

Nº 9/2013/DPS  
DATA: 05/03/2013

## 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 Serviço Nacional de Saúde (SNS), subsistemas públicos da ADSE, SAD da GNR e PSP e ADM das Forças Armadas que devam ser cobradas pelas Instituições hospitalares ao abrigo do Contrato-Programa - 2013**

As instituições hospitalares só podem proceder à faturação do Contrato-Programa 2013 à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), nos termos previstos na presente circular.

As instituições hospitalares 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 instituições hospitalares faturam diretamente a terceiros, integrados ou não no SNS, as prestações de saúde ou meios complementares de diagnóstico e terapêutica que estes lhes requisitem.

As instituições hospitalares assumem 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 Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), considerando as alterações das regras de faturação e a revisão das tabelas de preços, por aplicação da Portaria nº 271/2012, de 4 de Setembro e da Circular Normativa nº 33/2012/CD, de 19/07/2012, à semelhança do que acontece desde 01 de janeiro de 2012.

### 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, excetuando-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 homogêneos 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 Homogêneos

Os episódios de internamento de agudos são classificados em Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH). A produção medida em GDH é ajustada pelo índice de *case-mix* contratado, atualizado à atividade realizada no ano de 2011.

O preço base a aplicar aos doentes internados classificados em GDH e convertidos em equivalentes é o constante na tabela de preços em vigor para 2013, sendo aplicado um preço base único para todas as entidades. 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 27.0, 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 excepcionais (curta duração e 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 respetivo 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

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

- 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, 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 de doentes internados**

As instituições hospitalares 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, exceto 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.

Excetuam-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. Atividade Cirúrgica no âmbito do Tratamento Cirúrgico da Obesidade**

Esta atividade encontra-se regulada por circulares da Direção-Geral da Saúde (DGS) e da ACSS, pelo que a elegibilidade dos episódios para efeitos de faturação depende da verificação dos critérios de elegibilidade previstos para este programa de Tratamento da Obesidade.

## **11. Partos por cesariana**

Com vista a incentivar a qualidade da prestação de cuidados, contratualiza-se em 2013 o indicador de percentagem de partos por cesariana, o qual expressa a percentagem de partos por cesariana, no total de partos ocorridos no período em análise.

Os episódios de internamento que resultem em partos por cesariana para além da percentagem contratada, são remunerados de acordo com o GDH de parto vaginal, sem diagnósticos de complicação.

## **12. 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.

## **13. 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 respetivo tempo de internamento;
- b) Os dias de internamento no serviço/unidade de Medicina Física e de Reabilitação são pagos por diária.

## **14. 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.

### 15. Diária de Internamento de Doentes Crónicos

A diária de internamento dos doentes crónicos referidos nos pontos 12, 13 e 14 inclui todos os serviços prestados, designadamente cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e hotelaria.

### 16. 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.

### 17. Preço

Internamento programado e ambulatório médico e cirúrgico	
Preço base	2.141,70 €

Internamento programado de doentes crónicos	Preço
Psiquiatria	73,70 €
Crónicos Ventilados	254,18 €
Medicina Física e Reabilitação	213,65 €
Hansen	73,70 €
Pneumologia	73,70 €
Reabilitação Psicosocial	73,70 €

O preço praticado para o internamento cirúrgico urgente corresponde a 95% do preço base do internamento programado.

### 18. Faturação

Para as linhas de atividade de internamento de doentes agudos e crónicos, as ARS poderão variar o preço base em mais ou menos 3%.

## 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 objetivo 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 (no período de 24 horas).

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.

Todos os episódios de cirurgia programada encontram-se abrangidos pelo SIGIC, respeitando as regras definidas por este sistema no Regulamento publicado na Portaria nº45/2008, de 7 de Agosto e no Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia (MGIC).

### 1. Episódios cirúrgicos

Entende-se por cirurgia de ambulatório uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efetuada 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 que apresentem preço nos termos do Regulamento e respetivos anexos da tabela de preços do SNS para 2013.

### 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 objetivo 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 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 do Regulamento da tabela de preços do SNS para 2013.

### **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. Faturação**

Para as linhas de atividade de ambulatório médico e cirúrgico, as ARS poderão variar o preço base em mais ou menos 3%.

### **7. Episódio de ambulatório seguido 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.

### **8. 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.

### **9. 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 TRANSFERIDA PARA OUTRA ENTIDADE DO SNS OU CONVENCIONADA**

As instituições hospitalares e as unidades locais de saúde assumem 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 não só as regras definidas para o processo SIGIC, como também as regras de faturação da tabela de preços SIGIC (esta produção é designada de “adicional”, nos termos definidos na Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro). Esta responsabilidade financeira não se aplica às transferências para os hospitais em parceria público privada.

Esta linha de produção é exclusiva da produção cirúrgica transferida para outras entidades.

#### **1. Transferências de cirurgia**

A transferência de cirurgia ocorre por regulação central, através da emissão de nota de transferência ou vale cirurgia, sempre que o Hospital de Origem (HO) não tem capacidade de assegurar a realização da cirurgia no Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG) e que se efetiva com a aceitação da proposta de transferência pelo utente e pelo Hospital de Destino (OD). Após a conclusão no HD, o episódio é devolvido ao HO para continuação dos tratamentos, no âmbito do plano de cuidados estabelecidos.

#### **2. Transferências de responsabilidade**

A transferência de responsabilidade ocorre quando a responsabilidade do tratamento integral do problema de saúde do utente é transferida para um novo serviço/unidade funcional, intra ou interinstitucional. Esta transferência pode advir da cativação de uma Nota de Transferência (NT)/Vale de Cirurgia (VC), no âmbito de um programa especial, por acordo entre os respetivos diretores de serviço ou por indicação da Tutela, aquando da extinção da capacidade técnica.

Estas situações não implicam a transferência de responsabilidade financeira.

### 3. Atividade transferida no âmbito do tratamento cirúrgico da obesidade

Para a produção transferida para instituições do SNS ou do setor convencionado relativa ao tratamento cirúrgico da obesidade, aplicam-se as normas da Portaria 381/2012, de 22 de novembro, a qual define o Regulamento do Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade.

Cada uma das quatro fases de tratamento deverá ser faturada mediante um preço compreensivo por tipo de procedimento cirúrgico utilizado, de acordo com a referida Portaria.

O preço compreensivo a faturar faseadamente, no caso da colocação de banda gástrica, é de:

- a) € 3.377,02, para pagamento da fase PTCO — Pré-avaliação e cirurgia bariátrica;
- b) € 562,84, para pagamento da fase de PTCO — 1.º ano de catamnese (*follow-up*);
- c) € 562,84, para pagamento da fase de PTCO — 2.º ano de catamnese (*follow-up*);
- d) € 1125,68, para pagamento da fase de PTCO — 3.º ano de catamnese (*follow-up*).

O preço compreensivo a faturar faseadamente, no caso da realização de Bypass Gástrico é de:

- a) € 4.295,02, para pagamento da fase PTCO — Pré-avaliação e cirurgia bariátrica;
- b) € 715,84, para pagamento da fase PTCO — 1.º ano de catamnese (*follow-up*);
- c) € 715,84, para pagamento da fase PTCO — 2.º ano de catamnese (*follow-up*);
- d) € 1.431,66, para pagamento da fase PTCO — 3.º ano de catamnese (*follow-up*).

O tratamento de intercorrências ocorridas no período de internamento é da responsabilidade do hospital, considerando-se que o seu custo está incluído no preço compreensivo estipulado para a primeira fase do PTCO – pré-avaliação e cirurgia bariátrica.

O tratamento de intercorrências da responsabilidade do hospital ou qualquer complicação relacionada com os tratamentos efetuados, identificada até 60 dias após a alta do internamento é da responsabilidade do hospital, e o seu custo encontra-se contemplado no preço compreensivo da respetiva fase.

#### **4. Preço**

O preço a pagar pela atividade cirúrgica transferida para outra entidade do SNS ou convencionada é determinado:

- A) Pelo valor constante na Portaria de preços e regras de faturação em vigor no âmbito do SIGIC, no caso da produção realizada a doentes transferidos para outras instituições do SNS;
- B) Por 90% do valor constante na Portaria de preços e regras de faturação em vigor no âmbito do SIGIC, no caso da produção referente a doentes transferidos para entidades convencionadas no âmbito do SIGIC.

#### **5. Faturação**

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

#### **Hospital de Origem**

Para a produção transferida para outras instituições, os hospitais de origem devem apresentar uma fatura mensal de produção desta atividade, a efetuar em "outras produções do SNS", de acordo com a informação disponibilizada na aplicação informática SIGLIC sobre a faturação da cirurgia realizada no Hospital de Destino.

Para registar a atividade cirúrgica dispõem das seguintes linhas de produção:

- PRE 48: Internamento transferido SNS
- PRE 49: Cirur. Ambul. transferida SNS
- PRE 50: Internamento transferido Conv
- PRE 51: Cirur. Ambul. transferida Conv

A faturação desta atividade por parte do hospital de origem referente a linhas de produção de utentes transferidos e intervencionados noutra instituição do SNS ou convencionada, implica o preenchimento da informação de detalhe referente aos doentes transferidos para outras entidades do SNS (PRE 48 e PRE 49) ou para entidades convencionadas (PRE 50 e PRE 51), de acordo com o Anexo VI, em concordância com os registos de conclusão e nota apensa registados na aplicação informática SIGLIC.

## Hospital de Destino

Nos casos em que o hospital realiza atividade cirúrgica 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 as regras de faturação do SIGIC, não podendo faturar esta atividade no âmbito do seu contrato-programa (é um proveito extra contrato). 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".

Para apuramento do valor a faturar, o hospital de destino realiza a conclusão dos episódios e geração de nota apensa à fatura no SIGLIC, de acordo com as regras do SIGIC e respetivas regras de faturação. O processo clínico com a informação necessária (relatório da cirurgia, vinheta da prótese, resultados de MCDT, etc) terá de ser enviado juntamente com a fatura ao hospital de origem, para que este proceda ao pagamento da mesma.

O hospital de destino fatura como "Bloco" ou "Internamento", utilizando a descrição e preço do GDH que consta no registo do SIGIC. Não existe uma linha de produção específica para esta faturação. A entidade responsável a constar na fatura é o hospital de origem quando o hospital de destino é outro hospital do SNS ou a ARS quando o hospital de destino seja uma entidade convencionada. Na fatura deverão constar os dados necessários para a faturação da produção pelo hospital de origem ao abrigo do contrato-programa, de acordo com o Anexo VI.

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

É estabelecido um sistema de *clearing house* com base no SIGLIC que permite o cumprimento de prazos de pagamento dos hospitais de origem às ARS até 90 dias. A ACSS reserva o direito de cativar os valores em dívida a nível dos adiantamentos mensais ao contrato-programa. Os valores cativados serão disponibilizados para pagamento à ARS respetiva.

## **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.

Só podem ser objeto 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**

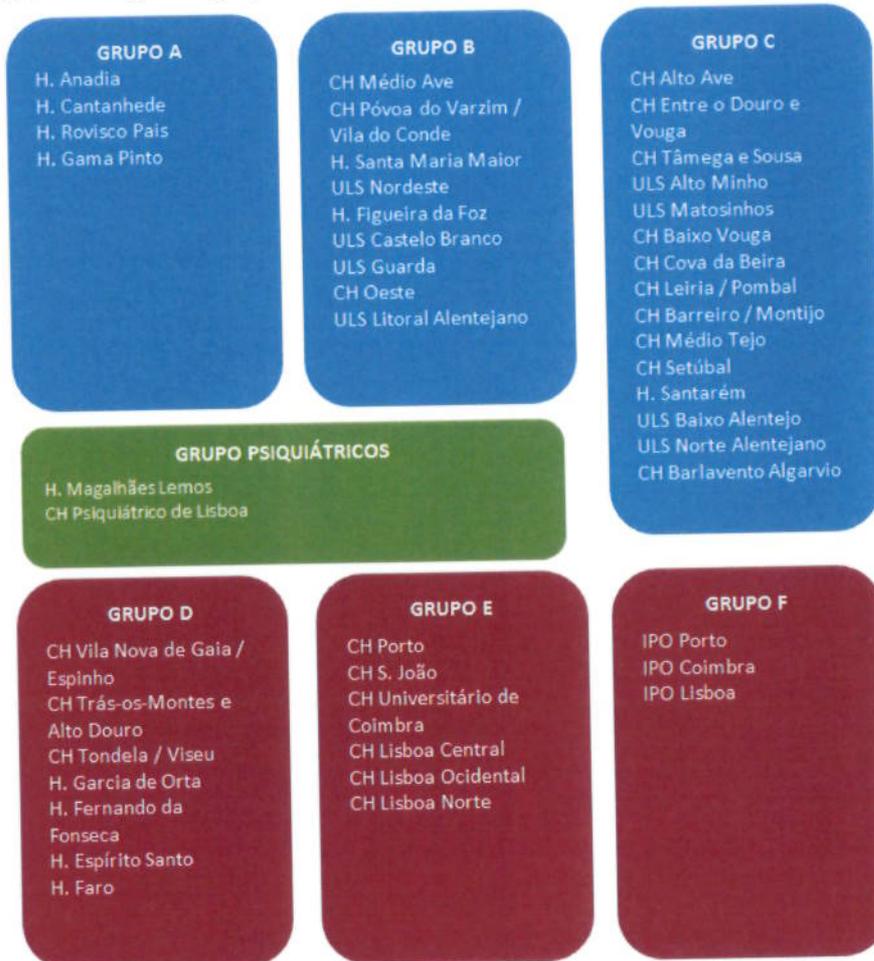
Consulta médica, efetuada num hospital, para verificação da evolução do estado de saúde do doente, administração ou prescrição terapêutica ou preventiva, tendo como referência a primeira consulta do episódio.

### **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.

A atividade realizada em consulta externa está dependente da complexidade de serviços prestada por cada instituição. Assim, com o objetivo de aproximar o preço praticado aos diferentes custos incorridos por cada uma das instituições, dada a sua heterogénea tipologia de serviços, as entidades hospitalares são agrupadas em seis grupos de financiamento. É considerado ainda um grupo de financiamento extraordinário para os hospitais psiquiátricos.

São determinados os seguintes grupos:



Consultas Externas	Preço
<b>Grupo A</b>	38,75 €
<b>Grupo B</b>	40,80 €
<b>Grupo C</b>	45,40 €
<b>Grupo D</b>	69,75 €
<b>Grupo E</b>	73,04 €
<b>Grupo F</b>	111,30 €
<b>Grupo Psiquiátricos</b>	103,46 €

## 5. Faturação

De acordo com a metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos para o contrato-programa deste ano, o preço a pagar pelas primeiras consultas e pelas consultas subsequentes é o mesmo, tendo em consideração o preço de referência para cada grupo.

No entanto, a faturação das linhas de consulta irá incorporar critérios de valorização no sentido de incentivar o acesso a determinados tipos de consultas, nomeadamente:

- **Consultas referenciadas dos cuidados de saúde primários via SI CTH**

Consulta médica resultante de um registo de referência proveniente dos cuidados de saúde primários, via o sistema de informação da Consulta a Tempo e Horas para uma instituição hospitalar.

- **Consultas por telemedicina com presença de utente**

Consulta médica fornecida por um médico, com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados, com a presença do utente junto de outro médico numa outra localização e com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do utente.

- **Consultas na comunidade (saúde mental)**

Ao valor definido para as linhas de Primeira Consulta e Consulta Subsequente, haverá lugar a uma majoração de 10% para as três tipologias de consultas aqui referidas.

A faturação desta atividade deverá ser registada da seguinte forma:

- ✓ Primeiras consultas médicas referenciadas dos cuidados de saúde primários via SI CTH (CON 9)
- ✓ Primeiras consultas médicas por Telemedicina com presença de utente (CON 10)
- ✓ Consultas médicas subsequentes por Telemedicina com presença de utente (CON 11)
- ✓ Primeiras consultas médicas de saúde mental na comunidade (CON 12)
- ✓ Consultas médicas subsequentes de saúde mental na comunidade (CON 13)

Para as linhas de atividade de consulta, as ARS poderão variar o preço base em mais ou menos 3%.

## 6. 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, com a exceção de episódios com alta contra parecer médico.

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.

O preço a pagar pela linha de Urgência é determinado pela tipologia de cuidados (urgência polivalente, urgência médico-cirúrgica e urgência básica).

Atendimentos Urgentes	Preço
Serviço de Urgência Básica	31,98 €
Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica	56,16 €
Serviço de Urgência Polivalente	112,07 €

### 3. Faturação

Para as instituições com mais que uma tipologia de cuidados de urgência, e no caso de transferência do utente, apenas o episódio mais diferenciado pode ser faturado.

A todos os episódios de urgência terá que ser atribuído um código correspondente ao diagnóstico de admissão ao serviço de urgência.

Para as linhas de atividade de urgência, as ARS poderão variar o preço base em mais ou menos 3%.

## 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 objeto 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.

Sessões de Hospital de Dia	Preço
Base	20,98 €
Psiquiatria	31,76 €
Hematologia	305,75 €
Imunohemoterapia	305,75 €
Unidades Sócio-Ocupacionais	31,76 €

### 3. Faturação

Todas as sessões de hospital de dia são faturadas ao preço base, com a exceção das sessões de hospital de dia de hematologia e de imunohemoterapia, caso sejam realizados um conjunto mínimo de procedimentos, e das sessões de hospital de dia de psiquiatria.

#### ▪ Base

As sessões que não dêem lugar a um dos procedimentos contemplados na tabela de GDH médicos de ambulatório do Anexo II do Regulamento da tabela de preços do SNS para 2013, serão registadas em hospital de dia “outros” e pagas ao preço previsto para “Hospital de dia - Base”.

A terapêutica anti-neoplásica oral, efetuada em hospital de dia, é considerada hospital de dia - Base não sendo passível de faturação, 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.

#### ▪ **Psiquiatria**

Apenas as sessões de hospital de dia, com pelo menos um dos seguintes MCDT registado (tabela de MCDT do Regulamento da tabela de preços do SNS para 2013), serão consideradas passíveis de faturação.

- 82150** Consulta monitorização de prescrição
- 82160** Consulta de psiquiatria de seguimento
- 82190** Entrevista psicológica de seguimento
- 82200** Psicoterapia individual
- 82270** Psicoterapia familiar
- 82320** Sessões psico-educacionais familiares em grupo, por família
- 82330** Psicoterapia de grupo, por doente
- 82340** Psicodrama, por doente
- 82360** Eletroconvulsivoterapia monopolar ou bipolar
- 82370** Intervenção neuropsicológica
- 82380** Terapias de mediação corporal individual
- 82390** Terapias de mediação corporal de grupo, por doente
- 82400** Terapia ocupacional individual, em Psiquiatria, não especificada
- 82440** Terapia ocupacional de grupo, em Psiquiatria, por doente

#### ▪ **Hematologia / Imunohemoterapia**

Apenas as sessões de hospital de dia, das especialidades de Hematologia e de Imunohemoterapia, com pelo menos um dos seguintes MCDT registado, serão consideradas passíveis de faturação.

- 55095** Plasmaférese terapêutica
- 55100** Citaférese
- 55105** Flebotomia terapêutica
- 55110** Aplicação de uma transfusão de sangue (unidade/sessão)
- 99020** Fotoforese extra-corporal (sessão)

Para as linhas de atividade de hospital de dia, as ARS poderão variar o preço base em mais/menos 3%.

## VII – SESSÕES DE RADIOTERAPIA

Decorrente de um trabalho extensivo de análise do modelo de pagamento dos tratamentos de radioterapia, a metodologia do contrato-programa de 2013 opta pela autonomização destes tratamentos numa linha de atividade independente. Nesse sentido, adota-se o pagamento através de preços diferenciados para tratamentos simples (nos quais se incluem os tratamentos simples e tratamentos 3D) e complexos (referentes às técnicas especiais, à irradiação corporal e hemicorporal, radioterapia estereotáxica e aos tratamentos IMRT).

No caso de tratamentos plurais (isto é, incidências a mais do que uma região anatómica na mesma sessão), registam-se tantos tratamentos quantas as incidências realizadas.

### 1. Preço

O preço do tratamento inclui os encargos com os demais atos, designadamente planeamento, simulação e dosimetria.

### 2. Faturação

Para efeitos de faturação consideram-se os códigos de MCDT registados, tantos quantos, os tratamentos realizados.

Serão consideradas sessões de tratamento simples, as sessões que tenham registado pelo menos um dos seguintes MCDT:

#### Tratamentos simples

- 45157 Tratamento simples
- 45182 Tratamento conformacional 3D

Serão consideradas sessões de tratamento complexas, as sessões que tenham registado pelo menos um dos seguintes MCDT:

#### Tratamentos complexos

- 45194 Tratamento - técnicas especiais
- 45195 Irradiação corporal total e hemicorporal. Inclui o planeamento e a dosimetria
- 45198 Tratamento IMRT
- 45193 Radioterapia estereotáxica fraccionada, cada fracção

## VIII – 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 o Regulamento e respetivos anexos da tabela de preços do SNS para 2013.
- 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 o Regulamento e respetivos anexos da tabela de preços do SNS para 2013.

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.

### 1. Faturação

A faturação da interrupção medicamentosa da gravidez será efetuada por código 35200 - IG, ao preço previsto no Regulamento e respetivos anexos da tabela de preços do SNS para 2013, 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 efetuada por código 35205 - IG, ao preço previsto no Regulamento e respetivos anexos da tabela de preços do SNS para 2013, 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 da tabela de preços do SNS para 2013. 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 efetuadas 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 objetores de consciência que subcontratam esta actividade, a facturação deve ser faturada 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.

## IX - PAGAMENTO DOS DOENTES EM TRATAMENTO DA INFECÇÃO VIH/SIDA

Desde o ano de 2012 que o contrato-programa alargou o modelo de financiamento dos cuidados prestados em ambulatório a pessoas que vivendo com a infeção VIH/SIDA se encontram sob terapêutica antirretrovírica combinada – Programa TARC, com a preocupação de garantir equidade no acesso atempado a cuidados de saúde programados e realizados 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 antirretrovírico são considerados todos os doentes desde que se encontrem 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 antirretrovírica de acordo com as boas práticas emanadas na Norma de Orientação Clínica nº 27, de 27/12/2012 e Recomendações Portuguesas para o tratamento da infeção por VIH-1 e VIH-2 2013 (<http://sida.dgs.pt>).

São passíveis de inclusão no programa todos as pessoas a viver com VIH/SIDA em terapêutica antirretrovírica.

### Permanência

Um doente é considerado em programa desde que:

- A unidade hospitalar registre e/ou 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 contacto, a presença na consulta, levantamento de terapêutica e realização de avaliação laboratorial de parâmetros clínicos (CD4+; ARN VIH1 ou ARN VIH2).

### Monitorização

Os hospitais têm de 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 têm ainda de registar os parâmetros analíticos (viroológicos – ARN; imunológicos CD4 e clínicos (observação)) observados 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;
- ✓ Administração Regional de Saúde e;
- ✓ Administração Central do Sistema de Saúde e Direção-Geral da Saúde;

**Os serviços hospitalares são responsáveis por:**

- ✓ Preencher ou confirmar o registo de notificação da doença;
- ✓ Identificar o utente pelo Código Nacional de Notificação e data de nascimento;
- ✓ Elaborar um plano de tratamento (agendamento de consultas, monitorização de parâmetros clínicos e identificação de prescrição terapêutica);
- ✓ Registar 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 indispensáveis para controlo de faturação e respetivo pagamento. Para o efeito, até à data da determinação da obrigatoriedade de utilização do SI.VIDA na instituição, deverá ser utilizado o ficheiro de dados disponibilizado pela ACSS.

### **1. Preço**

O valor mensal a pagar por doente (795,62 €/mês) em Programa TARC, 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.

## 2. Faturação

A efetivação desta modalidade de financiamento depende da adesão dos doentes em TARC à terapêutica, avaliada pela efetivação do levantamento terapêutico e interrupções.

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 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 da terapêutica antirretrovírica.

A faturação desta linha de produção, PRE 47 - 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 partir da implementação do SI.VIDA apenas serão passíveis de faturação os doentes registados na aplicação segundo as regras definidas no programa.

### X – 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. Preço

O preço do Protocolo I – 39,29 €, abrange a ecografia do 1º trimestre e o rastreio bioquímico realizados;  
O preço do Protocolo II – 67,30 €, abrange a ecografia do 2º trimestre e consulta hospitalar associada.

## 2. 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 “rastreio bioquímico” realizados à utente. O número de protocolos I a faturar, deverá corresponder ao número de combinações de “ecografia do 1.º trimestre” e “rastreio 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.

Assim, 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 pelos cuidados de saúde primários" 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.

## **XI – TRATAMENTO DE DOENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR**

O tratamento disponível para doentes com Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) implica o acesso a terapêuticas inovadoras e dispendiosas, tornando necessária a criação de um programa de financiamento específico para esta patologia, com o intuito de promover a qualidade de vida e acesso atempado dos doentes adultos às respetivas terapêuticas. Assim, estabelece-se a implementação de um modelo de gestão integrada da hipertensão arterial pulmonar caracterizado pela definição dos cuidados a prestar aos doentes, bem como pelo apuramento de um preço compreensivo onde estão incluídas as diferentes vertentes terapêuticas para o tratamento dos doentes em ambulatório.

### **1. Preço**

A modalidade de pagamento piloto estabelece um preço por doente adulto tratado por mês, sendo considerados três preços de acordo com o estágio da doença: (a) seguimento 1º ano; (b) seguimento após 1º ano CF≤III; (c) seguimento após 1º ano CF IV.

<b>Seguimento 1º ano (doente tratado/ mês)</b>	729,88 €
<b>Seguimento após 1º ano CF≤III (doente tratado/ mês)</b>	1.957,95 €
<b>Seguimento após 1º ano CF IV (doente tratado/ mês)</b>	14.111,41 €

O pagamento por doente tratado abrange as consultas, MCDT e medicamentos intrínsecos ao tratamento dos doentes em ambulatório.

## 2. Faturação

Apenas os hospitais que integrem esta modalidade de pagamento piloto poderão faturar esta linha de atividade nos moldes previstos na presente circular. Para integrar esta modalidade de pagamento piloto as ARS deverão apresentar à ACSS uma proposta de adesão de apenas uma das instituições hospitalares da sua área de abrangência, sendo que o programa apenas se aplica às ARS Norte, ARS Centro e ARS LVT.

A faturação desta linha de atividade requer o preenchimento de uma tabela onde se identificam os doentes em tratamento em cada uma das fases aqui consideradas, de acordo com o anexo VI, identificando as datas de entrada e saída do doente em tratamento, por fase.

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

- HAP – Seguimento 1º ano (PRE 52)
- HAP – Seguimento após 1º ano Classe Funcional ≤III (PRE 53)
- HAP – Seguimento após 1º ano Classe Funcional IV (PRE 54)

A monitorização desta linha será efetuada através da atividade registada no âmbito da patologia, devendo ser identificadas/criadas, no SONHO ou aplicação equivalente, as subespecialidades de consulta que identificam a referida produção. Os centros de tratamento aderentes a esta modalidade de pagamento devem informar a ACSS das subespecialidades a considerar para efeitos de faturação desta linha de atividade.

Apenas utentes com um mínimo de contatos com a instituição no âmbito das subespecialidades definidas são passíveis de faturação, de acordo com a fase:

- HAP – Seguimento 1º ano : 6 contatos
- HAP – Seguimento após 1º ano Classe Funcional ≤III : 4 contatos
- HAP – Seguimento após 1º ano Classe Funcional IV : 12 contatos

## XII – TRATAMENTO DE DOENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA EM TERAPÊUTICA MODIFICADORA

O tratamento disponível para doentes com Esclerose Múltipla (EM), implica o acesso a terapêuticas inovadoras, modificadoras da história natural da doença (imunomoduladores), dispensadas, exclusivamente, em farmácia hospitalar, e associadas a custos elevados.

Assim, estabelece-se a criação de um programa de financiamento específico para o tratamento de doentes com EM em terapêutica modificadora, com o intuito de promover a qualidade de vida e o acesso atempado dos doentes às terapêuticas.

O modelo de financiamento assenta no estabelecimento de um preço compreensivo, onde estão compreendidas as diferentes vertentes terapêuticas adequadas para o tratamento de doentes em ambulatório, nos centros de tratamento considerados “elegíveis” para o efeito.

### 1. Preço

A modalidade de pagamento estabelece um preço por doente tratado/mês que abrange as consultas, MCDT e medicamentos intrínsecos ao tratamento de doentes em ambulatório, sendo considerados os tratamentos realizados a doentes nas seguintes fases de tratamento, de acordo com a Escala Expandida de Estado de Incapacidade de Kurtzke (EDSS):

- EDSS  $\leq$  3,5, até um surto por ano;
- EDSS  $\leq$  3,5, até dois surtos por ano;
- $4 \leq$  EDSS  $\leq$  6,5;
- $7 \leq$  EDSS  $\leq$  8.

Para a faturação dos tratamentos realizados a doentes em cada uma das fases identificadas, foi estabelecido o seguinte preço compreensivo:

<b>Doente tratado/mês</b>	<b>1.074,64 €</b>
---------------------------	-------------------

O pagamento por doente tratado abrange as consultas, MCDT e medicamentos intrínsecos ao tratamento dos doentes em ambulatório.

## 2. Faturação

Apenas os hospitais que integrem esta modalidade de pagamento piloto poderão faturar esta linha de atividade nos moldes previstos na presente circular. Para o programa piloto são elegíveis as instituições com mais de 150 doentes em tratamento que, em conjunto com as ARS respetivas, manifestem à ACSS a vontade de aderir a esta modalidade de pagamento em 2013.

A faturação desta linha requer o preenchimento de uma tabela onde se identificam os doentes em tratamento em cada estágio da doença, de acordo com o anexo VI, identificando as datas de entrada e saída de tratamento por estágio.

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

- Esclerose Múltipla (PRE 55)

O acompanhamento e monitorização desta linha de atividade implicam que sejam identificadas/criadas, no SONHO ou aplicação equivalente, as subespecialidades de consulta que identificam inequivocamente a produção inerente a cada estágio da doença, competindo aos centros de tratamento aderentes a esta modalidade de pagamento, informar a ACSS das subespecialidades a considerar para efeitos faturação. Apenas são passíveis de faturação os utentes com um mínimo de 9 contactos anuais com a instituição, no âmbito das subespecialidades definidas.

## XIII – TRATAMENTO DE NOVOS DOENTES COM PATOLOGIA ONCOLÓGICA (CÓLON E RETO, MAMA E COLO DO ÚTERO)

O cancro é a principal causa de morte antes dos 70 anos de idade (*ie*, a principal causa de morte prematura) e, no conjunto das causas de mortalidade em todas as idades, ocupa o segundo lugar depois das doenças cérebro-cardiovasculares. Em 2013 estima-se, à semelhança do ano anterior, que a mortalidade por cancro atinga cerca de 25.000 portugueses. Muitas destas mortes seriam evitáveis através de medidas de prevenção primária (como diminuição à exposição ao tabagismo) e de prevenção secundária (diagnóstico precoce em rastreios). Na última década houve progressos significativos na prevenção e tratamento do cancro em Portugal, nomeadamente:

- ✓ A implementação de programas de combate às listas de espera para cirurgia com resultados positivos na sua redução significativa.

- ✓ A instalação de novas unidades de radioterapia e o reapetrechamento das já existentes conduzindo, igualmente, a ganhos significativos.
- ✓ A implementação de rastreios de base populacional em Portugal ainda que de forma mais lenta que o desejável e com observada variabilidade inter-regional.

A modalidade de pagamento piloto aplica-se ao tratamento do cancro do cólon e reto, mama e colo do útero essencialmente por se tratar de patologias em que se verifica consenso na abordagem clínica ao doente e disponibilidade de todas as terapêuticas intrínsecas à necessária prestação de cuidados.

### **Critérios**

- Considera-se a data da entrada em programa a data do evento clínico, realizado nas instituições hospitalares incluídas no programa piloto, na qual é registado (no processo do doente) o diagnóstico oncológico respetivo;
- Só são incluídos no programa piloto doentes que tenham diagnóstico inicial efetuado a partir de 01/01/2013;
- Só são considerados doentes que não tenham qualquer tipo de tratamento anterior no âmbito da doença oncológica em causa;
- Só são objeto de pagamento, os tratamentos realizados a doentes inscritos nos Registos Oncológicos Regionais;
- Só são incluídos no programa os doentes que iniciem o tratamento na instituição em causa (excluindo-se doentes parcialmente tratados em outras instituições, doentes em recaída ou doentes em progressão);
- Só são incluídos doentes com tratamento dirigido ao cancro, que sejam objeto de uma das seguintes modalidades terapêuticas: cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou hormonoterapia;
- São incluídos todos os tratamentos realizados após a admissão do doente (procedimentos diagnósticos, terapêuticos, complementares e de *follow-up*, ou outros), independentemente da sua relação com a patologia, durante o período de dois anos, considerados como 730 dias corridos, independentemente do local ou instituição do SNS onde sejam administrados;
- No caso do cancro do colo do útero e do cancro cólon e reto só são incluídos tumores invasivos.

- Em caso de indicação clínica são, igualmente, incluídas a reconstrução mamária e a reconstrução de trânsito intestinal.

### 1. Preço

A modalidade de pagamento para as patologias selecionadas na área oncológica estabelece um preço mensal por doente tratado, para um tratamento previsto de 24 meses, sendo consideradas as seguintes patologias: cancro da mama, cancro do colo do útero e cancro do cólon e reto.

Os preços aplicáveis por doente tratado e por mês são os seguintes:

<b>Cancro do cólon e reto (primeiro ano) (doente tratado/ mês)</b>	1.136,60 €
<b>Cancro do cólon e reto (segundo ano) (doente tratado/ mês)</b>	441,77 €
<b>Cancro da mama (primeiro ano) (doente tratado/ mês)</b>	758,96 €
<b>Cancro da mama (segundo ano) (doente tratado/ mês)</b>	433,79 €
<b>Cancro do colo do útero (primeiro ano) (doente tratado/ mês)</b>	1.117,48 €
<b>Cancro do colo do útero (segundo ano) (doente tratado/ mês)</b>	252,10 €

O valor mensal definido compreende a prestação de todos os cuidados de saúde aos doentes inscritos, ao longo dos 730 dias de duração do tratamento, independentemente da relação desses cuidados com a patologia oncológica. São incluídos todos os procedimentos diagnósticos, terapêuticos, complementares e de *follow-up* realizados.

O pagamento por doente tratado abrange toda a produção referente aos doentes em programa e obedece às normas de orientação clínica e às regras processuais instituídas.

### 2. Faturação

Apenas os hospitais que integrem esta modalidade de pagamento piloto poderão faturar esta linha de atividade nos moldes previstos na presente circular. Para o programa piloto são apenas elegíveis sete instituições: Institutos Portugueses de Oncologia (Porto, Coimbra e Lisboa), Centro Hospitalar de São João, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Centro Hospitalar Lisboa Norte e Hospital do Espírito Santo.

O número de doentes a faturar mensalmente deve observar as seguintes regras:

- ✓ Um doente é pago a partir do mês em que ocorreu a entrada em programa independentemente do dia;
- ✓ Um doente transferido para outra instituição do SNS, é pago à instituição de origem até ao mês da sua transferência e é pago à instituição de destino a partir do mês seguinte em que ocorre a transferência (independentemente do dia em que ocorre a transferência);

- ✓ Um doente falecido ou em abandono é pago até ao mês em que ocorreu o falecimento/abandono independentemente do dia.

A faturação desta linha de atividade requer o preenchimento de uma tabela onde se identificam os doentes em tratamento, de acordo com o anexo VI, identificando as datas de entrada e saída de tratamento.

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

- Cancro do cólon e reto (primeiro ano) (PRE 56)
- Cancro do cólon e reto (segundo ano) (PRE 57)
- Cancro da mama (primeiro ano) (PRE 58)
- Cancro da mama (segundo ano) (PRE 59)
- Cancro do colo do útero (primeiro ano) (PRE 60)
- Cancro do colo do útero (segundo ano) (PRE 61)

Toda a atividade clínica registada noutra instituição do SNS, realizada em utentes inscritos no presente programa, independentemente da sua natureza, é faturável no âmbito do contrato-programa dessa instituição havendo, posteriormente, lugar a acerto de contas com as instituições responsáveis pelos tratamentos ao doente, por parte da ACSS.

Os tratamentos no âmbito de outras modalidades de pagamento por doente tratado para patologias específicas poderão ser faturados separadamente.

### **3. Auditoria**

Para assegurar a protecção dos doentes incluídos no programa piloto, será construído e implementado um manual de auditoria clínicas, o qual visa avaliar cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão e a sua adequação às normas de orientação clínica, sendo obrigação dos centros incluídos nesta modalidade de pagamento piloto a disponibilização de médicos para realização de auditorias cruzadas.

#### **XIV – TRATAMENTO DE DOENTES COM HEPATITE C CRÓNICA (VHC)**

O tratamento disponível para doentes com hepatite C crónica implica o acesso a terapêuticas dispensadas exclusivamente em farmácia hospitalar, com custos elevados, pelo que se estabelece a implementação de um modelo de gestão integrada da hepatite C crónica caracterizado pela definição dos cuidados a prestar aos doentes com esta patologia. Consequentemente, a modalidade de pagamento assenta no estabelecimento de um preço compreensivo, onde estão englobadas as diferentes vertentes terapêuticas para o tratamento dos doentes em ambulatório.

##### **Critérios**

Consideram-se elegíveis para inclusão no programa, doente a iniciar terapêutica antivírica, com ou sem experiência terapêutica anterior.

##### **1. Preço**

A modalidade de pagamento estabelece o seguinte preço/mês por cada doente a iniciar terapêutica antivírica.

<b>Doente tratado/mês</b>	786,83 €
---------------------------	----------

O pagamento por doente tratado abrange as consultas, MCDT e medicamentos intrínsecos ao tratamento dos doentes em ambulatório.

##### **2. Faturação**

Apenas os hospitais que integrem esta modalidade de pagamento piloto poderão faturar esta linha de atividade, nos moldes previstos na presente circular. Para o programa piloto são elegíveis as instituições com mais de 150 doentes em tratamento/ano que, em conjunto com as ARS respetivas, manifestem à ACSS a vontade de aderir a esta modalidade de pagamento piloto para 2013.

A faturação desta linha de atividade requer o preenchimento de uma tabela onde se identificam os doentes em tratamento, de acordo com o anexo VI, identificando as datas de entrada e saída de tratamento.

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

- Hepatite C (PRE 62)

Uma vez que a monitorização desta linha irá ser feita através da atividade registada para a patologia, deverão ser criadas, no SONHO ou aplicação equivalente, as subespecialidades de consultas

necessárias para identificar a referida produção, devendo os centros de tratamento aderentes a esta modalidade de pagamento, informar a ACSS das subespecialidades criadas para efeitos de faturação desta linha de atividade.

Apenas são passíveis de faturação os utentes com um mínimo de 12 contactos anuais com a instituição, no âmbito das subespecialidades definidas.

## **XV – 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 objeto de faturação as visitas domiciliárias com registo administrativo e registo da atividade realizada pelos profissionais envolvidos nestes cuidados.

## **XVI - 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 (65,57 €).

## **XVII - OUTROS PAGAMENTOS**

### **1. Medicamentos 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, para as patologias que constam no Anexo I da presente circular normativa, 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 TARC – 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 diploma

legal ao abrigo do qual a cedência do medicamento é efetuada, no ficheiro que suporta a respetiva fatura (ver Anexo I).

São excluídos ainda os medicamentos cedidos em ambulatório a pessoas a viver com hepatite C e com esclerose múltipla, para os hospitais aderentes aos programas piloto.

A faturação dos Medicamentos (MED 1) deverá ser efetuada mensalmente em "Produções Específicas".

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

## **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 - 19.650,80 € (1.637,56 €/mês).
- Internos do segundo ano do internato médico (vagas normais) (PRE 27), no valor de 50% da remuneração base anual - 12.113,40 € (1.009,45 €/mês).
- Internos do segundo ano do internato médico - vagas preferenciais com compromisso de formação, (PRE 45), no valor total da remuneração base anual - 24.226,80 € (2.018,9 €/mês).

A faturação deverá ocorrer mensalmente nos termos previstos na presente Circular Normativa e ser acompanhada da identificação dos internos colocados nas instituições, nº de cédula profissional, nome, data de entrada e saída em formação no hospital.

Esta faturação deverá ser efetuada 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.

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. Próteses**

No sentido de dar melhor resposta ao financiamento dos episódios de GDH com aplicação de próteses, foi criada uma linha de financiamento autónoma, e de caráter transitório, para pagamento das seguintes próteses: implante coclear, banda gástrica, desfibrilhador cardíaco, prótese da anca, neuroestimulador periférico, neuroestimulador medular e neuroestimulador medular.

▪ **Preço**

O valor da prótese acresce à faturação do episódio por doente equivalente, sendo a colocação da prótese identificada pelo respetivo código da ICD-9-CM. O registo da prótese colocada terá de ser realizado no SIGLIC no registo de conclusão do episódio. O preço a atribuir para cada prótese foi calculado com base no custo médio de aquisição apurado em relação a cada prótese, num conjunto de 9 hospitais/centros hospitalares do SNS:

<b>Tipo de prótese</b>	<b>Preço</b>
Implante coclear	20.715,08 €
Banda gástrica	1.476,51 €
Desfibrilhador cardíaco	17.135,40€
Prótese da anca	1.246,04 €
Neuro estimulador intracraniano	18.856,18 €
Neuro estimulador medular	19.883,69 €
Neuro estimulador periférico	1.359,53 €

▪ **Faturação**

A faturação desta linha (PRE 63) irá ser processada de acordo com o Anexo IV.

Para que o hospital seja ressarcido do valor da prótese é necessário que o registo da mesma seja realizado no SIGLIC, com o preenchimento obrigatório de um conjunto de informação. Para os modelos que não existam ainda na base de dados central, terão de ser fornecidos os seguintes dados:

- ✓ Agrupamento do dispositivo médico implantável
- ✓ Tipo de produto
- ✓ Tipo de material
- ✓ Marca
- ✓ Modelo
- ✓ Fabricante
- ✓ Designação da prótese
- ✓ Fornecedor

O documento modelo para o carregamento das próteses na base de dados central é disponibilizado pelo Helpdesk do SIGLIC.

Aquando da colocação e correspondente registo de uma prótese, deve ser selecionada da base de dados um modelo e acrescido os seguintes dados:

- ✓ Lote
- ✓ N° série
- ✓ Data de validade
- ✓ Preço de aquisição

O pagamento das próteses referido neste ponto não se aplica à atividade cirúrgica transferida para uma entidade do SNS ou convencionada.

#### **4. Pagamento dos 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 efetuada em "outras produções do SNS".

### **XVIII - REMUNERAÇÃO**

As regras de remuneração são vinculativas para as instituições hospitalares do Setor Empresarial do Estado e indicativas para as instituições hospitalares do Setor Público Administrativo.

#### **1. Remuneração da produção contratada**

Como contrapartida pela produção contratada, as instituições hospitalares recebem 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 instituições hospitalares forem superiores ao volume contratado, o valor previsto para pagamento da atividade do SNS será revisto de acordo com o disposto nas seguintes alíneas:

- Não têm limite de produção as linhas de produção cirúrgica programada, doentes com esclerose múltipla, doentes com hepatite C, doentes oncológicos, doentes com hipertensão pulmonar,

radioterapia e para a aplicação de próteses, desde que a valorização da produção total faturada não exceda o valor global do contrato-programa sem incentivos;

- Se o volume da produção realizada pelas instituições hospitalares 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, permanência em lar (IPO) e para a urgência;
  - ✓ 15% do preço contratado para a consulta e serviço domiciliário, para o hospital de dia, GDH médicos de ambulatório, Interrupção da Gravidez, Doentes em TARC (VIH/Sida) e DPN;
  - ✓ O valor da produção marginal (vpm) não pode, em circunstância alguma, exceder o valor global do contrato-programa (vgc), líquido do valor dos incentivos (i) e do valor da produção base faturada (vpbf). Ou seja  $vpm = vgc - (i + vpbf)$ .

### 3. Remuneração da produção marginal cirúrgica

#### 3.1. Remuneração da produção marginal cirúrgica programada realizada pelas próprias instituições hospitalares

Se o volume da produção cirúrgica programada realizada pelas instituições hospitalares for superior ao volume contratado, cada unidade produzida acima deste volume será paga segundo as seguintes regras:

- A produção cirúrgica programada realizada pela unidade de saúde será paga pelo valor constante na tabela de preços em vigor no SIGIC (de acordo com o GDH apurado), não podendo, em qualquer caso, ser superior ao preço unitário da produção base contratada;
- O valor global do contrato-programa (sem incentivos) não pode, em nenhum caso, ser excedido por via da produção marginal cirúrgica.

### **3.2. Remuneração da produção marginal cirúrgica transferida para uma entidade SNS ou convencionada**

Se o volume da produção cirúrgica transferida para uma entidade SNS ou convencionada for superior ao volume contratado, cada unidade produzida acima deste volume será paga segundo as seguintes regras:

- A produção cirúrgica referente a doentes transferidos para entidades SNS será paga pelo valor constante na tabela de preços e regras de faturação no âmbito do SIGIC;
- A produção cirúrgica referente a doentes transferidos para entidades convencionadas será paga pelo valor de 90% do montante constante na tabela de preços e regras de faturação no âmbito do SIGIC;
- O valor global do contrato-programa (sem incentivos) do hospital de origem não pode, em nenhum caso, ser excedido por via da produção cirúrgica transferida para um hospital de destino;
- A produção cirúrgica realizada pelo hospital de destino é considerada um proveito extra contrato, não se encontrando limitada pelo valor global do contrato-programa.

### **4. Valor de convergência**

A verba de convergência configura um apoio financeiro extraordinário limitado ao mínimo espaço de tempo necessário à adequação da estrutura de custos aos preços praticados e ao volume de produção contratada.

Os Hospitais com valor de convergência deverão faturar esta linha em "outras produções do SNS", Plano de convergência - OUF 2, mediante o cumprimento dos objetivos contratados.

### **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) Incentivos aos Transplantes;
- c) Programa para melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento da infertilidade;
- d) Programa para tratamento de doentes com Polineuropatia Amiloidótica Familiar em estágio 1.

### Programa para tratamento de doentes com Polineuropatia Amiloidótica Familiar em estágio 1

Considerada a autorização de introdução no mercado pela Agência Europeia do Medicamento (EMA) e pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED), do medicamento Tafamidis – Vyndaqel®, indicado no tratamento da Polineuropatia Amiloidótica Familiar em estágio 1, importa, com o objetivo de promover a qualidade de vida dos doentes e retardar o compromisso neurológico periférico associado àquela patologia, estabelecer um programa compreensivo para tratamento de doentes com Polineuropatia Amiloidótica Familiar em estágio 1 (PT-PAF 1).

Assim, o PT-PAF1 vem garantir o acesso atempado de doentes adultos selecionados a esta terapêutica (respeitando as condições e indicações aprovadas pela EMA), e estabelecendo os preços e regras de faturação aplicáveis às instituições abrangidas pelo programa.

#### Preço

A modalidade de pagamento estabelece um preço por doente tratado mês que abrange as consultas, MCDT e medicamentos intrínsecos ao tratamento de doentes em ambulatório, tendo sido estabelecido o seguinte preço compreensivo:

Doente tratado/mês	4.864,00€
--------------------	-----------

#### Faturação

Para este programa específico apenas são elegíveis o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. e o Centro Hospitalar do Porto, E.P.E..

Atendendo à natureza excecional deste programa específico, as entidades elegíveis devem apresentar às respetivas Administrações Regionais de Saúde e à ACSS, um relatório trimestral, de toda a atividade desenvolvida no foro do programa, que inclua a informação de base à validação da faturação, sem prejuízo de informação adicional a solicitar no âmbito do acompanhamento do contrato programa

(sistema de informação de contratualização e acompanhamento), ou no âmbito da monitorização da adesão ao tratamento de doentes no âmbito do PT-PAF1.

A faturação desta linha requer o preenchimento de uma tabela onde se identificam os doentes em tratamento, de acordo com o anexo VI, identificando as datas de entrada e saída.

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

- PT-PAF1 (PRE 64)

O acompanhamento e monitorização desta linha de atividade implica que seja identificada/criada, no SONHO ou aplicação equivalente, a subespecialidade de consulta – “*Consulta PT-PAF1*” de modo a identificar inequivocamente a produção inerente ao tratamento de doentes em programa.

Apenas são passíveis de faturação os utentes com um mínimo de 4 contactos anuais com a instituição, no âmbito das subespecialidades definidas.

## **XIX – 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 (SNS), nos termos da Base XXV, da Lei Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 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 instituições hospitalares 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 instituições hospitalares 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 integrados 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 instituições hospitalares 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 instituições hospitalares 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 instituições hospitalares 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 no número seguinte.

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, Radioterapia, Doentes de VIH/Sida em TARC, Doentes com Esclerose Múltipla, Doentes com Hepatite C, Doentes oncológicos, Doentes com Hipertensão Pulmonar, 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 facturação anual, de acordo com as regras em vigor e publicadas nesta Circular Normativa.

#### **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 atividade deverá ser efetuada em “Outras produções do SNS”.

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

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 Administração Regional de Saúde, devendo para o efeito ser utilizada a linha “Objetivos” (OUF 9). A faturação desta atividade é efetuada 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.

#### **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 efetuadas aos ficheiros eletrónicos 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 efetuadas 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, o processo de validações finais comporta as seguintes fases:

- Fase I: 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;
- Fase II: 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, determina a impossibilidade de faturação do valor da produção em falta.

Durante o ano de 2013 será implementado o processo de faturação eletrónico, o qual substituirá os documentos em papel que estão associados à faturação do contrato-programa.

## 6. Emissão de faturas

As faturas a emitir pelas instituições hospitalares 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 (o circuito em papel será descontinuado durante o ano de 2013, conforme anteriormente referido).

As faturas 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 faturas por parte das instituições hospitalares referente à atividade assistencial desenvolvida é no máximo de 90 dias, a contar do último dia do ano.

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.

## **7. Obrigações de reporte**

O Hospital obriga-se em matéria de reporte de informação, nomeadamente, a:

- a) Submeter informação da atividade desenvolvida à ARS, até ao dia 10 de cada mês, através da aplicação SICA;
- b) Submeter informação económico-financeira, relativa ao mês anterior, à ACSS, I.P. até ao dia 10 de cada mês, através da aplicação SIEF;
- c) Emitir faturação eletrónica mensalmente relativa à atividade hospitalar contratada e efetivamente realizada;
- d) Emitir faturação eletrónica anual respeitante ao grau de cumprimento dos objetivos de qualidade e sustentabilidade/eficiência económico-financeira.
- e) Encerramento do processo de faturação, previsto na alínea c) n.º 2 da Cláusula 17ª do contrato-programa, referente à atividade assistencial desenvolvida no ano de 2013 no prazo máximo de 90 dias, a contar do último dia do ano;
- f) Para efeitos do disposto na Cláusula 18ª do contrato-programa, o Hospital está obrigado, no presente ano, a codificar, auditar e agrupar a atividade realizada no prazo máximo de 60 dias após a alta do episódio objeto de codificação, findo o qual, a ACSS, I.P. bloqueará os respetivos episódios, com exceção dos episódios que tenham sido objeto de análise, em sede de auditoria externa à codificação clínica realizada pela ACSS, I.P., e que necessitem de correção, sendo estes bloqueados decorrido o prazo de correção definido pela ACSS, I.P..

## **8. Prestações de cuidados a pessoas residentes nas regiões autónomas**

O pagamento das prestações de serviços efetuadas pelas entidades do SNS a pessoas singulares fiscalmente residentes nas regiões autónomas é da responsabilidade do Serviço Regional de Saúde respetivo, tal como estabelece o número 2 do artigo 149 Lei n.º 66-B/2012 de 31 de dezembro.

## XX – PENALIZAÇÕES

O Hospital incorre em penalização num valor até um máximo de 1% do valor do contrato-programa pelo incumprimento das seguintes obrigações:

Áreas	Obrigação	Penalização (P)
A. Programas de promoção do acesso (25%)	A.1 SIGIC - Cumprir as regras definidas no Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia (MGIC), de acordo com a metodologia da determinação e contestação das não conformidades publicada pela ACSS, I.P. (25%) (alínea a) do n.º 1 da Cláusula 6ª do Anexo)	Não haverá lugar a penalização quando % NC $\leq$ 5% A penalização é aplicada pela seguinte fórmula, até ao limite de Valor Contrato x 1% x 25%: P= Valor NC simples + Valor NC grave + Valor NC materiais Valor NC simples = 1/20 x PBR x Nº NC simples Valor NC graves = 3 x 1/20 x PBR x Nº NC graves Valor NC materiais = 1/200 x 3 x 1/20 x PBR x Nº entradas x Nº falhas x Nº NC materiais
B. Reporte de informação (35%)	B.1 Reporte mensal de informação assistencial através do SICA até ao dia 10 (15%) (alínea b) do n.º 1 da Cláusula 6ª do Anexo)	Reporte em data posterior ao dia 10 em cada mês de incumprimento P = valor contrato x 1% x 15% x (1/12)
	B.2 Reporte de informação financeira no SIEF mensalmente até ao dia 10 (20%) (alínea b) do n.º 1 da Cláusula 6ª do Anexo)	Reporte em data posterior ao dia 10 em cada mês de incumprimento P = valor contrato x 1% x 20% x (1/12)
C. Faturação eletrónica (20%)	C.1 Encerramento do processo de faturação da atividade assistencial em 90 dias (10%) (alínea c) do n.º 1 da Cláusula 6ª do Anexo)	Faturação posterior a 90 dias P = valor contrato x 1% x 10%
	C.2 Encerramento do processo de faturação referente aos objetivos em 180 dias (10%) (alínea d) do n.º 1 da Cláusula 6ª do Anexo)	Faturação posterior a 180 dias P = valor contrato x 1% x 10%
D. Plataforma de dados da Saúde (10%)	D.1 Disponibilização das notas de altas médicas dos doentes saídos no período (4%) (alínea e) do n.º 1 da Cláusula 6ª do Anexo)	Disponibilização <75% P = valor contrato x 1% x 4%
	D.2 Disponibilização das notas de altas de enfermagem dos doentes saídos no período (4%) (alínea e) do n.º 1 da Cláusula 6ª do Anexo)	Disponibilização <75% P = valor contrato x 1% x 4%
	D.3 Disponibilização das notas das notas de transferências dos doentes saídos das UCI (2%) (alínea e) do n.º 1 da Cláusula 6ª do Anexo)	Disponibilização <75% P = valor contrato x 1% x 2%
E. Cobrança de receita (10%)	E.1. Cobrança efetiva da receita (10%) (alínea f) do n.º 1 da Cláusula 6ª do Anexo)	Cobrança < 90% P = valor contrato x 1% x 10%

% NC - Corresponde à percentagem de não conformidades anuais face ao número de entradas efetivas na lista de inscritos para cirurgia, ou seja nº de episódios que entraram na lista de inscritos excluindo as entradas canceladas nesse ano por erro da instituição

PBR - corresponde ao preço base de referência para a atividade cirúrgica no âmbito do contrato-programa (2.141,70€)

## XXI – ACERTO FINAL DO CONTRATO

O acerto final de contas relativo à execução do Contrato-Programa 2013 deve ocorrer até 30 setembro 2014, mostrando-se necessário garantir a conclusão dos seguintes processos:

Ação	Responsável	Prazo máximo de conclusão (contado a partir do último dia do ano de 2013)
Faturação da atividade assistencial contratada	HH/ULS	90 dias
Faturação medicamentos contratados e cedidos em farmácia hospitalar	HH	90 dias
Faturação da formação de médicos internos	HH/ULS	90 dias
Apuramento do grau de cumprimento dos objetivos contratados	ARS	180 dias
Faturação do montante apurado a título de objetivos	HH/ULS	210 dias
Faturação da produção marginal	HH	90 dias
Validações finais da faturação emitida	ACSS	210 dias
Acerto final do contrato	ACSS/HH/ULS	275 dias

## XXII – PAGAMENTOS

### 1. Adiantamentos

O Hospital recebe, mensalmente, um valor a título de adiantamento, por conta do valor contratualizado através do contrato-programa. O valor mensal referido será ajustado, a partir do início do 2º semestre, ao valor efetivamente faturado e conferido pela ACSS, I.P., referente à produção realizada no sexto mês que antecede o do pagamento.

O valor do adiantamento pode ser aumentado ou diminuído em função da faturação emitida e verificada pela ACSS I.P..

O Presidente do Conselho Diretivo

(João Carvalho das Neves)

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	Comparticipação integral, desde que sejam prescritos e fornecidos em serviços de medicina interna, pneumologia ou pediatria dos hospitais centrais ou em hospitais pediátricos. O médico prescritor deve confirmar por escrito na receita médica que se trata de um doente abrangido por este despacho.	Os encargos financeiros são suportados pelos orçamentos dos respetivos estabelecimentos hospitalares.
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 exclusivamente em consultas de nefrologia e centros de diálise hospitalares públicos. Os medicamentos são fornecidos através das farmácias dos hospitais, devendo na receita médica conter a frase "Doente renal crónico".	"Os encargos financeiros são: a) da responsabilidade do hospital onde é prescrito, quando a prescrição é feita em consulta externa (...); salvo se a responsabilidade couber a qualquer subsistema de saúde, empresa seguradora ou outra entidade pública ou privada.
Deficiência da hormona de crescimento na criança, Síndrome de Turner, Perturbações do crescimento, Síndrome de Prader - Willi, e terapêutica de substituição em adultos	Despacho n.º 12455/2010 de 22 de Julho (DR, 2.ª série n.º 148 de 2 de Agosto 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 à medicação (...) 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 médica constar, por escrito, a confirmação de que se trata de um doente abrangido por este despacho.	Os encargos financeiros são suportados pelos orçamentos dos respetivos estabelecimentos hospitalares.
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 <i>Sandostatina</i> , <i>Sandostatina LAR</i> , <i>Somatulina</i> , <i>somatulina Autogel</i> e <i>Somavert</i>	Comparticipação integral, apenas podem ser prescritos por médicos especialistas em endocrinologia, para o tratamento de doentes acromegálicos, devendo da receita médica constar referência expressa a este despacho. A dispensa é feita exclusivamente através dos serviços farmacêuticos dos hospitais.	Os encargos são da responsabilidade do hospital onde o mesmo é prescrito, salvo se a responsabilidade couber a qualquer subsistema de saúde, empresa seguradora ou outra entidade pública ou privada.

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	Comparticipação integral, desde que sejam prescritos e fornecidos em serviços de medicina interna, pneumologia ou pediatria dos hospitais centrais ou em hospitais pediátricos. O médico prescritor deve confirmar por escrito na receita médica que se trata de um doente abrangido por este despacho.	Os encargos financeiros são suportados pelos orçamentos dos respetivos estabelecimentos hospitalares.
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, 2ª série, n.º 122, de 28 de Junho de 2011).	Doença renal crónica	Integralmente suportados pelo SNS, desde que sejam prescritos exclusivamente em consultas de nefrologia e centros de diálise hospitalares públicos. Os medicamentos são fornecidos através das farmácias dos hospitais, devendo na receita médica conter a frase "Doente renal crónico".	"Os encargos financeiros são: a) da responsabilidade do hospital onde é prescrito, quando a prescrição é feita em consulta externa (...);salvo se a responsabilidade couber a qualquer subsistema de saúde, empresa seguradora ou outra entidade pública ou privada.
Deficiência da hormona de crescimento na criança, Síndrome de Turner, Perturbações do crescimento, Síndrome de Prader - Willi, e terapêutica de substituição em adultos	Despacho n.º 12455/2010 de 22 de Julho (DR, 2ª série n.º 148 de 2 de Agosto 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 à medicação (...) 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 médica constar, por escrito, a confirmação de que se trata de um doente abrangido por este despacho.	Os encargos financeiros são suportados pelos orçamentos dos respetivos estabelecimentos hospitalares.
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, Somatulina, somatulina Autogel e Somavert	Comparticipação integral, apenas podem ser prescritos por médicos especialistas em endocrinologia, para o tratamento de doentes acromegálicos, devendo da receita médica constar referência expressa a este despacho. A dispensa é feita exclusivamente através dos serviços farmacêuticos dos hospitais.	Os encargos são da responsabilidade do hospital onde o mesmo é prescrito, salvo se a responsabilidade couber a qualquer subsistema de saúde, empresa seguradora 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 Transferido (GDH Cirúrgicos)	---	Regras faturação do SIGIC*	Regras faturação do SIGIC*	Regras faturação do SIGIC*
GDH Cirúrgicos de Ambulatório	---	Pr. C.	Pr. Tabela do SIGIC	Pr. Tabela do SIGIC
GDH Cirúrgicos de Ambulatório Transferido	---	Regras faturação do SIGIC*	Regras faturação do SIGIC*	Regras faturação 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.	---
Diagnóstico Pré-Natal	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Doentes de VIH/Sida	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Hipertensão Arterial Pulmonar	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Esclerose Múltipla	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Tratamento de Doentes C/ Patologia Oncológica	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
VHC	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Radioterapia	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Próteses	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Urgência	50% Pr. C.	Pr. C.	10% Pr. C.	---

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

\* Para as linhas com pagamento segundo a tabela de preços e regras de faturação do SIGIC, serão pagas pelo valor de 100% e 90%, respetivamente, caso seja referente a produção transferida para entidades do SNS ou para entidades convencionadas

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:

Ano 2013	ICM	Preço Unitário (€)	Quantidade	Valor (€)
<b>1. Consultas Externas</b> Nº de 1 <sup>as</sup> consultas médicas (s/ majoração) Nº de 1 <sup>as</sup> consultas referenciadas (CTH) Nº de 1 <sup>as</sup> consultas (Telemedicina) Nº de 1 <sup>as</sup> na comunidade (Saúde mental) Nº de consultas subsequentes médicas (s/majoração) Nº de consultas subsequentes (Telemedicina) Nº de consultas subsequentes na comunidade (Saúde mental)				
<b>2. Internamento</b> <b>Doentes Saídos</b> GDH Médicos GDH Cirúrgicos GDH Cirúrgicos Urgentes				
<b>Dias de Internamento de Doentes Crónicos</b> Medicina Física e Reabilitação Psiquiatria Crónicos no Hospital Reabilitação Psicossocial (Psiquiatria) Crónicos Ventilados Crónicos de Hansen Crónicos de Pneumologia				

<b>3. Episódios de GDH de Ambulatório</b> GDH Cirúrgicos GDH Médicos				
<b>4. Urgências</b> Atendimentos SU Polivalente Atendimentos SU Médico-Cirúrgica Atendimentos SU Básica				
<b>5. Sessões em Hospital de Dia</b> Base Hematologia Imuno-Hemoterapia Psiquiatria Psiquiatria (Unidades Socio-ocupacionais)				
<b>6. Programas de gestão da doença crónica</b> <b>VIH/Sida</b> (doentes em TARC)  <b>Hipertensão Arterial Pulmonar</b> Pré-tratamento/seguimento 1º ano Seguimento após 1º ano CF ≤ III Seguimento após 1º ano CF IV  <b>Esclerose múltipla</b> - doentes em terapêutica modificadora. <b>VHC</b> - novos doentes <b>Tratamento de doentes c/ patologia oncológica</b> - novos doentes Cancro da mama (1º ano) Cancro do colon e reto (1º ano) Cancro do colo do útero (1º ano)				
<b>7. Saúde sexual e reprodutiva</b> <b>IVG até 10 semanas</b> Medicamentosa (n.º I.V.G.) Cirúrgica (n.º I.V.G.)  <b>Diagnóstico Pré-Natal</b> Protocolo I Protocolo II				
<b>8. Sessões de radioterapia</b> Tratamentos simples Tratamentos complexos				
<b>9. Serviço domiciliário (consultas)</b>				
<b>10. Lar (IPO)</b>				

<b>11. Outros:</b> <b>Próteses</b> Implante coclear Banda gástrica Desfibrilhador cardíaco Prótese da anca Neuro estimulador intracraniano Neuro estimulador medular Neuro estimulador periférico  <b>Medicamentos de cedência ambulatória em farmácia hospitalar</b>  <b>Internos</b>				
<b>Incentivos institucionais</b>				
<b>Valor de convergência</b>				
<b>Valor total do serviço prestado</b>	EUR			

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

**A - Produção Cirúrgica Base Transferida para o SNS ou Convencionado**

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 nº 11 1000 –  
177 Lisboa

Nr. Contribuinte: 508188423

Período de Referência:

Ano 2013	ICM	Preço Unitário (€)	Quantidade	Valor (€)
<b>1. Internamento</b> <b>Doentes Saídos</b> GDH Cirúrgicos transferidos para o SNS GDH Cirúrgicos transferidos para o Convencionado				
<b>2. Episódios de GDH de Ambulatório</b> GDH Cirúrgicos transferidos para o SNS GDH Cirúrgicos transferidos para o Convencionado				
<b>Valor total do serviço prestado</b>				EUR

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 (C)**  
**CONTEÚDO DA FACTURA**  
**SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE**

**B - Produção Marginal Cirúrgica (Própria e Transferida)**

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:

Ano 2013	ICM	Preço Unitário (€)	Quantidade	Valor (€)*
<b>1. Internamento</b>				
<b>Doentes Saídos</b>				
Episódios de internamento programado – GDH Cirúrgicos (doente equivalente)				
Episódios de internamento programado transferidos para o SNS – GDH Cirúrgicos				
Episódios de internamento programado transferidos para o Convencionado – GDH Cirúrgicos				
<b>2. Episódios de GDH de Ambulatório</b>				
Episódios de Cirurgia de Ambulatório (doente equivalente)				
Episódios de Cirurgia de Ambulatório transferidos para o SNS				
Episódios de Cirurgia de Ambulatório transferidos para o Convencionado				
<b>Valor total do serviço prestado</b>				EUR

\* Portaria nº 271/2012, de 4 de Setembro de 2012 - Tabela de Preços relativa à Produção SIGIC para a produção própria e preço de acordo com as regras de faturação SIGIC para a produção transferida

**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 (D)**  
**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:

Ano 2013	ICM	Preço Unitário (€)	Quantidade	Valor (€)
<b>1. Consultas Externas</b> Nº de 1 <sup>as</sup> consultas médicas (s/ majoração) Nº de 1 <sup>as</sup> consultas referenciadas (CTH) Nº de 1 <sup>as</sup> consultas (Telemedicina) Nº de 1 <sup>as</sup> na comunidade (Saúde mental) Nº de consultas subsequentes médicas (s/majoração) Nº de consultas subsequentes (Telemedicina) Nº de consultas subsequentes na comunidade (Saúde mental)				
<b>2. Internamento</b> <b>Doentes Saídos</b> GDH Médicos GDH Cirúrgicos Urgentes				
<b>Dias de Internamento de Doentes Crónicos</b> Medicina Física e Reabilitação Psiquiatria Crónicos no Hospital Reabilitação Psicossocial (Psiquiatria) Crónicos Ventilados Crónicos de Hansen Crónicos de Pneumologia				
<b>3. Episódios de GDH de Ambulatório</b> GDH Cirúrgicos GDH Médicos				
<b>4. Urgências</b> Atendimentos SU Polivalente Atendimentos SU Médico-Cirúrgica Atendimentos SU Básica				

<b>5. Sessões em Hospital de Dia</b> Base Hematologia Imuno-Hemoterapia Psiquiatria Psiquiatria (Unidades Socio-ocupacionais)				
<b>6. Programas de gestão da doença crónica</b> <b>VIH/Sida</b> (doentes em TARC) <b>Hipertensão Arterial Pulmonar</b> Pré-tratamento/seguimento 1º ano Seguimento após 1º ano CF ≤ III Seguimento após 1º ano CF IV <b>Esclerose múltipla</b> - doentes em terapêutica modificadora. <b>VHC</b> - novos doentes <b>Tratamento de doentes c/ patologia oncológica</b> - novos doentes Cancro da mama (1º ano) Cancro do colon e reto (1º ano) Cancro do colo do útero (1º ano)				
<b>7. Saúde sexual e reprodutiva</b> <b>IVG até 10 semanas</b> Medicamentosa (n.º I.V.G.) Cirúrgica (n.º I.V.G.) <b>Diagnóstico Pré-Natal</b> Protocolo I Protocolo II				
<b>8. Sessões de radioterapia</b> Tratamentos simples Tratamentos complexos				
<b>9. Serviço domiciliário (consultas)</b>				
<b>10. Lar (IPO)</b>				
<b>11. Outros:</b> <b>Próteses</b> Implante coclear Banda gástrica Desfibrilhador cardíaco Prótese da anca Neuro estimulador intracraniano Neuro estimulador medular Neuro estimulador periférico				
<b>Valor total do serviço prestado</b>	EUR			

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  
PRÓTESES

Tipo de prótese	GDH	Designação	Procedimento ICD-9-CM
Implante coclear	759	Implantes cocleares de canal múltiplo	todos
	49	Grandes procedimentos na cabeça e pescoço, excepto por doença maligna	20.96, 20.97
	55	Procedimentos diversos no ouvido, nariz e/ou garganta	20.95
	536	Procedimentos no ouvido, nariz, boca e/ou garganta, excepto os major na cabeça ou no pescoço, com CC major	20.95
Banda gástrica	288	Procedimentos no estômago por obesidade	44.95
Desfibrilhador cardíaco	849	Implantação de desfibrilhador cardíaco, com cateterismo cardíaco, com enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque	00.51 ou 37.94
	850	Implantação de desfibrilhador cardíaco, com cateterismo cardíaco, sem enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque	
	851	Implantação de desfibrilhador cardíaco, sem cateterismo cardíaco	
Prótese da anca	471	Procedimentos major bilaterais ou múltiplos nas articulações dos membros inferiores	81.51
	558	Procedimentos major no aparelho osteomuscular, com CC major	
	817	Revisão ou substituição da anca por complicações	
	818	Substituição da anca, excepto por complicações	
	442	Outros procedimentos no B.O., por lesão traumática, com CC	
	443	Outros procedimentos no B.O., por lesão traumática, sem CC	
	583	Procedimentos por lesões traumáticas, excepto traumatismos múltiplos, com CC major	
	731	Procedimentos na coluna, anca, fémur e/ou membro, por traumatismos múltiplos significativos	
	793	Procedimentos por traumatismos múltiplos significativos, excepto craniotomia, com CC major não traumáticas	

Tipo de prótese	GDH	Designação	Procedimento ICD-9-CM
Neuro estimulador periférico	7	Procedimentos nos nervos cranianos e/ou periféricos e/ou noutras estruturas nervosas, com CC	04.92
	8	Procedimentos nos nervos cranianos e/ou periféricos e/ou noutras estruturas nervosas, sem CC	
	531	Procedimentos no sistema nervoso excepto craniotomia, com CC major	
	63	Outros procedimentos no ouvido, nariz, boca e/ou garganta em B.O.	
	536	Procedimentos no ouvido, nariz, boca e/ou garganta, excepto os major na cabeça ou no pescoço, com CC major	
	233	Outros procedimentos no aparelho osteomuscular e/ou no tecido conjuntivo, em B.O., com CC	
	234	Outros procedimentos no aparelho osteomuscular e/ou no tecido conjuntivo, em B.O., sem CC	
	559	Procedimentos não major no aparelho osteomuscular, com CC major	
	315	Outros procedimentos no rim e/ou nas vias urinárias	
	567	Procedimentos nos rins e/ou nas vias urinárias, excepto transplante renal, com CC major	
	344	Outros procedimentos, em B.O., no aparelho reprodutor masculino, por doença maligna	
	345	Outros procedimentos, em B.O., no aparelho reprodutor masculino, excepto por doença maligna	
	571	Procedimentos no aparelho reprodutor masculino com CC major	
	365	Outros procedimentos no aparelho reprodutor feminino, em B.O.	
	573	Procedimentos não radicais, no aparelho reprodutor feminino com CC major	
	442	Outros procedimentos no B.O., por lesão traumática, com CC	
	443	Outros procedimentos no B.O., por lesão traumática, sem CC	
	583	Procedimentos por lesões traumáticas, excepto traumatismos múltiplos, com CC major	
	732	Outros procedimentos em B.O., por traumatismos múltiplos significativos	
793	Procedimentos por traumatismos múltiplos significativos, excepto craniotomia, com CC major não traumáticas		

Tipo de prótese	GDH	Designação	Procedimento ICD-9-CM
Neuro estimulador intracraniano	1	Craniotomia, idade >17 anos, com CC	02.93
	2	Craniotomia, idade >17 anos, sem CC	
	530	Craniotomia com CC major	
	738	Craniotomia, idade < 18 anos, com CC	
	739	Craniotomia, idade < 18 anos, sem CC	
	879	Craniotomia com implante de agente antineoplásico ou doença do sistema nervoso central aguda complexa como diagnóstico principal	
	406	Perturbações mieloproliferativas ou doenças malignas mal diferenciadas, com procedimentos major em B.O., com CC	
	407	Perturbações mieloproliferativas ou doenças malignas mal diferenciadas, com procedimentos major em B.O., sem CC	
	874	Linfoma e/ou leucemia, com procedimento major em B.O., com CC	
	875	Linfoma e/ou leucemia, com procedimento major em B.O., sem CC	
	442	Outros procedimentos no B.O., por lesão traumática, com CC	
	443	Outros procedimentos no B.O., por lesão traumática, sem CC	
	583	Procedimentos por lesões traumáticas, excepto traumatismos múltiplos, com CC major	
	732	Outros procedimentos em B.O., por traumatismos múltiplos significativos	
793	Procedimentos por traumatismos múltiplos significativos, excepto craniotomia, com CC major não traumáticas		

Tipo de prótese	GDH	Designação	Procedimento ICD-9-CM
Neuro estimulator medular	531	Procedimentos no sistema nervoso excepto craniotomia, com CC major	03.93
	836	Procedimentos vertebrais, com CC	
	837	Procedimentos vertebrais, sem CC	
	558	Procedimentos major no aparelho osteomuscular, com CC major	
	757	Procedimentos no dorso e/ou pescoço, excepto artrodese vertebral com CC	
	758	Procedimentos no dorso e/ou pescoço, excepto artrodese vertebral sem CC	
	315	Outros procedimentos no rim e/ou nas vias urinárias	
	567	Procedimentos nos rins e/ou nas vias urinárias, excepto transplante renal, com CC major	
	344	Outros procedimentos, em B.O., no aparelho reprodutor masculino, por doença maligna	
	345	Outros procedimentos, em B.O., no aparelho reprodutor masculino, excepto por doença maligna	
	571	Procedimentos no aparelho reprodutor masculino com CC major	
	365	Outros procedimentos no aparelho reprodutor feminino, em B.O.	
	573	Procedimentos não radicais, no aparelho reprodutor feminino com CC major	
	406	Perturbações mieloproliferativas ou doenças malignas mal diferenciadas, com procedimentos major em B.O., com CC	
	407	Perturbações mieloproliferativas ou doenças malignas mal diferenciadas, com procedimentos major em B.O., sem CC	
	874	Linfoma e/ou leucemia, com procedimento major em B.O., com CC	
	875	Linfoma e/ou leucemia, com procedimento major em B.O., sem CC	
	442	Outros procedimentos no B.O., por lesão traumática, com CC	
	443	Outros procedimentos no B.O., por lesão traumática, sem CC	
	583	Procedimentos por lesões traumáticas, excepto traumatismos múltiplos, com CC major	
732	Outros procedimentos em B.O., por traumatismos múltiplos significativos		
793	Procedimentos por traumatismos múltiplos significativos, excepto craniotomia, com CC major não traumáticas		

**ANEXO V**  
**LINHAS DE PRODUÇÃO**

COD_MODULO	TIPO_PROD	DESIGNAÇÃO
AMB	1	AMBULATÓRIO - GDH MÉDICOS
BLO	1	CIRUR. AMBUL.- 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
CON	9	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - CTH
CON	10	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - TELEMEDICINA
CON	11	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - TELEMEDICINA
CON	12	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - COMUNIDADE
CON	13	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - COMUNIDADE
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	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

COD_MODULO	TIPO_PROD	DESIGNAÇÃO
PLS	1	DIAGNOSTICO PRE-NATAL-PROTOCOLO I
PLS	2	DIAGNOSTICO PRE-NATAL-PROTOCOLO II
PRE	45	INTERNOS – VAGAS PREFERENCIAIS COM A PRÓPRIA INSTITUIÇÃO
PRE	41	PMA - INJEÇÃO INTRA-CITOPASMÁTICA DE ESPERMATOZÓIDES RECOLHIDOS CIRURGICAMENTE (ICSI)
PRE	40	PMA - INJEÇÃO INTRA-CITOPASMÁTICA 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 TARC
PRE	48	INTERNAMENTO TRANSFERIDO SNS - GDH CIRÚRGICOS
PRE	49	CIRUR. AMBUL. TRANSFERIDA SNS
PRE	50	INTERNAMENTO TRANSFERIDO CONV - GDH CIRÚRGICOS
PRE	51	CIRUR. AMBUL. TRANSFERIDA CONV
PRE	52	HAP – SEGUIMENTO 1º ANO
PRE	53	HAP – SEGUIMENTO APÓS 1º ANO CF<=III
PRE	54	HAP – SEGUIMENTO APÓS 1º ANO CF IV
PRE	55	ESCLEROSE MÚLTIPLA
PRE	56	CANCRO DO CÓLON E RETO (PRIMEIRO ANO)
PRE	57	CANCRO DO CÓLON E RETO (SEGUNDO ANO)
PRE	58	MAMA (PRIMEIRO ANO)
PRE	59	MAMA (SEGUNDO ANO)
PRE	60	COLO DO ÚTERO (PRIMEIRO ANO)
PRE	61	COLO DO ÚTERO (SEGUNDO ANO)
PRE	62	HEPATITE C
PRE	63	PRÓTESES
PRE	64	PT-PAF1
PRE	65	RADIOTERAPIA - TRATAMENTOS SIMPLES
PRE	66	RADIOTERAPIA - TRATAMENTOS COMPLEXOS
URG	2	URG. BÁSICA
URG	3	URG. MÉDICO-CIRÚRGICA
URG	4	URG. POLIVALENTE

## ANEXO VI

### 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](mailto: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 Cirúrgica



- g. Nos ficheiros referentes às linhas de pagamento por doente tratado, deverão substituir o PRG, de acordo com o programa em questão:

Programa de gestão da doença	Sigla
Hipertensão Arterial Pulmonar	HAP
Esclerose Múltipla	EMT
Cancro do Cólon e Reto	CCR
Cancro da Mama	CMM
Cancro do Colo do útero	CCU
Hepatite C	VHC
Polineuropatia Amiloidótica Familiar	PAF

- h. Para as linhas de pagamento por doente tratado, tem que ser enviada mensalmente a tabela com os utentes que fazem parte do programa - SIGLA\_PRG\_INF.txt
- i. Caso o formato ou nome do ficheiro não respeite as normas definidas nos pontos anteriores, a ACSS procederá à sua devolução
- j. A factura remetida por via electrónica deve aguardar a validação e confirmação da ACSS

Para cada factura deverá ser enviado um registo neste ficheiro.

#### FACTURA-RESUMO

<b>Campo</b>	<b>Observações</b>
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: <b>Entidade</b>
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 Cirúrgica; "M" - Marginal; "O" - Outras Produções; "E" - Produções Específicas

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

#### FACTURA-DETALHE

<b>Campo</b>	<b>Observações</b>
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: <b>Linhas de Produção.</b>
Tipo produção	Deve ser preenchido com o tipo de produção constante na tabela: <b>Linhas de Produção.</b>
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**

<b>Campo</b>	<b>Observações</b>
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: <i>Linhas de Produção</i> .
Tipo produção	Deve ser preenchido com o tipo de produção constante na tabela: <i>Linhas de Produção</i> .
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 Cirúrgica este valor, para a produção realizada na própria instituição, 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 271/2012 1ª Série de 4 de Setembro de 2012</p> <p style="text-align: center;"><b>Nota:</b> 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: <i>Destinos</i>
Código motivo Transferência	Deve ser preenchido com o código de motivo constante na tabela: <i>Motivos</i>
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 Cirúrgica; "M" - Marginal; "E" - Produções Específicas Deve ser preenchido com o código da entidade financeira responsável, só são válidos os códigos constantes na tabela: <i>Entidade</i>
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: <i>Linhas de Produção.</i>

Para cada episódio cirúrgico transferido para o SNS ou Convencionado deverá ser enviado um registo neste ficheiro.

#### FACTURA-CTF-DETALHE

<b>Campo</b>	<b>Observações</b>
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital de destino.
Código Entidade Financeira Responsável	Deve ser preenchido com o código da entidade financeira responsável, só são válidos os códigos constantes na tabela: <i>Entidade</i>
LIC	Identificação da inscrição em LIC HO
Código módulo	Deve ser preenchido com o código do módulo constante na tabela: <i>Linhas de Produção.</i>
Tipo produção	Deve ser preenchido com o tipo de produção constante na tabela: <i>Linhas de Produção.</i>

Número episódio	Número do episódio HD a faturar.
Data de nascimento	Data de nascimento do utente do SNS
Data de entrada	Data de entrada.
Data de saída	Data de saída.
Valor total	Valor do episódio a faturar = preço calculado no SIGLIC para produção realizada a doentes intervencionados no hospital de origem e da produção referente a doentes transferidos para outros hospitais SNS Valor do episódio a faturar = 90% preço calculado no SIGLIC para produção referente a doentes transferidos para entidades convencionadas no âmbito do SIGIC
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 HD.
Hora de Entrada	Hora de entrada do episódio a faturar.
Hora de Saída	Hora de saída do episódio a faturar.
Código de GDH	Código do GDH episódio cirúrgico.
Código de especialidade	Código da especialidade

Para cada medicamento deverá ser enviado um registo neste ficheiro.

#### FACTURA-MED-INF

<b>Campo</b>	<b>Observações</b>
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

<b>Campo</b>	<b>Observações</b>
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

<b>Campo</b>	<b>Observações</b>
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

Para cada utente em linhas de programa piloto deverá ser enviado um registo neste ficheiro.

#### FACTURA-PRG-INF

<b>Campo</b>	<b>Observações</b>
Número de Cartão	Número de cartão de utente.
Código módulo	Deve ser preenchido com o código do módulo constante na tabela: <i>Linhas de Produção</i> .
Tipo produção	Deve ser preenchido com o tipo de produção constante na tabela: <i>Linhas de Produção</i> .
Data de Início	Data de entrada em programa
Data do Fim	Data de termo em programa

Para cada utente facturado deverá ser enviado um registo por cada produção que justifique a permanência em programa neste ficheiro.

#### FACTURA-PRG-DETALHE

<b>Campo</b>	<b>Observações</b>
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital.
Número da factura	Número que identifique unicamente a factura no hospital.
Número do episódio	Número do episódio a facturar.
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> .
Código do módulo	O módulo responsável pelo registo no programa: CON – consulta externa, MED – medicamentos, LAB – análise ou RAD – mcdt
Episódio responsável	Número do episódio responsável pela prescrição.
Tipo de Consulta	Tipo de consulta (P-primeira/S-subsequente)

Número da prescrição	Número que identifique o número da 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.
Data do acto	Data de realização do acto.
Tipo de acto	Deve ser preenchido com o tipo de acto constante na tabela: <i>Tipo de Acto</i> .
Código do acto	Código do acto corresponde aos códigos da portaria do SNS (nº 839-A/2009)

### 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
COD_GDH		N (4)	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N
DIAS_MFR		N (4)	N	F	N	N	N	N	O	N	N	N	N
VALOR_TOTAL_MFR		N (13,2)	N	F	N	N	N	N	O	N	N	N	N
COD_ESPECIALIDADE		CV2 (9)	N	N	O	O	O	O	N	N	N	O	N
TIPO_CONSULTA		CV2 (1)	N	N	O	O	O	O	N	N	N	O	N
COD_ENTIDADE		N (7)	N						Preenchimento obrigatório nas facturas com tipo: "A" – Marginal Cirúrgica; "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
HORA_URG		N (5)	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N
COD_PATOLOGIA		N (2)	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	O

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

## FAC CTF DETALHE

Campo	Chave	Tipo	Nulo?
COD_HOSPITAL	*	N (7)	NN
COD_ENTIDADE		N (7)	N
LIC		N (8)	NN
COD_PROD	*	CV2 (3)	NN

TIPO_PROD	*	N (8)	NN
NUM_EPISODIO	*	N (8)	NN
DTA_NASCIMENTO		DATE	NN
DTA_ENTRADA		DATE	NN
DTA_ALTA		DATE	NN
VALOR_TOTAL		N (13,2)	NN
NUM_CARTAO		CV2 (15)	N
NUM_BENEFICIARIO		CV2 (20)	N
NUM_PROCESSO		CV2 (11)	N
COD_DEST_ALTA		N (2)	N
COD_MOTIVO_TRANSF		N (2)	N
COD_GDH_SIGIC		N (4)	N
COD_ESPECIALIDADE		CV2 (9)	N

## 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

**FAC PRG INF**

Campo	Chave	Tipo	Nulo?
COD_HOSPITAL	*	N (7)	NN
NUM_CARTAO	*	N(7)	N
COD_PROD	*	CV2 (3)	N
TIPO_PROD	*	CV2 (3)	N
DTA_INICIO		DATE	NN
DTA_FIM		DATE	NN

**FAC PRG DETALHE**

Campo	Chave	Tipo	Nulo?
COD_HOSPITAL	*	N(7)	N
NUM_FACTURA	*	N (9)	N
NUM_EPISODIO	*	N (8)	N
COD_PROD		CV2 (3)	N
TIPO_PROD		CV2 (3)	N
COD_MODULO		CV2 (3)	NN
EPISODIO_RESP		N (8)	NN
TIPO_CONSULTA		CV2 (1)	N
NUM_PRESCRICAO		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
DTA_ACTO		DATE	NN
TIPO_ACTO		CV2 (2)	NN
COD_ACTO		CV2 (6)	N

## 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 excepção 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.