

CIRCULAR NORMATIVA

Para: Hospitais EPE, SPA e Unidades Locais de Saúde

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 ao abrigo do Contrato-Programa - Acordo Modificativo de 2012

As unidades de saúde só podem proceder à faturação do Contrato-Programa 2012 à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), nos termos previstos na presente circular.

As unidades de saúde suportam diretamente 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 faturam diretamente 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 faturação, 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, excetuando 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 faturação 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 atos médicos relevantes realizados são codificados de acordo com a *International Classification of Diseases 9th revision, Clinical Modification* (ICD-9-CM), versão em vigor à data de codificação. O agrupador de GDH em vigor é o 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.

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 respetivas 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 respetivo 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

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

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, independentemente do doente ter sido admitido pelo serviço de urgência.

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 proveniência e a de destino e ainda o motivo da transferência.

As transferências de doentes internados, entre unidades hospitalares integradas num Centro Hospitalar, são consideradas transferências internas, havendo apenas lugar à faturação do GDH correspondente a todos os procedimentos efetuados, 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 reflete 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 respetivos pesos relativos, e o número total de doentes equivalentes do hospital.

O peso relativo de um GDH é o coeficiente de ponderação que reflete 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 faturação dos respetivos GDH.

Caso o doente permaneça menos de 24 horas num serviço de internamento (não perfazendo por isso o tempo necessário para ser considerado um episódio de internamento), o tempo que decorre desde a admissão à urgência até à admissão ao internamento não é cumulável ao tempo de estada em internamento. Nestes termos, as horas que o doente permanece no serviço de urgência não podem ser contabilizadas para alcançar um período de internamento de 24 horas, perfazendo desta forma o tempo necessário para ser considerado como episódio de internamento.

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 respetivos 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

O pagamento da assistência prestada aos doentes crónicos ventilados permanentemente é efetuado por diária.

Apenas são considerados os episódios de internamento de doentes crónicos que necessitem de ventilação permanente e consecutiva (com registo de um dos códigos da ICD-9-CM 96.72 – Ventilação mecânica contínua ou 93.90 – Pressão respiratória positiva contínua (CPAP)) por 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 de doentes beneficiários do SNS decorrentes do exercício da medicina privada são obrigatoriamente identificados na base de dados dos GDH com o tipo de admissão 5. Os utentes que escolham este regime de prestação de cuidados são responsáveis pelo pagamento dos encargos decorrentes da assistência prestada, devendo a faturação ser emitida em seu nome.

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 atividade cirúrgica quer em atividade médica.

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 permitido o registo de episódios diferentes para cada procedimento realizado na mesma especialidade no mesmo dia.

A observação clínica no âmbito do episódio de ambulatório médico ou cirúrgico não poderá dar lugar a faturação de um episódio de consulta, ou de qualquer outra linha de atividade, em simultâneo com o episódio de ambulatório.

1. Episódios cirúrgicos

Cirurgia de ambulatório - 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 atuais *legis artis*, em regime de admissão e alta com permanência do doente inferior a 24 horas.

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 respetiva faturação, o ambulatório médico corresponde a um ou mais atos médicos realizados com o mesmo objectivo terapêutico e/ou diagnóstico, realizados no mesmo episódio, num período inferior a 24 horas. Em termos de registo e de faturação, por especialidade, só pode existir um GDH por dia, que englobe todos os atos realizados no mesmo episódio, excepcionando-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 faturados os episódios, classificados em GDH médicos, que apresentem preço para ambulatório e cujos procedimentos efetuados 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.

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 respetivos pesos relativos e o número total de episódios de ambulatório classificados em GDH.

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 faturação do GDH correspondente a todos os procedimentos efetuados.

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, faturando-se apenas o GDH correspondente aos procedimentos efetuados 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 no mesmo dia a realização de um episódio de consulta, procedimento contemplado em GDH médico ou cirúrgico de ambulatório e hospital de dia, há apenas lugar à faturação do GDH do internamento.

Apenas podem ser faturados episódios de urgência ocorridos no mesmo dia após a alta do internamento do doente.

III – ATIVIDADE CIRÚRGICA ADICIONAL

Os hospitais e as unidades locais de saúde passam a assumir a responsabilidade financeira decorrente de todas as intervenções cirúrgicas realizadas por outros hospitais do SNS ou entidades convencionadas com o SNS aos utentes inscritos na sua Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), respeitando as regras definidas para o programa denominado Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). Esta regra não se aplica às transferências para os hospitais em parceria público privada.

Por atividade cirúrgica adicional entende-se toda a atividade cirúrgica programada, contratualizada, a realizar em internamento ou ambulatório, resultante, em regra, da expectativa de aumento da produção em relação à atividade realizada em 2011, tendo em conta o histórico de transferências SIGIC enquanto hospital de origem, a taxa de crescimento da sua LIC em 2011 e a previsão da variação de entradas em 2012.

1. Preço

O preço a pagar pela atividade cirúrgica adicional é determinado:

A) Pelo valor constante na tabela de preços em vigor do SIGIC para o GDH em causa, adaptado às regras constantes da respetiva Portaria no que se refere às intervenções com múltiplos procedimentos, simultâneos ou consecutivos que decorram no mesmo episódio cirúrgico e aos procedimentos realizados que correspondam a patologia neoplásica maligna, no caso da produção realizada a doentes intervencionados no hospital de origem e da produção referente a doentes transferidos para outros hospitais SNS;

B) Pelo valor de 90% do valor constante na tabela de preços em vigor do SIGIC para o GDH em causa, adaptado às regras constantes da respetiva Portaria no que se refere às intervenções com múltiplos procedimentos, simultâneos ou consecutivos que decorram no mesmo episódio cirúrgico e aos procedimentos realizados que correspondam a patologia neoplásica maligna, no caso da produção referente a doentes transferidos para entidades convencionadas no âmbito do SIGIC.

2. Faturação

No âmbito do contrato-programa e nos termos do exposto no ponto anterior, considera-se passível de faturação toda a atividade cirúrgica adicional realizada aos utentes inscritos na LIC da instituição, independentemente da actividade ser realizada na própria instituição, enviada para outra instituição SNS ou enviada para entidade convencionada no âmbito do SIGIC.

Para a atividade cirúrgica adicional realizada na instituição, os hospitais devem apresentar uma fatura mensal referente à produção cirúrgica programada como produção programada adicional.

Para a atividade cirúrgica adicional que tenha sido realizada noutra instituição SNS e que seja da sua responsabilidade financeira, os hospitais devem apresentar uma fatura mensal de produção de atividade cirúrgica adicional realizada noutra instituição SNS, a efetuar em “outras produções do SNS”.

Para a atividade cirúrgica adicional realizada em entidade convencionada, os hospitais devem apresentar uma fatura mensal de produção de atividade cirúrgica adicional realizada em entidade convencionada, a efetuar em “outras produções do SNS”.

Nos casos em que o hospital realiza atividade cirúrgica adicional referente a utentes inscritos na LIC de outros hospitais do SNS, assumindo assim, nos termos do SIGIC, a figura de “*hospital de destino*”, deve, faturar essa atividade ao hospital de origem, de acordo com a tabela de preços SIGIC, não podendo faturar esta actividade no âmbito do seu contrato-programa. Após a conclusão do processo assistencial, o “hospital de destino” com vista ao correto agrupamento em GDH dos episódios realizados, deverá registar esta atividade com tipo de admissão “*SIGIC externo*”.

A atividade cirúrgica enviada e realizada por entidades convencionadas no âmbito SIGIC será objeto de faturação, ao preço da tabela SIGIC, à Administração Regional de Saúde respetiva, procedendo esta Administração Regional à posterior faturação ao hospital onde o utente estava inscrito na LIC, aplicando também a tabela de preços do SIGIC.

IV – CONSULTA EXTERNA

1. Consulta médica

Por consulta médica entende-se o ato 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 faturação 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 exceção 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 objeto de faturação as consultas que dêem origem a um episódio de internamento.

V - URGÊNCIA

1. Atendimento em Urgência

Por atendimento em urgência entende-se o ato 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 objeto de faturação os atendimentos em urgência realizados pela unidade de saúde, com alta para o exterior ou com alta para o internamento desde que o doente não permaneça no serviço de internamento 24 horas, 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 objeto de faturação os atendimentos em urgência que tenham dado lugar a episódios de internamento (isto é, a episódios com permanência de pelo menos 24 horas).

2. Preço

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

VI - 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 mesmo hospital de dia. A observação clínica no âmbito do tratamento (sessão) efetuado em hospital de dia, não poderá dar lugar a faturação de um episódio de consulta, ou de qualquer outra linha de atividade, 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 exceção 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”.

A terapêutica anti-neoplásica oral não é passível de codificação pela ICD-9-CM nem de agrupamento nos GDH médicos de ambulatório 410 – Quimioterapia ou 876 – Quimioterapia com leucemia aguda como diagnóstico adicional ou com uso de alta dose de agente quimioterapêutico.

VII - INTERRUÇÃO 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.

▪ **Faturação**

A faturação 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 faturação independente de consultas, MCDT ou medicamentos registados no âmbito do mesmo episódio de interrupção medicamentosa da gravidez.

A faturação 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 faturação 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 faturação 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 faturação 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 faturação desta atividade 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 atividade devem faturar 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, juntamente com a fatura em suporte papel, comprovativos da produção realizada pela entidade subcontratada.

VIII - PAGAMENTO DOS DOENTES EM TRATAMENTO DE VIH/SIDA

O contrato-programa alargou, no ano de 2012, o modelo de financiamento dos cuidados prestados em ambulatório a pessoas que vivendo com a infeção VIH/SIDA se encontram sob terapêutica anti retroviral de forma integrada – Programa TARC, com a preocupação de garantir equidade no acesso atempado a cuidados de saúde programados e realizado no nível mais adequado da prestação de cuidados.

Adesão e permanência em Programa

No âmbito da contratualização deste programa, e no que respeita a pessoas a viver com a infeção VIH/SIDA sem experiência prévia no tratamento de anti retroviricos, são consideradas todos os doentes desde que se encontram notificados junto do Núcleo de Vigilância Laboratorial de doenças Infecciosas – Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge e, reúnam as condições clínicas para efetuarem a terapêutica anti retrovírica de acordo com as boas práticas (Recomendações Portuguesas para o tratamento da infeção por VIH-1 e VIH-2 2012 (<http://sida.dgs.pt/>), que no essencial se resumem a:

- Recomendação a todos os doentes com infeção crónica por VIH-1 com uma contagem de linfócitos T CD4+ < 350 células/ μ l e que verifiquem uma das categorias identificadas na *Tabela 2* do documento - Recomendações Portuguesas para o tratamento da infeção por VIH-1 e VIH-2 2012.
- Recomendação a todos os doentes com infeção crónica por VIH-2, de acordo com os princípios gerais de prescrição referidos no *ponto 4* do documento - Recomendações Portuguesas para o tratamento da infeção por VIH-1 e VIH-2 2012.

No que respeita a pessoas a viver com a infeção VIH/SIDA e com experiência prévia em terapêuticas antiretroviricas, não são consideradas quaisquer exceções.

Permanência

Um doente é considerado em programa desde que:

- A unidade hospitalar reporte anualmente os dados solicitados, relativos aos cuidados ambulatoriais prestados no âmbito do programa (por doente);
- A unidade hospitalar não informe sobre a sua exclusão (abandono ou suspensão);
- Contacte a instituição pelo menos duas vezes por ano, salvo situações devidamente justificadas. Entende-se por contato, a presença na consulta, levantamento de terapêutica ou análise de parâmetros clínicos (CD4+; ARN VIH1 ou ARN VIH2).

Monitorização

Os hospitais devem proceder ao registo dos doentes em TARC, associados a um ato de ambulatório (levantamento terapêutico).

Para os doentes em TARC, sem experiência prévia em terapêuticas antiretroviricas, os hospitais devem ainda registar os parâmetros analíticos (viroológicos – ARN; imunológicos CD4 e clínicos (observação)) analisados após 24 semanas de início tratamento.

A monitorização dos cuidados prestados no âmbito desta modalidade de financiamento efetua-se em quatro níveis distintos:

- ✓ Serviços hospitalares;
- ✓ Direção Clínica da unidade hospitalar;
- ✓ Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde e
- ✓ ACSS e Direção Geral de Saúde;

As unidades hospitalares são responsáveis por:

- ✓ Preencher ou confirmar o registo de notificação da doença;
- ✓ Identificar o utente pelo Código Nacional de Notificação¹;
- ✓ Elaborar um plano de tratamento (agendamento de consultas, monitorização de parâmetros clínicos e identificação de prescrição terapêutica);
- ✓ Registrar dados relativos a comparência de consultas, resultados dos parâmetros clínicos, imunológicos e virológicos, confirmação da terapêutica prescrita bem como do respetivo levantamento;
- ✓ Submeter à ACSS os dados necessários à monitorização do programa – Relatório de Avaliação de Desempenho TARC, indispensáveis para controlo de faturação e respetivo pagamento. Para o efeito, até à operacionalização do SI-VIDA deverá ser utilizado, o ficheiro de dados disponibilizado pela ACSS.

¹ Acrescido da data de nascimento.

Direção Clínica da unidade hospitalar

A Direção Clínica é responsável pela centralização e verificação de toda a informação produzida e, até à operacionalização do SI – VIDA, pelo registo e submissão à ACSS, dos dados necessários à monitorização do programa.

ARS

O Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde acompanha o programa, trimestralmente, na aplicação SICA, através do registo do número de doentes em TARC mensualizado e, o desempenho da instituição pelo Relatório de Avaliação de Desempenho do Programa TARC, anualmente.

ACSS e DGS

A ACSS e Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA da Direção Geral de Saúde (DGS), centralizam e analisam os dados provenientes das instituições hospitalares e, elaboram e validam respetivamente, os Relatórios de Avaliação de Desempenho do Programa TARC, anualmente.

Faturação e Indicadores de desempenho

A efetivação desta modalidade de financiamento depende da adesão dos doentes em TARC às terapêuticas, avaliada pela efetivação do levantamento terapêutico e interrupções. O montante a faturar pelas instituições aderentes, está dependente da avaliação do desempenho da instituição aferida pela relatório de avaliação anual do Programa TARC, elaborado após a submissão dos dadosⁱ (pelas instituições) e, validação e aceitação, simultaneamente, pelo Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA e pela respetiva Instituição.

O montante a faturar mensalmente corresponde ao número de doentes em TARC (efetivo) vezes o valor mês contratado.

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

- ✓ Um doente novo é pago a partir do mês em que ocorreu o primeiro levantamento terapêutico, independentemente do dia;

- ✓ Sempre que um doente interrompe a terapêutica por um período superior a 30 dias, haverá acerto no valor de financiamento deste doente. O acerto corresponderá à dedução do valor anual mensualizado por cada 30 dias de interrupção
- ✓ Um doente que, por razões clínicas, suspende a terapêutica, é pago até ao mês em que se previa o próximo levantamento terapêutico;
- ✓ Um doente transferido para outro Hospital, é pago ao Hospital de origem se este cedeu terapêutica no mês em que ocorre a transferência (independentemente do dia em que ocorre a cedência/registo). Um doente transferido para outro Hospital, é pago ao Hospital de destino se este cedeu terapêutica no mês em que ocorre a transferência (independentemente do dia em que ocorre a cedência/registo).
- ✓ Não há lugar a pagamento de doentes em TARC sem registos de presença em Consulta Externa e levantamentos de terapêuticos antirretroviral.

A faturação desta linha de produção, PRE47 - Doentes de HIV/SIDA com TARC, efetuar-se-á em “outras produções do SNS” devendo o Hospital indicar o número de doentes/mês a faturar nos termos previstos.

A avaliação do desempenho das Instituições no programa TARC, considera a adesão ao programa como um fator crítico de sucesso pelo que, o relatório a elaborar, inclui ainda os seguintes indicadores:

- Proporção de Doentes (sem experiência prévia em terapêutica antiretroviral) com parâmetro Viroológico (ARN) não detetável após os 1^{os} seis meses em TARC;
- Proporção de Doentes em TARC sem registo de parâmetros analíticos (Viroológicos (ARN); Imunológicos (CD4+) e clínico) por períodos superiores a seis meses;
- Proporção de Doentes em TARC sem registo de presença em Consulta Externa por períodos superiores a seis meses.

1. Preço

O valor mensal a pagar por doente (846,40 €/mês) em Programa TARV, baseia-se no estado da arte, de acordo com as recomendações terapêuticas emanadas pelo Programa Nacional para a Infecção

VIH/SIDA (DGS) e abrange todos os encargos relativos à prestação de cuidados ambulatoriais (ex: consulta, hospital de dia, terapêutica) no âmbito da gestão de caso.

Não há lugar à faturação dos cuidados de saúde de ambulatório prestados a doentes em TARC, no âmbito desta especialidade, nas linhas de produção consideradas no contrato-programa.

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 centros de saúde 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, (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. Faturação

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

- Protocolo I – Identificar, no módulo MCDT do Sonho ou sistema de informação equivalente, os atos “ecografia do 1.º trimestre” e “rastreo bioquímico” realizados à utente. O número de protocolos I a faturar, 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 atos de “consulta de reavaliação de risco obstétrico” e “ecografia do segundo trimestre” realizados à utente. O número de protocolos II a faturar, 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 faturar, deverá corresponder ao número de combinações dos atos que constituem os respetivos protocolos, tendo como condição de associação “ser prestados à mesma utente” e ser “referenciada por um Centro de Saúde” no âmbito destes protocolos.

A faturação desta linha de produção efetuar-se-á, mensalmente, em “Produções Específicas”, com os seguintes códigos:

- Diagnóstico Pré-Natal - Protocolo I (PLS 1)
- Diagnóstico Pré-Natal - Protocolo II (PLS 2)

A fatura em suporte papel deverá vir acompanhada de listagem anonimizada com indicação do número de utente, data de realização e indicação por protocolo dos atos faturados.

2. Preço

O preço do Protocolo I - 41,80 €, abrange a ecografia do 1º trimestre e o rastreo 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 faturação as visitas domiciliárias com registo administrativo e registo da atividade 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 exceção dos medicamentos incluídos no preço compreensivo da hemodiálise e diálise peritoneal cedidos a doentes em programa crónico de ambulatório nas instituições e entidades convencionadas e os medicamentos cedidos aos doentes de HIV cujo pagamento é efetuado através de programa específico TARV – doentes em terapêuticas antiretroviricas. Para tal, deve a instituição proceder ao registo da cedência destes medicamentos associado a um ato de ambulatório, consulta ou hospital de dia e manter atualizado 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 respetiva fatura (ver Anexo I).

A faturação dos Medicamentos (MED 1) deverá ser efectuada mensalmente em “Produções Específicas”.

2. Internato médico

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

- Internos do primeiro ano do internato médico (ano comum) (PRE 26), no valor total da remuneração base anual - 18.139,08€ (1.511,59 €/mês)
- Internos do segundo ano do internato médico (vagas normais) (PRE 27), no valor de 50% da remuneração base anual - 10.627,08€ (885,59 €/mês)
- Internos do segundo ano do internato médico - vagas preferenciais com compromisso de formação, (PRE 45), no valor total da remuneração base anual - 21.254,16€ (1.771,18 €/mês).
- Internos do segundo ano do internato médico - vagas preferenciais com a própria instituição, (PRE 46) 10.627,08€ (885,59 €/mês)

A faturação deverá ocorrer mensalmente nos termos previstos na presente Circular Normativa e ser acompanhada da identificação dos internos colocados nas instituições, número de cédula profissional, nome, data de entrada e saída em formação no hospital. Esta faturação deverá ser efectuada em “Outras produções do SNS”, com o respetivo preenchimento dos dados referentes dos internos.

Para efeitos de faturação considera-se o número de dias correspondentes ao número de dias efetivados pelo interno (como exemplo: um interno que inicie a formação a meio do mês, conta os dias a partir da data da sua admissão). O número máximo de dias faturados não pode exceder 30 dias em cada mês.

3. Incentivos institucionais

O valor a pagar de incentivos associados ao cumprimento de objetivos de acesso, desempenho assistencial e desempenho económico-financeiro, nacionais e regionais, serão avaliados e determinados pelas ARS, nos termos dos Contratos-Programa definidos para o processo de contratualização anual.

A faturação dos Incentivos (OUF 8) deverá ser efectuada em “outras produções do SNS”.

XIII - REMUNERAÇÃO

As regras de remuneração são vinculativas para as unidades de saúde do Setor Empresarial do Estado e indicativas para as unidades de saúde do Setor 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, com a exceção da linha de urgência para a qual o SNS assume o pagamento de cada unidade produzida, abaixo dos 50% contratados, pelo valor de 50% do preço 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 atividade do SNS será revisto de acordo com o disposto nas seguintes alíneas:

- a) Se o volume da produção realizada pelas unidades de saúde, com exceção 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: 10% do preço contratado para o internamento de GDH médicos, de GDH cirúrgicos urgentes, internamento de doentes crónicos e permanência em lar (IPO), 15% do preço contratado para a consulta e serviço domiciliário, 10% do preço contratado para a urgência e 15% do preço contratado para o hospital de dia, GDH médicos de ambulatório, IG, Doentes em TARV (VIH/Sida) e DPN;

- b) Para efeitos do disposto na alínea anterior, o valor da produção marginal está limitado ao valor global do contrato-programa, sem o valor da linha de Incentivos.

3. Remuneração da produção marginal adicional

Se o volume da produção cirúrgica adicional realizada pelas unidades de saúde for superior ao volume contratado, cada unidade produzida acima deste volume será paga ao preço da Tabela do SIGIC, com a exceção da produção referente a doentes transferidos para entidades convencionadas que será paga pelo valor de 90% do valor constante na tabela de preços em vigor para o SIGIC.

O pagamento dos medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório da responsabilidade financeira do hospital está limitado ao valor previsto no contrato.

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.

4. Valor de convergência

Os Hospitais com valor de convergência deverão faturar esta linha em “outras produções do SNS”, Plano de convergência - OUF 2. O pagamento da verba de convergência depende do cumprimento das metas estabelecidas entre o Hospital/Centro Hospitalar e a respetiva ARS, sendo efetuadas avaliações trimestrais do grau de cumprimento destas.

5. Financiamentos específicos no âmbito dos contratos-programa do SNS

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.

XIV - FATURAÇÃO

1. Identificação dos utentes e terceiros pagadores

Só podem ser objeto de faturação à ACSS, IP, os cuidados de saúde prestados a utentes beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, nos termos da Base XXV, da Lei de Bases da Saúde, da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto e sempre que não exista terceiro legal ou contratualmente responsável pelos cuidados prestados.

Nestes termos, e tendo em consideração o disposto no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de Julho, na redação dada pelo artigo único do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de Abril, as unidades de saúde devem identificar os utentes que usufruíram de cuidados através do respetivo número do cartão de utente do SNS.

No que respeita concretamente aos utentes beneficiários do SNS que sejam simultaneamente beneficiários dos subsistemas públicos da ADSE, SAD da PSP e GNR e ADM das Forças Armadas, devem as unidades de saúde identificar, para além do número de beneficiário do SNS, o número de beneficiário do subsistema de saúde.

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 não intergados no Contrato-Programa, seguradoras, assim como situações de terceiro autor de agressão, acidentes ou outro fato gerador de responsabilidade civil) os serviços devem ainda registar as circunstâncias de fato (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 contato), 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 objeto de fiscalização, no âmbito da execução dos Contratos-programa, a faturação à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., como encargo do Serviço Nacional de Saúde, quando existe um terceiro responsável.

A não identificação dos utentes não pode, em caso algum, determinar a recusa de prestações de saúde. Caso o utente não se apresente devidamente identificado nas instituições e serviços prestadores ou não indique terceiro, legal ou contratualmente responsável e não faça prova, nos 10 dias seguintes à interpelação para pagamento dos encargos com os cuidados de saúde prestados, de que é titular ou requereu a emissão do cartão de identificação de utente do Serviço Nacional de Saúde, será responsável pelo pagamento dos encargos decorrentes da assistência prestada, devendo a faturação ser emitida em seu nome.

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 atos que são faturados 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 exceção abrangidas pelo n.º 5 do Despacho n.º 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 pelos estabelecimentos e serviços integrados no SNS seja feito através do contrato-programa.

Em relação aos códigos de faturação 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. Hospitais EPE e SPA

A faturação 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 fatura 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 respetivo.

As unidades de saúde deverão apresentar à ACSS, I.P., até dia 21 de cada mês, uma fatura com a descrição e valorização das prestações de saúde realizadas no mês anterior, sob pena de os documentos apresentados não serem considerados válidos para efeitos de faturação do Contrato-Programa.

Para efeitos de faturação, as prestações de saúde só serão consideradas efetivamente 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 nos parágrafos seguintes.

No caso de cuidados prestados em internamento a doentes crónicos a unidade de faturação é a diária de internamento e a fatura deve ser apresentada mensalmente.

No caso das linhas de atividade (IG, Doentes de VIH/Sida em TARV, DPN, medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório e internato médico) a faturação também deve ser apresentada mensalmente.

Após a faturação do ano estar finalizada, a ACSS procederá a validações finais referentes ao fecho do processo de faturação, de acordo com as regras em vigor e publicadas nesta circular.

4. Unidades Locais de Saúde (ULS)

Uma vez que foi aplicada às ULS um modelo de pagamento prospetivo de base populacional ajustado pelo risco, a unidade a adotar para efeitos de faturação é a capitação (PRE 34).

As ULS devem proceder à emissão de faturação com uma periodicidade mensal, considerando para o efeito o valor correspondente a um doze avos do valor do Contrato-programa, líquido do valor

correspondente aos objetivos de qualidade (6% do Contrato-programa) e eficiência/sustentabilidade económico-financeira (4% do valor do Contrato-programa) contratados.

A faturação desta actividade deverá ser efectuada em “Outras produções do SNS”.

Deve ainda ser objeto de faturação mensal o valor correspondente à remuneração dos internos de especialidade e à execução dos programas específicos constantes do Contrato-programa.

Será objeto de faturação adicional, com periodicidade anual, o valor correspondente ao grau de cumprimento dos objetivos de qualidade e eficiência/sustentabilidade económico-financeira, apurado pela respetiva ARS, devendo para o efeito ser utilizada a linha “Objetivos” (OUF 9).

A faturação desta atividade é efectuada em “Outras produções do SNS”.

Na sequência do apuramento final, efetuado pela ACSS, IP, ao grau de cumprimento do quadro de produção hospitalar negociado anualmente com dada instituição, as ULS, deverão proceder à emissão de nota de crédito em favor da ACSS, I.P. sempre que se verifique o incumprimento da produção contratualizada em valor superior a 5%, no valor da totalidade da produção não realizada.

A valorização da produção em falta será determinada por linha de produção e de acordo com os valores praticados para o grupo de financiamento em que a ULS está inserida.

As ULS estão ainda vinculadas ao envio da descrição das prestações de saúde realizadas mensalmente à ACSS. I.P., através do ficheiro eletrónico disponibilizado para o efeito.

5. Processo de validação da faturação

O processo de validação da faturação, traduz-se em dois momentos distintos – validações correntes mensais e validações finais realizadas previamente à validação da fatura marginal e que abrangem toda a atividade faturada no âmbito do Contrato-Programa.

As validações correntes efectuadas aos ficheiros electrónicos da atividade mensal faturada no âmbito do Contrato-Programa verificam as seguintes situações:

- Verificação da integridade dos dados dos ficheiros;
- Verificação da validade dos cartões de utente e do centro de saúde a que pertencem;
- Verificação do cumprimento das regras de faturação por linha de atividade;
- Verificação da existência de episódios repetidos.

As validações finais efectuadas aos ficheiros eletrónicos de toda a atividade faturada no âmbito do Contrato-Programa verificam as seguintes situações:

- Transferências internas entre hospitais pertencentes ao mesmo centro hospitalar;
- Simultaneidade de episódios de linhas de produção distintas.

Da concretização do processo de validações finais, resulta o envio de um ficheiro de erros por parte da ACSS, IP que especifica as situações de episódios inválidos e de episódios que requerem correções.

Nesse sentido, determina-se o seguinte calendário para o processo de validações finais:

- Primeiras validações finais: após envio do ficheiro de erros por parte da ACSS, IP., a instituição deverá corrigir os ficheiros, enviar uma fatura de recuperação e emitir as faturas finais. O processo não está condicionado pela mudança de estado das faturas ou qualquer intervenção por parte da equipa de faturação da ACSS, IP., de forma a garantir o cumprimento do prazo definido. Esta fase terá que decorrer em 7 dias após o envio do ficheiro de erros, permitindo recuperação de nova produção;
- Segundas validações finais: após envio do ficheiro de erros por parte da ACSS, IP., a instituição deverá corrigir os ficheiros, enviar uma fatura de recuperação e emitir as faturas finais. Esta fase terá que decorrer em 2 dias após o envio do ficheiro de erros, não permitindo recuperação de nova produção.

O incumprimento dos prazos estipulados para cada uma das fases do processo de validações finais, pode determinar a aplicação de uma penalidade correspondente ao valor da produção em falta.

6. Emissão de faturas

As faturas 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 em formato eletrónico e em suporte de papel.

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

As faturas referentes à produção do primeiro semestre do ano a que reportam os serviços prestados, deverão ser enviadas para validação à ACSS até à data de 30 de Setembro do ano em questão.

O prazo limite para a emissão das faturas 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 atividade do SNS devidos a desvios da produção hospitalar face aos valores contratados e respetivo acerto de contas, serão efetuados no 1.º semestre de 2013, com base nas faturas recebidas.

O Presidente do Conselho Diretivo

(João Carvalho das Neves)

ⁱ Até à operacionalização do SI-Vida (Despacho nº.....)

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 24/89, de 2 de Fevereiro (DR, 2.ª série, n.º 163, de 18 de Julho de 1989); Portaria n.º 924-A/2010 de 16 de Setembro (DR 1.ª série de 17 de Setembro de 2010).	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 prescritor 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 24/89, de 2 de Fevereiro.
Doentes insuficientes renais crónicos e transplantados renais	Despacho n.º 3/91, de 8 de Fevereiro (DR, 2.ª série, n.º 64, de 18 de Março de 1991), alterado por Despacho n.º 11 619/2003, de 22 de Maio (DR, 2.ª série, n.º 136, de 14 de Junho de 2003), 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 1858/2004, 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), Despacho n.º 8680/2011, de 17 de Junho (DR, 2.ª série, n.º 122, de 28 de Junho de 2011).	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 1858/2004, 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	Depacho 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.ª 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 de transplante renal, cardíaco e hepático alogénico	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 de 2005), Despacho n.º 15 827/2006, de 23 de Junho (DR, 2.ª série, n.º 144, de 27 de Julho de 2006), pelo Despacho n.º 19 964/2008 de 15 de Julho (DR, 2.ª série, n.º 144, de 28 de Julho de 2008), Despacho n.º 8598/2009, de 19 de Março (DR, 2.ª série, n.º 60, de 26 de Março de 2009) e Despacho n.º 14 122/2009, de 12 de Junho (DR, 2.ª série, n.º 119, de 23 de Junho de 2009), Despacho n.º 19697/2009, de 21 de Agosto (DR, 2.ª série, n.º 166, de 27 de Agosto de 2009) e Despacho n.º 5727/2010, de 23 de Março (DR, 2.ª série, n.º 62, de 30 de Março de 2010), Despacho n.º 5823/2011 de 25 de Março (DR, 2.ª série, n.º 66, de 4 de Abril de 2011);	Profilaxia da rejeição do transplante alogénico	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 à entidade competente através da declaração obrigatória de doenças transmissíveis. O médico prescriptor 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.
Esclerose 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 E PRODUÇÃO MARGINAL

Linhas de produção	Produção contratada		Produção marginal	
	Até 50%	Entre 50% e 100%	Entre 100% e 110%	Acima de 110%
Consulta	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Serviço Domiciliário	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Internamento Urgente (GDH Cirúrgicos)	---	Pr. C.	10% Pr. C.	---
Internamento (GDH Médicos)	---	Pr. C.	10% Pr. C.	---
Internamento de Doentes Crónicos	---	Pr. C.	10% Pr. C.	---
Dias de Permanência em Lar dos IPO	---	Pr. C.	10% Pr. C.	---
Internamento Programado (GDH Cirúrgicos)	---	Pr. C.	Pr. Tabela do SIGIC	Pr. Tabela do SIGIC
Internamento Programado Adicional (GDH Cirúrgicos)	---	Pr. Tabela do SIGIC	Pr. Tabela do SIGIC	Pr. Tabela do SIGIC
GDH Cirúrgicos de Ambulatório	---	Pr. C.	Pr. Tabela do SIGIC	Pr. Tabela do SIGIC
GDH Cirúrgicos de Ambulatório Adicional	---	Pr. Tabela do SIGIC	Pr. Tabela do SIGIC	Pr. Tabela do SIGIC
GDH Médicos de Ambulatório	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Hospital de Dia	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Interrupção da Gravidez	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Novos doentes de VIH/Sida, Diagnóstico Pré-Natal	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Urgência	50% Pr. C.	Pr. C.	10% 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 programado – GDH Cirúrgicos (doente equivalente)				
Episódios de internamento programado adicional – GDH Cirúrgicos (doente equivalente)				
Episódios de internamento urgente – GDH Cirúrgicos (doente equivalente)				
Internamento de doentes crónicos (dias):				
<ul style="list-style-type: none"> • M.F.R • Psiquiatria • Ventilados permanentemente • De Hansen • Da Pneumologia 				
Episódios de GDH Cirúrgicos de Ambulatório (doente equivalente)				
Episódios de GDH Cirúrgicos de Ambulatório				

Adicional (doente equivalente)

Episódios de GDH Médicos de Ambulatório

(doente equivalente)

Consultas médicas:

- Primeiras consultas
- Consultas subsequentes

Urgências (atendimentos)

- SU Polivalente
- SU Médico-Cirúrgica
- SU Básica

Hospital de Dia (sessões):

- Hematologia
- Imunohemoterapia
- Psiquiatria
- Outras

IG até às 10 semanas:

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

VIH/Sida (Doentes em tratamento ambulatório com TARV)

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	Nr. Factura
Sede	Pág.
Nr. Telefone	Data Emissão
Nr. Contribuinte	
Capital Social	ACSS, IP
Nr. Conservatória do Registo Civil (CRC)	Av. João Crisóstomo, nº11 1000 – 177 Lisboa
	Nr. Contribuinte: 508188423

Período de Referência:

Linhas de Produção	Quantidade	Preço *	Valor
Episódios de internamento programado – GDH Cirúrgicos (doente equivalente)			
Episódios de Cirurgia de Ambulatório (doente equivalente)			
Episódios de internamento programado adicional – GDH Cirúrgicos (doente equivalente)			
Episódios de Cirurgia de Ambulatório Adicional (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)				
• SU Polivalente				
• SU Médico-Cirúrgica				
• SU Básica				
Hospital de Dia (sessões):				
• Hematologia				
• Imuno-hemoterapia				
• Psiquiatria				
• Outras				

IG até às 10 semanas:

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

VIH/Sida (Doentes em tratamento

Ambulatório com TARV)

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
LINHAS DE PRODUÇÃO

COD_MODULO	TIPO_PROD	DESIGNAÇÃO
AMB	1	AMBULATÓRIO - GDH MÉDICOS
BLO	1	CIRUR. AMBUL. - DOENTES EQUIVALENTES
BLO	3	CIRUR. AMBUL. ADICIONAL-DOENTES EQUIVALENTES
CON	5	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES
CON	4	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS
CON	3	SERVICO DOMICILIARIO
CON	7	CONSULTA - IG CIRURGICA
CON	6	CONSULTA - IG MEDICAMENTOSA
HDI	6	PSIQUIATRIA (ESTRUTURAS REABILITATIVAS)
HDI	2	SESSAO DE HEMATOLOGIA
HDI	7	OUTRAS SESSOES HOSPITAL DE DIA
HDI	5	SESSAO DE PSIQUIATRIA
HDI	3	SESSAO DE IMUNO-HEMOTERAPIA
INF	1	CONSULTA APOIO A FERTILIDADE (ESTUDO INICIAL)
INF	2	INDUCAO OVARICA (IO)
INF	4	FERTILIZACAO IN VITRO (FIV)
INF	6	INJECCAO INTRA-CITOPLASMATICA DE ESPERMATOZOIDES REC. CIR. (ICSI)
INF	5	INJECCAO INTRA-CITOPLASMATICA DE ESPERMATOZOIDES (ICSI)
INF	3	INSEMINACAO INTRA-UTERINA (IIU)
INT	3	DIAS EM PSIQUIATRIA CRONICA
INT	5	DIAS DE ASSISTENCIA EM LAR
INT	6	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICOS (d.. equiv)
INT	10	DIAS DE DOENTES CRÓNICOS DE PNEUMOLOGIA
INT	11	PSIQUIATRIA (ESTRUTURAS RESIDENCIAIS)
INT	9	DIAS DE DOENTES DE HANSEN
INT	8	INTERNAMENTO - GDH MÉDICOS (d.. equiv)
INT	7	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICOS (d.. equiv)
INT	12	INTERNAMENTO PROGRAMADO ADICIONAL - GDH CIRÚRGICOS (d.. equiv)
INT	4	DIAS DE CRONICOS VENTILADOS
INT	2	DIAS EM MEDICINA FISICA E REABILITACAO
MED	1	MEDICAMENTOS DE DISPENSA OBRIGATORIA EM AMBULATORIO
OUF	2	PLANO DE CONVERGENCIA
OUF	8	INCENTIVOS
OUF	9	INCENTIVOS DE QUALIDADE
OUF	10	INCENTIVOS DE EFICIÊNCIA E SUSTENTABILIDADE
PLS	1	DIAGNOSTICO PRE-NATAL-PROTOCOLO I
PLS	2	DIAGNOSTICO PRE-NATAL-PROTOCOLO II
PRE	45	INTERNOS – VAGAS PREFERENCIAIS COM A PRÓPRIA INSTITUIÇÃO
PRE	46	INTERNOS – VAGAS PREFERENCIAIS COM COMPROMISSO DE FORMAÇÃO
PRE	41	PMA - INJECCÃO INTRA-CITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZÓIDES RECOLHIDOS CIRURGICAMENTE (ICSI)
PRE	40	PMA - INJECCÃO INTRA-CITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZÓIDES (ICSI)
PRE	39	PMA - FERTILIZAÇÃO IN VITRO (FIV)

PRE	34	CAPITACAO
PRE	27	INTERNOS DO SEGUNDO ANO DA ESPECIALIDADE
PRE	26	INTERNOS DO PRIMEIRO ANO DA ESPECIALIDADE
PRE	24	IG CONSULTA PREVIA
PRE	23	IG CIRURGICA
PRE	22	IG MEDICAMENTOSA
PRE	47	DOENTES DE HIV COM TARV
PRE	48	INTERNAMENTO PROGRAMADO ADICIONAL SNS - GDH CIRÚRGICOS (d. equiv.)
PRE	49	CIRUR. AMBUL. ADICIONAL SNS - DOENTES EQUIVALENTES
PRE	50	INTERNAMENTO PROGRAMADO ADICIONAL CONV - GDH CIRÚRGICOS (d. equiv.)
PRE	51	CIRUR. AMBUL. ADICIONAL CONV - DOENTES EQUIVALENTES
PTO	1	PTCO – PRE-AVALIACAO E CIRURGIA BARIATRICA: BANDA GASTRICA
PTO	2	PTCO – PRE-AVALIACAO E CIRURGIA BARIATRICA: BYPASS GASTRICO
PTO	3	PTCO - 1º ANO FOLLOW-UP: BANDA GASTRICA
PTO	4	PTCO - 2º ANO FOLLOW-UP: BANDA GASTRICA
PTO	5	PTCO - 3º ANO FOLLOW-UP: BANDA GASTRICA
PTO	6	PTCO - 1º ANO FOLLOW-UP: BYPASS GASTRICO
PTO	7	PTCO - 2º ANO FOLLOW-UP: BYPASS GASTRICO
PTO	8	PTCO - 3º ANO FOLLOW-UP: BYPASS GASTRICO
URG	2	URG. BÁSICA
URG	3	URG. MÉDICO-CIRÚRGICA
URG	4	URG. POLIVALENTE

ANEXO V

Informação em formato digital a enviar à ACSS (Hospitais sem SI – SONHO)

Os hospitais que não possuem o SONHO na emissão desta facturação deverão respeitar as seguintes indicações:

- a. A factura emitida por via electrónica é composta por resumo, detalhe e descrição dos cuidados a que se refere.
- b. Para as facturas referentes às linhas de produção Medicamentos, DPN e Internos terão que se fazer acompanhar dos ficheiros específicos respectivos a cada uma das linhas.
- c. Deverão enviar a factura para o endereço facturacao_sns@acss.min-saude.pt, considerando as seguintes instruções:
 - i. Enviar os ficheiros, em formato txt ou csv com a estrutura indicada no Anexo, respeitando rigorosamente a ordem de apresentação dos campos
 - ii. Cada linha do ficheiro deve iniciar e terminar com “ “ (aspas)
 - iii. Os campos devem ser separados por ; (ponto e vírgula)
 - iv. O ficheiro relativo à **factura resumo** deverá ser designado por SIGLA_F_RES_<ANO>_<MES>.txt
 - v. O ficheiro relativo à **factura detalhe** deverá ser designado por SIGLA_F_DET_<ANO>_<MES>.txt
 - vi. O ficheiro relativo à **factura discriminativa** deverá ser designado por SIGLA_F_DIS_<ANO>_<MES>.txt
 - vii. Os ficheiros relativos às facturas da linha de Hemodiálise deverão ser designados por:
 - Hemodiálise SIGLA_HEM_RES_<ANO>_<MES>.txt
SIGLA_HEM_DET_<ANO>_<MES>.txt
SIGLA_HEM_DIS_<ANO>_<MES>.txt
 - viii. Os ficheiros relativos às facturas da linha de Diálise deverão ser designados por:
 - Diálise Peritoneal SIGLA_DIA_RES_<ANO>_<MES>.txt
SIGLA_DIA_DET_<ANO>_<MES>.txt
SIGLA_DIA_DIS_<ANO>_<MES>.txt
 - ix. Os ficheiros relativos às duas facturas de recuperação deverão cumprir as regras acima descritas, sendo que à designação dos ficheiros deverá ser substituído o _<MES> por _R1 e _R2
 - x. Os ficheiros referentes às facturas marginais deverão cumprir as regras acima descritas, sendo que à designação dos ficheiros deverá ser substituído o _<MES> por :
 - _A – Marginal Adicional
 - _M – Marginal
 - _O – Outras Produções

Para cada factura deverá ser enviado um registo neste ficheiro.

FACTURA-RESUMO

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital.
Número da factura	Número que identifique unicamente a factura no hospital.
Data da factura	Data em que foi emitida a factura.
Data início	Data de início do período de facturação.
Data fim	Data de fim do período de facturação
Código Entidade Financeira Responsável	Deve ser preenchido com o código da entidade financeira responsável, só são válidos os códigos constantes na tabela: Entidade
Valor total	Valor total da factura.
Número de linhas produção	Número total de registos da tabela <i>Factura-detalle</i> , por factura.
Número de casos facturados	Número total de registos da tabela <i>Factura-discriminativa</i> , por factura.
Tipo	“A” - Marginal Adicional; “M” - Marginal; “O” - Outras Produções; “E” - Produções Específicas

Para cada linha de produção deverá ser enviado um registo neste ficheiro.

FACTURA-DETALHE

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital.
Número da factura	Número que identifique unicamente a factura no hospital.
Código módulo	Deve ser preenchido com o código do módulo constante na tabela: Linhas de Produção.
Tipo produção	Deve ser preenchido com o tipo de produção constante na tabela: Linhas de Produção.
Quantidade	Quantidade por Linha de produção a facturar.
Preço unitário	Preço unitário da linha de produção
Valor	Valor total da linha de produção
ICM	Índice de Case Mix.

Para cada acto facturado deverá ser enviado um registo neste ficheiro.

FACTURA-DISCRIMINATIVA

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital.
Número da factura	Número que identifique unicamente a factura no hospital.
Código módulo	Deve ser preenchido com o código do módulo constante na tabela: Linhas de Produção .
Tipo produção	Deve ser preenchido com o tipo de produção constante na tabela: Linhas de Produção .
Número episódio	Número do episódio a facturar.
Data de nascimento	Data de nascimento do utente do SNS
Data de entrada	Data de entrada. Para a produção paga por diária deverá constar o primeiro dia a facturar (facturação mensal).
Data de saída	Data de saída. Para a produção paga por diária deverá constar o último dia a facturar (facturação mensal).
Valor total	<p>Valor do episódio a facturar. = quantidade * icm* preço</p> <p>Nas factura com tipo "A" - Marginal Adicional este valor é calculado da seguinte forma:</p> <p>Episódio sem bilateralidade/simultaneidade = doentes_equivalentes* preço_sigic</p> <p>Episódio com bilateralidade/simultaneidade = doentes_equivalentes* (preço_sigic + 0,45 preço_sigic)</p> <p>Episódio com patologia neoplásica maligna = doentes_equivalentes* (preço_sigic + 0,3 preço_sigic)</p> <p>Episódio com bilateralidade/simultaneidade + Epis. patologia neoplásica maligna = doentes_equivalentes* (preço_sigic + 0,45 preço_sigic + 0,3 preço_sigic)</p> <p>Preço_sigic – Portaria n.º 852/2009 1ª Série de 7 de Agosto de 2009</p> <p style="text-align: center;">Nota: O valor do episódio não pode exceder o valor pago na base, dado por doentes_equiv *preço_unitario * icm</p>
Número de Cartão	Número de cartão de utente.
Número de Beneficiário	Número de beneficiário do subsistema.
Número de Processo	Número de processo do utente no hospital.
Hora de Entrada	Hora de entrada do episódio a facturar.
Hora de Saída	Hora de saída do episódio a facturar.
Doentes equivalentes	Episódio de internamento/cirurgia de ambulatório convertido em doente equivalente.
Código de destino de Alta	Deve ser preenchido com o código de destino constante na tabela: Destinos
Código motivo Transferência	Deve ser preenchido com o código de motivo constante na tabela: Motivos
Código de GDH	Código do GDH do internamento e da Cirurgia de Ambulatório.

Dias M. F. Reabilitação	Número de dias em que o doente esteve em unidade de M.F de Reabilitação.
Valor total MF Reabilitação	Valor dos dias de M.F. Reabilitação.
Código de especialidade	Código da especialidade.
Tipo de Consulta	Tipo de consulta (P-primeira/S-subsequente)
Código Entidade Financeira Responsável	Preenchimento obrigatório nas facturas com tipo "A" - Marginal Adicional; "M" - Marginal; "E" - Produções Específicas Deve ser preenchido com o código da entidade financeira responsável, só são válidos os códigos constantes na tabela: Entidade
Código do Módulo	Preenchimento obrigatório nos episódios da linha de produção: AMB Pode assumir os seguintes valores: INT – Internamento; HDI – Hospital de Dia; RAD – Admissões Directas
Data de Urgência	Data do episódio de urgência
Hora de Urgência	Hora do episódio de urgência
Código de Patologia	Deve ser preenchido com o código da patologia constante na tabela: Linhas de Produção.

Para cada medicamento deverá ser enviado um registo neste ficheiro.

FACTURA-MED-INF

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital.
Número da factura	Número que identifique unicamente a factura no hospital.
Número da prescrição	Número que identifique o número da prescrição.
Episódio responsável	Número do episódio responsável pela prescrição.
Designação	Designação do medicamento.
Designação CHNM	Designação do medicamento segundo a CHNM.
Forma farmacêutica	Forma de apresentação do medicamento.
Dosagem	Valor que identifique a dose do medicamento.
Unidade de dosagem	Unidade de dosagem referente à ao valor da dose do medicamento.
Descrição da especialidade	Descrição da especialidade do serviço prescriptor.
Forma de apresentação	Forma de apresentação do medicamento.

Para cada registo de DPN deverá ser enviado um registo neste ficheiro.

FACTURA-PLS-INF

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital.
Número da factura	Número que identifique unicamente a factura no hospital.
Número do protocolo	Número único identificado do episódio do protocolo de PLS
Número da ECO	Número identificativo da ecografia
Número da ANA	Número identificativo da análise
Episódio de consulta	Número do episódio de consulta.
Data da ECO	Data de realização da ecografia
Data da ANA	Data de realização da análise.
Data da consulta	Data de realização da consulta.
Código do acto	Código do acto corresponde aos códigos da portaria do SNS (nº 839-A/2009)
Código da análise	Código de análise corresponde aos códigos da portaria do SNS (nº 839-A/2009)
Quantidade do acto	Quantidade realizada de actos.
Quantidade da análise	Quantidade realizada de análises.

Para cada registo de Internos deverá ser enviado um registo neste ficheiro.

FACTURA-FOR-INF

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital.
Número da factura	Número que identifique unicamente a factura no hospital.
Número Mecanográfico	Número mecanográfico do interno
Nome do Interno	Nome do interno
Código de produção	Deve ser preenchido com o código do módulo constante na tabela: <i>Linhas de Produção.</i>
Tipo de produção	Deve ser preenchido com o tipo de produção constante na tabela: <i>Linhas de Produção.</i>
Data de Início	Data de início da formação no hospital
Data do Fim	Data de termo da formação no hospital

Formato da Informação em Formato Digital a Enviar à ACSS

FAC RESUMO

Campo	Chave	Tipo	Nulo?
COD_HOSPITAL	*	N(7)	NN
NUM_FACTURA	*	N(8)	NN
DTA_FACTURA		DATE	NN
DTA_INICIO		DATE	NN
DTA_FIM		DATE	NN
COD_ENTIDADE		N(7)	NN
VALOR_TOTAL		N(15,2)	NN
NUM_TOTAL_DETALHE		N(3)	NN
NUM_TOTAL_DISCRIMINATIVA		N(6)	NN
TIPO		VC2(1)	N

FAC DETALHE

Campo	Chave	Tipo	Nulo?
COD_HOSPITAL	*	N(7)	NN
NUM_FACTURA	*	N(8)	NN
COD_PROD	*	CV2(3)	NN
TIPO_PROD	*	CV2(3)	NN
QUANTIDADE		N(11,3)	NN
PRECO_UNIT_PROD		N(13,2)	NN
VALOR_TOTAL_PROD		N(15,2)	NN
ICM		N(7,6)	N

FAC DISCRIMINATIVA

Campo	C	Tipo	Nulo?	Int/Amb	Consulta	Urgência	H. Dia	Serv. Dom	Dias MFR	DPC	DCV	DPN	Med
COD_HOSPITAL	*	N (7)	NN	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
NUM_FACTURA	*	N (9)	NN	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
COD_MODULO	*	CV2 (3)	NN	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
TIPO_PROD	*	CV2 (3)	NN	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
NUM_EPISODIO	*	N (8)	NN	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
DTA_NASCIMENTO		DATE	NN	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
DTA_ENTRADA	*	DATE	NN	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
DTA_ALTA		DATE	NN	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
VALOR_TOTAL		N (13,2)	NN	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
NUM_CARTAO		CV2 (15)	N	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
NUM_BENEFICIARIO		CV2 (20)	N	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
NUM_PROCESSO		CV2 (11)	N	O	O	F	O	O	O	O	O	O	O
HORA_ENTRADA		N (5)	N	O	N	O	O	N	N	N	N	N	N
HORA_ALTA		N (5)	N	O	N	O	O	N	N	N	N	N	N
DOENTES_EQUIV		N (11,3)	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N
COD_DEST_ALTA		N (2)	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N

COD_MOTIVO_TRANSF	N (2)	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
COD_GDH	N (4)	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
DIAS_MFR	N (4)	N	F	N	N	N	N	O	N	N	N	N	N
VALOR_TOTAL_MFR	N (13,2)	N	F	N	N	N	N	O	N	N	N	N	N
COD_ESPECIALIDADE	CV2 (9)	N	N	O	O	O	O	N	N	N	O	N	N
TIPO_CONSULTA (P/S)	CV2 (1)	N	N	O	O	O	O	N	N	N	O	N	N
COD_ENTIDADE	N (7)	N		Preenchimento obrigatório nas facturas com tipo: "A" – Marginal Adicional; "M" - Marginal;									
COD_MODULO	CV2 (3)	N		Preenchimento obrigatório nos episódios da linha de produção: AMB									
DTA_URG	DATE	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
HORA_URG	N (5)	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
COD_PATOLOGIA	N (2)	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	O

O – Obrigatório F – Facultativo N – Nulo NN – Não Nulo

FAC MED DETALHE

Campo	Chave	Tipo	Nulo?
COD_HOSPITAL	*	N (7)	NN
NUM_FACTURA	*	N (9)	NN
NUM_PRESCRICAO	*	N (8)	NN
EPISODIO_RESP		N (8)	NN
DESIGNACAO		V2 (30)	NN
DESC_CHNM		CV2 (200)	N
FORMA_FARMACEUTICA		CV2 (10)	N
DOSAGEM		N (12,3)	NN
UNIDADE_DOSAGEM		CV2 (5)	NN
DES_ESPECIALIDADE		CV2 (40)	NN
FORMA_PRESCRICAO		CV2 (8)	N

FAC PLS DETALHE

Campo	Chave	Tipo	Nulo?
COD_HOSPITAL	*	N (7)	NN
NUM_FACTURA	*	N (9)	NN
NUM_PROTOCOLO	*	N (8)	NN
NUM_ECO		N (8)	N
NUM_ANA		N (8)	N
CON_EPISODIO		N (8)	N
DTA_ECO		DATE	N
DTA_ANA		DATE	N
DTA_CON		DATE	N
COD_ACTO		N (6)	N
COD_ANALISE		N (6)	N
QTD_ACTO		N (2)	N
QTD_ANALISE		N (2)	N

FAC FOR DETALHE

Campo	Chave	Tipo	Nulo?
COD_HOSPITAL		N(7)	N
NUM_FACTURA		N (9)	N

NUM_MEC		N (5)	NN
NOME		CV2(100)	N
COD_PROD		CV2 (3)	N
TIPO_PROD		CV2 (3)	N
DTA_INICIO		DATE	NN
DTA_FIM		DATE	NN

Tabelas de Referência

Código Entidade

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 (“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 exceção abrangidas pelo n.º 5 do Despacho nº 25360/2001 de 16 de Novembro)

935640 – ADSE-SNS

935641 – SAD-GNR-SNS

935642 – SAD-PSP-SNS

935643 – IASFA-SNS

Código Destino Após Alta

- 1 Para o domicílio
- 2 Para outra instituição com internamento
- 6 Serviço domiciliário
- 7 Saída contra parecer médico
- 20 Falecido

Código Motivo Transferência

- 1 Realização de exames
- 2 Para seguimento
- 3 Por falta de recursos
- 4 Para tratamento de condição associada

Tipo de Acto

MP	MCDT pedido
AP	Análise pedida
MR	MCDT realizado
AR	Análise realizada
MF	MCDT realizado no exterior
ME	MCDT realizado no exterior
AF	Análise feita fora
AE	Análise feita fora

Sigla Instituição de Saúde sem SONHO

IPOP	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Porto, EPE.
IPOC	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Coimbra, EPE.
PREL	Hospital da Prelada
HUCO	Hospitais Universidade de Coimbra, EPE.
CHLP	Centro Hospitalar Leiria-Pombal, EPE.
IPOL	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Lisboa, EPE.
CHLN	Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE.
AMAD	Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE.