

N. 16/2016/DPS/ACSS

DATA: 01-07-2016

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, ADM das Forças Armadas, Imprensa Nacional Casa da Moeda que devam ser cobradas

A presente circular estabelece as regras de faturação das instituições hospitalares à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), referentes ao Acordo Modificativo para 2016 do Contrato-programa 2016-2018 estabelecido entre estas instituições e as Administrações Regionais de Saúde (ARS).

As instituições hospitalares suportam diretamente os encargos financeiros das prestações de saúde realizadas por terceiros, integrados ou não no Serviço Nacional de Saúde (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.

No que se refere aos pontos anteriores, excetua-se a produção suscetível de codificação pela *International Classification of Diseases 9th revision, Clinical Modification* (ICD-9-CM) e agrupada em Grupos de Diagnóstico Homogêneo (GDH) de acordo com circular normativa própria¹.

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

¹ Ver Circular Normativa nº 16/2015/DPS/ACSS de 15-10-2015

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	10
1. Doente internado	10
2. Tempo de internamento	10
3. Grupos de Diagnósticos Homogéneos	10
3.1. Doentes equivalentes	11
3.2. Doentes internados com menos de 24 horas	12
3.3. Transferências de doentes internados	13
3.4. Índice de Case-Mix	13
3.5. Reinternamento	14
4. Internamento com admissão pela Urgência	14
5. Psiquiatria	14
6. Medicina Física e de Reabilitação	15
7. Doentes Crónicos Ventilados Permanentemente	15
8. Diária de Internamento de Doentes Crónicos	15
9. Doentes Privados	15
10. Preço	15
11. Faturação	16
II – EPISÓDIOS DE AMBULATÓRIO	16
1. Episódios cirúrgicos	17
2. Episódios médicos	17
3. Índice de Case-Mix	17
4. Preço	17
5. Faturação	17
6. Episódio de ambulatório seguido de internamento	18

7. Internamento por complicações	18
8. Episódios de internamento seguidos de consulta, GDH médico ou cirúrgico de ambulatório, hospital de dia e urgência.....	18
III – ATIVIDADE CIRÚRGICA TRANSFERIDA.....	18
III.A – TRANSFERIDA PARA OUTRA ENTIDADE DO SNS OU CONVENCIONADA.....	18
1. Transferências de cirurgia.....	19
2. Transferências de responsabilidade.....	19
3. Preço	19
4. Faturação	19
III.B – PROGRAMA DE INCENTIVO À REALIZAÇÃO DE ATIVIDADE CIRÚRGICA NO SNS.....	21
1. Preço	22
2. Faturação	22
IV – CONSULTA EXTERNA	22
1. Consulta médica.....	22
2. Primeira consulta	23
3. Consulta subsequente	23
4. Consulta médica sem a presença do utente	23
5. Teleconsulta.....	23
6. Pequena cirurgia	25
7. Preço	25
8. Faturação	27
9. Episódios de consulta seguidos de internamento	28
V – URGÊNCIA	28
1. Atendimento em urgência.....	28
2. Preço	28
3. Faturação	29

VI – MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPEUTICA.....	30
VII – HOSPITAL DE DIA	30
1. Hospital de dia	30
2. Preço	30
3. Faturação	31
VIII – SESSÕES DE RADIOTERAPIA	32
1. Preço	33
2. Faturação	33
IX – INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ ATÉ ÀS 10 SEMANAS DE GESTAÇÃO (IG)	34
1. Preço	34
2. Faturação	34
X – PAGAMENTO DOS DOENTES EM TRATAMENTO DA INFECÇÃO VIH/SIDA.....	36
1. Preço	37
2. Faturação	37
XI – DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL (DPN).....	39
1. Preço	39
2. Faturação	40
XII – PROGRAMA DE TRATAMENTO A DOENTES MENTAIS CRÓNICOS INSTITUCIONALIZADOS	40
1. Preço	41
2. Faturação	41
3. Pagamento	41
XIII – PROGRAMA PARA MELHORIA DO ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INFERTILIDADE	41
1. Preço	42
2. Faturação	43
XIV – TRATAMENTO DE DOENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR	44

1. Preço	44
2. Faturação	45
3. Monitorização	46
XV – TRATAMENTO DE DOENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA EM TERAPÊUTICA MODIFICADORA	46
1. Preço	47
2. Faturação	47
3. Monitorização	48
XVI – TRATAMENTO DE NOVOS DOENTES COM PATOLOGIA ONCOLÓGICA (CÓLON E RETO, MAMA E COLO DO ÚTERO)	49
1. Preço	50
2. Faturação	50
3. Auditoria.....	51
4. Monitorização	51
XVII – PROGRAMAS PILOTO DE TELEMONITORIZAÇÃO	52
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (PPT-DPOC)	53
1. Preço	53
2. Faturação	53
3. Monitorização	54
STATUS PÓS ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO (PPT-EAM)	55
1. Preço	56
2. Faturação	56
3. Monitorização	57
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÓNICA (PPT- ICC)	57
1. Preço	58
2. Faturação	58
3. Monitorização	60

XVIII – PROGRAMA PARA TRATAMENTO DE DOENTES COM POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR EM ESTÁDIO 1	60
1. Preço	60
2. Faturação	60
3. Monitorização	61
XIX – PROGRAMA DE TRATAMENTO DE DOENTES PORTADORES DE DOENÇAS LISOSSOMAS DE SOBRECARGA (PTDLS).....	62
1. Preço	63
2. Faturação	63
3. Monitorização	64
XX – PROGRAMA PARA COLOCAÇÃO DE IMPLANTES COCLEARES	64
1. Preço	65
2. Faturação	65
XXIII – CENTROS DE REFERÊNCIA	65
1. Preço	67
2. Faturação	68
XXIV – SERVIÇO DOMICILIÁRIO	68
XXV – LAR (IPO).....	68
XXVI – OUTROS PAGAMENTOS.....	68
1. Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório (consulta e hospital de dia).....	68
2. Internato médico.....	69
3. Programa de promoção de investigação e desenvolvimento (I&D)	70
XXVII – REMUNERAÇÃO	71
Remuneração da produção contratada	71
Remuneração da produção marginal.....	71
Remuneração da produção marginal cirúrgica.....	72

Remuneração da produção marginal cirúrgica programada realizada pelas próprias instituições hospitalares	72
Remuneração da produção marginal cirúrgica transferida para uma entidade SNS ou convencionada	72
Valor de convergência	72
Regras especiais de Financiamento no âmbito dos contratos-programa do Serviço Nacional de Saúde	73
Programas específicos de realização de prestação de saúde	73
Produção não remunerada no âmbito do Contrato-programa (Proveitos extra-contrato)	73
XXVIII – FATURAÇÃO	74
1. Identificação dos utentes e terceiros pagadores	74
2. Identificação da Entidade Financeira Responsável	75
3. Hospitais e Centros Hospitalares EPE	76
3.1. Faturação da produção mensal estimada (Contabilização)	76
3.2. Contabilização dos Incentivos	77
3.3. Ficheiros justificativos de produção	77
4. Hospitais e Centros Hospitalares SPA	78
5. Unidades Locais de Saúde (ULS)	78
6. Uniformização da nomenclatura dos serviços clínicos de internamento e ambulatório	79
7. Processo de validação	79
8. Emissão de faturas e ficheiros justificativos	80
9. Obrigações de reporte	80
10. Prestações de cuidados a pessoas residentes nas regiões autónomas	81
XXIX – PENALIDADES	82
XXX – ACERTO FINAL DO CONTRATO	85
XXXI – PAGAMENTOS	86

ANEXO I – MEDICAMENTOS DE DISPENSA EM FARMÁCIA HOSPITALAR, DE CEDÊNCIA GRATUITA EM AMBULATÓRIO E DA RESPONSABILIDADE FINANCEIRA DA INSTITUIÇÃO	87
ANEXO II – PAGAMENTO DA PRODUÇÃO CONTRATADA E PRODUÇÃO MARGINAL	93
ANEXO III – CONTEÚDO DA FACTURA (A)	95
ANEXO III – CONTEÚDO DA FATURA (B)	96
ANEXO IV – LINHAS DE PRODUÇÃO	97
ANEXO V – TABELA DE PREÇOS 2016	103
ANEXO VI – CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA	107
ANEXO VII – INFORMAÇÃO EM FORMATO DIGITAL A ENVIAR À ACSS (HOSPITAIS SEM SI – SONHO)	125

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.

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 num período de referência, excetuando os dias das altas dos mesmos doentes desse estabelecimento de saúde.

Não se incluem os dias de estada em berçário ou em serviço de observação de serviço de urgência.

Contudo, para efeitos de classificação dos doentes em grupos de diagnósticos homogéneos e de faturação, incluem-se na contagem do tempo de internamento os dias desde a admissão no serviço de urgência, bem como os dias de estada em berçário.

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.

3. Grupos de Diagnósticos Homogéneos

Os episódios de internamento de agudos são classificados em 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 2013.

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 2016, 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 ICD-9-CM, versão em vigor à data de codificação.

O agrupador de GDH em vigor é o *All Patients Refined Diagnosis Related Groups (APR DRG)*, versão 31.0, 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 excecionais (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 interquartis das respetivas distribuições.

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

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

- Num episódio típico ou normal um doente saído corresponde a um doente equivalente.

- Para converter os episódios de curta duração em conjuntos equivalentes aos episódios normais aplicam-se as seguintes fórmulas de cálculo:

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

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

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

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

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

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

Sendo,

Li = Limiar inferior do GDHi

Ti = Tempo de internamento

peso ambulatório = Preço de Ambulatório/Preço de Internamento

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

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

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, assim como a remeter esta informação para a base de dados central da ACSS.

As transferências de doentes internados, entre unidades hospitalares integradas num Centro Hospitalar, são consideradas transferências internas, havendo apenas lugar à faturação de um episódio resultante no 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.

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:

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

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.

Excetuam-se do disposto no número anterior:

- i) as situações em que o episódio de internamento subsequente não está clinicamente relacionado com o anterior, desde que assim demonstrado pela entidade prestadora, e as situações do foro oncológico;
- ii) as situações em que o internamento subsequente ocorre após saída contra parecer médico;
- iii) as situações em que o doente foi transferido para realização de exame, seguindo-se o tratamento no hospital de origem².

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.

² Ver Circular Normativa nº 16/2015/DPS/ACSS de 15-10-2015

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:

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

7. Doentes Crónicos Ventilados Permanentemente

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 CONTINUA POR 96 OU MAIS HORAS CONSECUTIVAS ou 93.90 – VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA) por tempo de internamento superior a 126 dias.

O pagamento da assistência prestada aos doentes crónicos ventilados permanentemente é efetuado por diária, desde a admissão do doente, sempre que cumpra o critério acima mencionado.

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 ('Medicina Privada'). 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	2.285,00 €

Internamento programado de doentes crónicos	Preço
--	--------------

Psiquiatria	39,17 € ⁽¹⁾
Crónicos Ventilados	244,01 €
Medicina Física e Reabilitação	205,10 €
Hansen	70,75 €
Reabilitação Psicosocial	39,17 €

(1) Com a exceção das Instituições Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Magalhães Lemos e Hospital Psiquiátrico de Lisboa, com complexidade superior de doentes crónicos, para as quais é praticado o preço 70,75€..

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 e/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), excecionando-se os tratamentos de quimioterapia em simultâneo com a inserção de dispositivo de acesso vascular totalmente implantável (VAD).

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 MGIC.

1. Episódios cirúrgicos

Entende-se por cirurgia de ambulatório uma cirurgia programada que embora habitualmente efetuada em regime de internamento é realizada em regime de admissão e alta num período inferior a 24 horas, em instalações próprias e condições de segurança de acordo com a atual prática clínica.

Entende-se por cirurgia um ou mais atos cirúrgicos, realizados sob anestesia geral, loco-regional ou local, com o mesmo objetivo terapêutico e/ou diagnóstico, realizado(s) por médico cirurgião em sala operatória.

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 2015.

2. Episódios médicos

Para efeitos de classificação em GDH e respetiva faturação, 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 2015.

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 2015), ponderados pelos respetivos pesos relativos e o número total de episódios de ambulatório classificados em GDH.

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

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

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

No âmbito da faturação da atividade cirúrgica coexistirão, em 2016, duas metodologias de faturação. Até 30 de abril manter-se-ão as linhas de produção referentes à atividade transferida para outra entidade do SNS ou convencionada. A partir de 1 de maio, será introduzida a metodologia de faturação referente ao Programa de Incentivo à Realização de Atividade Cirúrgica dentro do SNS, no âmbito da Gestão Partilhada de Recursos no SNS (GPRSNS).

III.A – 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 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 e é aplicável até 30 de abril de 2016.

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, considerando-se para o efeito o vale de cirurgia emitido até 30 de abril de 2016, independentemente da data de realização da cirurgia.

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 VII, em concordância com os registos de conclusão e nota apenas 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 VII.

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.

III.B – PROGRAMA DE INCENTIVO À REALIZAÇÃO DE ATIVIDADE CIRÚRGICA NO SNS³

Para 2016 dar-se-á início ao Programa de Incentivo à Realização da Atividade Cirúrgica no SNS, que visa rentabilizar a capacidade cirúrgica instalada na rede de estabelecimentos públicos. Este mecanismo competitivo entre estabelecimentos do SNS entra em vigor no dia 1 de maio de 2016.

Este programa aplica-se a todas as instituições hospitalares do SNS que reúnam condições para responder de forma atempada e eficaz às necessidades cirúrgicas nacionais e tem os seguintes objetivos específicos:

- Melhorar os tempos de resposta no acesso à cirurgia programada;
- Rentabilizar a capacidade cirúrgica instalada na rede de estabelecimentos públicos;
- Criar mecanismos competitivos para realização de atividade cirúrgica no SNS;
- Aumentar a produtividade das instituições do SNS.

Paralelamente a este programa de incentivo à realização de atividade cirúrgica no SNS manter-se-á em vigor o princípio da responsabilização financeira do hospital de origem pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados, assegurando-se assim que os hospitais de origem assumem o pagamento da atividade cirúrgica

³ Despacho n.º 49/2016, de 19 de maio e Circular Normativa nº 12/2016 de 19 de maio

que vier a ser transferida para outros hospitais do SNS ou para entidades convencionadas no âmbito do SIGIC.

1. Preço

O preço a pagar pela atividade cirúrgica transferida para outra entidade do SNS ou convencionada é determinado pelo valor constante na Portaria de preços e regras de faturação em vigor no âmbito do SIGIC.

2. Faturação

No âmbito do contrato-programa e nos termos do exposto no ponto anterior, considera-se passível de faturação toda a atividade cirúrgica 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, sendo essa produção considerada um proveito extra contrato, não podendo ser enquadrado na produção referente ao contrato-programa de 2016.

A atividade efetuada pelos hospitais de destino é faturada ao hospital de origem, de acordo com as regras e os preços definidos na tabela SIGIC em vigor à data da conclusão do episódio cirúrgico.

Todos os episódios enquadrados no programa de incentivo à realização de atividade cirúrgica, devem ser registados com um dos seguintes tipos de programação – GPRNSCIR - MRC ou GPRNSCIR - MRA, que não serão passíveis de faturação ao abrigo do contrato-programa.

A monitorização do programa é assegurada pela Unidade de Gestão do Acesso (UGA) da ACSS, em articulação com as estruturas de gestão do acesso à atividade cirúrgica das ARS e dos hospitais do SNS.

A assunção contratual das responsabilidades financeiras por parte dos hospitais de origem é consubstanciada através de um mecanismo denominado camara de compensação, publicada no despacho nº49/2016, de 19 de maio de 2016.

IV – CONSULTA EXTERNA

1. Consulta médica

Por consulta médica entende-se ato em saúde no qual o médico avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde.

A consulta pressupõe um registo que contenha a identificação da pessoa, a data e a hora, os profissionais envolvidos e as ações tomadas, podendo ser presencial e/ou mediada por tecnologias de informação, ou não presencial, e ser realizada por um profissional de saúde ou por vários.

Só podem ser objeto de faturação as consultas médicas que tenham dado lugar a registo clínico e administrativo.

2. Primeira consulta

Consulta médica em que o indivíduo é examinado pela primeira vez numa determinada especialidade em medicina, no âmbito de um episódio clínico.

Ao fim de dois anos após o último contacto do doente com o serviço/unidade e na ausência de alta clínica do episódio clínico, assume-se que há alta administrativa.

3. Consulta subsequente

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

Em Psiquiatria, sempre que o doente regressa à consulta num intervalo de tempo inferior a 180 dias, mesmo que tenha tido alta clínica, a consulta deve ser considerada de seguimento.

4. Consulta médica sem a presença do utente

Consulta médica em que o utente não está presente, podendo resultar no aconselhamento, prescrição ou encaminhamento para outro serviço e estar associada a várias formas de comunicação, tais como telefone, correio tradicional, correio eletrónico ou outro.

É imprescindível assegurar o consentimento informado do utente, cópia dos documentos enviados ao utente e registo escrito da consulta. O registo desta consulta deve ser feito de forma separada da consulta com a presença do utente.

Com particular relevância para esta linha, reforça-se que não são aplicáveis critérios de acesso com base na área de residência do utente na realização de consultas sem presença de utente. Ou seja, o pagamento das teleconsultas não se encontra associado à área de residência dos utentes, uma vez que se pretende potenciar a resposta a situações de listas de espera, em particular situações de rastreio, nomeadamente o RastreioTeleodermatológico.

5. Teleconsulta

Consulta médica, no âmbito da telemedicina, realizada à distância com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados e com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente.

Considerando a Portaria que regulamenta a tabela de preços do SNS e a norma da DGS nº 010/2015 de 15/06/2015 que define o modelo de funcionamento das teleconsultas, importa distinguir os seguintes conceitos:

Teleconsulta em tempo diferido

- ✓ Instituição que realiza a consulta com o utente para recolha da informação que irá ser analisada por um médico noutra instituição: regista uma consulta de telemedicina em tempo diferido com presença de utente;
- ✓ Instituição que realiza a consulta para análise da informação recolhida: regista uma consulta de telemedicina em tempo diferido sem presença de utente.

Teleconsulta em tempo real

- ✓ Instituição que realiza a consulta com o utente para ser consultado por um médico noutra instituição: regista uma teleconsulta em tempo real com presença de utente;
- ✓ Instituição que disponibiliza o médico que consulta o doente que se encontra noutra instituição: regista uma teleconsulta em tempo real sem presença de utente.

Teleconsulta urgente (apenas aplicável a teleconsultas em tempo real)

- ✓ Instituição que realiza a consulta com o utente para ser consultado por um médico noutra instituição: regista uma teleconsulta urgente com presença de utente;
- ✓ Instituição que disponibiliza o médico que consulta o doente que se encontra noutra instituição: regista uma teleconsulta urgente sem presença de utente.

Para efeitos de faturação, todas as teleconsultas em tempo real são faturáveis nas linhas de produção Primeiras Consultas – Telemedicina e Consultas Subsequentes – Telemedicina.

As teleconsultas em tempo diferido são faturáveis nas linhas de produção Primeiras Consultas e Consultas Subsequentes (com exceção das consultas sem presença de utente em tempo diferido que se enquadrem na linha de produção de Consultas referenciadas dos cuidados de saúde primários via SI CTH).

As teleconsultas urgentes sem presença de utente (em tempo real) são faturáveis nas linhas de produção de Primeiras Consultas – Telemedicina ou Consultas Subsequentes – Telemedicina.

As teleconsultas urgentes com presença de utente não tem, por si só, enquadramento como linha de produção, uma vez que uma vez que se enquadra num episódio de urgência.

Para efeitos de cobrança de taxas moderadoras, aplica-se a regra de apenas ser cobrado a taxa decorrente do primeiro ponto de contato do utente.

Com particular relevância para esta linha reforça-se que não são aplicáveis critérios de acesso com base na área de residência do utente. Ou seja, **o pagamento das teleconsultas não se encontra associado à área de residência dos utentes**, como aliás acontece para todas as consultas hospitalares. Através do fomento das teleconsultas pretende-se potenciar a resposta a situações de listas de espera para as especialidades em questão.

6. Pequena cirurgia⁴

Cirurgia que, embora executada em condições de segurança e assepsia e com recurso a anestesia local, dispensa a sua realização numa sala de bloco operatório, o apoio direto de um ajudante, a monitorização anestésica e a estadia em recobro, tendo alta imediata após a intervenção.

Inclui-se a lesão com menos de 3 cm depois de formolizada e os tecidos circundantes, em caso de exérese de lesão da pele, com exceção de tumores malignos.

7. 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:

⁴ Circular Normativa nº 32/2014 de 22 de dezembro de 2014



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 / Primeira Consultas	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E	Grupo F
- C/ Base nos valores médios dos últimos 5 anos -						
Valor do 2º Quartil (Mediana)	1,24	2,18	2,24	2,29	3,00	4,33
Valor do 1º Quartil (Eficiente)	1,11	1,82	1,90	2,23	2,91	3,41

O Índice de Consultas Subsequentes não é aplicado ao Grupo F para 2016, devido às elevadas taxas de variação anual e disparidade de valores entre Hospitais do Grupo.

Consultas Externas	Preço
Grupo A	35,00 €
Grupo B	37,99 €
Grupo C	42,27 €
Grupo D	64,95 €
Grupo E	68,02 €
Grupo F	101,51 €
Grupo Psiquiátricos	94,35 €

8. 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.

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%.

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.

- **Teleconsultas com presença de utente em tempo real**

Consulta médica com 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.

- **Registo das consultas**

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 produção que se enquadra nos critérios de Pequena Cirurgia, de acordo com a Circular Normativa nº 32/2014 de 22 de dezembro de 2014, é faturada no âmbito deste capítulo.

9. Episódios de consulta seguidos de internamento

Podem ser objeto de faturação as consultas que derem 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 centros de saúde ou hospitais, 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.

Apenas 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.

2. Preço

O preço da urgência pago no âmbito do contrato-programa de 2016 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) e será efetuado de acordo com três componentes:

- Componente de valor fixo, em função da disponibilidade de serviço em cada uma das três tipologias de urgência;
- Componente de valor em função do desempenho, aferido através de indicadores de acesso e qualidade assistencial no Serviço de Urgência;
- Componente de valor variável, em função da atividade marginal e inesperada que seja necessária.

Resultante da modalidade de pagamento referida, os preços a pagar em 2016 são os seguintes:

Tipologia de Serviço de Urgência	Volume de Atividade Médio Expectável	Financiamento Disponibilidade de serviço (Índice Máximo = 1) *	Preço (produção base)	Preço componente variável (preço marginal)
Serviço de Urgência Básica	35.000 Episódios	1.400.000 €	40 €	1 €
Serviço de Urgência Médico-cirúrgica	100.000 Episódios	5.000.000 €	50 €	5 €
Serviço de Urgência Polivalente	170.000 Episódios	17.000.000 €	100 €	10 €

* 5% do montante disponibilidade de serviço fica dependente do cumprimento de indicadores de qualidade

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 – MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPEUTICA

Os MCDT efetuados pelas instituições não são alvo de faturação no âmbito do Contrato-Programa, na medida em que os mesmos se constituem como um ato subsidiário de linhas de atividade que são remuneradas por episódio no âmbito do Contrato-programa;

Os atos médicos ou de outros profissionais de saúde efetuados no âmbito da realização dos MCDT são parte integrante dos mesmos, não podendo dar origem a faturação específica nas respetivas linhas de atividade que são remuneradas por episódio no âmbito do Contrato-programa.

VII – HOSPITAL DE DIA

1. Hospital de dia

Unidade orgânico-funcional de um estabelecimento de saúde, com espaço físico próprio e meios técnicos e humanos qualificados, onde o doente recebe cuidados de saúde de diagnóstico ou de terapêutica de forma programada e permanece sob vigilância médica ou de enfermagem, por um 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 base, (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, das sessões de hospital de dia de psiquiatria e unidades socio-ocupacionais.

▪ Base

As sessões que não deem 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 2016, serão registadas em hospital de dia “outros” e pagas ao preço previsto para “Hospital de dia – Base”.

A terapêutica antineoplásica oral, prescrita e/ou efetuada em hospital de dia, é considerada hospital de dia – Base não sendo passível de faturação, codificação pela ICD-9-CM ou agrupamento em GDH.

▪ 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 2015), 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	Eletróconvulsivoterapia 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%.

VIII – SESSÕES DE RADIOTERAPIA

Decorrente de um trabalho extensivo de análise do modelo de pagamento dos tratamentos de radioterapia, a metodologia do contrato-programa de 2016 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 fracionada, cada fração

IX – 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 2015.
- 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 2016.

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 2016, 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 2016, 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 2015. 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 atividade, a faturação 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.

X – 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 Infeciosas – 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 2015 (<http://sida.dgs.pt/>).

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

Permanência

Um doente é considerado em programa desde que:

- A unidade hospitalar registre e/ou reporte anualmente os dados solicitados, relativos aos cuidados ambulatoriais prestados no âmbito do programa (por doente);
- A unidade hospitalar não informe sobre a sua exclusão (abandono ou suspensão);
- Contacte a instituição, semestralmente, 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 antirretrovíricas, os hospitais têm ainda de registar os parâmetros analíticos (viroológicos – ARN) observados após 24 e 52 semanas de início do 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);
- ✓ Registrar dados relativos a comparência de consultas, resultados dos parâmetros clínicos, imunológicos e virológicos, confirmação da terapêutica prescrita bem como do respetivo levantamento;
- ✓ Submeter à ACSS os dados necessários à monitorização do programa indispensáveis para controlo de faturação e respetivo pagamento.
- ✓ 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, 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 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. Faturação⁵

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

⁵ Circular Informativa Conjunta n.º 1 de 05/01/2016

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 último mês em que se verificou dispensa de medicação;
- ✓ 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, informação referente aos parâmetros laboratoriais e levantamentos da terapêutica antirretrovírica por parte do serviço farmacêutico.

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 efetuar-se-á em “tratamentos especiais”, através da linha HIV 1 – Doentes de HIV/SIDA com TARC.

A partir da implementação do SI.VIDA na instituição hospitalar, esta apenas poderá efetuar a faturação dos doentes que estiverem registados na aplicação segundo as regras definidas no programa TARC, salvo haja razões técnicas da responsabilidade externa ao hospital e devidamente comprovadas para que tal não se verifique.

Na sequência da introdução de medicamentos genéricos e da compra centralizada de medicamentos antirretrovirais estima-se uma redução do custo médio mensal do tratamento com terapêutica antirretroviral. De modo a promover uma utilização mais eficiente nesta área, o preço por doente tratado definido na tabela anterior será aplicado, desde que o valor observado no custo com medicamentos por doente seja inferior ao valor correspondente à variação média do grupo onde o hospital se integra. Caso contrário, o hospital terá uma penalização de 10%, no montante correspondente

à diferença entre o valor observado para a componente medicamentosa e o valor dessa componente na média do grupo a que o hospital pertence. Os valores observados e médios aqui referidos serão apurados no final do ano pelo INFARMED.

XI – DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL (DPN)

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

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

- Ecografia do 1º trimestre conjugada com rastreio bioquímico do 1º T – 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 realizado;

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

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.

XII – PROGRAMA DE TRATAMENTO A DOENTES MENTAIS CRÓNICOS INSTITUCIONALIZADOS⁶

O Programa de Gestão dos Doentes Mentais Internados em Instituições do Setor Social continua a efetuar-se em 2016 nos termos do definido na Circular Normativa nº 13/2014, de 6 de fevereiro e das orientações emanadas

⁶ Circular Informativa n.º 17 de 27 de abril de 2015

através da Circular Informativa nº 10/2014, de 31 de Março, ambas da ACSS, assumindo as instituições hospitalares respetivas o pagamento destes cuidados de saúde, de acordo com as regras emanadas na Circular Informativa nº 17/2015, de 27 de abril, conjunta entre a ACSS e a SPMS.

1. Preço

Programa de tratamento a doentes mentais crónicos institucionalizados	Preço (€)
Psiquiatria no Exterior (Ordens Religiosas e outras instituições)	39,17 €

2. 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 VII, 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.

XIII – PROGRAMA PARA MELHORIA DO ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INFERTILIDADE

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.

Foram fixados pelo Ministério da Saúde critérios de acessibilidade a técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA), baseados em razões de ordem clínica e de custo benefício em saúde materna e infantil. Assim, relativamente a:

- a) Idade

- Admissão para consulta de apoio à fertilidade: sem limite de idade da mulher, desde que referenciada pelo Médico de Família.
- Admissão para técnicas de PMA de 1ª linha (indução de ovulação e inseminação intra-uterina): todas as mulheres que não ultrapassem os 42 anos (41 anos e 365 dias). Entende-se por admissão o momento de realização da técnica.
- Admissão a técnicas de PMA de 2ª linha (fertilização in vitro e injeção intra-citoplasmática de espermatozoide): todas as mulheres que não ultrapassem os 40 anos (39 anos e 364 dias).

Entende-se por admissão o momento de realização da técnica.

b) Casais beneficiários de financiamento público

Todos os casais, exceto os que tenham mais de um filho em comum. Significa que também são considerados beneficiários, casais:

- Sem filhos em comum, mas com filhos de anteriores relacionamentos;
- Com 1 filho em comum e com critérios atuais de infertilidade;
- Com um filho anterior resultante de PMA e que possuam embriões criopreservados.

c) Nº de ciclos financiados

São alvo de financiamento público específico, de forma integral

- Os tratamentos de IO e IIU, este último até ao limite de 3 ciclos (para cada caso/casal), podendo ser realizados no mesmo ano civil.
- Os tratamentos de 2ª linha, fertilização in vitro ou injeção intra-citoplasmática de espermatozoide (para cada caso/casal), até ao limite de 3 ciclos, podendo ser realizados no mesmo ano civil.

Os casais que já beneficiaram de ciclos FIV/ICIS, ao abrigo deste programa em anos anteriores, poderão realizar novo(s) ciclo(s), desde que o número total não ultrapasse o limite de 3 ciclos FIV/ICIS por caso/casal, quer sejam realizados ao abrigo do Programa PMA ou atividade comum no âmbito do Contrato-Programa. Nas instituições do SNS, por motivos de equidade e de custo-efetividade, prevalece um limite total de três ciclos FIV/ICIS por caso/casal.

1. Preço

Tratamentos de infertilidade	Código	Preço (€)
Consulta apoio à fertilidade (estudo inicial)	57700	88,32 €
Indução ovárica (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 espermatozoides (ICSI)	57740	2.307,84 €
Injeção intra-citoplasmática de espermatozoides 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, este último até ao limite de 3 vezes.

Os códigos 57730 – Fertilização *in vitro* (FIV), 57740 – Injeção intra-citoplasmática de espermatozoides (ICSI) e 57750 – Injeção intra-citoplasmática de espermatozoides 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 espermatozoides (ICSI)
- INF 6 – Injeção intra-citoplasmática de espermatozoides 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 do SNS, em “Outras produções do SNS”:

- PRE 39 – Fertilização in vitro (FIV)
- PRE 40 – Injeção intra-citoplasmática de espermatozoides (ICSI)
- PRE 41 – Injeção intra-citoplasmática de espermatozoides 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.

XIV – 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 poderão faturar esta linha de atividade nos moldes previstos na presente circular.

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 VII, 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

No âmbito da promoção da utilização racional das terapêuticas, introduz-se o seguinte indicador:

- % de utilização de bosentano no total de utilização de medicamentos para o tratamento de pessoas a viver com hipertensão arterial pulmonar

Caso a variação do indicador se situe abaixo da variação média nacional registada em relação ao ano anterior, haverá lugar a uma penalização de 10% apurada pela diferença entre o valor observado para a componente medicamentosa e

o valor dessa componente na média do grupo a que o hospital pertence. Os valores observados e médios aqui referidos serão apurados no final do ano pelo INFARMED.

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 2014			
Número total de doentes tratados em 2014 que abandonaram o programa			
Número total de doentes tratados em 2015			
Número total de doentes novos em 2015			
Número total de doentes tratados em 2016			
Número total de doentes novos em 2016			

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

XV – 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 integram esta modalidade de pagamento podem 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 VII, 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 $\leq$ 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
Número total de doentes tratados em 2014				
Número total de doentes tratados em 2014 que abandonaram o programa				
Número total de doentes tratados em 2015				
Número total de doentes novos em 2015				
Número total de doentes tratados em 2016				
Número total de doentes novos em 2016				

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

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

Com os mesmos objetivos definidos para os anos anteriores, 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 maior custo-efetividade do rastreio, 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 integram esta modalidade de pagamento podem faturar esta linha de atividade nos moldes previstos na presente circular. Nos termos do Despacho 3653/2016, de 11 de março de 2016, as áreas do cancro do cólon e reto, foram constituídas como Centros de Referência.

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 VII, 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 2013				
Número total de doentes tratados em 2014				
Número total de doentes novos em 2014				

Número total de doentes tratados em 2014 que abandonaram o programa				
Número total de doentes tratados em 2015				
Número total de doentes novos em 2015				
Número total de doentes tratados em 2015 que abandonaram o programa				
Número total de doentes tratados em 2016				
Número total de doentes novos em 2016				

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.

XVII – PROGRAMAS PILOTO DE TELEMONTORIZAÇÃO

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).

Em 2014 deu-se início à implementação de uma modalidade de pagamento piloto para a telemonitorização (monitorização remota) de doentes com DPOC, que seguem um protocolo domiciliário pré estabelecido. Em 2016, com o intuito de reforçar a utilização destas ferramentas no SNS, acrescentaram-se duas modalidades:

o programa piloto de telemonitorização do status pós enfarte agudo do miocárdio (PPT-EAM) e o programa piloto de telemonitorização da insuficiência cardíaca crónica (PPT-ICC).

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (PPT-DPOC)

Em 2016 dá-se continuidade à modalidade de pagamento piloto iniciada em 2014 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

Preço compreensivo doente em tratamento/mês

171,09 €

2. Faturação

Apenas os hospitais que integram esta modalidade de pagamento podem 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 dos doentes em tratamento 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 VII, identificando as datas de entrada e saída do doente em tratamento, por fase.

3. Monitorização

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

Informação a reportar no SICA	PPT-DPOC
-------------------------------	----------

Número total de doentes tratados em 2013	
Número total de doentes tratados em 2013	
Número total de doentes tratados em 2014	
Número total de doentes tratados em 2014	
Número total de doentes tratados em 2015	
Número total de doentes tratados em 2015	
Número total de doentes tratados em 2016	
Número total de doentes tratados em 2016	

STATUS PÓS ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO (PPT-EAM)

Um dos objetivos principais no tratamento do enfarte agudo do miocárdio (EAM) é a prevenção de readmissões hospitalares, tentando obter uma melhoria da sobrevida. A deteção atempada dos sintomas de agudização pode prevenir as hospitalizações ou identificar as potenciais complicações numa fase precoce com redução consequente dos custos e melhoria do prognóstico destes doentes.

Nestes termos, em 2016, é implementado um Programa Piloto de Telemonitorização do status pós EAM, através do qual se pretendem obter os seguintes resultados:

1. Elevar a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos fazendo com que se sintam acompanhados de forma contínua na sua doença;
2. Reduzir pelo menos dois internamentos anuais por degradação de saúde do doente;
3. Reduzir três episódios de exacerbação com recurso a Serviço de Urgência por doente em programa;
4. Reduzir a necessidade de duas consultas externas por ano, com inerente impacto nos custos de transportes especiais medicalizados;
5. Seguir de forma proativa e contínua as flutuações das condições de cada paciente permitindo uma reação atempada que adie o mais possível o agravamento da doença.

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.

Tratamento de doentes do status pós EAM	Preço
Elementos de Telemonitorização EAM	3.502 €
Preço compreensivo doente em tratamento/mês	111,83 €

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 integram esta modalidade de pagamento podem faturar esta linha de atividade nos moldes previstos na presente circular.

O 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-EAM devem ser associadas às linhas de produção “PPT-EAM”, 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-EAM são associadas às linhas de produção “PPT-EAM”, 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 do doente em tratamento efetuar-se-á, mensalmente, em “ Tratamentos especiais “, com o seguinte código:

- PPT-EAM – Doente em tratamento (PPT 2).

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

7. A faturação dos elementos de telemonitorização, até ao limite de 15 doentes, efetuar-se-á em "Outras Produções do SNS", com o seguinte código:

- Elementos de telemonitorização EAM (PRE 68);

3. Monitorização

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

Informação a reportar no SICA	PPT-EAM
Número total de doentes tratados em 2016	
Número total de doentes novos em 2016	

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÓNICA (PPT- ICC)

Um dos objetivos principais no tratamento da Insuficiência Cardíaca (IC) é a prevenção de admissões hospitalares e a melhoria da sobrevida. A deteção atempada dos sintomas de agudização pode prevenir as hospitalizações, com

redução consequente dos custos e melhoria do prognóstico destes doentes. Mas para além disso, em particular, são esperados os seguintes resultados:

Nestes termos, em 2016, é implementado um Programa Piloto de Telemonitorização da Insuficiência Cardíaca Crónica, através do qual se pretendem obter os seguintes resultados:

1. Elevar a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos fazendo com que se sintam acompanhados de forma contínua na sua doença;
2. Reduzir pelo menos dois internamentos anuais por degradação de saúde do doente;
3. Reduzir três episódios de exacerbação com recurso a Serviço de Urgência por doente em programa;
4. Reduzir a necessidade de duas consultas externas por ano, com inerente impacto nos custos de transportes especiais medicalizados;
5. Seguir de forma proativa e contínua as flutuações das condições de cada paciente permitindo uma reação atempada que adie o mais possível o agravamento da doença.

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.

Tratamento de doentes PPT-ICC	Preço
Elementos de Telemonitorização ICC	1.732 €
Preço compreensivo doente em tratamento/mês	111,83 €

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 integram esta modalidade de pagamento podem 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 - ICC devem ser associadas às linhas de produção "PPT - ICC", 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-ICC são associadas às linhas de produção "PPT - ICC", 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 dos doentes em tratamento efetuar-se-á, mensalmente, em " Tratamentos especiais ", com o seguinte código:

- PPT- ICC – Doente em tratamento (PPT 3).

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

7. A faturação dos elementos de telemonitorização, até ao limite de 15 doentes efetuar-se-á em "Outras Produções do SNS", com o seguinte código:

- Elementos de telemonitorização ICC (PRE 69);

3. Monitorização

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

Informação a reportar no SICA	PPT-ICC
Número total de doentes tratados em 2016	
Número total de doentes novos em 2016	

XVIII – 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-se-á em 2016 o programa para tratamento de doentes com Polineuropatia Amiloidótica Familiar em estágio 1 (PT - PAF 1).

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	4.863,22€
---------------------------	------------------

2. Faturação

Considerada a casuística e o número de doentes com indicação para tratamento ao abrigo do PT-PAF1, e a recente constituição de Centros de Referência nesta área, em 2016 são elegíveis 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 às 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 VII, 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 2013	
Número total de abandonos em 2013	

Informação a reportar no SICA	PT-PAF1
Número total de doentes tratados em 2014	
Número total de doentes novos em 2014	
Número total de abandonos em 2014	
Número total de doentes tratados em 2015	
Número total de doentes novos em 2015	
Número total de abandonos em 2015	
Número total de doentes tratados em 2016	
Número total de doentes novos em 2016	
Número total de abandonos em 2016	

XIX – PROGRAMA DE TRATAMENTO DE DOENTES PORTADORES DE DOENÇAS LISOSSOMAIAS DE SOBRECARGA (PTDLS)

Apesar da constituição de cinco Centros de Referência para o tratamento de doentes portadores de DLS, as instituições que atualmente tenham doentes portadores destas patologias manter-se-ão, em 2016, responsáveis pelo seu integral tratamento, designadamente, pela aquisição dos fármacos necessários, sem prejuízo de articularem, com os respetivos Centros de Referência, 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 Referência, a listagem de doentes em tratamento e as terapêuticas efetuadas, bem como, todas as alterações que entendam dever propor.

No caso dos doentes tratados em hospitais PPP e SPA, aplicam-se os preços definidos por doença estabelecidos na presente Circular Normativa, devendo a faturação ser dirigida à ACSS nos mesmos moldes em que sucede com os Programas Verticais.

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 VI (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. A faturação destas linhas de produção efetuar-se-á, mensalmente, em “Tratamentos Especiais” com os seguintes códigos:

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 VI	HDI PDLS – MPS VI	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								
ENÇA	DOENTE	DESIGNAÇÃO MEDICAMENTO (DCI)	FORMA DE APRESENTAÇÃO	FREQUÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE MENSAL	QUANTIDADE MENSAL (Nº EMBALAGENS)	QUANTIDADE ANUAL (Nº EMBALAGENS)	OBSERVAÇÕES

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

XX – PROGRAMA PARA COLOCAÇÃO DE IMPLANTES COCLEARES

O implante coclear é um dispositivo eletrónico que tem como objetivo substituir as funções das células do ouvido interno de pessoas com surdez profunda que não são beneficiadas pelo uso de aparelhos auditivos. Trata-se de um equipamento implantado cirurgicamente na orelha que tem a função de estimular o nervo auditivo e recriar as sensações sonoras.

Atualmente, o implante coclear é o único método de reabilitação auditiva que permite a um surdo profundo (criança ou adulto), adquirir ou readquirir a capacidade auditiva e consequentemente desenvolver a linguagem verbal como forma de comunicação.

Pela natureza dos ganhos sociais e em saúde que apresenta, a implantação coclear é um método de reabilitação auditiva suportado pela evidência científica.

Considerada a recente publicação da Norma de Orientação Clínica da Direção-Geral da Saúde sobre Rastreio e Tratamento da Surdez com Implantes Cocleares em Idade Pediátrica, estabelece-se para 2016 uma modalidade de pagamento por doente tratado que incentive a atividade na área da implantação coclear, designadamente, a implantação bilateral e simultânea na idade pediátrica.

1. Preço

Para 2016, os preços a praticar para esta modalidade de pagamento piloto são os seguintes:

Programa para colocação de implantes cocleares	Preço
Implante coclear bilateral	32.500 €
Implante coclear unilateral	18.750 €

* A este valor acresce o protocolo de cuidados definido por peritos designados pela Direção-Geral da Saúde

2. Faturação

Para efeitos de faturação, esta produção encontra-se consubstanciada no GDH 91 - Procedimentos major na cabeça e/ou pescoço, em qualquer nível de severidade, sempre que um dos procedimentos realizados corresponda aos códigos ICD9CM 20.96 - implantação ou substituição de dispositivo coclear protésico, SOE, 20.97 - implantação ou substituição de dispositivo coclear protésico, canal único ou 20.98 - implantação ou substituição de dispositivo coclear protésico, canal múltiplo.

XXIII – CENTROS DE REFERÊNCIA

Conforme referido no Despacho N.º 3653/2016, de 7 de março do Senhor Ministro da Saúde, publicado no Diário da República n.º 50/2016, de 11 de março de 2016, a constituição dos CRe do SNS é um processo que se reveste da mais elevada importância, tanto a nível nacional como europeu, para a prestação de cuidados de saúde de qualidade e para o prestígio e competitividade do sistema de saúde português face aos demais Sistemas de Saúde na União Europeia, posicionando os prestadores nacionais para as Redes Europeias de Referência que vierem a ser criadas.

A Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, que transpõe para ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, consagra a competência do Ministério da Saúde para identificar, aprovar e reconhecer oficialmente centros de referência nacionais, designadamente para diagnóstico e tratamento de doenças raras, assim como promover a participação e integração de centros de referência nacionais que voluntariamente pretendam integrar as Redes Europeias de Referência.

Definidas as áreas em que foram aceites CRe, considerou-se, para efeitos de contratualização e financiamento, a constituição de 4 grupos: (i) transplantação; (ii) oncologia; (iii) doenças raras; (iv) outras áreas médico-cirúrgicas.

Por sua vez, no caso de candidaturas aceites em colaboração interinstitucional, o princípio do financiamento é o de pagamento à instituição que conclui o episódio de tratamento do doente.

Para 2016, os princípios genéricos de incentivo à atividade realizada nas áreas em que existem CRe são:

- ✓ Majoração, em 10% do preço das consultas (primeiras e subsequentes) realizadas em CRe no âmbito das áreas de referência;
- ✓ Redução de 10% do preço das consultas (primeiras e subsequentes) realizadas no âmbito das áreas de referência, em outros centros de tratamento, a apurar no momento da faturação e integrar em sede de acerto de contas;
- ✓ Majoração, em 5%, das linhas de produção de GDH médico e cirúrgico (internamento e ambulatório) realizadas nos CRe, no âmbito das áreas de referência;
- ✓ Redução de 5%, da atividade inerente às linhas de produção de GDH médico e cirúrgico (internamento e ambulatório) realizada em outros centros de tratamento, no âmbito das áreas de referência a apurar no momento da faturação e integrar em sede de acerto de contas.
- ✓ Considerando que alguns dos quatro grupos formados contêm especificidades, definem-se ainda os princípios específicos de financiamento que se consideram adequados em algumas das áreas de referência.

Relativamente a cada área de atividade enquadrável em Centros de Referência, importa observar os seguintes princípios específicos:

a) Transplantação

Na área da transplantação salienta-se que para além da atividade realizada nas linhas constantes dos Contratos-Programa hospitalares, existem incentivos atribuídos nos termos do Despacho n.º 7215/2015 de 23.06. Assim, o financiamento de cuidados em 2016 nesta área será efetuado nos seguintes moldes:

- Manutenção dos preços atuais da atividade realizada nos CRe constituídos e relacionada com a transplantação, nas linhas dos Contratos-Programa hospitalares;
- Redução, em 5%, do valor da atividade realizada em outros centros não reconhecidos como CRe.

b) Área Oncológica

Na área da oncologia, e podendo existir um conjunto relativamente alargado de atividade realizada nas diversas linhas constantes dos Contratos-Programa hospitalares, o financiamento de cuidados em 2016 obedecerá às seguintes regras:

- Aplicação a todas as áreas dos princípios genéricos já referidos, exceto no caso cancro do reto, uma vez que já integra uma modalidade de pagamento por doente tratado com o incentivo à prestação integrada de cuidados naquela área.
- Na redução, em 5%, do valor da atividade realizada em outros centros de tratamento não reconhecidos como CRe.

c) Doenças Raras

No âmbito das Doenças Raras, e para as duas áreas em que existem CRe constituídos, já existem modalidades de pagamento por doente tratado, pelo que se procederá:

- À manutenção dos preços formados no âmbito do PT-PAF1 para a paramiloidose familiar para os CRe aprovados;
- À manutenção dos preços formados no âmbito das doenças lisossomais de sobrecarga (integradas nas Doenças Hereditárias do Metabolismo) para os CRe aprovados;
- À redução de 10% no valor da atividade realizada em outros centros de tratamento não reconhecidos como CRe quer no âmbito do PT-PAF1, quer no âmbito das doenças lisossomais de sobrecarga.

d) Outras áreas médico-cirúrgicas

No caso das restantes áreas (epilepsia refratária, cardiologia de intervenção estrutural e cardiopatias congénitas) pode haver, à semelhança do que sucede na oncologia, um conjunto relativamente alargado de atividade realizada nas linhas constantes dos Contratos-Programa hospitalares. Assim, a estas áreas, aplicar-se-ão os princípios genéricos de incentivo referidos no presente capítulo.

1. Preço

Os preços a praticar para esta modalidade de pagamento são os que decorrem dos princípios anteriormente enunciados e que se encontram detalhados no Anexo VI – Critérios de aplicação dos Centros de Referência.

2. Faturação

A faturação destas linhas de produção efetuar-se-á, mensalmente, em “Centros de Referência” de acordo com as regras detalhadas no Anexo VI – Critérios de aplicação dos Centros de Referência.

XXIV – 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. Entende-se por domicílio o alojamento familiar ou alojamento coletivo onde habitualmente reside o indivíduo. Apenas são objeto de faturação as visitas domiciliárias com registo administrativo e registo da atividade realizada pelos profissionais envolvidos nestes cuidados (37,99 €).

Destaca-se que a eventual implementação de respostas de hospitalização domiciliária nos Hospitais do SNS, a desenvolver em 2017, deve constituir-se como uma resposta integrada e centrada no utente, e não como uma simples extensão da resposta hospitalar para além das fronteiras físicas da instituição, o que exige, entre outros, que sejam definidos os critérios de articulação com os CSP, com as estruturas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com o setor social e com a comunidade, assim como uma articulação com outras respostas inovadoras no SNS.

XXV – 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 €).

XXVI – 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 antirretrovíricas.

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). A inexistência do devido registo da cedência implica o não pagamento dos medicamentos cedidos.

São excluídos ainda os medicamentos cedidos em ambulatório a pessoas a viver 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.

A utilização do Código Hospitalar Nacional de Medicamento (CHNM) passa a ser de utilização obrigatória, sendo que todos os registos que não identifiquem o respetivo código não serão passíveis de faturação.

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 de 19.980,36 € (1.665,03 €/mês).
- Internos do segundo ano do internato médico (vagas normais) (PRE 27), no valor de 11.457,72 € (954,81 €/mês).
- Internos do segundo ano do internato médico – vagas preferenciais com compromisso de formação, (PRE 45), no valor de 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.

3. Programa de promoção de investigação e desenvolvimento (I&D)

A componente de investigação e desenvolvimento é essencial para a qualificação e afirmação do SNS.

Nesta perspetiva, continuará a aplicar-se em 2016 o Programa de Promoção de Investigação e Desenvolvimento, através do qual se pretende premiar e estimular a produção científica realizada pelos Hospitais e Centros Hospitalares e ULS do SNS.

No âmbito deste Programa de Promoção de Investigação e Desenvolvimento as instituições concorrem entre si pela dotação anual de 2 M€ (em 2016), distribuída segundo o peso relativo da pontuação alcançada por cada uma das patentes registadas e artigos científicos publicados em 2015, de acordo com as seguintes regras:

- Cada artigo com primeiro autor da instituição hospitalar corresponde ao fator de impacto do Science Citation Index (SCI) da respetiva revista científica;
- Cada artigo em co-autoria de elemento da instituição hospitalar que não como primeiro autor, corresponde a uma pontuação de 0,25% da pontuação SCI da respetiva revista;
- No caso de vários co-autores, a pontuação dada a cada artigo não pode ultrapassar a pontuação SCI da respetiva revista;
- Cada patente registada no período corresponde a um fator de impacto 10.

A faturação deverá ocorrer anualmente nos termos previstos da presente Circular Normativa e de acordo com a informação registada no relatório do SICA denominado “Programa de Promoção de Investigação e Desenvolvimento” e após, devidamente validado, pela ARS.

Esta faturação deverá ser efetuada em “Outras produções do SNS”, através da linha PRE 67 - Programa de Investigação e Desenvolvimento.

XXVII – 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.

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.

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, radioterapia, implantes cocleares e doenças lisossomais, assim como as linhas referentes aos Centros de Referência, 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 e permanência em lar (IPO);
 - ✓ 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;
 - ✓ De acordo com o preço marginal definido para as linhas de urgência (Serviço de Urgência Básica, 1 €; Serviço de Urgência Médico-cirúrgica, 5 € e Serviço de Urgência Polivalente, 10 €);
 - ✓ 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 $vpm = vgc - (i + vpbf)$.

Remuneração da produção marginal cirúrgica

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.

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.

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.

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.

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.

Produção não remunerada no âmbito do Contrato-programa (Proveitos extra-contrato)

Para todas as situações de âmbito cirúrgico que se enquadrem no Programa de Incentivo à Realização de Atividade Cirúrgica no SNS aplicam-se as regras emanadas na Circular Normativa nº 12/2016 de 19 de maio, segundo as quais esta produção constitui-se como proveito extra-contrato.

XXVIII – 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 nº 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, ADM das Forças Armadas e Imprensa Nacional Casa da Moeda 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), 935618 (Convenção – Cabo Verde Bolseiros), 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), 935631 (Imprensa Nacional Casa da Moeda) e a partir de 13 de abril de 2016 e 25 de junho de 2016, as entidades 935629 (SNS – Inscritos Açores) e 935630 (SNS – Inscritos Madeira) respetivamente. Para as entidades financeiras referentes a situações de acesso de cidadãos estrangeiros, aplicam-se as regras emanadas no Manual de Acolhimento no acesso ao sistema de saúde de cidadãos estrangeiros.

Reforça-se que o acesso a cuidados de saúde para cidadãos em situação irregular, por aplicação do Despacho n.º 25360/2001, de 16 de novembro, são responsabilidade financeira do SNS para situações de risco de saúde pública. Estas situações estão elencadas no Manual de Acolhimento e Circular Informativa n.º 12/DQS/DMD, de 07-05-2009 da DGS. Nestas situações os atos devem ser faturados através do código 935624 (Em situação irregular – Cuidados urgentes e vitais) ou 935625 (Menor em situação irregular).

Os cuidados de saúde prestados aos cidadãos em situação irregular fora das situações acima mencionadas, devem ser cobradas de acordo com a Tabela de preços em vigor e devem ser faturados como terceiro pagador.

Os atos praticados a cidadãos estrangeiros em situação regular, que não apresentem Cartão Europeu de Seguro de Doença ou não estejam abrangidos por Convenção Bilateral, devem ser cobrados de acordo com a Tabela de preços em vigor e igualmente faturados como terceiro pagador.

Informa-se que a inscrição de cidadãos estrangeiros com n.º de utente, deve estar completa com os campos referentes à Identificação do utente, Nacionalidade/Naturalidade, Documentação e Correspondência. Para as inscrições efetuadas através do Passaporte terá ainda de conter indicação do n.º de visto de residência e respetiva data de validade. Para estas situações, os atos devem ser faturados através do código 935610 (Migrante residente com n.º de Utente).

Esclarece-se que a atribuição de n.º de utente só deve ser aplicada a cidadãos estrangeiros em situação de residência em Portugal e não em situação de estada.

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 e Centros Hospitalares EPE

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 efetivamente 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, em relação à PRODUÇÃO MENSAL REALIZADA, devem proceder à emissão de uma única fatura com data de 31.12.2016, a enviar em suporte eletrónico e em suporte de papel, até ao dia 23 do mês de janeiro de 2017, considerando para o efeito o valor acumulado constante no Relatório Estimativa de Proveitos referente ao mês de dezembro de 2016.

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

Em anexo a esta fatura tem que constar o relatório de estimativa de proveitos que lhe deu origem. Para o endereço faturacao_sns@acss.min-saude.pt deverão enviar em formato digitalizado os mesmos documentos, colocando no assunto a sigla “PMR”.

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”.

Os ficheiros justificativos, da produção realizada com base nos vários tipos de prestação de cuidados de saúde utilizados no âmbito da contratação de volumes de produção não constituem documento legal ou contabilístico, não exigindo dessa forma o envio de documento comprovativo em papel para a ACSS.

Apenas constituem faturas, as linhas: PRODUÇÃO MENSAL REALIZADA, INCENTIVOS e ACERTO FINAL.

3.2. Contabilização dos Incentivos

Os incentivos serão contabilizados mensalmente como Acréscimo de Proveitos de acordo com a Circular Normativa Nº 19/2014 de 1 de julho de 2016.

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. Hospitais e Centros Hospitalares SPA

A faturação a realizar pelas unidades de saúde mantém-se de periodicidade mensal com base nos vários tipos de prestação de cuidados de saúde utilizados no âmbito da contratação de volumes de produção. A fatura deve ser acompanhada da relação dos cuidados prestados que deve conter, obrigatoriamente, todos os cuidados prestados ao doente, a entidade financeira responsável, o número de utente, o número do processo e o número do episódio respetivo. Após a faturação do ano estar finalizada, a ACSS procederá a validações finais referentes ao fecho do processo de faturação, de acordo com as regras em vigor.

5. 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.

6. 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 8/2015, de 20 de janeiro), toda a informação reportada será feita através do código de 16 dígitos resultante do mapeamento efetuado pelas Instituições.

7. 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.

8. 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.

9. 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 2015 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 central de Morbilidade Hospitalar (BDMH). Não é possível a faturação de episódios não integrados na BDMH.

10. 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, até às datas de 12 de abril de 2016 e 24 de junho de 2016, para as entidades das regiões autónomas dos Açores e Madeira, respetivamente.

XXIX – PENALIDADES

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

Áreas	Obrigação	Penalidades (P)
A. Programas de promoção e adequação do acesso (55%)	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. (10%) (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%: $P = \text{Valor NC simples} + \text{Valor NC grave} + \text{Valor NC materiais}$ $\text{Valor NC simples} = 1/20 \times \text{PBR} \times \text{N}^\circ \text{ NC simples}$ $\text{Valor NC graves} = 3 \times 1/20 \times \text{PBR} \times \text{N}^\circ \text{ NC graves}$ $\text{Valor NC materiais} = 1/200 \times 3 \times 1/20 \times \text{PBR} \times \text{N}^\circ \text{ entradas} \times \text{N}^\circ \text{ falhas} \times \text{N}^\circ \text{ NC materiais}$
	A.2 SIGIC – Redução de nº de inscritos em LIC de ortopedia, face a dezembro de 2015, em pelo menos 10% (5%)	Variação da LIC de Ortopedia > -10% $P = \text{valor contrato} \times 1\% \times 5\%$
	A.3 SIGIC – Redução do nº de cancelamentos em pelo menos 10% (5%)	Variação do nº de cancelamentos > -10% $P = \text{valor contrato} \times 1\% \times 5\%$
	A.4 CTH – Gestão dinâmica da Lista de Inscritos de Oftalmologia (5%)	Variação do nº de pedidos não concluídos > -10% (exceto nos casos em que as consultas realizadas dentro TMRG > = 85%) $P = \text{valor contrato} \times 1\% \times 5\%$
	A. 5 CTH – Redução nº casos cujo intervalo entre o pedido e agendamento é >5 dias em 20% (5%)	Variação do nº de casos cujo intervalo entre o pedido e o agendamento é superior a 5 dias > -20% $P = \text{valor contrato} \times 1\% \times 5\%$
	A.6 CTH – Peso das primeiras consultas de dermatologia realizadas por telemedicina no total de primeiras consultas de dermatologia igual ou superior a 50% (5%)*	1ªs consultas dermatologia realizadas por telemedicina (CTH) / total de 1ªs consultas de dermatologia (CTH) < 50% $P = \text{valor contrato} \times 1\% \times 5\%$

Áreas	Obrigação	Penalidades (P)
	A.7 CTH – Redução nº pedidos Rec. Em 25% (5%)	Varição do nº de pedidos recusados > -25% P= valor contrato x 1% x 5%
	A.8 Varição do recurso ao exterior para realização de MCDT (10%)	Varição do recurso ao exterior > -25% P= valor contrato x 1% x 10%
	A.9 Varição dos encargos SNS com medicamentos biológicos acima da variação média nacional (5%)	Varição dos encargos > Varição média nacional P = valor contrato x 1% 5 %
B. Reporte e publicação de informação de gestão (16%)	B.1 Reporte mensal Sica - % dados com incoerências inferior a 1% (4%)	Relatório qualidade de dados com apuramento incoerências superior a 1% P = valor contrato x 1% x 4%
	B.2 Reporte de informação financeira no SIEF mensalmente até ao dia 10 (4%)	Reporte em data posterior ao dia 10 em cada mês de incumprimento P = valor contrato x 1% x 4% x (1/12)
	B. 3 Publicação no Portal do SNS dos Instrumentos de gestão obrigatórios (4%)	Disponibilização < 90% P = valor contrato x 1% x 4%
	B. 4 ROR – Reporte de Informação para o Registo Oncológico Regional (4%)	Reporte em data posterior ao dia 10 em cada mês de incumprimento P = valor contrato x 1% x 4%
C. Registo, consulta, partilha de informação e desmaterialização de processos (24%)	C.1 Disponibilização das notas de altas médicas dos doentes saídos no período (3%)	Disponibilização < 75% P = valor contrato x 1% x 3%
	C.2 Disponibilização das notas de altas de enfermagem dos doentes saídos no período (3%)	Disponibilização < 75% P = valor contrato x 1% x 3%
	C.3 Disponibilização das notas de Transferências dos doentes saídos das UCI (3%)	Disponibilização < 75% P = valor contrato x 1% x 3%
	C.4 Percentagem de episódios de urgência com consulta à PDS (3%)	Consultas < 75% P = valor contrato x 1% x 3%
	C.5 % episódios com consulta à PDS	Consultas < 75%

Áreas	Obrigações	Penalidades (P)
	(3%)	$P = \text{valor contrato} \times 1\% \times 3\%$
	C.6 % de embalagens prescritas em Receita Sem Papel (RSP) (4%)	RSE <85% $P = \text{valor contrato} \times 1\% \times 4\%$
	C.7 % de notícias de nascimento (2%)	Notícias <75% $P = \text{valor contrato} \times 1\% \times 2\%$
	C.8 Taxa de registo de utilização da “Lista de Verificação Segurança Cirúrgica” (3%)	Taxa de registo < 95% $P = \text{valor contrato} \times 1\% \times 3\%$
D. Cobrança de receita (5%)	E.1. Cobrança efetiva receita (5%)	Cobrança < 90% $P = \text{valor contrato} \times 1\% \times 5\%$

* No caso das instituições que não têm consulta de dermatologia os indicador A.7 assumem um peso de 10% (5%)

% 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 (2.285,00 €)

XXX – ACERTO FINAL DO CONTRATO

O acerto final de contas relativo à execução do Contrato-Programa 2016 deve ocorrer até 30 de julho de 2017, 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 2015)
Ficheiros justificativos da atividade assistencial contratada	HH/ULS	90 dias
Ficheiros justificativos 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
Ficheiros justificativos da produção marginal	HH	90 dias
Validações finais dos ficheiros justificativos emitidos	ACSS	180 dias
Acerto final do contrato	ACSS/HH/ULS	210 dias

XXXI – PAGAMENTOS⁷

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. Com a introdução do Programa de Incentivo à Realização de Atividade Cirúrgica no SNS e manutenção do princípio da responsabilização financeira do hospital de origem pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados garante-se a assunção contratual das responsabilidades financeiras por parte dos hospitais de origem consubstanciada através do sistema de compensação de créditos e débitos entre instituições do SNS criado através do Despacho n.º 49/2016, de 19 de maio, emanado pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde. Nesse sentido, a ACSS cativará nos adiantamentos mensais referentes ao Contrato-Programa do hospital de origem, o valor em dívida, efetuando o respetivo pagamento ao hospital de destino do SNS o que se irá refletir no valor global do contrato-programa.

A Presidente do Conselho Diretivo



(Marta Temido)

⁷ Despacho n.º 49/2016, de 19 de maio e Circular Normativa nº 12/2016 de 19 de maio

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 prescritor deve confirmar por escrito na receita médica que se trata de um doente abrangido por este despacho.	Os encargos financeiros são suportados pelos orçamentos dos respetivos estabelecimentos hospitalares.
Doentes insuficientes renais crónicos e transplantados renais	Despacho n.º 3/91, de 8 de Fevereiro (DR, 2.ª série, n.º 64, de 18 de Março de 1991), alterado por Despacho n.º 11 619/2003, de 22 de Maio (DR, 2.ª série, n.º 136, de 14 de Junho de 2003), Despacho n.º 14 916/2004, de 2 de Julho (DR 2.ª série, n.º 174, de 26 de Julho de 2004), Retificação 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,	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
	de 17 de Junho (DR, 2ª série, n.º 122, de 28 de Junho de 2011).			
Deficiência da hormona de crescimento na criança, Síndrome de Turner, Perturbações do crescimento, Síndrome de Prader – Willi, e terapêutica de substituição em adultos	Despacho nº 12455/2010 de 22 de Julho (DR, 2ª série nº 148 de 2 de Agosto de 2010)	Acesso à hormona do crescimento	Comparticipação integral	



Patologia especial	Legislação	Indicações terapêuticas	Comparticipações especiais nas farmácias	Responsabilidade financeira
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	Despacho n.º 3837/2005, de 27 de Janeiro (DR, 2.ª série, n.º 37, de 22 de Fevereiro de 2005) e Retificação n.º 652/2005, de 6 de Abril (DR, 2.ª série, n.º 79, de 22 de Abril de 2005).	Acesso aos medicamentos <i>Sandostatina, Sandostatina LAR, Somatulina, somatulina Autogel e Somavert</i>	Comparticipação integral , apenas podem ser prescritos por médicos especialistas em endocrinologia, para o tratamento de doentes acromegálicos, devendo da receita médica constar referência expressa a este despacho. A dispensa é feita exclusivamente através dos serviços farmacêuticos dos hospitais.	Os encargos são da responsabilidade do hospital onde o mesmo é prescrito , salvo se a responsabilidade couber a qualquer subsistema de saúde, empresa seguradora ou outra entidade pública ou privada.
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),	Profilaxia da rejeição do transplante alogénico	Comparticipação integral , de prescrição exclusiva por médicos especialistas, nos respetivos 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	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 19 964/2008 de 15 de Julho (DR, 2.ª série, n.º 144, de 28 de Julho de 2008), Despacho n.º 8598/2009, de 19 de Março (DR, 2.ª série, n.º 60, de 26 de Março de 2009), 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), Retificação 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).		despacho, de dispensa exclusivamente, através dos serviços farmacêuticos dos hospitais.	
Doentes com hepatite C	Portaria n.º 114-A/2015, de 18 de Fevereiro (DR, 2.ª série, n.º 34, de 18 de Fevereiro de 2015).	Doentes com hepatite C; acesso aos medicamentos: - Boceprevir; - Peginterferão alfa-	Comparticipação integral , com a exceção do Sofosbuvir e Ledispavir + sofosbuvir, prescritos a doentes portadores de hepatite C crónica, notificados à entidade competente através da declaração obrigatória de doenças transmissível. O médico prescriptor deve confirmar por escrito na receita médica que o	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
		2ª; - Peginterferão alfa- 2b; - Ribavirina;	doente se encontra abrangido por este diploma. A dispensa é efetuada, exclusivamente, através dos serviços farmacêuticos dos hospitais onde existam serviços ou consultas especializados no tratamento de doentes com hepatite C.	
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 Retificação 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 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).	Doentes com esclerose múltipla	Comparticipação integral , de prescrição exclusiva por médicos neurologistas, nos respetivos 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.
Doença de Crohn ativa grave ou formação de fístulas	Despacho 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	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



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

Patologia especial	Legislação	Indicações terapêuticas	Comparticipações especiais nas farmácias	Responsabilidade financeira
			hospitais.	outra entidade pública ou privada.



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

Parque de Saúde de Lisboa, Edifício 16, Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa, Portugal

Telefone Geral (+) 351 21 792 58 00 Fax (+) 351 21 792 58 48 E-mail geral@acss.min-saude.pt WWW.ACSS.MIN-SAUDE.PT



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.
Polineuropatia Amiloidótica Familiar	---	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.
Programa para colocação de implantes cocleares	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Doença pulmonar obstrutiva crónica	---	Pr. C.	---	---
Programa piloto de telemonitorização do status pós enfarte agudo do miocárdio	---	Pr. C.	---	---
Programa piloto de telemonitorização da insuficiência cardíaca crónica	---	Pr. C.	---	---
Centros de Referência	---	Pr. C.	Pr. de acordo com as regras de volume e valorização da linha de produção respetiva	Pr. de acordo com as regras de volume e valorização da linha de produção respetiva
Radioterapia	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Urgência	50% Pr. C.	Pr. C.	Pr. Marginal	---

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 para vales de cirurgia emitidos até 30 de abril de 2016.

Nota: A valorização dos medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório está sujeita ao limite do valor contratado.

A valorização do internato médico será feita 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
Parque de Saúde de Lisboa |
Edifício 16
Avenida do Brasil, 53
1700-063 LISBOA
Nr. Contribuinte: 508188423

Período de Referência:

Ano 2015	Quantida de	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

Parque de Saúde de Lisboa |
Edifício 16
Avenida do Brasil, 53
1700-063 LISBOA

Nr. Contribuinte: 508188423

Período de Referência:

Ano 2015	Quantida de	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. AMBULATÓRIO
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 I
DLS	6	MPS II
DLS	7	MPS VI
DMC	1	PSIQUIATRIA NO EXTERIOR
DMC	2	PSIQUIATRIA NO EXTERIOR – OUTRAS INSTITUIÇÕES
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 VI
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)
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
OUF	19	VERBA DE DISPONIBILIDADE DO SERVIÇO – SUB
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
PPT	2	PPT-EAM – DOENTE EM TRATAMENTO
PPT	3	PPT-ICC – DOENTES 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 – INJEÇÃO INTRA-CITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZÓIDES (ICSI)
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 ⁸
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	67	PROGRAMA DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
PRE	68	ELEMENTOS DE TELEMONITORZAÇÃO - EAM
PRE	69	ELEMENTOS DE TELEMONITORZAÇÃO - ICC
PRE	70	COMPONENTE FIXA DE DISPONIBILIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA BÁSICA
PRE	71	COMPONENTE FIXA DE DISPONIBILIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA
PRE	72	COMPONENTE FIXA DE DISPONIBILIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE
RAD	1	RADIOTERAPIA – TRATAMENTOS SIMPLES
RAD	2	RADIOTERAPIA – TRATAMENTOS COMPLEXOS
URG	2	URG. BÁSICA

⁸ Linha apenas aplicável a Instituições que não disponham do sistema de informação SI/VIDA

URG	3	URG. MÉDICO-CIRÚRGICA
URG	4	URG. POLIVALENTE
TRP	1	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTE HEPÁTICO
TRP	2	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTAÇÃO CARDÍACA PEDIÁTRICA
TRP	3	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTAÇÃO CARDÍACA ADULTOS
TRP	4	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTAÇÃO RENAL PEDIÁTRICA
TRP	5	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTE DE PÂNCREAS
TRP	6	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTE RENAL ADULTOS
TRP	7	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTE PULMONAR
TRP	8	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTE HEPÁTICO
TRP	9	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTAÇÃO CARDÍACA PEDIÁTRICA
TRP	10	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTAÇÃO CARDÍACA ADULTOS
TRP	11	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTAÇÃO RENAL PEDIÁTRICA
TRP	12	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTE DE PÂNCREAS
TRP	13	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTE RENAL ADULTOS
TRP	14	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTE PULMONAR
TRP	15	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS – APÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO
TRP	16	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS – APÓS TRANSPLANTAÇÃO CARDÍACA PEDIÁTRICA
TRP	17	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS – APÓS TRANSPLANTAÇÃO CARDÍACA ADULTOS
TRP	18	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS – APÓS TRANSPLANTAÇÃO RENAL PEDIÁTRICA
TRP	19	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS – APÓS TRANSPLANTE DE PÂNCREAS
TRP	20	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS – APÓS TRANSPLANTE RENAL ADULTOS
TRP	21	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS – APÓS TRANSPLANTE PULMONAR
TRP	22	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES – APÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO
TRP	23	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES – APÓS TRANSPLANTAÇÃO CARDÍACA PEDIÁTRICA
TRP	24	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES – APÓS TRANSPLANTAÇÃO CARDÍACA ADULTOS
TRP	25	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES – APÓS TRANSPLANTAÇÃO RENAL PEDIÁTRICA
TRP	26	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES – APÓS TRANSPLANTE DE PÂNCREAS
TRP	27	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES – APÓS TRANSPLANTE RENAL ADULTOS
TRP	28	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES – APÓS TRANSPLANTE PULMONAR
PON	1	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - ONCO-OFTALMOLOGIA
PON	2	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - ONCOLOGIA PEDIÁTRICA
PON	3	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO ESÓFAGO

PON	4	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO TESTÍCULO
PON	5	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – SARCOMAS DAS PARTES MOLES E ÓSSEOS
PON	6	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - ONCO-OFTALMOLOGIA
PON	7	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - ONCOLOGIA PEDIÁTRICA
PON	8	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO ESÓFAGO
PON	9	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO TESTÍCULO
PON	10	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – SARCOMAS DAS PARTES MOLES E ÓSSEOS
PON	11	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH MÉDICO - ONCO-OFTALMOLOGIA
PON	12	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH MÉDICO - ONCOLOGIA PEDIÁTRICA
PON	13	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH MÉDICO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO ESÓFAGO
PON	14	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH MÉDICO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO TESTÍCULO
PON	15	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH MÉDICO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – SARCOMAS DAS PARTES MOLES E ÓSSEOS
PON	16	CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - ONCO-OFTALMOLOGIA
PON	17	CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - ONCOLOGIA PEDIÁTRICA
PON	18	CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO ESÓFAGO
PON	19	CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO TESTÍCULO
PON	20	CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – SARCOMAS DAS PARTES MOLES E ÓSSEOS
PON	21	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - ONCO-OFTALMOLOGIA
PON	22	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - ONCOLOGIA PEDIÁTRICA
PON	23	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO ESÓFAGO
PON	24	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO TESTÍCULO
PON	25	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - ONCOLOGIA DE ADULTOS – SARCOMAS DAS PARTES MOLES E ÓSSEOS
PON	26	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - ONCO-OFTALMOLOGIA
PON	27	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - ONCOLOGIA PEDIÁTRICA
PON	28	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO ESÓFAGO
PON	29	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO TESTÍCULO
PON	30	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - ONCOLOGIA DE ADULTOS – SARCOMAS DAS PARTES MOLES E ÓSSEOS
OMC	1	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - EPILEPSIA REFRACTÁRIA
OMC	2	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO ESTRUTURAL
OMC	3	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - CARDIOPATIAS CONGÉNITAS

OMC	4	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - EPILEPSIA REFRACTÁRIA
OMC	5	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO ESTRUTURAL
OMC	6	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - CARDIOPATIAS CONGÉNITAS
OMC	7	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH MÉDICO - EPILEPSIA REFRACTÁRIA
OMC	8	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH MÉDICO - CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO ESTRUTURAL
OMC	9	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH MÉDICO - CARDIOPATIAS CONGÉNITAS
OMC	10	CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - EPILEPSIA REFRACTÁRIA
OMC	11	CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO ESTRUTURAL
OMC	12	CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - CARDIOPATIAS CONGÉNITAS
OMC	13	AMBULATÓRIO – GDH MÉDICOS - EPILEPSIA REFRACTÁRIA
OMC	14	AMBULATÓRIO – GDH MÉDICOS - CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO ESTRUTURAL
OMC	15	AMBULATÓRIO – GDH MÉDICOS - CARDIOPATIAS CONGÉNITAS
OMC	16	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - EPILEPSIA REFRACTÁRIA
OMC	17	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO ESTRUTURAL
OMC	18	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - CARDIOPATIAS CONGÉNITAS
OMC	19	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - EPILEPSIA REFRACTÁRIA
OMC	20	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO ESTRUTURAL
OMC	21	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - CARDIOPATIAS CONGÉNITAS

ANEXO V – TABELA DE PREÇOS 2016

LINHA DE ATIVIDADE	CP 2016	Preço Unitário para faturação
INTERNAMENTO AGUDOS		
GDH Cirúrgicos Programados*	2.285,00 €	2.285,00 €
GDH Cirúrgicos Urgentes*	2.014,27 €	2.014,27 €
GDH Médicos*	2.285,00 €	2.285,00 €
Ambulatório (GDH Cirúrgicos)*	2.285,00 €	2.285,00 €
Ambulatório (GDH Médicos)*	2.285,00 €	2.285,00 €
INTERNAMENTO CRÓNICOS		
Psiquiatria Crónica* ⁽¹⁾	39,17 €	39,17 €
Psiquiatria (Reabilitação Psicossocial)*	39,17 €	39,17 €
Ventilados*	244,01 €	244,01 €
MFR*	205,10 €	205,10 €
Hansen*	70,75 €	70,75 €
CONSULTA EXTERNA		
Grupo A*	35,00 €	35,00 €
Grupo B*	37,99 €	37,99 €
Grupo C*	42,27 €	42,27 €
Grupo D*	64,95 €	64,95 €
Grupo E*	68,02 €	68,02 €
Grupo F*	101,51 €	101,51 €
Grupo Psiquiátrico*	94,35 €	94,35 €
URGÊNCIA		
Urgência (Polivalente)*	100 €	100 €
Urgência (Médico-cirúrgica)*	50 €	50 €
Urgência (Básica)*	40 €	40 €
HOSPITAL DE DIA		
Hematologia*	293,52 €	293,52 €

Imunohemoterapia*	293,52 €	293,52 €
Psiquiatria*	30,49 €	30,49 €
Psiquiatria (Unidades Sócio-Ocupacionais)*	30,49 €	30,49 €
H. Dia Base*	20,14 €	20,14 €
RADIOTERAPIA		
Tratamentos Simples	104,53 €	104,53 €
Tratamentos Complexos	250,92 €	250,92 €
DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL		
Diagnóstico Pré-natal – PI	37,72 €	37,72 €
Diagnóstico Pré-natal – PII	64,61 €	64,61 €
INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ		
IG Medicamentosa	283,10 €	283,10 €
IG Cirúrgica	368,61 €	368,61 €
LAR/IPO	62,95 €	62,95 €
SERVIÇO DOMICILIÁRIO	37,99 €	37,99 €
PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA		
Financiamento ciclos IIU	335,04 €	335,04 €
Financiamento ciclo IO	132,48 €	132,48 €
Financiamento Primeira consulta médica de apoio à fertilidade	88,32 €	88,32 €
Financiamento ciclos FIV realizados	2.097,60 €	2.097,60 €
Financiamento ciclos ICSI com espermatozoides recolhidos cirurgicamente realizados	2.936,64 €	2.936,64 €
Financiamento de ciclos ICSI realizados	2.307,84 €	2.307,84 €
PROGRAMAS DE DOENTES TRATADOS		
VIH/Sida	9.165,60 €	763,80 €
Esclerose Múltipla	12.379,80 €	1.031,65 €
Hipertensão Pulmonar		
Financiamento 1º ano	8.408,28 €	700,69 €
Financiamento após 1º ano CF < III	22.555,56 €	1.879,63 €
Financiamento após 1º ano CF < IV	162.563,40 €	13.546,95 €
Oncológicas		

Cancro Mama (1º ano)	11.148,96 €	929,08 €
Cancro Mama (2º ano)	4.821,84 €	401,82 €
Cancro Colo do Útero (1º ano)	10.630,80 €	885,90 €
Cancro Colo do Útero (2º ano)	2.530,68 €	210,89 €
Cancro Cólon e Reto (1º ano)	13.236,72 €	1.103,06 €
Cancro Cólon e Reto (2º ano)	4.957,08 €	413,09 €
Paramiloidose	58.358,74 €	4.863,22 €
LISOSSOMAS DE SOBRECARGA		
Financiamento FABRY	158.684,84 €	13.223,74 €
Financiamento POMPE	244.106,20 €	20.342,18 €
Financiamento GAUCHER	190.617,10 €	15.884,76 €
Financiamento NIEMANN-PICK	39.652,21 €	3.304,35 €
Financiamento MPS I	193.797,41 €	16.149,78 €
Financiamento MPS II	313.750,26 €	26.145,86 €
Financiamento MPS VI	348.668,83 €	29.055,74 €
IMPLANTES COCLEARES		
Financiamento Implante Coclear Bilateral	32.500 €	32.500 €
Financiamento Implante Coclear Unilateral	18.750 €	18.750 €
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (PPT – DPOC)	3.178,39 €	171,09 €
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÓNICA		
Elementos de Telemonitorização PPT – EAM	3.502,00 €	3.502,00 €
Financiamento PPT – EAM	111,83 €	111,83 €
DOENTES PÓS ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO		
Elementos de Telemonitorização PPT – ICC	1.732,00 €	1.732,00 €
Financiamento PPT – ICC	111,83 €	111,83 €
SAÚDE MENTAL CRÓNICOS		
Saúde Mental Crónicos – Ordens Religiosas	39,17 €	39,17 €
Saúde Mental Crónicos – Outras Instituições	39,17 €	39,17 €
INTERNOS		
Internos do primeiro ano da especialidade	19.980,36 €	1.665,03 €

Internos do segundo ano da especialidade	11.457,72 €	954,81 €
Internos – Vagas preferenciais com compromisso de formação	22.915,56 €	1.909,63 €

* Linhas de produção para as quais as ARS poderão variar o preço base em 3%.

(1) Com a exceção das Instituições Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Magalhães Lemos e Hospital Psiquiátrico de Lisboa:

ANEXO VI – CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA

Como princípios genéricos de incentivo à atividade realizada no âmbito das áreas em que foram constituídos CRe, os princípios de financiamento são os seguintes:

- Majoração, em 10% do preço das consultas (primeiras e subsequentes) realizadas em CR no âmbito das áreas de referência;
- Redução de 10% do preço das consultas (primeiras e subsequentes) realizadas no âmbito das áreas de referência, em outros centros de tratamento, a apurar no momento da faturação e integrar em sede de acerto de contas;
- Majoração, em 5%, das linhas de produção de GDH médico e cirúrgico (internamento e ambulatório) realizadas nos CR, no âmbito das áreas de referência;
- Redução de 5%, da atividade inerente às linhas de produção de GDH médico e cirúrgico (internamento e ambulatório) realizada em outros centros de tratamento, no âmbito das áreas de atividade dos CR e a apurar no momento da faturação e integrar em sede de acerto de contas.

Valor das linhas:

Internamento Programado - GDH Cirúrgico CRe (CRE 1)

- a. Para CR: $DE \times ICM \times \text{Preço}$ (Valor contratado de Internamento Programado – GDH Cirúrgico com majoração de 5%)

Internamento Urgente - GDH Cirúrgico CRe (CRE 2)

- a. Para CR: $DE \times ICM \times \text{Preço}$ (Valor contratado de Internamento Urgente – GDH Cirúrgico com majoração de 5%)

Internamento Programado - GDH Médico CRe (CRE 3)

- a. Para CR: $DE \times ICM \times \text{Preço}$ (Valor contratado de Internamento Programado – GDH Médico com majoração de 5%)

Cirurgia de Ambulatório CRe (CRE 4)

- a. Para CR: $Qtd \times \text{Preço}$ (Valor contratado de Cirurgia de Ambulatório – Doentes Equivalentes com majoração de 5%)

Ambulatório – GDH Médicos CRe (CRE 5)

- a. Para CR: $Qtd \times \text{Preço}$ (Valor contratado de Ambulatório – GDH Médicos com majoração de 5%)

Primeiras Consultas Médicas CRe (CRE 6)

- a. Para CR: $Qtd \times \text{Preço}$ (Valor contratado de Primeiras Consultas Médicas com majoração de 10%)

Consultas Médicas Subsequentes CRe (CRE 7)

- a. Para CR: $Qtd \times \text{Preço}$ (Valor contratado de Consultas Médicas Subsequentes com majoração de 10%)

CR na área da Transplantação

Tabela 1 – CR na área da transplantação

Centros de Referência - Área da transplantação Financiamento		
Aviso de Abertura	Área de intervenção prioritária	Centros de Referência reconhecidos
Aviso n.º 8402-A/2015	Transplante hepático	CHP; CHUC; CHLC
Aviso n.º 8402-E/2015	Transplantação cardíaca pediátrica	N/A
Aviso n.º 8402-H/2015	Transplantação cardíaca adultos	CHUC
Aviso n.º 8402-J/2015	Transplantação renal pediátrica	CHP; CHLN
Aviso n.º 8402-K/2015	Transplante pâncreas	CHP; CHLC
Aviso n.º 8402-L/2015	Transplante renal adultos	CHSJ; CHP; CHUC; CHLC; CHLO
Aviso n.º 8402-M/2015	Transplante pulmonar	CHLC

Na área da transplantação propriamente dita, salienta-se que para além da atividade realizada nas linhas constantes dos CP hospitalares, existem incentivos atribuídos nos termos do Despacho n.º 7215/2015 de 23.06.

Serão contratados os programas de transplantes referidos acima. Ou seja,

1. Transplante Hepático
2. Transplantação Cardíaca Pediátrica
3. Transplantação Cardíaca Adultos
4. Transplantação Renal Pediátrica
5. Transplante de Pâncreas
6. Transplante Renal Adultos
7. Transplante Pulmonar

Que se irão traduzir nas linhas:

- a. Internamento Programado - GDH Cirúrgico – CR Transplantação
- b. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico – CR Transplantação
- c. Primeiras Consultas Médicas – CR Transplantação
- d. Consultas Médicas Subsequentes – CR Transplantação

FATURAÇÃO

1. Linhas contratadas do programa de transplantes
 - a. Concorrem para o contratado na linha Internamento Programado - GDH Cirúrgico – CRE
 - i. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Transplante Hepático (TRP 1)
 - ii. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Transplantação Cardíaca Pediátrica (TRP 2)
 - iii. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Transplantação Cardíaca Adultos (TRP 3)
 - iv. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Transplantação Renal Pediátrica (TRP 4)
 - v. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Transplante de Pâncreas (TRP 5)
 - vi. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Transplante Renal Adultos (TRP 6)
 - vii. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Transplante Pulmonar (TRP 7)
 - b. Concorrem para o contratado na linha Internamento Urgente - GDH Cirúrgico – CRE
 - i. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Transplante Hepático (TRP 8)
 - ii. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Transplantação Cardíaca Pediátrica (TRP 9)
 - iii. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Transplantação Cardíaca Adultos (TRP 10)
 - iv. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Transplantação Renal Pediátrica (TRP 11)
 - v. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Transplante de Pâncreas (TRP 12)
 - vi. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Transplante Renal Adultos (TRP 13)
 - vii. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Transplante Pulmonar (TRP 14)
 - c. Concorrem para o contratado na linha Primeiras Consultas Médicas – CRE
 - i. Primeiras Consultas Médicas – Após Transplante Hepático (TRP 15)
 - ii. Primeiras Consultas Médicas – Após Transplantação Cardíaca Pediátrica (TRP 16)
 - iii. Primeiras Consultas Médicas – Após Transplantação Cardíaca Adultos (TRP 17)
 - iv. Primeiras Consultas Médicas – Após Transplantação Renal Pediátrica (TRP 18)
 - v. Primeiras Consultas Médicas – Após Transplante de Pâncreas (TRP 19)
 - vi. Primeiras Consultas Médicas – Após Transplante Renal Adultos (TRP 20)
 - vii. Primeiras Consultas Médicas – Após Transplante Pulmonar (TRP 21)
 - d. Concorrem para o contratado na linha Consultas Médicas Subsequentes – CRE
 - i. Consultas Médicas Subsequentes – Após Transplante Hepático (TRP 22)
 - ii. Consultas Médicas Subsequentes – Após Transplantação Cardíaca Pediátrica (TRP 23)
 - iii. Consultas Médicas Subsequentes – Após Transplantação Cardíaca Adultos (TRP 24)
 - iv. Consultas Médicas Subsequentes – Após Transplantação Renal Pediátrica (TRP 25)
 - v. Consultas Médicas Subsequentes – Após Transplante de Pâncreas (TRP 26)
 - vi. Consultas Médicas Subsequentes – Após Transplante Renal Adultos (TRP 27)
 - vii. Consultas Médicas Subsequentes – Após Transplante Pulmonar (TRP 28)
2. Criação das subespecialidades de consulta necessárias para identificação inequívoca da produção inerente ao programa.
3. O programa apenas se aplica para os episódios com data de alta de 2016.

4. Para os hospitais não CR e que não contratem o programa, irão ser alvo de acerto de contas:
 - a. Todos os episódios com GDH/Procedimentos de Transplante (previsto no programa) em 5% do valor do episódio faturado.
 - b. Assim como por cada episódio de consulta com diagnóstico de Transplante, 10% do valor dos episódios de consulta faturado.

GDH (APR31), Diagnósticos e Procedimentos (ICD9CM) a considerar

1. **Transplante Hepático** - GDH 1 - Transplante hepático e/ou transplante intestinal, com qualquer dos seguintes procedimentos:
50.51 - TRANSPLANTACAO DE FIGADO HOMOLOGO
50.59 - TRANSPLANTACAO DO FIGADO NCOP
2. **Transplantação Cardíaca Pediátrica** - GDH 2 - Transplante cardíaco e/ou transplante de pulmão, idade 0 a < 18 anos, com qualquer dos seguintes procedimentos:
37.51 - TRANSPLANTACAO CARDIACA
33.6 - TRANSPLANTACAO COMBINADA DE CORACAO-PULMAO
3. **Transplantação Cardíaca Adultos** - GDH 2 - Transplante cardíaco e/ou transplante de pulmão, idade >= 18 anos, com qualquer dos seguintes procedimentos:
37.51 - TRANSPLANTACAO CARDIACA
33.6 - TRANSPLANTACAO COMBINADA DE CORACAO-PULMAO
4. **Transplantação Renal Pediátrica** - GDH 440 - Transplante renal, idade 0 a < 18 anos.
5. **Transplante de Pâncreas** - GDH 6 - Transplante pâncreas
6. **Transplante Renal Adultos** - GDH 440 - Transplante renal, idade >= 18 anos.
7. **Transplante Pulmonar** - GDH 2 - Transplante cardíaco e/ou transplante de pulmão, com qualquer dos seguintes procedimentos:
33.50 - TRANSPLANTE PULMONAR, NAO ESPECIFICADO
33.51 - TRANSPLANTE PULMONAR UNILATERAL
33.52 - TRANSPLANTE PULMONAR BILATERAL
33.6 - TRANSPLANTACAO COMBINADA DE CORACAO-PULMAO

CR na área da Oncologia

Tabela 2 – CR na área da oncologia

Centros de Referência - Área da oncologia Financiamento		
Aviso de Abertura	Área de intervenção prioritária	Centros de Referência reconhecidos
Aviso n.º 8402-C/2015	Onco-oftalmologia	CHUC
Aviso n.º 8402-D/2015	Oncologia pediátrica	IPOPFG+CHSJ; CHUC; IPOLFG+CHLC+CHLN
Aviso n.º 8402-F/2015	Oncologia de adultos - Cancro do esófago	CHSJ; IPOPFG; CHUC; CHLN; IPOLFG
Aviso n.º 8402-G/2015	Oncologia de adultos - Cancro do testículo	CHSJ; IPOPFG+CHP; CHUC; IPOLFG
Aviso n.º 8402-I/2015	Oncologia de adultos - Sarcomas das partes moles e ósseos	CHP; IPOPFG; CHUC; CHLN; IPOLFG
Aviso n.º 8402-P/2015	Oncologia de adultos - Cancro hepatobilio/pancreático	CHSJ; CHP; IPOPFG; CHUC; CHLN; CHLC
Aviso n.º 8402-O/2015	Oncologia de adultos - Cancro do reto	HB; CHSJ; CHP; IPOPFG; CHVNGE; CHUC; IPOLFG; CHLN; CHLC; CHLO; H.LUZ; HFF; CIHCUF LISBOA; HBA; CHA

Na área da oncologia, pode existir um conjunto relativamente alargado de atividade realizada nas linhas constantes dos CP hospitalares.

Assim, propõe-se a aplicação a todas as áreas constantes da Tabela 2, a aplicação dos princípios genéricos já referidos, excluindo o cancro do reto, uma vez que já integra uma modalidade de pagamento por doente tratado com o incentivo à prestação integrada de cuidados naquela área.

Considerando que o programa Oncologia de adultos – Cancro do Reto já se encontra enquadrado no CP, serão contratados adicionalmente os programas de oncologia referidos acima. Ou seja,

Onco-oftalmologia

1. Oncologia pediátrica
2. Oncologia de adultos – Cancro do Esófago
3. Oncologia de adultos – Cancro do Testículo
4. Oncologia de adultos – Sarcomas das partes moles e ósseos
5. Oncologia de adultos – Cancro Hepatobílio/pancreático

Que se irão traduzir na contratação das linhas:

- a. Internamento Programado - GDH Cirúrgico – CR Oncologia
- b. Internamento Urgente- GDH Cirúrgico – CR Oncologia
- c. Internamento Programado - GDH Médico – CR Oncologia
- d. Cirurgia de Ambulatório – CR Oncologia
- e. Primeiras Consultas Médicas – CR Oncologia
- f. Consultas Médicas Subsequentes – CR Oncologia

FATURAÇÃO

1. Linhas contratadas do programa de oncologia
 - a. Concorrem para o contratado na linha Internamento Programado - GDH Cirúrgico – CRE
 - i. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Onco-oftalmologia (PON 1)
 - ii. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Oncologia pediátrica (PON 2)
 - iii. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Oncologia de adultos – Cancro do Esófago (PON 3)
 - iv. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Oncologia de adultos – Cancro do Testículo (PON 4)
 - v. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Oncologia de adultos – Sarcomas das partes moles e ósseos (PON 5)
 - b. Concorrem para o contratado na linha Internamento Urgente- GDH Cirúrgico – CRE
 - i. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Onco-oftalmologia (PON 6)
 - ii. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Oncologia pediátrica (PON 7)
 - iii. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Oncologia de adultos – Cancro do Esófago (PON 8)
 - iv. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Oncologia de adultos – Cancro do Testículo (PON 9)
 - v. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Oncologia de adultos – Sarcomas das partes moles e ósseos (PON 10)
 - c. Concorrem para o contratado na linha Internamento Programado - GDH Médico – CRE
 - i. Internamento Programado - GDH Médico - Onco-oftalmologia (PON 11)
 - ii. Internamento Programado - GDH Médico - Oncologia pediátrica (PON 12)
 - iii. Internamento Programado - GDH Médico - Oncologia de adultos – Cancro do Esófago (PON13)
 - iv. Internamento Programado - GDH Médico - Oncologia de adultos – Cancro do Testículo (PON 14)
 - v. Internamento Programado - GDH Médico - Oncologia de adultos – Sarcomas das partes moles e ósseos (PON 15)
 - d. Concorrem para o contratado na linha Cirurgia de Ambulatório – CRE
 - i. Cirurgia de Ambulatório - Onco-oftalmologia (PON 16)

- ii. Cirurgia de Ambulatório - Oncologia pediátrica (PON 17)
- iii. Cirurgia de Ambulatório - Oncologia de adultos – Cancro do Esófago (PON 18)
- iv. Cirurgia de Ambulatório - Oncologia de adultos – Cancro do Testículo (PON 19)
- v. Cirurgia de Ambulatório - Oncologia de adultos – Sarcomas das partes moles e ósseos (PON 20)
- e. Concorrem para o contratado na linha Primeiras Consultas Médicas – CRE
 - i. Primeiras Consultas Médicas - Onco-oftalmologia (PON 21)
 - ii. Primeiras Consultas Médicas - Oncologia pediátrica (PON 22)
 - iii. Primeiras Consultas Médicas - Oncologia de adultos – Cancro do Esófago (PON 23)
 - iv. Primeiras Consultas Médicas - Oncologia de adultos – Cancro do Testículo (PON 24)
 - v. Primeiras Consultas Médicas - Oncologia de adultos – Sarcomas das partes moles e ósseos (PON 25)
- f. Concorrem para o contratado na linha Consultas Médicas Subsequentes – CRE
 - i. Consultas Médicas Subsequentes - Onco-oftalmologia (PON 26)
 - ii. Consultas Médicas Subsequentes - Oncologia pediátrica (PON 27)
 - iii. Consultas Médicas Subsequentes - Oncologia de adultos – Cancro do Esófago (PON 28)
 - iv. Consultas Médicas Subsequentes - Oncologia de adultos – Cancro do Testículo (PON 29)
 - v. Consultas Médicas Subsequentes - Oncologia de adultos – Sarcomas das partes moles e ósseos (PON 30)
- 2. Criação das subespecialidades de consulta necessárias para identificação inequívoca da produção inerente ao programa.
- 3. O programa apenas se aplica para os episódios com data de alta de 2016.
- 4. Para os hospitais não CR, toda a produção que cumpra os critérios (GDH ou Diagnóstico) irá ser alvo de acerto de contas:
 - a. Todos os episódios com GDH de oncologia (previsto no programa) em 5% do valor do episódio faturado
 - b. Assim como por cada episódio de consulta com diagnóstico oncológico, 10% do valor dos episódios de consulta faturados com diagnóstico previsto no programa.

GDH (APR31), Diagnósticos e Procedimentos (ICD9CM) a considerar

1. **Onco-oftalmologia** (Retinoblastoma e Melanoma Ocular)

Diagnóstico Principal

190.5 NEOPLASIA MALIGNA DA RETINA

, idealmente associado aos códigos de morfologia M9510/3, M9511/3 e M9512/3

Ou

Diagnóstico Principal

190.1 NEOPLASIA MALIGNA DA ORBITA

190.9 NEOPLASIA MALIGNA DO OLHO, PARTE NAO ESPECIFICADA

, idealmente associado aos códigos de morfologia M8720/3, M8721/3, M8722/3, M8730/3, M8740/3, M8741/3, M8742/3, M8743/3, M8761/3, M8771/3 e M8775/3

2. Oncologia pediátrica

Diagnóstico Principal 140.xx a 239.xx, idade 0 a < 18 anos

3. Oncologia de adultos – Cancro do Esófago

Diagnóstico Principal

- 150.0 NEOPLASIA MALIGNA DO ESOFAGO CERVICAL
 - 150.1 NEOPLASIA MALIGNA DO ESOFAGO TORACICO
 - 150.2 NEOPLASIA MALIGNA DO ESOFAGO ABDOMINAL
 - 150.3 NEOPLASIA MALIGNA DO ESOFAGO DO TERCO SUPERIOR
 - 150.4 NEOPLASIA MALIGNA DO TERCO MEDIO DO ESOFAGO
 - 150.5 NEOPLASIA MALIGNA DO TERCO INFERIOR DO ESOFAGO
 - 150.8 NEOPLASIA MALIGNA DO ESOFAGO, LOCALIZACAO NCOP
 - 150.9 NEOPLASIA MALIGNA DO ESOFAGO, LOCALIZACAO NAO ESPECIFICADA
- idade >= 18 anos

4. Oncologia de adultos – Cancro do Testículo

Diagnóstico Principal

- 186.0 TUMOR MALIGNO DO TESTICULO NAO DESCIDO
 - 186.9 TUMOR MALIGNO DO TESTICULO NCOP OU SOE
- idade >= 18 anos

5. Oncologia de adultos – Sarcomas das partes moles e ósseos

Diagnóstico Principal

- 170.0 TUMOR MALIGNO DOS OSSOS DO CRANIO E DA FACE
- 170.1 TUMOR MALIGNO DA MANDIBULA
- 170.2 TUMOR MALIGNO DA COLUNA VERTEBRAL, EXCEPTO O SACRO E COCCIX
- 170.3 TUMOR MALIGNO DAS COSTELAS, DO EXTERNO E DA CLAVICULA

- 170.4 TUMOR MALIGNO DOS OSSOS LONGOS DO MEMBRO SUPERIOR E OMOPLATA
- 170.5 TUMOR MALIGNO DOS OSSOS CURTOS DO MEMBRO SUPERIOR
- 170.6 TUMOR MALIGNO DOS OSSOS DA PELVE, DO SACRO E DO COCCIX
- 170.7 TUMOR MALIGNO DOS OSSOS LONGOS DO MEMBRO INFERIOR
- 170.8 TUMOR MALIGNO DOS OSSOS CURTOS DO MEMBRO INFERIOR
- 170.9 TUMOR MALIGNO DOS OSSOS OU CARTILAGENS ARTICULARES LNE
- 171.0 NEOPLASIA MALIGNA TEC.CONJUNT. E PARTES MOLES CABECA, FACE, PESCOÇO
- 171.2 NEOPLASIA MALIGNA TEC.CONJUNT. E PARTES MOLES MEMBRO SUP. INCL. OMBRO
- 171.3 NEOPLASIA MALIGNA TEC.CONJUNT. E PARTES MOLES MEMBRO INF. INCL. ANCA
- 171.4 NEOPLASIA MALIGNA DO TECIDO CONJUNTIVO E PARTES MOLES DO TORAX
- 171.5 NEOPLASIA MALIGNA DO TECIDO CONJUNTIVO E PARTES MOLES DO ABDOMEN
- 171.6 NEOPLASIA MALIGNA DO TECIDO CONJUNTIVO E PARTES MOLES DA PELVE
- 171.7 NEOPLASIA MALIGNA DO TECIDO CONJUNTIVO E PARTES MOLES DO TRONCO, SOE
- 171.8 NEOPLASIA MALIGNA DO TECIDO CONJUNTIVO E PARTES MOLES, LOCAL NCOP
- 171.9 NEOPLASIA MALIGNA TECIDO CONJUNTIVO E PARTES MOLES, LOCAL N/ESPECIFICADO
, idealmente associado aos códigos de morfologia M8800/3; M9581/3; M9330/3; M8910/3; M9044/3; M8991/3;
M9130/3; M9260/3; M8804/3; M9581/3; M8802/3; M9250/3; M8710/3; M9140/3; M9170/3; M8990/3; M9050/3;
M9481/3; M9180/3; M9190/3; M8802/3; M8803/3; M8801/3; M9040/3; M9043/3; M9042/3; M9041/3.
idade >= 18 anos

6. Oncologia de adultos – Cancro Hepatobílio/pancreático

Diagnóstico Principal

- 155.0 NEOPLASIA MALIGNA PRIMARIA DO FIGADO
- 155.1 NEOPLASIA MALIGNA DAS VIAS BILIARES INTRA-HEPATICAS
- 155.2 NEOPLASIA MALIGNA DO FIGADO, N/ESPECIFICADA SE PRIMARIA OU SECUNDARIA
- 156.0 NEOPLASIA MALIGNA DA VESICULA BILIAR
- 156.1 NEOPLASIA MALIGNA DAS VIAS BILIARES EXTRA-HEPATICAS
- 156.2 NEOPLASIA MALIGNA DA AMPOLA DE VATER
- 156.8 NEOPLASIA MALIGNA DA VESICULA E VIAS BILIARES EXTRA-HEPATICAS, NCOP

156.9	NEOPLASIA MALIGNA DAS VIAS BILIARES, LOCALIZACAO NAO ESPECIFICADA
157.0	NEOPLASIA MALIGNA DA CABECA DO PANCREAS
157.1	NEOPLASIA MALIGNA DO CORPO DO PANCREAS
157.2	NEOPLASIA MALIGNA DA CAUDA DO PANCREAS
157.3	NEOPLASIA MALIGNA DE CANAL PANCREATICO
157.4	NEOPLASIA MALIGNA DAS ILHOTAS DE LANGERHANS
157.8	NEOPLASIA MALIGNA DO PANCREAS, LOCAL NAO CLASSIFICADO EM OUTRA PARTE
157.9	NEOPLASIA MALIGNA DO PANCREAS, LOCAL NAO ESPECIFICADO
197.7	NEOPLASIA MALIGNA SECUNDARIA DO FIGADO

idade >= 18 anos

CR na área das Doenças Raras

Tabela 3 – CR Doenças Raras

Centros de Referência - Área das doenças raras		
Financiamento		
Aviso de Abertura	Área de intervenção prioritária	Centros de Referência reconhecidos
Aviso n.º 8402-B/2015	Paramiloidose familiar	CHP; CHLN
Aviso n.º 9764/2015	Doenças raras - Doenças hereditárias do metabolismo (Lisossomais de Sobrecarga)	CHSJ; CHP; CHUC; CHLN; CHAA

No âmbito das Doenças Raras, e para as duas áreas em que existem CR constituídos, já existem modalidades de pagamento por doente tratado, pelo que:

- Se mantém os preços formados no âmbito da Paramiloidose, uma vez que as entidades com as quais se está a contratar produção são aquelas que foram aceites como CR para aquela patologia;
- No âmbito das Doenças Hereditárias do Metabolismo, concretamente, nas Doenças Lisossomais de Sobrecarga, mantêm-se o financiamento às entidades que atualmente tratam doentes com esta patologia.

GDH (APR31), Diagnósticos e Procedimentos (ICD9CM) a considerar

1. Paramiloidose

Diagnóstico Principal

277.39 AMILOIDOSE NAO CLASSIFICAVEL EM OUTRA PARTE

Código utilizado também para a amiloidose secundária.

CR em outras áreas médico-cirúrgicas

Tabela 4 – CR Outras áreas médico-cirúrgicas

Centros de Referência - Outras áreas medico-cirúrgicas Financiamento		
Aviso de Abertura	Área de intervenção prioritária	Centros de Referência reconhecidos
Aviso n.º 8402-N/2015	Epilepsia refratária	CHP; CHUC; CHLN; CHLO+CHLC
Aviso n.º 9657/2015	Doenças cardiovasculares - Cardiologia de "intervenção estrutural"	CHSJ; CHVNGE; CHUC; CHLN; CHLC; CHLO
Aviso n.º 9658/2015	Doenças cardiovasculares - Cardiopatias congénitas	CHSJ; CHUC; CHLC; CHLO+CHLN+HCVP

Serão contratados os programas de outras áreas médico-cirúrgicas referidas acima. Ou seja,

1. Epilepsia refratária
2. Cardiologia de intervenção estrutural
3. Cardiopatias congénitas

Que se irão traduzir na contratação das linhas:

- a. Internamento Programado - GDH Cirúrgico – CR OMC
- b. Internamento Urgente- GDH Cirúrgico – CR OMC
- c. Internamento Programado - GDH Médico – CR OMC
- d. Cirurgia de Ambulatório – CR OMC
- e. Ambulatório – GDH Médicos – CR OMC
- f. Primeiras Consultas Médicas – CR OMC

- g. Consultas Médicas Subsequentes – CR OMC

FATURAÇÃO

5. Linhas contratadas do programa de oncologia
- a. Concorrem para o contratado na linha Internamento Programado - GDH Cirúrgico – CRE
 - i. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Epilepsia refratária (OMC 1)
 - ii. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Cardiologia de intervenção estrutural (OMC 2)
 - iii. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Cardiopatias congénitas (OMC 3)
 - b. Concorrem para o contratado na linha Internamento Urgente- GDH Cirúrgico – CRE
 - i. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Epilepsia refratária (OMC 4)
 - ii. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Cardiologia de intervenção estrutural (OMC 5)
 - iii. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Cardiopatias congénitas (OMC 6)
 - c. Concorrem para o contratado na linha Internamento Programado - GDH Médico – CRE
 - i. Internamento Programado - GDH Médico - Epilepsia refratária (OMC 7)
 - ii. Internamento Programado - GDH Médico - Cardiologia de intervenção estrutural (OMC 8)
 - iii. Internamento Programado - GDH Médico - Cardiopatias congénitas (OMC 9)
 - d. Concorrem para o contratado na linha Cirurgia de Ambulatório – CRE
 - i. Cirurgia de Ambulatório - Epilepsia refratária (OMC 10)
 - ii. Cirurgia de Ambulatório - Cardiologia de intervenção estrutural (OMC 11)
 - iii. Cirurgia de Ambulatório - Cardiopatias congénitas (OMC 12)
 - e. Concorrem para o contratado na linha Ambulatório – GDH Médicos – CRE
 - i. Ambulatório – GDH Médicos - Epilepsia refratária (OMC 13)
 - ii. Ambulatório – GDH Médicos - Cardiologia de intervenção estrutural (OMC 14)
 - iii. Ambulatório – GDH Médicos - Cardiopatias congénitas (OMC 15)
 - f. Concorrem para o contratado na linha Primeiras Consultas Médicas – CRE
 - i. Primeiras Consultas Médicas - Epilepsia refratária (OMC 16)
 - ii. Primeiras Consultas Médicas - Cardiologia de intervenção estrutural (OMC 17)
 - iii. Primeiras Consultas Médicas - Cardiopatias congénitas (OMC 18)
 - g. Concorrem para o contratado na linha Consultas Médicas Subsequentes – CRE
 - i. Consultas Médicas Subsequentes - Epilepsia refratária (OMC 19)
 - ii. Consultas Médicas Subsequentes - Cardiologia de intervenção estrutural (OMC 20)
 - iii. Consultas Médicas Subsequentes - Cardiopatias congénitas (OMC 21)
6. Criação das subespecialidades de consulta necessárias para identificação inequívoca da produção inerente ao programa.
7. O programa apenas se aplica para os episódios com data de alta de 2016.
8. Para os hospitais não CR, toda a produção que cumpra os critérios (GDH ou Diagnóstico) irá ser alvo de acerto de contas:
- a. Todos os episódios com GDH de OAMC (previsto no programa) em 5% do valor do episódio faturado
 - b. Assim como por cada episódio de consulta, 10% do valor dos episódios de consulta médica com diagnósticos previsto no programa.

GDH (APR31), Diagnósticos e Procedimentos (ICD9CM) a considerar

1. Epilepsia refratária

Diagnóstico Principal

345.01	EPILEPSIA GENERALIZADA NAO CONVULSIVA, COM EPILEPSIA INTRATAVEL
345.11	EPILEPSIA GENERALIZADA CONVULSIVA, COM EPILEPSIA INTRATAVEL
345.41	EPILEPSIA/S.EPILEPT.REL.C/LOCAL.(FOCAL) (PARCIAL) C/CRISES PARCIAIS COMPLEX CMEI
345.51	EPILEPS/S.EPILEPT.REL.C/LOCAL.(FOCAL) (PARCIAL) C/CRISES PARC SIMPL C/EPIL INTR.
345.61	ESPASMOS INFANTIS, COM EPILEPSIA INTRATAVEL
345.71	EPILEPSIA PARCIAL CONTINUA, COM EPILEPSIA INTRATAVEL
345.81	EPILEPSIA E CONVULSOES RECORRENTES, FORMAS NCOP, COM EPILEPSIA INTRATAVEL
345.91	EPILEPSIA NAO ESPECIFICADA, COM EPILEPSIA INTRATAVEL

2. Doenças cardiovasculares - cardiologia de "intervenção estrutural"

Diagnóstico Principal

410.00	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, PAREDE ANTERO-LATERAL, EPISODIO NAO ESPECIFICADO
410.01	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, PAREDE ANTERO-LATERAL, EPISODIO INICIAL
410.02	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, PAREDE ANTERO-LATERAL, EPISODIO SUBSEQUENTE
410.10	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, PAREDE ANTERIOR NCOP, EPISODIO NAO ESPECIFICADO
410.11	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, PAREDE ANTERIOR NCOP, EPISODIO INICIAL
410.12	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, PAREDE ANTERIOR NCOP, EPISODIO SUBSEQUENTE
410.20	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, PAREDE INFERO-LATERAL, EPISODIO NAO ESPECIFICADO
410.21	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, PAREDE INFERO-LATERAL, EPISODIO INICIAL
410.22	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, PAREDE INFERO-LATERAL, EPISODIO SUBSEQUENTE
410.30	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, PAREDE POSTERO-INFERIOR, EPISODIO NAO ESPECIFICADO
410.31	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, PAREDE POSTERO-INFERIOR, EPISODIO INICIAL
410.32	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, PAREDE INFERO-POSTERIOR, EPISODIO SUBSEQUENTE
410.40	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, PAREDE INFERIOR NCOP, EPISODIO NAO ESPECIFICADO
410.41	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, PAREDE INFERIOR NCOP, EPISODIO INICIAL
410.42	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, PAREDE INFERIOR NCOP, EPISODIO SUBSEQUENTE
410.50	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, PAREDE LATERAL NCOP, EPISODIO NAO ESPECIFICADO

410.51	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, PAREDE LATERAL NCOP, EPISODIO INICIAL
410.52	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, PAREDE LATERAL NCOP, EPISODIO SUBSEQUENTE
410.60	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, PAREDE POSTERIOR VERDADEIRA, EPISODIO N/ESPECIFICADO
410.61	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, PAREDE POSTERIOR VERDADEIRA, EPISODIO INICIAL
410.62	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, PAREDE POSTERIOR VERDADEIRA, EPISODIO SUBSEQUENTE
410.70	ENFARTE AGUDO SUBENDOCARDICO, EPISODIO DE CUIDADOS NAO ESPECIFICADO
410.71	ENFARTE AGUDO SUBENDOCARDICO, EPISODIO DE CUIDADOS INICIAL
410.72	ENFARTE AGUDO SUBENDOCARDICO, EPISODIO DE CUIDADOS SUBSEQUENTE
410.80	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, LOCAL NCOP, EPISODIO DE CUIDADOS NAO ESPECIFICADO
410.81	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, LOCAL NCOP, EPISODIO DE CUIDADOS INICIAL
410.82	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, LOCAL NCOP, EPISODIO DE CUIDADOS SUBSEQUENTE
410.90	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, LOCAL NAO ESPECIFICADO, EPISODIO NAO ESPECIFICADO
410.91	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, LOCAL NAO ESPECIFICADO, EPISODIO INICIAL
410.92	ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO, LOCAL NAO ESPECIFICADO, EPISODIO SUBSEQUENTE
425.11	CARDIOMIOPATIA OBSTRUTIVA HIPERTROFICA
425.18	CARDIOMIOPATIA HIPERTROFICA NCOP

Com qualquer um dos seguintes procedimentos

37.21	CATETERIZACAO DO CORACAO DIREITO
37.22	CATETERIZACAO DO CORACAO ESQUERDO
37.23	CATETERIZACAO CARDIACA COMBINADA DE CORACAO DIREITO E ESQUERDO
00.66	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA TRANSLUMINAL [PTCA]
35.00	VALVOTOMIA FECHADA DO CORACAO, VALVULA NAO ESPECIFICADA
35.01	VALVOTOMIA FECHADA DO CORACAO, VALVULA AORTICA
35.02	VALVOTOMIA FECHADA DO CORACAO, VALVULA MITRAL
35.03	VALVOTOMIA FECHADA DO CORACAO, VALVULA PULMONAR
35.04	VALVOTOMIA FECHADA DO CORACAO, VALVULA TRICUSPIDA
35.05	SUBSTITUICAO ENDOVASCULAR DA VALVULA AORTICA

35.06	SUBSTITUICAO TRANS-APICAL DA VALVULA AORTICA
35.07	SUBSTITUICAO ENDOVASCULAR DA VALVULA PULMONAR
35.08	SUBSTITUICAO TRANS-APICAL DA VALVULA PULMONAR
35.09	SUBSTITUICAO ENDOVASCULAR DE VALVULA CARDIACA SOE
35.52	REPARACAO DE DEFEITO DO SEPTO AURICULAR COM PROTESE TECNICA FECH
35.96	VALVULOPLASTIA PERCUTANEA COM BALAO
35.97	REPARACAO PERCUTANEA DA VALVULA MITRAL COM IMPLANTE
37.34	EXCISAO/DESTRUICAO ENDOVASCULAR DE LESAO/TECIDO NCOP CORACAO
37.36	EXCISAO, DESTRUICAO E/OU EXCLUSAO DO APENDICE DA AURICULA ESQUERDA (LAA)

3. Doenças cardiovasculares – cardiopatias congénitas

Diagnóstico Principal

745.10	TRANPOSICAO COMPLETA DOS GRANDES VASOS
745.11	DUPLA SAIDA (GRANDES VASOS) DO VENTRICULO DIREITO
745.12	TRANSPOSICAO CORRIGIDA DOS GRANDES VASOS
745.19	TRANSPOSICAO DOS GRANDES VASOS, NAO CLASSIFICAVEL EM OUTRA PARTE
745.2	TETRALOGIA DE FALLOT
745.3	VENTRICULO COMUM
745.4	DEFEITO DO SEPTO INTERVENTRICULAR
745.5	DEFEITO DO SEPTO INTERAURICULAR TIPO OSTIUM SECUNDUM
745.60	DEFEITOS DO COXIM ENDOCARDICO (CONGENITO) SOE
745.61	DEFEITO OSTIUM PRIMUM
745.69	DEFEITO COXIM ENDOCARDICO (CONGENITO) NCOP
745.7	COR BILOCULARE
745.8	MALFORMACOES CONGENITAS DO BULBUS CORDIS OU DO SEPTO CARDIACO NCOP
745.9	ANOMALIAS CONGENITAS BULBUS CORDIS/ENCERRAMENTO DO SEPTO CARDIACO SOE
746.00	ANOMALIA CONGENITA DA VALVULA PULMONAR, NAO ESPECIFICADA

746.01	ATRESIA CONGENITA DA VALVULA PULMONAR
746.02	ESTENOSE CONGENITA DA VALVULA PULMONAR
746.09	ANOMALIA CONGENITA DA VALVULA PULMONAR, NAO CLASSIFICAVEL EM OUTRA PARTE
746.1	ATRESIA E ESTENOSE CONGENITAS DA VALVULA TRICUSPIDE
746.2	ANOMALIA DE EBSTEIN [DA VALVULA PULMONAR]
746.3	ESTENOSE CONGENITA DA VALVULA AORTICA
746.4	INSUFICIENCIA CONGENITA DA VALVULA AORTICA
746.5	ESTENOSE MITRAL CONGENITA
746.6	INSUFICIENCIA MITRAL CONGENITA
746.7	SINDROMO DO CORACAO ESQUERDO HIPOPLASICO
746.81	ESTENOSE CONGENITA SUBAORTICA
746.82	COR TRIATRIATUM
746.83	ESTENOSE CONGENITA DO INFUNDIBULO PULMONAR
746.84	ANOMALIA CONGENITA OBSTRUTIVA DO CORACAO, NAO CLASSIFICAVEL EM OUTRA PARTE
746.85	ANOMALIA CONGENITA DE ARTERIA CORONARIA
746.86	BLOQUEIO CARDIACO CONGENITO
746.87	MAL POSICAO CONGENITA DO CORACAO E DO APEX CARDIACO
746.89	ANOMALIA CONGENITA DO CORACAO, NAO CLASSIFICAVEL EM OUTRA PARTE
746.9	MALFORMACAO CONGENITA NAO ESPECIFICADA DO CORACAO
747.0	PERSISTENCIA DO CANAL ARTERIAL
747.10	COARTACAO DA AORTA (PRE-DUCTAL) (POS-DUCTAL)
747.11	INTERRUPCAO DO ARCO AORTICO
747.20	ANOMALIA CONGENITA DA AORTA, NAO ESPECIFICADA
747.21	ANOMALIA CONGENITA DO ARCO AORTICO
747.22	ATRESIA OU ESTENOSE CONGENITA DA AORTA
747.29	ANOMALIA CONGENITA DA AORTA, NAO CLASSIFICAVEL EM OUTRA PARTE
747.31	COARTACAO E/OU ATRESIA DA ARTERIA PULMONAR
747.32	MALFORMACAO ARTERIOVENOSA PULMONAR

747.39	MALFORMACOES CONGENITAS DA ARTERIA PULMONAR E/OU CIRCULACAO PULMONAR NCOP
747.40	ANOMALIA CONGENITA DAS GRANDES VEIAS, NAO ESPECIFICADA
747.41	CONEXAO VENOSA PULMONAR TOTALMENTE ANOMALA
747.42	CONEXAO VENOSA PULMONAR PARCIALMENTE ANOMALA
747.49	ANOMALIAS CONGENITAS DAS GRANDES VEIAS, NAO CLASSIFICAVEIS EM OUTRA PARTE

ANEXO VII – 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, descrição dos cuidados a que se refere, diagnósticos e (ou) procedimentos.
- 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. O ficheiro relativo aos diagnósticos e procedimentos deverá ser designado por SIGLA_F_DIP_<ANO>_<MES>.txt;
 - v. 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;
 - vi. 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
 - Produção Cirúrgica Transferida
 - SIGLA_CTF_RES_<ANO>_<MES>.txt
 - SIGLA_CTF_DET_<ANO>_<MES>.txt
 - SIGLA_CTF_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 Produção Cirúrgica Transferida deverá ser designado por SIGLA_CTF_INF_<ANO>_<MES>.txt;
 - iv. 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;
 - v. 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;
 - vi. O ficheiro de informação adicional relativo às linhas de pagamento por doente tratado deverá ser designado por SIGLA_PRG_INF_<ANO>_<mês>.txt.

e. Os ficheiros relativos às restantes linhas de Produção Específica não carecem do envio de ficheiro discriminativo.

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

f. Para as linhas de produção referentes aos centros de referência, devem cumprir as regras gerais de construção dos ficheiros de produção base. Nesse sentido, os ficheiros devem cumprir a seguinte estrutura não necessitando de ficheiro adicional.

- Centros de referencia SIGLA_CTR_RES_<ANO>_<MES>.txt
SIGLA_CTR_DET_<ANO>_<MES>.txt
SIGLA_CTR_DIS_<ANO>_<MES>.txt

g. Para os ficheiros que têm ficheiro discriminativo, é obrigatório cumprir o formato do ficheiro.

h. 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 Crónica	DPO
Enfarte Agudo do Miocárdio	EAM
Insuficiência Cardíaca Crónica	ICC
Doentes Mentais Crónicos Institucionalizados	DMC

- i. 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_UTE.txt.
- j. Nos ficheiros referentes às linhas de centros de referência, deverão substituir o CTR, de acordo com o centro em questão:

Centro de Referência	Sigla
Transplantação	TRP
Oncologia	PON
Outras áreas médico-cirúrgicas	OMC

- k. Caso o formato ou nome do ficheiro não respeite as normas definidas nos pontos anteriores, a ACSS procederá à sua devolução.
- l. 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 o ficheiro no hospital.
Data da fatura	Data em que foi emitido o ficheiro.
Data início	Data de início do período do ficheiro
Data fim	Data de fim do período do ficheiro
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 do ficheiro
Número de linhas produção	Número total de registos da tabela <i>Fatura-detalle</i> , por ficheiro.
Número de casos faturados	Número total de registos da tabela <i>Fatura-discriminativa</i> , por ficheiro.
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 o ficheiro 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 o ficheiro 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 constar no ficheiro.
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 = quantidade * icm* preço

	Nos ficheiros 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 do ficheiro.
Hora de Saída	Hora de saída do episódio do ficheiro.
Doentes equivalentes	Episódio de internamento/cirurgia de ambulatório convertido em doente equivalente.
Código de destino de Alta	Deve ser preenchido com o código de destino constante na tabela: Destinos
Código do motivo de 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.
Código de especialidade novo	Código da especialidade de acordo com a Circular Normativa nº 20 de 19 de novembro de 2015
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 – Sem a Presença do Doente; 3 – Telemedicina em tempo diferido com presença de utente; 4 – Telemedicina em tempo diferido sem presença de utente; 5 – Telemedicina em tempo real com presença de utente; 6 – Consulta de Telemedicina em tempo real sem presença de utente
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.
Nível de severidade	Código do nível de severidade
Código de proveniência	Código de proveniência do episódio
Código de proveniência CTH	Código de proveniência quando foi gerado a partir do CTH. Assume o seguinte valor: CTH – Referenciado pelo CTH;

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
Número da Fatura	Número que identifique unicamente o ficheiro no hospital.
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
Data de nascimento	Data de nascimento do utente do SNS
Data de entrada	Data de entrada.
Data de saída	Data de saída.
Hora de Entrada	Hora de entrada do episódio
Hora de Saída	Hora de saída do episódio
Valor total	Valor do episódio = 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 = 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.
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 episódio cirúrgico.
Código de especialidade	Código da especialidade
Código de especialidade novo	Código da especialidade de acordo com a Circular Normativa nº 20 de 19 de novembro de 2015
Nível de severidade	Código do nível de severidade

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 o ficheiro 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
Código de especialidade novo	Código da especialidade de acordo com a Circular Normativa nº 20 de 19 de novembro de 2015
Descrição da especialidade	Descrição da especialidade do serviço prescriptor.
Forma de apresentação	Forma de apresentação do medicamento.
Código CHNM	Código do medicamento segundo a CHNM

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 234/2015)
Código da análise	Código de análise corresponde aos códigos da portaria do SNS (nº 234/2015)
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 o ficheiro 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
Número de Cédula	Nº de cédula do interno

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: <i>Linhas de Produção.</i>
Tipo produção	Deve ser preenchido com o tipo de produção constante na tabela: <i>Linhas de Produção.</i>
Data de Início	Data de entrada em programa
Data do Fim	Data de termo em programa
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 registos por cada produção que justifique 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 o ficheiro no hospital.
Número do episódio	Número do episódio
Código de produção	Deve ser preenchido com o código do módulo constante na tabela: <i>Linhas de Produção.</i>
Tipo de produção	Deve ser preenchido com o tipo de produção constante na tabela: <i>Linhas de Produção.</i>
Código do módulo	O módulo responsável pelo registo no programa: CON – consulta externa, MED – medicamentos, LAB – análise, RAD – mcdt, URG – urgência e HDI – hospital de dia

Episódio responsável	Deve ser preenchido com o episódio responsável, constante na tabela: Fatura Discriminativa.
Data de entrada do episódio responsável	Deve ser preenchido com a data de entrada, do episódio responsável, constante na tabela: Fatura Discriminativa.
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
Código de especialidade novo	Código da especialidade de acordo com a Circular Normativa nº 20 de 19 de novembro de 2015
Descrição da especialidade	Descrição da especialidade do serviço prescriptor.
Forma de apresentação	Forma de apresentação do medicamento.
Data do ato	Deve ser preenchido com a 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 234/2015)
Quantidade	Quantidade cedida do medicamento
Código CHNM	Código do medicamento segundo a CHNM

Para cada ato faturado deverá ser enviado o(s) respetivos registos de procedimentos e/ou diagnóstico(s) neste ficheiro.

FATURA-DIAG-PROC

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital constante na tabela: Fatura Discriminativa .
Número da fatura	Deve ser preenchido com o número de fatura constante na tabela: Fatura Discriminativa .
Código de produção	Deve ser preenchido com o código da produção constante na tabela: Fatura Discriminativa .
Tipo de produção	Deve ser preenchido com o tipo de produção constante na tabela Fatura Discriminativa .
Número do episódio	Deve ser preenchido com número do episódio constante na tabela Fatura Discriminativa .
Data de entrada	Deve ser preenchido com a data de entrada constante na tabela Fatura Discriminativa .
Código de diagnóstico ou procedimento	Deve ser preenchido com o código do diagnóstico ou do procedimento.
Tipo Registo	Tipo de registo (D – Diagnóstico/P – Procedimento)
Número de ordem	Número de ordem do(s) diagnóstico(s) e/ou procedimento(s) relacionados com o episódio. Deve estar contido de 1 até 5 inclusive para o tipo de registo (D) e de 1 até 5 inclusive para o tipo de registo (P).

Formato da Informação em Formato Digital a Enviar à ACSS

FAC_RESUMO

Campo	Chave	Tipo	Nulo?
COD_HOSPITAL	*	N (7)	NN
NUM_FACTURA	*	N (9)	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		CV2 (1)	N

FAC_DETALHE

Campo	Chave	Tipo	Nulo?
COD_HOSPITAL	*	N (7)	NN
NUM_FACTURA	*	N (9)	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	Chave	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_PROD	*	CV2 (3)	NN	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
TIPO_PROD	*	CV2 (3)	NN	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
NUM_EPISODIO	*	N (8)	NN	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
DTA_NASCIMENTO		DATE	NN	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
DTA_ENTRADA	*	DATE	NN	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
DTA_ALTA		DATE	NN	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
VALOR_TOTAL		N (13,2)	NN	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
NUM_CARTAO		CV2 (15)	N	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
NUM_BENEFICIARIO		CV2 (20)	N	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
NUM_PROCESSO		CV2 (11)	N	O	O	F	O	O	O	O	O	O	O
HORA_ENTRADA		N (5)	N	O	N	O	O	N	N	N	N	N	N
HORA_ALTA		N (5)	N	O	N	O	O	N	N	N	N	N	N
DOENTES_EQUIV		N (11,3)	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N
COD_DEST_ALTA		N (2)	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N
COD_MOTIVO_TRANSF		N (2)	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N
COD_GDH		N (4)	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N
DIAS_MFR		N (4)	N	F	N	N	N	N	O	N	N	N	N
VALOR_TOTAL_MFR		N (13,2)	N	F	N	N	N	N	O	N	N	N	N
COD_ESPECIALIDADE		CV2 (9)	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
COD_ESPEC_NOVO		CV2 (16)	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	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 com: –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
NÍVEL		N(1)	N	Preenchimento obrigatório nos episódios com COD_GDH preenchido									
COD_PROVENIENCIA		CV2 (3)	NN	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
COD_PROVENIENCIA_CTH		CV2 (3)	N	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F

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

FAC CTF DETALHE

Campo	Chave	Tipo	Nulo?
COD_HOSPITAL	*	N (7)	NN
NUM_FACTURA	*	N (9)	NN
COD_ENTIDADE		N (7)	N
LIC		N (8)	NN
COD_PROD	*	CV2 (3)	NN
TIPO_PROD	*	CV2 (3)	NN
NUM_EPISODIO	*	N (8)	NN
DTA_NASCIMENTO		DATE	NN
DTA_ENTRADA	*	DATE	NN
DTA_ALTA		DATE	NN
HORA_ENTRADA		N (5)	N
HORA_ALTA		N (5)	N
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
COD_ESPEC_NOVO		CV2 (16)	N
NÍVEL		N (1)	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		CV2 (100)	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
COD_ESPEC_NOVO		CV2 (16)	NN
DES_ESPECIALIDADE		CV2 (40)	NN
FORMA_PRESCRICAO		CV2 (8)	N
CHNM		N (8)	NN

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 (9)	N
NUM_ANA		N (9)	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)	NN
NUM_FACTURA	*	N (9)	NN
NUM_MEC		N (6)	NN
NOME		CV2 (100)	NN
COD_PROD		CV2 (3)	NN
TIPO_PROD		CV2 (3)	NN
DTA_INICIO		DATE	NN
DTA_FIM		DATE	NN

NUM_CEDULA	*	N (6)	NN
------------	---	-------	----

FAC PRG INF

Campo	Chave	Tipo	Nulo?
COD_HOSPITAL	*	N (7)	NN
NUM_CARTAO	*	CV2 (15)	NN
COD_PROD	*	CV2 (3)	NN
TIPO_PROD	*	CV2 (3)	NN
DTA_INICIO	*	DATE	NN
DTA_FIM		DATE	N
COD_INST_ORIG		N (7)	N
COD_INST_DEST		N (7)	N

FAC PRG DETALHE

Campo	Chave	Tipo	Nulo?
COD_HOSPITAL	*	N (7)	NN
NUM_FACTURA	*	N (9)	NN
NUM_EPISODIO	*	N (8)	NN
COD_PROD	*	CV2 (3)	NN
TIPO_PROD	*	CV2 (3)	NN
COD_MODULO	*	CV2 (3)	NN
EPISODIO_RESP		N (8)	NN
DTA_ENTRADA_RESP		DATE	NN
TIPO_CONSULTA		CV2 (1)	N
NUM_PRESCRICAO		N (8)	N
DESIGNACAO		CV2 (100)	N
DESC_CHNM		CV2 (200)	N
FORMA_FARMACEUTICA		CV2 (10)	N
DOSAGEM		N (12,3)	N
UNIDADE_DOSAGEM		CV2 (5)	N
COD_ESPECIALIDADE		CV2 (16)	N
COD_ESPEC_NOVO		CV2 (16)	N
DES_ESPECIALIDADE		CV2 (40)	N
FORMA_PRESCRICAO		CV2 (8)	N

DTA_ACTO		DATE	NN
TIPO_ACTO		CV2 (2)	N
COD_ACTO		CV2 (6)	N
QUANTIDADE		N (9,2)	N
CHNM		N (8)	N

FAC DIAG PROC

Campo	Chave	Tipo	Nulo?
COD_HOSPITAL	*	N (7)	NN
NUM_FACTURA	*	N (9)	NN
COD_PROD	*	CV2 (3)	NN
TIPO_PROD	*	CV2 (3)	NN
NUM_EPISODIO	*	N (8)	NN
DTA_ENTRADA	*	DATE	NN
COD_DIAG_PROC		CV2 (7)	NN
TIPO_REG	*	CV2 (1)	NN
NUM_ORDEM	*	INT	NN

Tabelas de Referência

Código Entidade

935601	Serviço Nacional de Saúde
935610	Migrante residente com n.º de utente
935612	Acordo – Brasil
935618	Convenção – Cabo Verde Bolseiros
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
935629	SNS – Inscritos Açores (aplicável a partir de 13 de abril de 2016)
935630	SNS – Inscritos Madeira (aplicável a partir de 25 de junho de 2016)
935631	Imprensa Nacional Casa da Moeda

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

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

Proveniências

- 1 Urgência
- 2 Consulta Externa
- 3 Serviço de Internamento
- 4 Hospital Dia
- 5 Exterior
- 6 Recém-nascido
- 7 ARS/Centro de Saúde
- 8 SAP-S. Atendimento Permanente
- 9 Outro Hospital
- 10 Clínicas Privadas
- 11 Cirurgia Amb.\Bloco
- 12 Bloco
- 20 Encaminhado pela Saúde 24

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
CHUC	Hospitais Universidade de Coimbra, EPE.
CHLR	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.