

Nº 13/2014/DPS/ACSS

DATA: 06-02-2014

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

A presente circular estabelece as regras de faturação do Contrato-Programa 2014, pelas instituições hospitalares, à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS).

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.

ÍNDICE

I - INTERNAMENTO	6
1. Doente internado	6
2. Tempo de internamento	6
3. Grupos de Diagnósticos Homogêneos.....	6
3.1. Doentes equivalentes	7
3.2. Doentes internados com menos de 24 horas	8
3.3. Transferências de doentes internados.....	8
3.4. Índice de Case-Mix	9
3.5. Reinternamento	9
4. Internamento com admissão pela Urgência.....	10
5. Psiquiatria	10
6. Medicina Física e de Reabilitação	10
7. Doentes Crónicos Ventilados Permanentemente	10
8. Diária de Internamento de Doentes Crónicos	11
9. Doentes Privados	11
10. Preço	11
11. Faturação	11
II - EPISÓDIOS DE AMBULATÓRIO	12
1. Episódios cirúrgicos	12
2. Episódios médicos	12
3. Índice de Case-Mix	13
4. Preço.....	13
5. Faturação.....	13
6. Episódio de ambulatório seguido de internamento	13
7. Internamento por complicações.....	13
8. Episódios de internamento seguidos de consulta, GDH médico ou cirúrgico de ambulatório, hospital de dia e urgência.....	14
III – ATIVIDADE CIRÚRGICA TRANSFERIDA PARA OUTRA ENTIDADE DO SNS OU CONVENCIONADA	14
1. Transferências de cirurgia.....	14
2. Transferências de responsabilidade.....	14
3. Preço.....	15
4. Faturação.....	15
IV – CONSULTA EXTERNA	17

1. Consulta médica	17
2. Primeira consulta.....	17
3. Consulta subsequente	17
4. Consulta sem a presença do utente	17
5. Preço.....	17
6. Faturação.....	19
7. Episódios de consulta seguidos de internamento	20
V – URGÊNCIA.....	21
1. Atendimento em Urgência	21
2. Preço.....	21
3. Faturação.....	21
VI – HOSPITAL DE DIA	22
1. Hospital de dia	22
2. Preço.....	22
3. Faturação.....	22
VII – SESSÕES DE RADIOTERAPIA.....	24
1. Preço.....	24
2. Faturação.....	24
VIII – INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ ATÉ ÀS 10 SEMANAS DE GESTAÇÃO (IG).....	25
1. Preço.....	26
2. Faturação.....	26
IX - PAGAMENTO DOS DOENTES EM TRATAMENTO DA INFECÇÃO VIH/SIDA	27
1. Preço.....	29
2. Faturação.....	29
X – DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL (DPN)	30
1. Preço.....	31
2. Faturação.....	31
XI – PROGRAMA DE TRATAMENTO A DOENTES MENTAIS CRÓNICOS INSTITUCIONALIZADOS	32
1. Preço.....	32
2. Faturação.....	32
3. Pagamento	33
XII – PROGRAMA PARA MELHORIA DO ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INFERTILIDADE (PMA)	34
1. Preço.....	34

2. Faturação.....	34
XIII – TRATAMENTO DE DOENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR.....	36
1. Preço.....	36
2. Faturação.....	36
3. Monitorização.....	37
XIV – TRATAMENTO DE DOENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA EM TERAPÊUTICA MODIFICADORA.....	38
1. Preço.....	38
2. Faturação.....	39
3. Monitorização.....	39
XV – TRATAMENTO DE NOVOS DOENTES COM PATOLOGIA ONCOLÓGICA (CÓLON E RETO, MAMA E COLO DO ÚTERO)	40
1. Preço.....	41
2. Faturação.....	41
3. Auditoria.....	43
4. Monitorização.....	43
XVI – PROGRAMA PILOTO DE TELEMONITORIZAÇÃO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (PPT-DPOC)	44
1. Preço.....	45
2. Faturação.....	45
XVII – PROGRAMA PARA TRATAMENTO DE DOENTES COM POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR EM ESTÁDIO 1	47
1. Preço.....	47
2. Faturação.....	47
3. Monitorização.....	48
XVIII – PROGRAMA DE TRATAMENTO DE DOENTES PORTADORES DE DOENÇAS LISOSSOMAS DE SOBRECARGA (PTDLS)	49
1. Preço.....	50
2. Faturação.....	50
3. Monitorização.....	51
XIX – SERVIÇO DOMICILIÁRIO	51
XX - LAR (IPO).....	51
XXI - OUTROS PAGAMENTOS	52
1. Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório (consulta e hospital de dia)	52
2. Internato médico.....	52
XXII – REMUNERAÇÃO	53
1. Remuneração da produção contratada	53

2.	Remuneração da produção marginal.....	53
3.	Remuneração da produção marginal cirúrgica	54
3.1.	Remuneração da produção marginal cirúrgica programada realizada pelas próprias instituições hospitalares	54
3.2.	Remuneração da produção marginal cirúrgica transferida para uma entidade SNS ou convencionada	54
4.	Valor de convergência	55
5.	Regras especiais de Financiamento no âmbito dos contratos-programa do Serviço Nacional de Saúde	55
6.	Programas específicos de realização de prestação de saúde	55
XXIII –	FATURAÇÃO	56
1.	Identificação dos utentes e terceiros pagadores	56
2.	Identificação da Entidade Financeira Responsável.....	57
3.	Hospitais EPE e SPA	58
3.1.	Faturação da produção mensal estimada (Contabilização)	58
3.2.	Contabilização dos Incentivos.....	58
3.3.	Ficheiros justificativos de produção	59
4.	Unidades Locais de Saúde (ULS).....	59
5.	Uniformização da nomenclatura dos serviços clínicos de internamento e ambulatório	60
6.	Processo de validação	60
7.	Emissão de faturas e ficheiros justificativos	62
8.	Obrigações de reporte	62
9.	Prestações de cuidados a pessoas residentes nas regiões autónomas	63
XXIV –	PENALIZAÇÕES	64
XXV –	ACERTO FINAL DO CONTRATO	65
XXVI –	PAGAMENTOS.....	65
ANEXO I -	MEDICAMENTOS DE DISPENSA EM FARMÁCIA HOSPITALAR, DE CEDÊNCIA GRATUITA EM AMBULATÓRIO E DA RESPONSABILIDADE FINANCEIRA DA INSTITUIÇÃO.....	66
ANEXO II -	PAGAMENTO DA PRODUÇÃO CONTRATADA E PRODUÇÃO MARGINAL	70
ANEXO III -	CONTEÚDO DA FACTURA (A)	71
ANEXO III –	CONTEÚDO DA FATURA (B).....	72
ANEXO IV -	LINHAS DE PRODUÇÃO	73
ANEXO V -	INFORMAÇÃO EM FORMATO DIGITAL A ENVIAR À ACSS (HOSPITAIS SEM SI – SONHO)	76

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.

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).

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 por um índice de *case-mix* único contratado (resultante da produção cirúrgica e da produção médica), atualizado à atividade realizada no ano de 2012.

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 2014, 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.

3.1. Doentes equivalentes

Os episódios de internamento classificados em GDH podem ser normais/típicos ou excepcionais (curta duração ou 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

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

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

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

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.

3.2. 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.

3.3. Transferências de doentes internados

As instituições hospitalares obrigam-se a identificar, no WebGDH ou aplicativo sucedido, 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. O hospital que recebe o doente transferido para continuidade de prestação de cuidados classifica o episódio no GDH 465, 466, 635, 636 ou 754.

3.4. 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.

O calculo do ICM resulta de:

$$\text{ICM INTERNAMENTO HOSPITALI} = \frac{\sum (\text{doentes equivalentes GDHi} \times \text{peso relativo GDHi})}{\sum \text{doentes equivalentes GDHi}}$$

3.5. 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.

Excetua-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.

4. 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 episódios de internamento.

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.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. Diária de Internamento de Doentes Crónicos

A diária de internamento dos doentes crónicos referidos nos pontos 5, 6 e 7 inclui todos os serviços prestados, designadamente cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e hotelaria.

9. Doentes Privados

Os episódios de doentes beneficiários do SNS decorrentes do exercício da medicina privada são obrigatoriamente identificados no WebGDH ou aplicativo sucedâneo 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.

10. Preço

Internamento programado e ambulatório médico e cirúrgico	Preço
Preço base	2.120,28 €

Internamento programado de doentes crónicos	Preço
Psiquiatria	37,33 €
Crónicos Ventilados	244,01 €
Medicina Física e Reabilitação	205,10 €
Hansen	70,75 €
Reabilitação Psicosocial	37,33 €

O preço praticado para o internamento cirúrgico urgente corresponde a 95% do preço base do internamento programado – 2.014,27 €.

11. Faturação

Para as linhas de atividade de internamento de doentes agudos e crónicos, as ARS poderão variar o preço base em 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, o episódio 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 2014.

2. Episódios médicos

Para efeitos de classificação em 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, excecionando-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 em vigor para 2014.

3. Índice de Case-Mix

Os ICM de ambulatório (quer cirúrgico quer médico) resultam dos episódios classificados em GDH com preço para ambulatório (e, no caso do ICM de ambulatório médico, com procedimentos da Tabela II do Anexo II do Regulamento da tabela de preços do SNS em vigor para 2014), ponderados pelos respetivos pesos relativos e o número total de episódios de ambulatório classificados em GDH.

$$\text{ICM AMB CIRÚRGICO HOSPITALI} = \frac{\sum (\text{episódios GDHi Amb cirúrgico} \times \text{peso relativo GDHi Amb cirúrgico})}{\sum \text{episódios GDHi Amb cirúrgico}}$$

$$\text{ICM AMB MÉDICO HOSPITALI} = \frac{\sum (\text{episódios GDHi Amb médico} \times \text{peso relativo GDHi Amb médico})}{\sum \text{episódios GDHi Amb médico}}$$

4. Preço

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

5. Faturação

Para as linhas de atividade de ambulatório médico e cirúrgico, as ARS podem variar o preço base em 3%.

6. 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.

7. Internamento por complicações

Quando o doente tiver sido internado por complicações, nas vinte e quatro horas posteriores à alta, não há lugar a pagamento do episódio de ambulatório, faturando-se apenas o GDH correspondente aos procedimentos efetuados no episódio de internamento. Caso o internamento subsequente não decorra de complicações, cabe ao hospital demonstrá-lo.

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

Quando, após a alta de internamento se verifique no mesmo dia a realização de um episódio de consulta, procedimento contemplado em GDH médico ou cirúrgico de ambulatório e hospital de dia, há apenas lugar à faturação do GDH do internamento.

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

III – ATIVIDADE CIRÚRGICA 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 ou aos hospitais com convenção/acordo no âmbito do SIGIC.

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. 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.

4. 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 52: Internamento transferido SNS - GDH Cirúrgicos
- PRE 53: Cirur. Ambul. transferida SNS
- PRE 54: Internamento transferido Convencionados - GDH Cirúrgicos
- PRE 55: Cirur. Ambul. transferida Convencionados

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 52 e PRE 53) ou para entidades convencionadas (PRE 54 e PRE 55), de acordo com o Anexo V, 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 apenas 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 V.

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. Consulta sem a presença do utente

Ato de assistência médica sem a presença do utente, podendo resultar num aconselhamento, prescrição, telerastreio ou encaminhamento para outro serviço. Esta consulta pode estar associada a várias formas de comunicação utilizada, designadamente: através de terceira pessoa, por correio tradicional, por telefone, por telemedicina, por correio eletrónico, ou outro (é imprescindível a existência de consentimento informado do doente, registo escrito e cópia dos documentos enviados ao doente).

O registo destas consultas deve ser efetuado separadamente das restantes consultas com presença do utente.

5. 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:



Nota: O Hospital Gama Pinto e o Hospital Rovisco Pais são hospitais especializados.

O Índice de Consultas Subsequentes, apresenta-se como promotor de eficiência e indutor da implementação de práticas clínicas compatíveis com o acompanhamento dos doentes no nível de cuidados mais adequado. A aplicação deste índice resulta na inibição de faturação de consultas subsequentes que impliquem a sua ultrapassagem.

O valor definido para cada um dos grupos hospitalares resulta da mediana dos valores médios registados na relação entre consultas subsequentes e primeiras consultas nos últimos 5 anos, nomeadamente:

Consultas Subsequentes/ Primeiras Consultas	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E	Grupo F
- C/Base nos valores de 2012 -						
Valor 2º Quartil (Mediana)	1,62	2,48	2,08	2,32	3,04	4,33
Valor 1º Quartil (Eficiente)	1,38	2,23	1,91	2,18	2,97	3,29
- C/Base nos valores médios dos últimos 5 anos -						
Valor 2º Quartil (Mediana)	1,60	2,40	2,12	2,43	3,09	4,46
Valor 1º Quartil (Eficiente)	1,41	2,22	1,98	2,28	2,87	3,68

O Índice de Consultas Subsequentes não é aplicado ao Grupo F para 2014, devido às elevadas taxas de variação anual e disparidade de valores entre Hospitais do Grupo.

Consultas Externas	Preço
Grupo A	37,20 €
Grupo B	39,17 €
Grupo C	43,58 €
Grupo D	66,96 €
Grupo E	70,12 €
Grupo F	106,85 €
Grupo Psiquiátricos	99,32 €

6. 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 sistema de informação da Consulta a Tempo e Horas para uma instituição hospitalar.

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

Consulta médica utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados, com a presença do doente, a qual utiliza estes meios para obter parecer à distância de, pelo menos, outro médico e com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente.

▪ **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)

A todos os episódios de consulta externa terá que ser atribuído um código correspondente ao diagnóstico de admissão à consulta, nos termos da Circular Normativa a publicar pela ACSS sobre esta matéria.

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

7. Episódios de consulta seguidos de internamento

Podem ser objeto de faturação as consultas que deem 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 pago no âmbito do contrato-programa de 2014 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	30,70 €
Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica	53,91 €
Serviço de Urgência Polivalente	107,59 €

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, nos termos da Circular Normativa a publicar pela ACSS sobre esta matéria.

Para as linhas de atividade de urgência, as ARS poderão variar o preço base em 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	20,14 €
Psiquiatria	30,49 €
Hematologia	293,52 €
Imunohemoterapia	293,52 €
Unidades Sócio-Ocupacionais	30,49 €

O preço a pagar pela linha de Hospital de dia é determinado pelas três diferentes tipologias de hospital de dia (a) sessão de hospital de dia, (b) sessão de hospital de dia de psiquiatria e unidades sócio-ocupacionais e (c) sessão de hospital de dia de Hematologia/Imunohemoterapia.

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 em vigor para 2014, 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 em vigor para 2014), 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
- 55097** Trombocitaferese
- 55099** Leucaferese
- 55101** Eritraferese
- 55102** Citafereses de Células Progenitoras Hematopoiéticas
- 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 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 2014 mantém a autonomização destes tratamentos numa linha de atividade independente, sendo 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. Tratando-se de regiões contíguas não é possível o registo de dois tratamentos. Este apenas pode ocorrer quando se trate de regiões anatómicas diferentes e não contíguas (por exemplo mama e útero).

1. Preço

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

Sessões de Radioterapia	Preço
Tratamentos simples	104,53 €
Tratamentos complexos	250,92 €

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 em vigor para 2014.
- 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 em vigor para 2014.

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. Preço

O preço da interrupção da gravidez inclui consultas, MCDT, procedimentos ou medicamentos registados no âmbito do mesmo episódio de interrupção da gravidez.

Interrupção da Gravidez	Preço
Interrupção medicamentosa da gravidez	283,10 €
Interrupção cirúrgica da gravidez	368,61 €

2. 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 em vigor para 2014, 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 em vigor para 2014, 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 em vigor para 2014. 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 IV 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), com o MCDT 35200;
- IG Cirúrgica (PRE 23), com o 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 para esta patologia.

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 registe 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 instalação do SI.VIDA na instituição, deverá ser utilizado o ficheiro de dados disponibilizado pela ACSS. A partir da data da instalação do SI.VIDA em determinada instituição, é obrigatório o registo dos dados dessa instituição neste sistema de Informação.

1. Preço

O valor mensal a pagar por doente (763,80 €/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.

Para hospitais sem a aplicação SI/VIDA, 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. Para hospitais com a aplicação SI/VIDA, a faturação desta linha de produção efectuar-se-á em “tratamentos especiais”, através da linha HIV 1 - Doentes de HIV/SIDA com TARC.

A partir da implementação do SI.VIDA em determinada instituição hospitalar, esta apenas poderá efetuar a faturação dos doentes que estiverem 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 obstetrícia 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 – 10-13 semanas de gestação + 6 dias, (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 das Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) com quem estão articulados.
- Garantir articulação entre os sistemas de informação, nomeadamente, Sonho - Astraia.

1. Preço

O preço do Protocolo I – 37,72 €, abrange a ecografia do 1º trimestre e o rastreio bioquímico realizados;

O preço do Protocolo II – 64,61 €, 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 – PROGRAMA DE TRATAMENTO A DOENTES MENTAIS CRÓNICOS INSTITUCIONALIZADOS

A gestão dos doentes crónicos internados em instituições de solidariedade social passa a ser assegurada pelos Serviços Locais de Saúde Mental, assumindo as instituições hospitalares respetivas o pagamento destes cuidados de saúde.

Assim, a referenciação e a responsabilidade financeira destes doentes processa-se da seguinte forma:

- Os doentes que já se encontravam institucionalizados a 31 de dezembro de 2013 passam a estar sob a responsabilidade financeira do Serviço Local de Saúde Mental que abrange a área de influência de cada unidade convencionada para esta valência;
- A referenciação de novos doentes para institucionalização em unidades convencionadas para esta valência é, exclusivamente, realizada pelo Serviço Local de Saúde Mental, assumindo cada entidade hospitalar a responsabilidade financeira pela institucionalização.

1. Preço

Programa de tratamento a doentes mentais crónicos institucionalizados	Preço (€)
Psiquiatria no Exterior (Ordens Religiosas e outras instituições)	38,89 €

2. Faturação

Os hospitais que integram os Serviços Locais de Saúde Mental e que passam a ser financeiramente responsáveis pelos doentes já institucionalizados a 31 de dezembro de 2013 nas instituições de solidariedade social, devem registar esses utentes na tabela de doentes em tratamento, preenchendo a

instituição de origem, data de entrada em programa e instituição de destino de acordo com as tabelas de referência do Anexo V. Estes utentes serão faturados no âmbito do contrato-programa da instituição que integra os Serviços Locais de Saúde Mental.

Os novos doentes institucionalizados a partir de 1 de janeiro de 2014 são da responsabilidade financeira dos hospitais que referenciam os doentes ao Serviço Local de Saúde Mental, devendo este último faturar os valores de diária a cada entidade hospitalar a atividade que lhe referenciou doente. Neste sentido, tanto o hospital de origem (que procedeu à referenciação), como o hospital que integra os Serviços Locais de Saúde Mental e que referencia o doente para a resposta convencionada, devem registar esses utentes na tabela de doentes em tratamento, preenchendo a instituição de origem, data de entrada em programa e instituição de destino de acordo com as tabelas de referência do Anexo V.

Para o hospital que integra os Serviços Locais de Saúde Mental, estes utentes serão faturados ao hospital de origem, não havendo lugar à faturação dos mesmos no âmbito do contrato-programa da instituição, sendo esta faturação entendida como um proveito extra-contrato.

Para o hospital de origem, estes utentes serão faturados no âmbito do contrato-programa da instituição após faturação por parte do hospital que integra os Serviços Locais de Saúde Mental proceder à devida faturação.

A faturação desta linha de produção efetuar-se-á, mensalmente, em “Tratamentos especiais”, na linha Psiquiatria no Exterior (DMC 1).

A faturação desta linha requer o preenchimento da tabela onde se identificam os doentes em tratamento, de acordo com o anexo V, identificando as datas de entrada e saída, Instituição de origem e Instituição de destino.

3. Pagamento

A atividade realizada aos doentes crónicos internados em instituições de solidariedade social é sempre paga pelo Serviço Local de Saúde Mental às entidades que prestam os cuidados a estes doentes.

XII – PROGRAMA PARA MELHORIA DO ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INFERTILIDADE (PMA)

Através do Despacho nº 14788/2008, publicado no DR 2ª Série, nº 102 de 28 de Maio de 2008, e da Portaria 154/2009, publicada no DR 1ª Série, nº 27 de 9 de Fevereiro de 2009, foi criado um programa específico com os hospitais do SNS para melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento da infertilidade.

1. Preço

Tratamentos de infertilidade	Código	Preço (€)
Consulta Apoio à Fertilidade (estudo inicial)	57700	88,32 €
Indução Ovária (IO)	57710	132,48 €
Inseminação Intra-Uterina (IIU)	57720	335,04 €
Fertilização <i>in vitro</i> (FIV)	57730	2.097,60 €
Injeção intra-citoplasmática de espermatozóides (ICSI)	57740	2.307,84 €
Injeção intra-citoplasmática de espermatozóides recolhidos cirurgicamente (ICSI)	57750	2.936,64 €

2. Faturação

A faturação da atividade deste programa específico deve ser independente da faturação das restantes prestações de saúde, não devendo ser associada a outras produções de consulta (primeiras consultas, consultas subsequentes, IVG, etc.).

O código 57700 - Consulta de Apoio à Fertilidade (estudo inicial) só pode ser registado uma vez por utente (casal).

Os códigos 57710 - Indução Ovária (IO) e 57720 - Inseminação Intra-Uterina (IIU) podem ser registado várias vezes.

Os códigos 57730 - Fertilização *in vitro* (FIV), 57740 - Injeção intra-citoplasmática de espermatozóides (ICSI) e 57750 - Injeção intra-citoplasmática de espermatozóides recolhidos cirurgicamente (ICSI) podem ter até três registos.

Caso estes doentes tenham outros problemas de saúde, devem ser registados e faturados, mas não podem ser associados aos códigos do Programa Específico para a Melhoria do Acesso ao Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade.

Os pacotes de atos incluem também procedimentos que podem ser efetuados ao homem. Estes procedimentos são registados e associados ao código do Programa Específico para a Melhoria do Acesso ao Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade em questão, mas não geram qualquer faturação, pois estão incluídos no pacote de tratamento da mulher.

Assim, a faturação desta atividade deverá ser efetuada da seguinte forma:

- INF 1 - Consulta de Apoio à Fertilidade (estudo inicial)
- INF 2 - Indução Ovária (IO)
- INF 3 - Inseminação Intra-Uterina (IIU)
- INF 4 - Fertilização in vitro (FIV)
- INF 5 - Injeção intra-citoplasmática de espermatozóides (ICSI)
- INF 6 - Injeção intra-citoplasmática de espermatozóides recolhidos cirurgicamente (ICSI)

No caso dos Hospitais com Centros de PMA que referenciem casais para Centros Privados Autorizados subcontratando atividade FIV/ICSI, devem faturar esta atividade, realizada a beneficiários dos SNS, em “Outras produções do SNS”:

- PRE 39 - Fertilização in vitro (FIV)
- PRE 40 - Injeção intra-citoplasmática de espermatozóides (ICSI)
- PRE 41 - Injeção intra-citoplasmática de espermatozóides recolhidos cirurgicamente (ICSI),

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

XIII – 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. O modelo de gestão integrada da hipertensão arterial pulmonar caracteriza-se 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.

TRATAMENTO DE DOENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR	Preço
Seguimento 1º ano (doente tratado/ mês)	700,69 €
Seguimento após 1º ano CF≤III (doente tratado/ mês)	1.879,63 €
Seguimento após 1º ano CF IV (doente tratado/ mês)	13.546,95 €

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, que concentrará os casos da Região Sul do país.

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 V, identificando as datas de entrada e saída do doente em tratamento, por fase.

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

- HAP – Seguimento 1º ano (HAP 1)
- HAP – Seguimento após 1º ano Classe Funcional ≤III (HAP 2)
- HAP – Seguimento após 1º ano Classe Funcional IV (HAP 3)

O acompanhamento desta linha será efetuado 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.

Para efeitos de faturação, e de acordo com a fase de tratamento em causa, os utentes devem ter o seguinte número mínimo de contactos com a instituição no âmbito das subespecialidades definidas:

- 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

3. Monitorização

As entidades prestadoras de cuidados aderentes à presente modalidade piloto devem registar mensalmente no SICA o número de doentes em tratamento em cada estágio da doença e, anualmente, a informação estabelecida na tabela seguinte:

Informação a reportar no SICA	Estádio da doença		
	HAP – Seguimento 1º ano	HAP – Seguimento após 1º ano Classe Funcional ≤III	HAP – Seguimento após 1º ano Classe Funcional IV
Número total de doentes tratados em 2013			
Número total de doentes tratados em 2013 que abandonaram o programa			
Número total de doentes tratados em 2014			
Número total de doentes novos em 2014			

XIV – 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.

Com o intuito de promover a qualidade de vida e o acesso atempado dos doentes às terapêuticas, estabeleceu-se, já em 2013, um programa de financiamento específico para o tratamento de doentes com EM em terapêutica modificadora.

O modelo em causa 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 definidos 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:

TRATAMENTO DE DOENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA		Preço
Doente tratado/mês		1.031,65 €

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, sendo 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.

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 V, identificando as datas de entrada e saída de tratamento por estágio.

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

- Esclerose Múltipla (ESM 1)

O acompanhamento desta linha de atividade implica que sejam identificadas/criadas, no SONHO ou aplicação equivalente, as subespecialidades de consulta que identificam inequivocamente a produção inerente a cada estágio da doença.

Apenas são passíveis de faturação os utentes com um mínimo de 9 contactos anuais com a instituição, no âmbito das subespecialidades definidas.

3. Monitorização

As entidades prestadoras de cuidados aderentes à presente modalidade de pagamento devem registar mensalmente no SICA o número de doentes em tratamento em cada fase da doença e, anualmente, a informação estabelecida na tabela seguinte:

Informação a reportar no SICA	Fase da doença			
	EDSS ≤ 3,5, até um surto por ano	EDSS ≤ 3,5, até dois surtos por ano	4 ≤ EDSS ≤ 6,5	7 ≤ EDSS ≤ 8
Número total de doentes tratados em 2013				
Número total de doentes tratados em 2013 que abandonaram o programa				
Número total de doentes tratados em 2014				

Informação a reportar no SICA	Fase da doença			
	EDSS $\leq 3,5$, até um surto por ano	EDSS $\leq 3,5$, até dois surtos por ano	$4 \leq \text{EDSS} \leq 6,5$	$7 \leq \text{EDSS} \leq 8$
Número total de doentes novos em 2014				

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

Com os mesmos objetivos definidos para o ano de 2013, estabelece-se a contratação de atividade no âmbito do tratamento do cancro do cólon e reto, mama e colo do útero, através de uma modalidade de pagamento por doente tratado por se tratar das patologias em que se verifica consenso na abordagem clínica ao doente e disponibilidade de todas as terapêuticas intrínsecas à necessária prestação de cuidados.

CrITÉRIOS de inclusão de doentes

- Considera-se como data de entrada em programa, a data em que é efetuado/confirmado e registado o diagnóstico na instituição aderente;
- Só podem ser incluídos em programa, doentes que tenham diagnóstico inicial efetuado a partir de 01/01/2013;
- Só podem ser considerados, doentes que não tenham qualquer tipo de tratamento anterior no âmbito da doença oncológica em causa;
- Só são objeto de faturação e pagamento, os tratamentos realizados a doentes inscritos nos respetivos Registos Oncológicos Regionais;
- Só podem ser incluídos em programa, doentes que iniciem o tratamento na instituição em causa (excluindo-se de programa doentes parcialmente tratados em outras instituições, doentes em recaída ou doentes em progressão);
- Só são incluídos em programa, doentes com tratamento dirigido ao cancro que sejam objeto de uma das seguintes modalidades terapêuticas: cirurgia, quimioterapia (incluindo terapêutica biológica), 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:

Cancro do cólon e reto (primeiro ano) (doente tratado/ mês)	1.103,06 €
Cancro do cólon e reto (segundo ano) (doente tratado/ mês)	413,09 €
Cancro da mama (primeiro ano) (doente tratado/ mês)	929,08 €
Cancro da mama (segundo ano) (doente tratado/ mês)	401,82 €
Cancro do colo do útero (primeiro ano) (doente tratado/ mês)	885,90 €
Cancro do colo do útero (segundo ano) (doente tratado/ mês)	210,89 €

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, sendo 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 apenas são elegíveis sete instituições: Institutos Portugueses de Oncologia (Porto, Coimbra e Lisboa), Centro Hospitalar de São João, E.P.E. Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E., Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E., e Hospital do Espírito Santo, E.P.E.

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

- ✓ Um doente é faturável a partir do mês em que ocorreu a entrada em programa independentemente do dia;
- ✓ Um doente transferido para outra instituição do SNS, é faturável 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 faturável 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 V, identificando as datas de entrada e saída de tratamento.

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

- Cancro do cólon e reto (primeiro ano) (ONC 1)
- Cancro do cólon e reto (segundo ano) (ONC 2)
- Cancro da mama (primeiro ano) (ONC 3)
- Cancro da mama (segundo ano) (ONC 4)
- Cancro do colo do útero (primeiro ano) (ONC 5)
- Cancro do colo do útero (segundo ano) (ONC 6)

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 proteção dos doentes incluídos no programa piloto, será construído e implementado um manual de auditoria clínicas, que visa avaliar o 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, disponibilizar recursos humanos (médicos) para realização de auditorias cruzadas.

Adicionalmente, serão efetuadas auditorias com base na informação submetida pelas entidades no âmbito dos Registos Oncológicos Regionais, nos termos que em seguida se apresentam.

4. Monitorização

As entidades prestadoras de cuidados aderentes à presente modalidade de pagamento devem registar mensalmente no SICA a informação solicitada naquele sistema de informação.

Informação a reportar no SICA	Patologia			
	Mama	Colo do útero	Cólon	Recto
Número total de doentes tratados em 2012				
Número total de doentes tratados em 2013				
Número total de doentes novos em 2013				
Número total de doentes tratados em 2013 que abandonaram o programa				
Número total de doentes tratados em 2014				
Número total de doentes novos em 2014				

Para efeitos de acompanhamento da presente modalidade de pagamento, a ACSS irá, adicionalmente, proceder à recolha, através dos Registos Oncológicos Regionais, de informação de suporte à avaliação dos seguintes parâmetros:

1. Os doentes faturados no âmbito do programa em determinada instituição, objeto de faturação em outras instituições;
2. Os doentes com critério de inclusão no âmbito do programa, que estão a ser faturados fora do âmbito do programa;
3. Estadiamento da doença nos Registos Oncológicos Regionais;
4. Registo da terapêutica prescrita nos Registos Oncológicos Regionais.

O preenchimento da informação referida nos pontos 3 e 4 nos Registos Oncológicos Regionais é obrigatória, podendo ocorrer a suspensão do pagamento da atividade desta linha de produção caso tal não aconteça.

XVI – PROGRAMA PILOTO DE TELEMONTORIZAÇÃO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (PPT-DPOC)

A telemedicina consiste na observação, diagnóstico, tratamento e monitorização do doente o mais próximo possível da sua área de residência, local de trabalho, ou mesmo domicílio.

Neste contexto, a telemonitorização consiste na teleassistência, a partir do domicílio dos doentes, através de meios informáticos e de telecomunicação adequados, para um lugar remoto (e.g. hospital ou centro de saúde).

No caso da DPOC, esta ferramenta pode revelar-se custo-efetiva, na medida em que pode permitir evitar internamentos hospitalares que, no caso desta patologia, são frequentes.

Assim, implementa-se a partir de 1 de janeiro de 2014 uma modalidade de pagamento piloto para a telemonitorização (monitorização remota) de doentes com DPOC, que seguem um protocolo domiciliário pré-estabelecido.

Os doentes que vierem a integrar o PPT-DPOC devem obedecer, pelo menos, aos seguintes critérios:

1. Ter tido acompanhamento no serviço competente do estabelecimento de saúde em causa, (e.g. Medicina Interna, Pneumologia) durante pelo menos um ano antes da entrada em programa;
2. Ter tido pelo menos 3 episódios de urgência / reinternamento no ano anterior à entrada em programa;
3. Dispor de condições clínicas e socioeconómicas mínimas adequadas.

Por sua vez, as instituições aderentes devem assegurar:

1. A existência dos meios tecnológicos e clínicos para o cumprimento do programa;
2. A instalação dos meios tecnológicos no domicílio dos doentes;
3. A formação e apoio à adequada utilização dos meios tecnológicos, nomeadamente, através de uma linha telefónica de apoio;

4. A veiculação da informação inerente à adequada monitorização, acompanhamento e avaliação do programa pelas entidades competentes (nomeadamente, ARS, ACSS Grupo de Trabalho de Telemedicina que funciona no âmbito da SPMS).

1. Preço

A modalidade de pagamento estabelece dois preços por doente tratado por mês, caso o doente seja novo, ou já em seguimento na instituição. O preço por doente novo apenas se aplica uma única vez na instituição por cada doente entrado, até ao limite de 15 doentes por instituição.

Elementos de telemonitorização	1.125,29 €
Preço compreensivo doente em tratamento/mês	171,09 €

O pagamento por doente tratado abrange os investimentos necessários para o arranque do programa, as visitas domiciliárias, as consultas de telemedicina e a transmissão de dados dos doentes em monitorização.

2. Faturação

Apenas os hospitais que integrem esta modalidade de pagamento piloto poderão faturar esta linha de atividade nos moldes previstos na presente circular.

O presente programa apenas irá abranger doentes em telemonitorização, não englobando a avaliação clínica dos doentes ou a prestação de cuidados efetuada nas instituições aderentes, pelo que a produção de consultas, MCDT prescritos, internamentos, ou outras componentes de tratamento, quando o doente se desloque à instituição prestadora de cuidados deve manter-se remunerada pelas linhas habituais dos respetivos contratos-programa hospitalares.

As consultas de telemedicina e visitas domiciliárias realizadas no âmbito do presente programa, não podem ser faturadas pelas instituições aderentes pelas linhas habituais dos contratos-programa hospitalares.

Assim, e para efeitos de registo de produção e validação da faturação inerente, importa observar as seguintes regras:

1. As consultas de telemedicina realizadas a doentes ao abrigo do PPT-DPOC devem ser associadas às linhas de produção “PPT-DPOC”, e não são faturáveis ao abrigo das restantes linhas dos respetivos dos contratos-programa hospitalares. Neste sentido, as instituições

- aderentes criam as subespecialidades intrínsecas à identificação inequívoca da produção inerente ao programa;
2. As visitas domiciliárias realizadas a doentes ao abrigo do PPT-DPOC são associadas às linhas de produção "PPT-DPOC", e não são faturáveis ao abrigo das restantes linhas dos respetivos dos contratos-programa hospitalares. Neste sentido as instituições aderentes deverão criar as subespecialidades intrínsecas à identificação inequívoca da produção inerente ao programa;
 3. No início do programa, as instituições abrangidas fornecem à ACSS, e ARS respetivas, a lista de doentes que integram o programa, identificando o número de utente e a data de entrada em programa;
 4. As instituições abrangidas pelo presente programa fornecem mensalmente à ACSS, e ARS respetivas, a lista de doentes que integram o programa, identificando o número de utente e as datas de entrada e saída do programa. Esta lista acompanha a faturação mensal do programa;
 5. Quando um doente que integrava o programa, sai por abandono ou outro motivo, e é substituído por um doente novo, as instituições são responsáveis pela remoção do equipamento e colocação na casa do doente novo que integra o programa, não podendo haver lugar a faturação dos dois doentes no mesmo mês, ou a faturação do preço "Elementos de Telemonitorização", do doente novo que integra o programa por substituição de outro doente;
 6. A faturação desta linha de produção efetuar-se-á, mensalmente, em " Tratamentos especiais ", com o seguinte código:
 - PPT-DPOC – Doente em tratamento (PPT 1).A faturação desta linha de atividade requer o preenchimento de uma tabela onde se identificam os doentes novos e em tratamento, de acordo com o anexo V, identificando as datas de entrada e saída do doente em tratamento, por fase
 7. A faturação desta linha de produção efetuar-se-á em "Outras Produções do SNS", com o seguinte código:
 - PPT-DPOC – Elementos de telemonitorização (PRE 59);

XVII – PROGRAMA PARA TRATAMENTO DE DOENTES COM POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR EM ESTÁDIO 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, manter o programa 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 ao medicamento Tafamidis – Vyndaqel®, indicado no tratamento da Polineuropatia Amiloidótica Familiar em estágio 1, (respeitando as condições e indicações aprovadas pela EMA), e estabelecendo os preços e regras de faturação aplicáveis às instituições abrangidas pelo programa.

1. Preço

A presente 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	4 863,23€
---------------------------	------------------

2. Faturação

Considerada a casuística e o número de doentes com indicação para tratamento ao abrigo do PT-PAF1, apenas são elegíveis duas instituições no âmbito do presente programa: o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E., e o Centro Hospitalar do Porto, E.P.E..

Atendendo à natureza do programa, as entidades elegíveis apresentam 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, designadamente a identificação de todos os doentes tratados, nos moldes da tabela seguinte:

Nº Utente SNS	Nº Meses continuados em Terapêutica	Data de Entrada em Programa	Data de Saída de Programa

A não apresentação deste relatório trimestral nos moldes aqui definidos, pode originar a suspensão do pagamento as instituições desta linha de atividade.

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

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

- PT-PAF1 (PAF 1)

O acompanhamento e monitorização desta linha de atividade implicam 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.

3. Monitorização

As entidades prestadoras de cuidados aderentes à presente modalidade de pagamento devem registar mensalmente no SICA o número de doentes em tratamento em cada fase da doença e, anualmente, a informação estabelecida na tabela seguinte:

Informação a reportar no SICA	PT-PAF1
Número total de doentes tratados em 2012	
Número total de abandonos em 2012	
Número total de doentes tratados em 2013	
Número total de doentes novos em 2013	
Número total de abandonos em 2013	
Número total de doentes tratados em 2014	

Informação a reportar no SICA	PT-PAF1
Número total de doentes novos em 2014	
Número total de abandonos em 2014	

XVIII – PROGRAMA DE TRATAMENTO DE DOENTES PORTADORES DE DOENÇAS LISOSSOMAIIS DE SOBRECARGA (PTDLS)

A complexidade do diagnóstico das doenças genéticas do grupo das doenças lisossomais de sobrecarga exige o recurso a técnicas laboratoriais altamente especializadas. Por outro lado, o seu tratamento deve suceder não apenas a um correto diagnóstico, como a um estudo clínico exaustivo da responsabilidade de especialistas que uniformizem as condições da sua prescrição. Devem, ainda, e para salvaguarda do princípio da equidade, ser uniformizadas as condições de dispensa de tais terapêuticas.

No âmbito da aplicação do Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 2545/2013, de 15 de fevereiro, foi criada a Comissão Coordenadora do Tratamento das Doenças Lisossomais de Sobrecarga (CCTDLS) e estabeleceu-se a constituição de três Centros de Excelência para o diagnóstico e tratamento de doentes com doenças lisossomais, com os quais as instituições prestadoras de cuidados devem articular, fornecendo toda a informação pertinente para o acompanhamento dos doentes em tratamento.

Até informação em contrário, as instituições que atualmente tenham doentes portadores de DLS, são responsáveis pelo seu integral tratamento, designadamente, pela aquisição dos fármacos necessários, sem prejuízo de articularem com os Centros de Excelência (e estes com a CCTDLS) no sentido da avaliação da introdução de novos doentes, manutenção ou alteração do esquema terapêutico e abandono e suspensão de tratamento. Para o efeito, as instituições com doentes a cargo, reportam mensalmente ao respetivo Centro de Excelência, a listagem de doentes em tratamento e as terapêuticas efetuadas, bem como, todas as alterações que entendam dever propor.

Assim, o financiamento desta atividade mediante programa vertical da ACSS será descontinuado durante o ano de 2014, passando a ser exclusivamente financiados os Centros de Excelência para o tratamento destas doenças (em data a definir oportunamente).

1. Preço

A modalidade de pagamento estabelece um preço por doente tratado mês que abrange única e exclusivamente os medicamentos intrínsecos ao tratamento de doentes em ambulatório, tendo sido estabelecido os seguintes preços por doente/mês:

Tratamento de doentes com Lisossomais de Sobrecarga	Preço
Financiamento FABRY (mês)	13 223,74 €
Financiamento POMPE (mês)	20 342,18 €
Financiamento GAUCHER (mês)	15 884,76 €
Financiamento NIEMANN-PICK (mês)	3 304,35 €
Financiamento MPS I (mês)	16 149,78 €
Financiamento MPS II (mês)	26 145,86 €
Financiamento MPS V (mês)	29 055,74 €

2. Faturação

Para efeitos de faturação da medicação fornecida, as instituições prestadoras de cuidados devem proceder à criação de uma consulta ou sessão de hospital de dia com as designações da tabela seguinte, atos aos quais deve estar associada a dispensa ou administração dos fármacos inerentes ao tratamento de doentes portadores de DLS, para efeitos de faturação.

PDLS - INFORMAÇÃO A REPORTAR ANUALMENTE		Linha de Produção
Consulta	Hospital de Dia	
Consulta PDLS - FABRY	HDI PDLS - FABRY	DLS 1
Consulta PDLS - POMPE	HDI PDLS - POMPE	DLS 2
Consulta PDLS - GAUCHER	HDI PDLS - GAUCHER	DLS 3
Consulta PDLS - NIEMANN-PICK	HDI PDLS - NIEMANN-PICK	DLS 4
Consulta PDLS - MPS I	HDI PDLS - MPS I	DLS 5
Consulta PDLS - MPS II	HDI PDLS - MPS II	DLS 6
Consulta PDLS - MPS V	HDI PDLS - MPS V	DLS 7

As consultas ou sessões de hospital de dia acima elencadas são passíveis de faturação ao abrigo das respetivas linhas do Contrato-Programa, na medida em que a presente modalidade de pagamento não inclui o preço dos atos médicos em causa.

3. Monitorização

As entidades prestadoras de cuidados a doentes portadores de DLS registam mensalmente no SICA o número de doentes em tratamento por doença e, anualmente, a informação estabelecida na tabela seguinte:

PDLS - INFORMAÇÃO A REPORTAR ANUALMENTE								
DOENÇA	DOENTE	DESIGNAÇÃO MEDICAMENTO (DCI)	FORMA DE APRESENTAÇÃO	FREQUÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE MENSAL	QUANTIDADE MENSAL (Nº EMBALAGEN S)	QUANTIDADE ANUAL (Nº EMBALAGEN S)	OBSERVAÇÕES

XIX – 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 (33,10 €).

XX - 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 (62,95 €).

XXI - 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 programa para este ano.

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 - 19.980,36 € (1.665,03 €/mês).
- Internos do segundo ano do internato médico (vagas normais) (PRE 27), no valor de 50% da remuneração base anual - 11.457,72 € (954,81 €/mês).
- Internos do segundo ano do internato médico - vagas preferenciais com compromisso de formação, (PRE 45), no valor total da remuneração base anual - 22.915,56 € (1.909,63 €/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.

XXII – 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 e realizada, 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 oncológicos, doentes com hipertensão pulmonar, radioterapia e doenças lisossomais, 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, psiquiatria no exterior, permanência em lar (IPO) e para a urgência;
 - ✓ 15% do preço contratado para a consulta externa e serviço domiciliário, para o hospital de dia, GDH médicos de ambulatório, interrupção da gravidez, doentes em TARC (VIH/Sida), PMA 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) 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.

XXIII – FATURAÇÃO

1. Identificação dos utentes e terceiros pagadores

Só podem ser objeto de faturação no âmbito do contrato-programa os cuidados de saúde prestados a utentes beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos termos da Base XXV, da Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto e sempre que não exista terceiro legal ou contratualmente responsável pelos cuidados prestados.

Nestes termos, e tendo em consideração o disposto no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de Julho, na redação dada pelo artigo único do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de Abril, as 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 facto gerador de responsabilidade civil) os serviços devem ainda registar as circunstâncias de facto (tempo, modo e lugar) que geram a responsabilidade, os dados respeitantes ao terceiro (nome completo, número de bilhete de identidade, data de nascimento, naturalidade, filiação, residência, número de telefone de 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), 935610 (Migrante residente com n.º de utente), 935612 (Acordo – Brasil), 935619 (Evacuados Angola), 935620 (Evacuados Cabo-Verde), 935621 (Evacuados Guiné-Bissau), 935622 (Evacuados S. Tomé e Príncipe), 935623 (Evacuados Moçambique), 935624 (Em situação irregular - Cuidados urgentes e vitais), 935625 (Menor em situação irregular), 935626 (Requerente de Asilo ou Estatuto de Refugiado) e 935628 (Nacionais da Noruega, Dinamarca e Reino Unido). Para as entidades financeiras referentes a situações de cidadãos estrangeiros, aplicam-se as regras emanadas na Circular Informativa Conjunta n.º 3/DGS/ACSS/2013.

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 realizado 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 número 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

No sentido de agilizar o processo de faturação e de forma a existir um documento contabilístico de contrapartida pelo valor transferido mensalmente para as instituições, irá ser alterado o processo de faturação vigente até à data. Nesse sentido, a faturação passará a ser constituída por faturas de produção mensal reportada pelas instituições de acordo com a atividade realizada, havendo lugar a um acerto final após validação final dos ficheiros mensais justificativos decorrentes da produção efectivamente realizada com base nos vários tipos de prestação de cuidados de saúde no âmbito da contratação de volumes de produção.

3.1. Faturação da produção mensal estimada (Contabilização)

As instituições hospitalares devem proceder à emissão de faturação com uma periodicidade mensal, considerando para o efeito o valor acumulado do mês que está a ser faturado (relatório de estimativa de proveitos do mês que está a ser faturado), deduzido dos valores já faturados em meses anteriores do mesmo exercício económico, sendo que em janeiro, o valor a faturar corresponde ao valor apurado na estimativa de proveitos desse mês.

A faturação deverá ser efetuada em “Outras produções do SNS”, através da linha Estimativa de Produção Mensal Realizada (PRE 57).

As instituições hospitalares deverão apresentar à ACSS, I.P., até dia 15 de cada mês, uma fatura referente à produção mensal reportada pelas instituições de acordo com a atividade realizada até esse mês. Em anexo a esta fatura mensal tem que constar o relatório de estimativa de proveitos que lhe deu origem.

Os hospitais estão ainda vinculados ao envio mensal, através de ficheiros justificativos, da produção realizada com base nos vários tipos de prestação de cuidados de saúde utilizados (Anexo IV) no âmbito da contratação de volumes de produção.

Na sequência do apuramento final efetuado pela ACSS, IP, resultante das validações finais e valores entregues, será determinado o montante do acerto final que será faturado através da linha Acerto Final (PRE 58), em “Outras produções do SNS”.

3.2. Contabilização dos Incentivos

Os incentivos serão contabilizados mensalmente como Acréscimo de Proveitos de acordo com Circular Normativa a publicar.

No final do ano, os 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) e só nessa altura serão faturados. A faturação dos Incentivos (OUF 8) é efetuada em “outras produções do SNS”.

3.3. Ficheiros justificativos de produção

Os hospitais devem proceder ao envio mensal, através de ficheiros justificativos, da produção realizada com base nos vários tipos de prestação de cuidados de saúde utilizados (Anexo IV) no âmbito da contratação de volumes de produção.

Até dia 21 de cada mês, devem ser enviados os ficheiros justificativos com a descrição e valorização das prestações de saúde realizadas no mês anterior, sob pena de não serem considerados válidos para efeitos de justificação de produção do Contrato-Programa.

Para efeitos de validação dos ficheiros, 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 no domicílio, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

No caso de cuidados prestados em internamento a doentes crónicos, a unidade de registo é a diária de internamento e o ficheiro justificativo é apresentado mensalmente.

No caso das restantes linhas de atividade, com a exceção da linha de Incentivos, os ficheiros justificativos também são apresentados mensalmente.

Após o envio dos ficheiros justificativos do ano estar finalizado, a ACSS procederá a validações finais no sentido de concretizar o fecho do processo de faturação, 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 procedem, até dia 10 de cada mês, à emissão de faturação correspondente ao mês anterior, 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, isto é, um total de 90% do duodécimo do Contrato-Programa.

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. No âmbito do Contrato-Programa das ULS, o valor correspondente à remuneração dos internos contempla o número de médicos em formação nas especialidades hospitalares e também nas especialidades de cuidados de saúde primários.

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 utilizadas as linhas de “Objetivos” (OUF 9 e OUF 10). 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. Uniformização da nomenclatura dos serviços clínicos de internamento e ambulatório

Decorrente do processo de uniformização da nomenclatura das especialidades médicas (conforme Circular Normativa n.º 8/2014, de 20 de janeiro), toda a informação reportada será feita através do código de 16 dígitos resultante do mapeamento efetuado pelas Instituições.

6. Processo de validação

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

As validações correntes efetuadas aos ficheiros eletrónicos da atividade mensal realizada 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 realizada 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 eletrónicos e proceder à emissão de uma fatura de acerto (se positivo) ou de uma nota de crédito em papel (se negativo) identificando as devidas alterações. O processo não está condicionado pela mudança de estado dos ficheiros 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 um ficheiro de recuperação e emitir os ficheiros relativos à produção marginal. 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 justificar a produção em falta.

7. Emissão de faturas e ficheiros justificativos

As faturas a emitir pelas instituições hospitalares para efeitos de cobrança à ACSS, I.P., deverão conter a informação constante nos Anexos III (A e B), devendo ser enviadas para a ACSS.

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 dos ficheiros justificativos por parte das instituições hospitalares referente à atividade assistencial desenvolvida é no máximo de 180 dias, a contar do último dia do ano.

Os ajustamentos ao montante total para pagamento da atividade do SNS devido a desvios da produção hospitalar face aos valores contratados e respetivo acerto de contas, serão efetuados no 1.º semestre de 2015, com base nas faturas recebidas.

8. 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 8 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 mensalmente relativa à estimativa da produção realizada até ao dia 15 de cada mês, decorrente do valor apurado;
- d) Emitir ficheiros eletrónicos mensalmente relativos à atividade hospitalar contratada e efetivamente realizada até dia 21 de cada mês;
- e) Emitir faturação anual respeitante ao grau de cumprimento dos objetivos de qualidade e sustentabilidade/eficiência económico-financeira.
- f) 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 2014 no prazo máximo de 180 dias, a contar do último dia do ano;
- g) 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..

- h) Disponibilização à ACSS, I.P., até ao dia 7 de cada mês, dos episódios agrupados em GDH, para efeitos de integração de dados na base de dados centrais de GDH (BDGDH). Não é possível a faturação de episódios não integrados na BD GDH.

9. 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 147 Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro.

XXIV – 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 (40%)	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 ≤ 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 (25%)	B.1 Reporte mensal de informação assistencial através do SICA até ao dia 8 (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 (15%)	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 (2.120,28 €)

XXV – ACERTO FINAL DO CONTRATO

O acerto final de contas relativo à execução do Contrato-Programa 2014 deve ocorrer até 30 de julho de 2015, mostrando-se necessário para o efeito garantir a conclusão dos seguintes processos:

Ação	Responsável	Prazo máximo de conclusão (contado a partir do último dia do ano de 2014)
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	150 dias
Faturação do montante apurado a título de objetivos	HH/ULS	180 dias
Faturação da produção marginal	HH	90 dias
Validações finais da faturação emitida	ACSS	180 dias
Acerto final do contrato	ACSS/HH/ULS	210 dias

XXVI – PAGAMENTOS

O Hospital recebe, mensalmente, um valor a título de adiantamento por conta do valor faturado decorrente da estimativa apurada, podendo haver lugar a um acerto de contas após processo de validações finais dos ficheiros justificativos.

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 1ª 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 prescriptor 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.

Patologia especial	Legislação	Indicações terapêuticas	Comparticipações especiais nas farmácias	Responsabilidade financeira
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 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.
Profilaxia da rejeição aguda de transplante renal, cardíaco e hepático alogénico	Despacho n.º 6818/2004, de 10 de Março (DR, 2.ª série, n.º 80, de 3 de Abril de 2004), alterado pelos Despachos n.º 3069/2005, de 24 de Janeiro (DR, 2.ª série, n.º 30, de 11 de Fevereiro de 2005), Despacho n.º 15 827/2006, de 23 de Junho (DR, 2.ª série, n.º 144, de 27 de Julho de 2006), Despacho n.º 19 964/2008 de 15 de Julho (DR, 2.ª	Profilaxia da rejeição do transplante alogénico	Comparticipação integral, de prescrição exclusiva por médicos especialistas, nos respectivos serviços especializados dos hospitais, nomeadamente serviços de nefrologia (unidades de transplante renal), serviços de cardiologia (unidades de transplante cardíaco) e serviços de transplante hepático, devendo da receita médica constar referência expressa a este despacho, de dispensa exclusivamente, através dos serviços	A dispensa do medicamento é gratuita para o doente, sendo o encargo da responsabilidade do hospital onde o mesmo é prescrito, salvo se a responsabilidade couber a qualquer subsistema de saúde, empresa seguradora ou outra entidade pública ou privada.

Patologia especial	Legislação	Indicações terapêuticas	Comparticipações especiais nas farmácias	Responsabilidade financeira
	série, n.º 144, de 28 de Julho de 2008), Despacho n.º 8598/2009, de 19 de Março (DR, 2.ª série, n.º 60, de 26 de Março de 2009), Despacho n.º 14 122/2009, de 12 de Junho (DR, 2.ª série, n.º 119, de 23 de Junho de 2009), Despacho n.º 19697/2009, de 21 de Agosto (DR, 2.ª série, n.º 166, de 27 de Agosto de 2009), Despacho n.º 5727/2010, de 23 de Março (DR, 2.ª série, n.º 62, de 30 de Março de 2010), Despacho n.º 5823/2011 de 25 de Março (DR, 2.ª série, n.º 66, de 4 de Abril de 2011), Despacho n.º 772/2012, de 12 de Janeiro (DR, 2.ª série, n.º 14, de 19 de Janeiro de 2012), Rectificação n.º 347/2012, de 3 de Fevereiro (DR, 2.ª série n.º. 48, de 7 de Março de 2012) e Despacho n.º 8345/2012, de 12 de Junho (DR, 2.ª série n.º 119, de 21 de Junho de 2012).		farmacêuticos dos hospitais.	
Doentes com hepatite C	Portaria n.º 194/2012, de 18 de Abril (DR, 2.ª série, n.º 91, de 10 de Maio de 2012).	Doentes com hepatite C	Comparticipação integral , prescritos a doentes portadores de hepatite C crónica, notificados à entidade competente através da declaração obrigatória de doenças transmissíveis. O médico prescriptor deve confirmar por escrito na receita médica que o doente se encontra abrangido por este diploma. A dispensa é efectuada, exclusivamente, através dos serviços farmacêuticos dos hospitais onde existam serviços ou consultas especializados no tratamento de doentes com hepatite C.	A dispensa do medicamento é gratuita para o doente, sendo o encargo da responsabilidade do hospital onde o mesmo é prescrito, salvo se a responsabilidade couber a qualquer subsistema de saúde, empresa seguradora ou outra entidade pública ou privada.
Esclerose múltipla	Despacho n.º 11 728/2004, de 17 de Maio (DR, 2.ª série, n.º 139, de 15 de Junho de 2004), alterado pelo Despacho n.º 5775/2005 de 18 de Fevereiro (DR, 2.ª série, n.º 54, de 17 de Março de 2005), com a Rectificação n.º 653/2005 de 8 de Abril (DR, 2.ª série, n.º 79, de 22 de Abril de 2005), alterado pelo Despacho n.º 10 303/2009, de 13 de Abril (DR, 2.ª série, n.º 76, de 20 de Abril de 2009), alterado pelo	Doentes com esclerose múltipla	Comparticipação integral , de prescrição exclusiva por médicos neurologistas, nos respectivos serviços especializados dos hospitais integrados no SNS, nomeadamente serviços de neurologia, devendo da receita médica constar referência expressa a este despacho, de dispensa exclusivamente, através dos serviços farmacêuticos dos hospitais.	A dispensa do medicamento é gratuita para o doente, sendo o encargo da responsabilidade do hospital onde o mesmo é prescrito, salvo se a responsabilidade couber a qualquer subsistema de saúde, empresa seguradora ou outra entidade pública ou privada.

Patologia especial	Legislação	Indicações terapêuticas	Comparticipações especiais nas farmácias	Responsabilidade financeira
	Despacho n.º 12456/2010, de 22 de Julho (DR, 2.ª série, n.º 148, de 2 de Agosto de 2010) e atualizado pelo Despacho n.º 13654/2012, de 12 de Outubro (DR, 2.ª série, n.º 204 de 22 de Outubro de 2012).			
Doença de Crohn ativa grave ou formação de fístulas	Depacho n.º 4 466/2005, de 10 de Fevereiro (DR, 2.ª série, n.º 42, de 1 de Março); Despacho n.º 30 994/2008, de 21 de Novembro (DR, 2.ª série, n.º 233, de 2 de Dezembro).	Doença de Crohn ativa grave ou com formação de fístulas	Comparticipação integral , de prescrição exclusiva por médicos especialistas em gastroenterologia, devendo da receita médica constar referência expressa a este despacho, de dispensa exclusivamente, através dos serviços farmacêuticos dos hospitais.	A dispensa do medicamento é gratuita para o doente, sendo o encargo da responsabilidade do hospital onde o mesmo é prescrito, salvo se a responsabilidade couber a qualquer subsistema 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.	---
Psiquiatria no Exterior	---	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.	---
PMA	---	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 com Patologia Oncológica	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Doenças Lisossomais	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
VHC	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Radioterapia	---	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 - CONTEÚDO DA FACTURA (A)
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Produção Mensal Estimada

Designação da Empresa

Sede

Nr. Telefone

Nr. Contribuinte

Capital Estatutário

Nr. Fatura

Pág.

Data Emissão

ACSS, IP

Av. João Crisóstomo nº 11 1000 –
177 Lisboa

Nr. Contribuinte: 508188423

Período de Referência:

Ano 2014	Quantidade	Preço Unitário (€)	Valor (€)
Estimativa de Produção Mensal Realizada			
Valor total estimado			

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 – CONTEÚDO DA FATURA (B)
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Acerto Final

Designação da Empresa

Sede

Nr. Telefone

Nr. Contribuinte

Capital Estatutário

Nr. Conservatória do Registo Civil
(CRC)

Nr. Fatura

Pág.

Data Emissão

ACSS, IP

Av. João Crisóstomo n.º 11 1000 –
177 Lisboa

Nr. Contribuinte: 508188423

Período de Referência:

Ano 2014	Quantidade	Preço Unitário (€)	Valor (€)
Acerto Final			
Valor total			

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

Processado por computador

Assinatura

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

ANEXO IV - LINHAS DE PRODUÇÃO

COD_MODULO	TIPO_PROD	DESIGNAÇÃO
AMB	1	AMBULATÓRIO - GDH MÉDICOS
BLO	1	CIRUR. AMBUL.- DOENTES EQUIVALENTES
CON	3	SERVICO DOMICILIARIO
CON	4	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS
CON	5	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES
CON	6	CONSULTA - IG MEDICAMENTOSA
CON	7	CONSULTA - IG CIRURGICA
CON	10	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS – CTH
CON	11	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS – TELEMEDICINA
CON	12	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES – TELEMEDICINA
CON	13	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS – COMUNIDADE
CON	14	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES – COMUNIDADE
DLS	1	FABRY
DLS	2	POMPE
DLS	3	GAUCHER
DLS	4	NIEMANN-PICK
DLS	5	MPS
DLS	6	MPS II
DLS	7	MPS V
DMC	1	PSIQUIATRIA NO EXTERIOR
ESM	1	ESCLEROSE MÚLTIPLA
HAP	1	HAP – SEGUIMENTO 1º ANO
HAP	2	HAP – SEGUIMENTO APÓS 1º ANO CF<=III
HAP	3	HAP – SEGUIMENTO APÓS 1º ANO CF IV
HDI	2	SESSAO DE HEMATOLOGIA
HDI	3	SESSAO DE IMUNO-HEMOTERAPIA
HDI	5	SESSAO DE PSIQUIATRIA
HDI	6	PSIQUIATRIA (ESTRUTURAS REABILITATIVAS)
HDI	10	HOSPITAL DE DIA BASE
HIV	1	DOENTES DE HIV COM TARC
INF	1	CONSULTA APOIO A FERTILIDADE (ESTUDO INICIAL)
INF	2	INDUCAO OVARICA (IO)
INF	3	INSEMINACAO INTRA-UTERINA (IIU)

COD_MODULO	TIPO_PROD	DESIGNAÇÃO
INF	4	FERTILIZACAO IN VITRO (FIV)
INF	5	INJECCAO INTRA-CITOPLASMATICA DE ESPERMATOZOIDES (ICSI)
INF	6	INJECCAO INTRA-CITOPLASMATICA DE ESPERMATOZOIDES REC. CIR. (ICSI)
INT	2	DIAS EM MEDICINA FISICA E REABILITACAO
INT	3	DIAS EM PSIQUIATRIA CRONICA
INT	4	DIAS DE CRONICOS VENTILADOS
INT	5	DIAS DE ASSISTENCIA EM LAR
INT	6	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICOS (d.. equiv)
INT	7	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICOS (d.. equiv)
INT	8	INTERNAMENTO - GDH MÉDICOS (d.. equiv)
INT	9	DIAS DE DOENTES DE HANSEN
INT	11	PSIQUIATRIA (ESTRUTURAS RESIDENCIAIS)
MED	1	MEDICAMENTOS DE DISPENSA OBRIGATORIA EM AMBULATORIO
ONC	1	CANCRO DO CÓLON E RETO (PRIMEIRO ANO)
ONC	2	CANCRO DO CÓLON E RETO (SEGUNDO ANO)
ONC	3	MAMA (PRIMEIRO ANO)
ONC	4	MAMA (SEGUNDO ANO)
ONC	5	COLO DO ÚTERO (PRIMEIRO ANO)
ONC	6	COLO DO ÚTERO (SEGUNDO ANO)
OUF	2	PLANO DE CONVERGENCIA
OUF	8	INCENTIVOS
OUF	9	INCENTIVOS DE QUALIDADE
OUF	10	INCENTIVOS DE EFICIÊNCIA E SUSTENTABILIDADE
PAF	1	PT-PAF1
PLS	1	DIAGNOSTICO PRE-NATAL-PROTOCOLO I
PLS	2	DIAGNOSTICO PRE-NATAL-PROTOCOLO II
PPT	1	PPT-DPOC – DOENTE EM TRATAMENTO
PRE	22	IG MEDICAMENTOSA
PRE	23	IG CIRURGICA
PRE	24	IG CONSULTA PREVIA
PRE	26	INTERNOS DO PRIMEIRO ANO DA ESPECIALIDADE
PRE	27	INTERNOS DO SEGUNDO ANO DA ESPECIALIDADE
PRE	34	CAPITACAO
PRE	39	PMA - FERTILIZAÇÃO IN VITRO (FIV)
PRE	40	PMA - INJECCÃO INTRA-CITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZÓIDES (ICSI)

COD_MODULO	TIPO_PROD	DESIGNAÇÃO
PRE	41	PMA - INJEÇÃO INTRA-CITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZÓIDES RECOLHIDOS CIRURGICAMENTE (ICSI)
PRE	45	INTERNOS - VAGAS PREFERENCIAIS COM COMPROMISSO DE FORMAÇÃO
PRE	47	DOENTES DE HIV COM TARC ¹
PRE	52	INTERNAMENTO TRANSFERIDO SNS - GDH CIRÚRGICOS
PRE	53	CIRUR. AMBUL. TRANSFERIDA SNS
PRE	54	INTERNAMENTO TRANSFERIDO CONV - GDH CIRÚRGICOS
PRE	55	CIRUR. AMBUL. TRANSFERIDA CONV
PRE	57	ESTIMATIVA DA PRODUÇÃO MENSAL REALIZADA
PRE	58	ACERTO FINAL
PRE	59	PPT-DPOC – ELEMENTOS DE TELEMONITORIZAÇÃO
RAD	1	RADIOTERAPIA - TRATAMENTOS SIMPLES
RAD	2	RADIOTERAPIA - TRATAMENTOS COMPLEXOS
URG	2	URG. BÁSICA
URG	3	URG. MÉDICO-CIRÚRGICA
URG	4	URG. POLIVALENTE

¹ Linha apenas aplicável a Instituições que não disponham do sistema de informação SI/VIDA

ANEXO V - INFORMAÇÃO EM FORMATO DIGITAL A ENVIAR À ACSS (HOSPITAIS SEM SI – SONHO)

Os hospitais que não possuem o SONHO, deverão respeitar as seguintes indicações:

- a. O ficheiro emitido por via eletrónica é composto por resumo, detalhe e descrição dos cuidados a que se refere.
- b. Para os ficheiros referentes às linhas de produção Medicamentos, DPN e Internos terão que se fazer acompanhar dos ficheiros específicos respetivos a cada uma das linhas.
- c. Deverão enviar o ficheiro para o endereço facturacao_sns@acss.min-saude.pt, considerando as seguintes instruções:
 - i. Enviar os ficheiros, em formato txt ou csv com a estrutura indicada no Anexo, respeitando rigorosamente a ordem de apresentação dos campos
 - ii. Cada linha do ficheiro deve iniciar e terminar com “ ” (aspas)
 - iii. Os campos devem ser separados por ; (ponto e vírgula)
 - iv. Os ficheiros relativos aos dois ficheiros de recuperação deverão cumprir as regras acima descritas, sendo que à designação dos ficheiros deverá ser substituído o _<MES> por _R1 e _R2
 - v. Os ficheiros referentes aos ficheiros marginais deverão cumprir as regras acima descritas, sendo que à designação dos ficheiros deverá ser substituído o _<MES> por :
 - _A – Marginal Cirúrgica
 - _M – Marginal
 - _O – Outras Produções
 - _E – Produções Específicas
- d. Para as linhas de Produção Específica de Medicamentos, Internos, DPN e de pagamento por doente tratado, os ficheiros terão que vir acompanhados de um ficheiro adicional, que passamos a especificar:
 - i. Os ficheiros resumo, detalhe e discriminativa, deverão ter a seguinte designação:
 - Medicamentos SIGLA_MED_RES_<ANO>_<MES>.txt
 - SIGLA_MED_DET_<ANO>_<MES>.txt

- SIGLA_MED_DIS_<ANO>_<MES>.txt
 - DPN
 - SIGLA_PLS_RES_<ANO>_<MES>.txt
 - SIGLA_PLS_DET_<ANO>_<MES>.txt
 - SIGLA_PLS_DIS_<ANO>_<MES>.txt
 - Internos
 - SIGLA_FOR_RES_<ANO>_<MES>.txt
 - SIGLA_FOR_DET_<ANO>_<MES>.txt
 - Pagamento por doente Tratado
 - SIGLA_PRG_RES_<ANO>_<MES>.txt
 - SIGLA_PRG_DET_<ANO>_<MES>.txt
 - SIGLA_PRG_DIS_<ANO>_<MES>.txt
- ii. O ficheiro de informação adicional relativo à linha de Medicamentos deverá ser designado por SIGLA_MED_INF_<ANO>_<MES>.txt
- iii. O ficheiro de informação adicional relativo à linha de DPN (Diagnóstico Pré-Natal – Protocolo I e Diagnóstico Pré-Natal – Protocolo II) deverá ser designado por SIGLA_PLS_INF_<ANO>_<MES>.txt
- iv. O ficheiro de informação adicional relativo à linha de Internos (Internos do Primeiro Ano da Especialidade, Internos do Segundo Ano da Especialidade e Internos - Vagas Protocoladas) deverá ser designado por SIGLA_FOR_INF_<ANO>_<MES>.txt
- v. O ficheiro de informação adicional relativo às linhas de pagamento por doente tratado deverá ser designado por SIGLA_PRG_INF_<ANO>_<MES>.txt
- e. Os ficheiros relativos às restantes linhas de Produção Específica não carecem do envio de ficheiro discriminativo
- f. Para os ficheiros que têm ficheiro discriminativo, é obrigatório cumprir o formato do ficheiro
- 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	ESM

Cancro do Cólon e Reto	CCR
Cancro da Mama	CMM
Cancro do Colo do útero	CCU
Polineuropatia Amiloidótica Familiar	PAF
Doenças Lisossomais	DLS
Doença Pulmonar Obstrutiva	PPT
Doentes Mentais Crónicos Institucionalizados	DMC

- 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. O ficheiro remetido por via eletrónica deve aguardar a validação e confirmação da ACSS

Para cada ficheiro deverá ser enviado um registo neste ficheiro.

FICHEIRO-RESUMO

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital.
Número da fatura	Número que identifique unicamente a ficheiro no hospital.
Data da fatura	Data em que foi emitida a fatura.
Data início	Data de início do período de faturação.
Data fim	Data de fim do período de faturação
Código Entidade Financeira Responsável	Deve ser preenchido com o código da entidade financeira responsável, só são válidos os códigos constantes na tabela: Entidade
Valor total	Valor total da fatura.
Número de linhas produção	Número total de registos da tabela <i>Fatura-detalle</i> , por fatura.
Número de casos faturados	Número total de registos da tabela <i>Fatura-discriminativa</i> , por fatura.

Tipo	“A” - Marginal Cirúrgica; “M” - Marginal; “O” - Outras Produções; “E” - Produções Específicas
------	---

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

FATURA-DETALHE

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital.
Número da fatura	Número que identifique unicamente a fatura no hospital.
Código produção	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>
Quantidade	Quantidade por Linha de produção a faturar.
Preço unitário	Preço unitário da linha de produção
Valor	Valor total da linha de produção
ICM	Índice de Case Mix.

Para cada ato faturado deverá ser enviado um registo neste ficheiro.

FATURA-DISCRIMINATIVA

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital.
Número da fatura	Número que identifique unicamente a fatura no hospital.
Código produção	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 faturar.
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 faturar (faturação mensal).
Data de saída	Data de saída. Para a produção paga por diária deverá constar o último dia a faturar (faturação mensal).

Valor total	Valor do episódio a faturar. = quantidade * icm* preço Nas fatura com tipo "A" - Marginal Cirúrgica este valor, para a produção realizada na própria instituição, é calculado da seguinte forma: Episódio sem bilateralidade/simultaneidade = doentes_equivalentes* preço_sigic Episódio com bilateralidade/simultaneidade = doentes_equivalentes* (preço_sigic + 0,45 preço_sigic) Episódio com patologia neoplásica maligna = doentes_equivalentes* (preço_sigic + 0,3 preço_sigic) Episódio com bilateralidade/simultaneidade + Epis. patologia neoplásica maligna = doentes_equivalentes* (preço_sigic + 0,45 preço_sigic + 0,3 preço_sigic) Preço_sigic – Portaria n.º 271/2012 1ª Série de 4 de Setembro de 2012
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 faturar.
Hora de Saída	Hora de saída do episódio a faturar.
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: Destínos
Código motivo Transferência	Deve ser preenchido com o código de motivo constante na tabela: Motivos
Código de GDH	Código do GDH do internamento e da Cirurgia de Ambulatório.
Dias M. F. Reabilitação	Número de dias em que o doente esteve em unidade de M.F de Reabilitação.
Valor total MF Reabilitação	Valor dos dias de M.F. Reabilitação.
Código de especialidade	Código da especialidade.
Tipo de Consulta	Tipo de consulta (P-primeira/S-subsequente)
Código Entidade Financeira Responsável	Preenchimento obrigatório nas faturas 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: Entidade
Código do Módulo	Preenchimento obrigatório nos episódios das linhas de produção de AMB

	Pode assumir os seguintes valores: INT – Internamento; HDI – Hospital de Dia; RAD – Admissões Diretas
Especificação Adicional	Preenchimento obrigatório nos episódios das linhas de produção de CON: 1 - Médica; 2 - Telemedicina; 3 - Sem a Presença do Doente
Data de Urgência	Data do episódio de urgência
Hora de Urgência	Hora do episódio de urgência
Código de Patologia	Deve ser preenchido com o código da patologia constante na tabela: Linhas de Produção.

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

FATURA-CTF-DETALHE

Campo	Observações
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: Entidade
LIC	Identificação da inscrição em LIC HO
Código módulo	Deve ser preenchido com o código do módulo constante na tabela: Linhas de Produção.
Tipo produção	Deve ser preenchido com o tipo de produção constante na tabela: Linhas de Produção.
Número episódio	Número do episódio 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 registo de medicamento deverá ser enviado um registo neste ficheiro.

FATURA-MED-INF

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital.
Número da fatura	Número que identifique unicamente a fatura 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.
Código da especialidade	Código da especialidade mapeado no âmbito da uniformização das nomenclaturas
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.

FATURA-PLS-INF

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital.
Número da fatura	Número que identifique unicamente a fatura 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 ato	Código do ato 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 ato	Quantidade realizada de atos.
Quantidade da análise	Quantidade realizada de análises.

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

FATURA-FOR-INF

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital.
Número da fatura	Número que identifique unicamente a fatura 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.

FATURA-PRG-INF

Campo	Observações
Número de Cartão	Número de cartão de utente.
Código módulo	Deve ser preenchido com o código do módulo constante na tabela: Linhas de Produção.
Tipo produção	Deve ser preenchido com o tipo de produção constante na tabela: Linhas de Produção.
Data de Início	Data de entrada em programa
Data do Fim	Data de termo em programa
Código da Instituição de origem	Código da instituição de origem do Programa de tratamento a doentes mentais crónicos institucionalizados
Código da Instituição de destino	Código da instituição de destino do Programa de tratamento a doentes mentais crónicos institucionalizados

Para cada utente faturado deverão ser enviados os registo por cada produção que justifiquem a permanência em programa neste ficheiro.

FATURA-PRG-DETALHE

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital.
Número da fatura	Número que identifique unicamente a fatura no hospital.
Número do episódio	Número do episódio a faturar.
Código de produção	Deve ser preenchido com o código do módulo constante na tabela: Linhas de Produção.
Tipo de produção	Deve ser preenchido com o tipo de produção constante na tabela: Linhas de Produção.
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.
Código da especialidade	Código da especialidade mapeado no âmbito da uniformização das nomenclaturas
Descrição da especialidade	Descrição da especialidade do serviço prescriptor.
Forma de apresentação	Forma de apresentação do medicamento.
Data do ato	Data de realização do ato.
Tipo de ato	Deve ser preenchido com o tipo de ato constante na tabela: Tipo de Ato.
Código do ato	Código do ato 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 (16)	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 faturas com tipo: "A" - Marginal Cirúrgica; "M" - Marginal;									
COD_MODULO		CV2 (3)	N	Preenchimento obrigatório nos episódios da linha de produção de AMB									
ESP_ADIC		CV2(3)	N	Preenchimento obrigatório nos episódios das linhas de produção de CON: 1 - Médica; 2 - Telemedicina; 3 - Sem a Presença do Doente									
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 (16)	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
COD_ESPECIALIDADE		CV2 (16)	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
COD_INSTORIG		N (7)	N
COD_INSTDEST		N (2)	N

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
COD_ESPECIALIDADE		CV2 (16)	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
935610	Migrante residente com n.º de utente
935612	Acordo - Brasil
935619	Evacuados Angola
935620	Evacuados Cabo-Verde
935621	Evacuados Guiné-Bissau
935622	Evacuados S. Tomé e Príncipe
935623	Evacuados Moçambique
935624	Em situação irregular - Cuidados urgentes e vitais
935625	Menor em situação irregular
935626	Requerente de Asilo ou Estatuto de Refugiado
935628	Nacionais da Noruega, Dinamarca e Reino Unido
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 de Leiria, 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.

Código das instituições de destino para o Programa de tratamento a doentes mentais crónicos institucionalizados

- 01 Casa de Saúde do Bom Jesus – Braga (IIHSCJ)
- 02 Casa de Saúde Rainha Santa Isabel – Condeixa (IIHSCJ)
- 03 Casa de Saúde da Idanha – Belas (IISCHJ)
- 04 Casa de Saúde Santa Rosa de Lima – Belas (IIHSCJ)
- 05 Clínica Psiquiátrica de S. José – Lisboa (IIHSCJ)
- 06 Casa de Saúde Bento Menni (IIHSCJ)
- 07 Centro de Recuperação de Menores (IIHSCJ)
- 08 Casa de Saúde do Telhal
- 09 Casa de Saúde S. João de Deus
- 10 Casa de Saúde S. José

**Código das instituições de origem para o Programa de tratamento a doentes mentais crónicos
institucionalizados**

1037105 Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos
4077202 Hospital do Espírito Santo - Évora, E.P.E.
5087102 Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.
3117019 Instituto Gama Pinto
2017101 Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.
2057202 Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.
2187203 Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.
2067111 Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
2067110 Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.
2067106 Hospital Rovisco Pais
2067401 Instituto Português Oncologia Francisco Gentil - Centro, E.P.E.
1137504 Hospital Magalhães de Lemos, E.P.E.
3157106 Hospital Garcia da Orta, E.P.E. - Almada
3157203 Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, E.P.E.
3117020 Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.
3117117 Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.
3117031 Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.
3147103 Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.
2067301 Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede
3117503 Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
3157202 Centro Hospitalar Setúbal, E.P.E.
2017305 Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar
3117118 Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, E.P.E.
3117401 Instituto Português Oncologia Francisco Gentil - Lisboa, E.P.E.
3147202 Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
1037111 Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.
1017201 Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.
1137007 Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
1137108 Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.
1137008 Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
1137303 Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde, E.P.E.
1137111 Centro Hospitalar de São João, E.P.E.
1047104 Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
1137109 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.
2107102 Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.
1137401 Instituto Português Oncologia Francisco Gentil - Porto, E.P.E.
2107203 Centro Hospitalar do Oeste
2017301 Hospital José Luciano de Castro - Anadia
1137103 Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.
1168201 Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.
4028201 Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.

2057102 Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.
4127103 Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo E. P. E.
1047105 Unidade Local de Saúde Nordeste, E.P.E.
2098201 Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.
3158101 Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.