa qualidade embora o pagamento das prestações de saúde realizadas pela estabelecimento e serviços integrados no SNS seja feito através do contrato-programa. Em relação aos códigos de facturação SNS dos subsistemas, 935640 (ADSE-SNS), 935641 (SAD-GNR-SNS), 935642 (SAD-PSP-SNS) e 935643 (IASFA-SNS), é necessário que as instituições no número de beneficiário do episódio registem o nº do subsistema (ADSE; SAD GNR; SAD PSP; IASFA) e que o número do cartão do utente seja registado na identificação do utente.

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 (Anexo IV) 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 à ACSS, I.P., 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 utente, 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.

No caso das linhas de actividade (Hemodiálise e Diálise peritoneal, IG, Novos doentes de VIH/Sida, DPN, medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório e internato médico) a facturação também deve ser apresentada mensalmente.

No caso das Unidades Locais de Saúde a unidade de facturação é a capitação (PRE 34) devendo a respectiva factura ser efectuada em "outras produções do SNS" e apresentada mensalmente. Deverão ainda ser enviados à ACSS, I.P., os ficheiros em formato electrónico com a descrição das prestações de saúde realizadas mensalmente.

4. Emissão de facturas

As facturas a emitir pelas unidades de saúde para efeitos de cobrança à ACSS, I.P., deverão conter a informação constante nos Anexos III (A, B e C), devendo ser enviadas para a ACSS, I.P., 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 utente.

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.

Os ajustamentos ao montante total para pagamento da actividade do SNS devidos a desvios da produção hospitalar face aos valores contratados e respectivo acerto de contas, serão efectuados no 1.º semestre de 2011, com base nas facturas recebidas.

O Presidente do Conselho Directivo



(Manuel Teixeira)

ANEXO I - Medicamentos de dispensa em farmácia hospitalar, de cedência gratuita em ambulatório e da responsabilidade financeira da instituição

Patologia especial	Legislação	Indicações terapêuticas	Comparticipações especiais nas farmácias	Responsabilidade financeira
Fibrose quística	Despacho n.º 24489, de 2 de Fevereiro (DR, 2.ª série, n.º 163, de 18 de Julho de 1989); Portaria n.º 1474/2004, de 21 de Dezembro.	Fibrose quística	Integralmente suportados pelo SNS, desde que sejam prescritos pelos hospitais especializados de pediatria ou pelos serviços de pediatria dos hospitais centrais e fornecidos pelos respectivos hospitais. O médico prescriptor deve confirmar por escrito na receita que se trata de um doente abrangido por este despacho.	"Os encargos financeiros são suportados pelos orçamentos dos respectivos estabelecimentos hospitalares" - n.º 3 do Desp. n.º 2489, de 2 de Fevereiro.
Doentes insuficientes renais crónicos e transplantados renais	Despacho n.º 391, de 8 de Fevereiro (DR, 2.ª série, n.º 64, de 18 de Março de 1991), alterado pelos Despachos n.º 11 619/2003, de 22 de Maio (DR, 2.ª série, n.º 136, de 14 de Junho de 2003) e Despacho n.º 14 916/2004, de 2 de Julho (DR, 2.ª série, n.º 174, de 26 de Julho de 2004); Rectificação n.º 1838/2004, de 7 de Setembro (DR, 2.ª série, n.º 233 de 2 de Outubro de 2004); Despacho n.º 25 909/2006, de 30 de Novembro (DR, 2.ª série, n.º 244 de 21 de Dezembro de 2006) e Despacho n.º 10 053/2007, de 27 de Abril (DR, 2.ª série, n.º 104, de 30 de Maio de 2007).	Doença renal crónica	Integralmente suportados pelo SNS, desde que sejam prescritos em consultas de nefrologia e centros de diálise hospitalares públicos ou privados. Os medicamentos são fornecidos através das farmácias dos hospitais.	"Os encargos financeiros são: a) da responsabilidade do hospital onde é prescrito, quando a prescrição é feita em ambiente hospitalar, incluindo consulta externa (...); b) da ARS competente, quando o medicamento seja prescrito fora do ambiente hospitalar." - n.º 5, da Rectificação n.º 1838/2004, de 7 de Setembro.
Deficiência da hormona de crescimento na criança. Síndrome de Turner e Perturbações do Crescimento	Despacho n.º 2623/2010, de 1 de Fevereiro (DR, 2.ª série, n.º 27, de 9 de Fevereiro de 2010)	Acesso à hormona do crescimento	Comparticipação integral	
Paraplegias espásticas familiares e Ataxias Cerebelosas Hereditárias, nomeadamente a doença de Machado-Joseph	Despacho n.º 19 972/99, de 20 de Setembro (DR, 2.ª série, n.º 245, de 20 de Outubro de 1999).	Acesso ao medicamento (...) aos doentes portadores de paraplegias espásticas familiares e de ataxias cerebelosas hereditárias, nomeadamente da doença de Machado-Joseph	Custos integralmente suportados pelo SNS, desde que seja prescrita em consultas de neurologia dos hospitais da rede oficial e dispensada pelos mesmos hospitais, devendo na receita constar, por escrito, a confirmação de que se trata de um doente abrangido por este despacho.	Os encargos prescritos nos termos do presente despacho são suportados pelos orçamentos dos respectivos estabelecimentos hospitalares, n.º 3 do Desp. n.º 19 972/99, de 20 de Setembro.
Doentes acromegálicos	Despacho n.º 3837/2005, de 27 de Janeiro (DR, 2.ª série, n.º 37, de 22 de Fevereiro de 2005) e Rectificação n.º 652/2005, de 6 de Abril (DR, 2.ª série, n.º 79, de 22 de Abril de 2005).	Acesso aos medicamentos Sandostatina, Sandostatina LAR e Somatulina	Comparticipação integral, apenas podem ser prescritos por médicos especialistas em endocrinologia, para o tratamento de doentes acromegálicos, devendo da receita constar referência expressa a este despacho, n.º 2 do Desp. 3837/2005. A dispensa é feita exclusivamente através dos serviços farmacêuticos dos hospitais.	Os encargos são da responsabilidade do hospital onde o mesmo é prescrito, sem prejuízo do disposto na Portaria 985/2003, de 13 de Setembro, salvo se houver 3.º responsável - n.º 6 do Desp. n.º 3837/2005.

ANEXO I - Medicamentos de dispensa em farmácia hospitalar, de cedência gratuita em ambulatório e da responsabilidade financeira da Instituição (Cont.)

Patologia especial	Legislação	Indicações terapêuticas	Comparticipações especiais nas farmácias	Responsabilidade financeira
Profilaxia da rejeição aguda do transplante renal, cardíaco e hepático alógeno	Despacho n.º 6818/2004, de 10 de Março (DR, 2.ª série, n.º 80, de 3 de Abril de 2004), alterado pelo Despacho n.º 3069/2005, de 24 de Janeiro (DR, 2.ª série, n.º 30, de 11 de Fevereiro), pelo Despacho n.º 15 827/2006, de 23 de Junho (DR, 2.ª série, n.º 144, de 27 de Julho), pelo Despacho n.º 19 964/2008 de 15 de Julho (DR, 2.ª série, n.º 144, de 28 de Julho), pelo Despacho n.º 8598/2009, de 19 de Março (DR, 2.ª série, n.º 60, de 26 de Março) e pelo Despacho n.º 14 122/2009, de 12 de Junho (DR, 2.ª série, n.º 113, de 23 de Junho de 2009). Despacho n.º 19897/2009, de 21 de Agosto (DR, 2.ª série, n.º 166, de 27 de Agosto) e Despacho n.º 5727/2010, de 23 de Março (DR, 2.ª série, n.º 62, de 30 de Março).	Profilaxia da rejeição do transplante alógeno	Comparticipação integral, de prescrição exclusiva por médicos especialistas, nos respectivos serviços especializados dos hospitais, nomeadamente serviços de nefrologia (unidades de transplante renal), serviços de cardiologia (unidades de transplante cardíaco) e serviços de transplante hepático, devendo da receita constar referência expressa a este despacho, de dispensa exclusivamente, através das farmácias hospitalares.	A dispensa do medicamento é gratuita para o doente, sendo o encargo da responsabilidade do hospital onde o mesmo é prescrito, salvo se a responsabilidade couber a qualquer subsistema ou outra entidade pública ou privada.
Doentes com hepatite C	Portaria n.º 1522/2003, de 13 de Novembro e Portaria n.º 274/2004, de 2 de Fevereiro.	Doentes com hepatite C	Comparticipação integral, prescritos a doentes portadores de hepatite C crónica, notificados a entidade competente através da declaração obrigatória de doenças transmissíveis. O médico prescritor deve confirmar por escrito na receita que o doente se encontra abrangido por este diploma. A dispensa é efectuada, exclusivamente, através dos serviços farmacêuticos dos hospitais onde existam serviços ou consultas especializados no tratamento de doentes com hepatite C.	A dispensa do medicamento é gratuita para o doente, sendo o encargo da responsabilidade do hospital onde o mesmo é prescrito, salvo se a responsabilidade couber a qualquer subsistema ou outra entidade pública ou privada.
Eclerose múltipla	Despacho n.º 11 728/2004, de 17 de Maio (DR, 2.ª série, n.º 139, de 15 de Junho), alterado pelo Despacho n.º 5775/2005 de 18 de Fevereiro (DR, 2.ª série, n.º 54, de 17 de Março), com a Rectificação n.º 653/2005 de 8 de Abril (DR, 2.ª série, n.º 79, de 22 de Abril), e pelo Despacho n.º 10 303/2009, de 13 de Abril (DR, 2.ª série, n.º 76, de 20 de Abril de 2009).	Doentes com esclerose múltipla	Comparticipação integral, de prescrição exclusiva por médicos neurologistas, nos respectivos serviços especializados dos hospitais integrados no SNS, nomeadamente serviços de neurologia, devendo da receita constar referência expressa a este despacho, de dispensa exclusivamente, através das farmácias hospitalares.	A dispensa do medicamento é gratuita para o doente, sendo o encargo da responsabilidade do hospital onde o mesmo é prescrito, salvo se a responsabilidade couber a qualquer subsistema ou outra entidade pública ou privada.
Doença de Crohn activa grave ou formação de fistulas	Depacho n.º 4 466/2005, de 10 de Fevereiro (DR, 2.ª série, n.º 42, de 1 de Março); Despacho n.º 30 994/2008, de 21 de Novembro (DR, 2.ª série, n.º 233, de 2 de Dezembro).	Doença de Crohn activa grave ou formação de fistulas	Comparticipação integral, de prescrição exclusiva por médicos especialistas em gastroenterologia, devendo da receita constar referência expressa a este despacho, de dispensa exclusivamente, através dos serviços farmacêuticos dos hospitais.	A dispensa do medicamento é gratuita para o doente, sendo o encargo da responsabilidade do hospital onde o mesmo é prescrito, salvo se a responsabilidade couber a qualquer subsistema ou outra entidade pública ou privada.

ANEXO II

PAGAMENTO DA PRODUÇÃO CONTRATADA, PRODUÇÃO MARGINAL E DE CUSTOS FIXOS

Linhas de produção	Produção contratada	Produção marginal		Custos fixos
	Entre 50% e 100%	Entre 100% e 110%	Acima de 110%	Entre 50% e 100%
Consulta	Pr. C.	58% Pr. C.	---	---
Serviço domiciliário	Pr. C.	58% Pr. C.	---	---
Internamento urgente (GDH Cirúrgicos)	Pr. C.	44% Pr. C.	---	---
Internamento (GDH Médicos)	Pr. C.	44% Pr. C.	---	---
Internamento de doentes crónicos	Pr. C.	44% Pr. C.	---	---
Dias de permanência em Lar dos IPO	Pr. C.	44% Pr. C.	---	---
Internamento programado (GDH Cirúrgicos)	Pr. C.	Pr. Tabela do SIGIC	Pr. Tabela do SIGIC	---
GDH Cirúrgicos de Ambulatório	Pr. C.	Pr. Tabela do SIGIC	Pr. Tabela do SIGIC	---
GDH Médicos de Ambulatório	Pr. C.	75% Pr. C.	---	---
Hospital de Dia	Pr. C.	75% Pr. C.	---	---
Hemodiálise e Diálise Peritoneal	Pr. C.	75% Pr. C.	---	---
Interrupção da Gravidez	Pr. C.	75% Pr. C.	---	---
Novos doentes de VIH/Sida,	Pr. C.	75% Pr. C.	---	---
Diagnóstico Pré-Natal	Pr. C.	75% Pr. C.	---	---
Urgência	Pr. C.	45% Pr. C.	---	27,5% Pr. C.

Pr. C. - Preço Contratado de acordo com o grupo hospitalar de financiamento

Nota: O pagamento dos medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório está sujeito ao limite do valor contratado.

O pagamento do internato médico será feito de acordo com os valores estipulados e número de internos em formação na instituição ao longo do ano.

ANEXO III (A)
CONTEÚDO DA FACTURA
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

A - Produção Base

Designação da Empresa

Sede

Nr. Telefone

Nr. Contribuinte

Capital Social

Nr. Conservatória do Registo Civil
(CRC)

Nr. Factura

Pág.

Data Emissão

ACSS, IP

Av. João Crisóstomo nº 11 1000 –
177 Lisboa

Nr. Contribuinte: 508188423

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				
• De Hansen				
• Da Pneumologia				
Episódios de GDH Cirúrgicos de Ambulatório (doente equivalente)				
Episódios de GDH Médicos de Ambulatório (doente equivalente)				
Consultas médicas:				
• Primeiras consultas				

- Consultas subsequentes

Urgências (atendimentos)

Hospital de Dia (sessões):

- Hematologia
- Imunohemoterapia
- Doenças Infecciosas
- Psiquiatria
- Outras

Diálise:

- Hemodiálise (semana/doente)
- Diálise Peritoneal (semana/doente)

IG até às 10 semanas:

- Medicamentosa (N.º de IG)
- Cirúrgica (N.º de IG)

VIH/Sida (Novos doentes em tratamento
ambulatório)

Diagnóstico Pré-Natal:

- Protocolo I
- Protocolo II

Serviço domiciliário (visitas)

Lar – I.P.O. (dias de estadia)

Outros:

- Medicamentos de cedência hospitalar
em ambulatório
- Internos
- Incentivos institucionais
- Convergência

Valor Total do Serviço Prestado

EUR
Extenso

Isento de IVA – Art 9 n.º 2 IVA/Isenções

Processado por computador

Assinatura

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

ANEXO III (B)
CONTEÚDO DA FACTURA
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

B - Produção Cirúrgica Programada Marginal

Designação da Empresa

Sede

Nr. Telefone

Nr. Contribuinte

Capital Social

Nr. Conservatória do Registo Civil
(CRC)

Nr. Factura

Pág.

Data Emissão

ACSS, IP

Av. João Crisóstomo, nº11

1000 – 177 Lisboa

Nr. Contribuinte: 508188423

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 SIGIC

Assinatura

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

ANEXO III (C)
CONTEÚDO DA FACTURA
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
C - Produção Marginal

Designação da Empresa

Sede

Nr. Telefone

Nr. Contribuinte

Capital Social

Nr. Conservatória do Registo Civil
(CRC)

Nr. Factura

Pág.

Data Emissão

ACSS, IP

Av. João Crisóstomo, nº11
1000 – 177 Lisboa

Nr. Contribuinte: 508188423

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)				
Internamento de doentes crónicos (dias):				
Consultas médicas:				
• Primeiras consultas				
• Consultas subsequentes				
Urgências (atendimentos)				
Hospital de Dia (sessões):				
• Hematologia				
• Imuno-hemoterapia				
• Doenças Infecciosas				
• Psiquiatria				
• Outras				
Diálise:				
• Hemodiálise (semana/doente)				

- Diálise Peritoneal (semana/doente)

IG até às 10 semanas:

- Medicamentosa (N.º de IG)
- Cirúrgica (N.º de IG)

VIH/Sida (Novos doentes em tratamento
Ambulatório)

Diagnóstico Pré-Natal:

- Protocolo I
- Protocolo II

Serviço domiciliário (visitas)

Lar – I.P.O. (dias de estadia)

Valor Total do Serviço Prestado

EUR
Extenso

Isento de IVA – Art 9 n.º 2 IVA/Isenções

Processado por computador

Assinatura

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

ANEXO IV

FACTURAÇÃO DE LINHAS DE PRODUÇÃO NO SONHO

As seguintes linhas de produção são facturadas no SONHO através do item "Processar", seguido de "Numerar Facturas do SNS"

Código	Designação
AMB 1	Ambulatório - Gdh Medicos
BLO 1	Cirur.Ambul.-Doentes Equivalentes
CON 3	Serviço Domiciliário
CON 4	Primeiras Consultas Medicas
CON 5	Consultas Medicas Subsequentes
CON 6	Consulta - Ig Medicamentosa
CON 7	Consulta - Ig Cirurgica
HDI 2	Sessão de Hematologia
HDI 3	Sessão de Imuno-Hemoterapia
HDI 4	Sessão de Doenças-Infecciosas
HDI 5	Sessão de Psiquiatria
HDI 6	Psiquiatria (Estruturas Reabilitativas)
HDI 7	Outras Sessões de Hospital de Dia
INT 2	Dias Em Medicina Física e Reabilitação
INT 3	Dias Em Psiquiatria Cronica
INT 4	Dias de Cronicos Ventilados
INT 6	Internamento Urgente - GDH Cirúrgicos (D. Equiv)
INT 7	Internamento Programado - GDH Cirúrgicos (D. Equiv)
INT 8	Internamento - GDH Médicos (D. Equiv)
INT 9	Dias de Doentes De Hansen
INT 10	Dias de Doentes Crónicos De Pneumologia
INT 11	Psiquiatria (Estruturas Residenciais)
URG 1	Urgências

As seguintes linhas de produção são facturadas no SONHO através do item "Processar", seguido de "Produções Específicas"

Código	Designação
CON 8	Diálise Peritoneal
HDI 9	Tratamentos de Hemodiálise
MED 1	Medicamentos de Dispensa Obrigatória em Ambulatório
PLS 1	Diagnostico Pré-Natal - PROTOCOLO I
PLS 2	Diagnostico Pré-Natal - PROTOCOLO II

Devem facturar as seguintes produções através do item "Processar" seguido de "Outras Produções do SNS"

Código	Designação
OUF 2	Plano De Convergência
OUF 8	Incentivos
PRE 19	Novos Doentes HIV
PRE 22	Ig Medicamentosa
PRE 23	Ig Cirurgica
PRE 24	Ig Consulta Previa
PRE 26	Internos do Primeiro Ano da Especialidade
PRE 27	Internos do Segundo Ano da Especialidade
PRE 34	Capitação
PRE 35	Vagas Preferenciais
PRE 37	Registo Oncológico Regional
PRE 38	Sistema de Custeio por Actividades