

## CONTRATO-PROGRAMA 2013

**DPS**

Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos

Lisboa, Novembro de 2012

## ÍNDICE

---

|  |    |
|--|----|
| ÍNDICE.....  | 2  |
| 0. Enquadramento .....   | 3  |
| 1. Introdução.....   | 4  |
| 2. Indicações.....   | 7  |
| 3. Alocação de recursos financeiros às ARS para contratação com os Hospitais.....          | 11 |
| 4. Alocação de recursos financeiros às ULS .....   | 12 |
| 5. Metodologia de Contratação de Serviços .....  | 12 |
| 5.1. Atividade Assistencial.....   | 12 |
| 5.1.1. Internamento de doentes agudos e crónicos .....                                     | 14 |
| 5.1.2. Ambulatório médico e cirúrgico .....  | 16 |
| 5.1.3. Pagamento de próteses .....   | 17 |
| 5.1.4. Consultas externas .....  | 17 |
| 5.1.5. Atendimentos urgentes .....   | 20 |
| 5.1.6. Sessões de hospital de dia .....  | 20 |
| 5.1.7. Sessões de Radioterapia .....   | 20 |
| 5.1.8. Saúde Sexual e Reprodutiva.....   | 21 |
| 5.1.9. Serviço Domiciliário.....   | 21 |
| 5.1.10. Modalidades de pagamento por doente tratado.....                                   | 21 |
| 5.2. Aplicação de flexibilidade regional na fixação dos preços pelas ARS.....              | 26 |
| 5.3 Áreas específicas .....  | 27 |
| 5.4. Orçamento global e produção marginal.....   | 28 |
| 5.5 EBITDA e Valor de Convergência .....   | 29 |
| 5.6 Incentivos de desempenho e de eficiência económico-financeira.....                     | 29 |
| 5.6.1. Caracterização dos objetivos a contratualizar .....                                 | 30 |
| 5.6.2. Atribuição de incentivos institucionais.....  | 30 |
| 5.6.3. Avaliação do Grau de Cumprimento das Metas.....                                     | 32 |
| 5.6.4. Definição das Metas.....  | 33 |
| 5.7. Medicamentos prescritos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia de oficina ..... | 33 |
| 5.8. Penalizações associadas ao Contrato-Programa.....                                     | 34 |
| 5.9. Contratualização Interna .....  | 36 |

ANEXO I - TABELA DE PREÇOS 2013

## 0. ENQUADRAMENTO

No cumprimento do quadro normativo vigente, estabelecem-se os princípios orientadores do processo contratual a desenvolver pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS) e respetivos Hospitais (EPE e SPA) e Unidades Locais de Saúde (ULS), no que respeita a atividades, objetivos e resultados a alcançar no ano de 2013.

No caso dos Hospitais do Setor Público Administrativo (SPA), trata-se de dar cumprimento ao disposto na alínea b) do n.º 1 do artigo 10.º da Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro, que prevê a celebração de contratos-programa (CP) com as Administrações Regionais de Saúde, nos quais sejam definidos os objetivos a atingir acordados com a tutela, assim como os indicadores de atividade que permitam aferir o desempenho das respetivas unidades.

O ano de 2013 vai ser marcado pela entrada em vigor do Contrato-Programa 2013-15 apresentando-se uma evolução do contrato-programa em vigor desde 2007. Este contrato-programa será marcado pelo reforço do peso das medidas de qualidade e acesso, evolução das modalidades de pagamento em função do cidadão e responsabilização das entidades hospitalares pelos encargos gerados. Igualmente procura-se maturar a separação pagador-prestador no atual quadro de quasi-mercado.

O quadro de forte restrição orçamental previsto para 2013, decorrente da atual conjuntura económica e financeira, exige determinação na contenção dos gastos públicos e impõe um acrescido rigor e responsabilização na gestão do bem público. Estes compromissos são claramente assumidos no Memorando de Entendimento (MoU), celebrado entre a República Portuguesa, o Fundo Monetário Internacional, a Comissão Europeia e o Banco Central Europeu.

Assim, o ano de 2013 será particularmente exigente na procura da sustentabilidade económico-financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com uma diminuição de financiamento previsto para as Entidades Públicas Empresariais do Ministério da Saúde de 2,8% face ao ano de 2012, circunstância que se refletirá na subsequente afetação de recursos às instituições do SNS. Com os recursos disponíveis, o SNS terá de, sem perda de qualidade, salvaguardando os atuais níveis de acesso e eficiência, continuar a responder às necessidades de saúde dos cidadãos ao nível da prestação de cuidados.

O elevado grau de maturidade atingido pelos Departamentos de Contratualização das ARS, e pelos prestadores de cuidados de saúde, permite-nos encarar o processo de 2013 com a certeza de que os objetivos propostos serão alcançados. É neste contexto adverso que o processo de contratualização hospitalar deve demonstrar a sua mais-valia enquanto provedor do acesso e garante da sustentabilidade das instituições e do SNS.

## 1. INTRODUÇÃO

Reforçando a necessidade de dar continuidade às exigências de rigor e de procura da melhoria da eficiência, o Orçamento de Estado para 2013 impõe a tomada de medidas sobre a despesa, nomeadamente através do controlo exigente das despesas hospitalares, das despesas com medicamentos, das despesas com MCDT e das despesas com recursos humanos. Ordena ainda a reavaliação dos planos de negócio assim como a implementação de ações para a redução da despesa através de uma reafecção eficiente de recursos e do controlo estrito dos orçamentos.

Na sequência do Relatório Final elaborado pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar foram definidas oito Iniciativas Estratégicas que dão corpo a um conjunto de medidas que procuram sistematizar as intervenções propostas no referido Relatório. Neste âmbito, a Iniciativa Estratégica “Uma política de financiamento mais sustentável” inclui, entre outras, a Medida “Planeamento Estratégico e Operacional das Unidades Hospitalares” cuja responsabilidade operacional recai sobre a ACSS (entidade promotora da medida).

Com esta medida pretende-se a implementação de um processo de planeamento estratégico ao nível dos hospitais, com a definição de planos a três anos, devendo englobar a definição de objetivos estratégicos, principais linhas de ação, planos de investimentos e projeções económico-financeiras para o período, bem como a explicitação dos ganhos de eficiência e de produtividade prevista que permitam garantir a sustentabilidade a médio prazo de cada unidade hospitalar.

Neste sentido, o ano de 2013 permitirá dar cumprimento à unificação dos documentos previsionais existentes (i. é Plano de Negócios, Plano de Desempenho, Plano de Ajustamento, Demonstrações Financeiras). Assim, anualmente as entidades passam a utilizar um instrumento previsional único de acordo com orientações da Tutela para o triénio. Anualmente, as entidades devem rever este instrumento de acordo com a execução corrente e previsão futura. Naturalmente, este instrumento previsional único estará associado ao processo de contratualização hospitalar, tal como o Plano de Desempenho que existente atualmente. De forma decisiva, este instrumento permitirá um melhor alinhamento estratégico dos vários níveis da administração e melhoria dos mecanismos de controlo de gestão.

Por outro lado, e com a intenção de favorecer a equidade da alocação de recursos financeiros para a prestação de cuidados de saúde hospitalares e alinhar o financiamento à reestruturação da oferta hospitalar, a afetação da verba de financiamento para a contratualização hospitalar mantém os princípios de alocação implementados para 2012. De acordo com as orientações estratégicas definidas para esta área aplica-se o mesmo racional de afetação de verbas, criando condições de estabilidade de financiamento a distribuir pelas regiões de saúde, as quais posteriormente vão utilizar para adquirir cuidados de saúde hospitalares.

Para além desta continuidade, e fruto de alargada discussão com prestadores de cuidados e instituições da Administração Central, destacam-se os seguintes pontos de evolução da metodologia de financiamento para 2013:

- Aumento da importância dos incentivos institucionais à melhoria da qualidade e da eficiência das instituições, através da valorização de incentivos em 5% e de penalizações em 1% do valor de financiamento para 2013, e atualização dos indicadores de qualidade e eficiência;
- Implementação de preço base único para a atividade agrupada em GDH e atualização do índice de *case-mix* à produção de internamento e ambulatório classificada em GDH de 2011 através da nova versão do agrupador AP versão 27;
- Autonomização da linha de atividade cuidados de radioterapia;
- Reagrupamento de hospitais para a linha de atividade de consulta externa e majoração das consultas referenciadas através do sistema de informação de suporte ao programa de acesso Consulta a Tempo e Horas e das consultas médicas de telemedicina realizadas em tempo real;
- Implementação de programa piloto de financiamento para o tratamento ambulatório de pessoas a viver com esclerose múltipla, infeção por VHC e hipertensão pulmonar;
- Implementação de programa piloto de financiamento para o tratamento de pessoas com diagnóstico *de novo* de cancro da mama, cancro do cólon e reto e cancro do colo do útero;
- Estabelecimento de conjunto mínimo de tratamentos para classificação em sessões de hospital de dia de imunoterapia e hematologia;
- Implementação de incentivos e penalizações à prescrição de medicamentos prescritos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia de oficina.

Assim, o ano de 2013 surge como um ano de grande exigência e rigor, pelo que a contratualização com os Hospitais e ULS do SNS está condicionada à obtenção de um valor EBITDA nulo, para cada instituição.

O aumento da exigência e do rigor passará também pela criação de um sistema de penalizações associadas ao incumprimento de determinadas tarefas assistenciais e de reporte de informação atempado, o qual não ultrapassará 1% do valor global do Contrato-Programa.

Este ano ficará igualmente marcado pelo reforço dos mecanismos de acompanhamento das instituições, na medida em que será criada uma ferramenta de *benchmarking* para comparar o desempenho e proceder à publicação de informação sobre as instituições hospitalares, numa base mensal, através de uma solução informática que disponibilize conteúdos de informação sobre as diferentes dimensões de análise do Sistema de Saúde (acesso, eficiência, efetividade, produção e satisfação) e destinadas a públicos-alvo diversos, nomeadamente cidadãos, utentes, profissionais de saúde, decisores políticos,

acadêmicos, entre outros. Esta ferramenta possibilitará igualmente às instituições prestadoras de cuidados e às administrações regionais de saúde efetuarem o acompanhamento da atividade desenvolvida ao longo do ano, com um maior nível de detalhe e de flexibilidade do que até agora era possível, aumentando assim a possibilidade de processamento dos conhecimentos necessários a todos os protagonistas do sistema.

Por último, importa referir que o processo de contratualização para 2013 terá um reforço da sua componente de análise dos planos de investimento das instituições, os quais deverão ser elaborados e negociados de acordo com as orientações da Tutela.

## 2. INDICAÇÕES

O atual quadro de restrição orçamental condiciona significativamente os recursos disponíveis no Serviço Nacional de Saúde (SNS), com consequências sobre o valor que pode ser afeto à contratualização dos serviços prestados pelos hospitais e ULS. A contenção dos gastos públicos impõe um rigor acrescido e responsabilização na gestão do bem público.

Na esteira do ocorrido em 2012, o processo de contratualização para 2013 reflete a reestruturação da oferta hospitalar e a adoção de medidas centralizadas de redução/contenção da despesa, nomeadamente na área dos medicamentos, das despesas com MCDT e das despesas com recursos humanos, calibradas de forma a garantir o cumprimento das metas que forem estabelecidas nos orçamentos. Mantem-se o objetivo geral de melhorar a gestão, de forma a garantir que com os recursos disponíveis e, sem perda de qualidade, se salvaguardam os atuais níveis de acesso e qualidade do SNS.

Neste enquadramento, a Administração Central emitiu um conjunto de orientações à elaboração do Plano de Desempenho de cada instituição das quais destacamos:

1. **Dar continuidade à racionalização e reorganização das instituições**, através da concentração de serviços clínicos e de suporte, particularmente nos Centros Hospitalares e nas Unidades Locais de Saúde, onde deverão ser operacionalizados os planos de fusão e de racionalização de custos, evitando redundâncias de serviços ou de valências médicas e rentabilizando a afetação de recursos humanos e físicos das instituições;
2. **As necessidades identificadas de cuidados de saúde das populações da área de influência das instituições** constituem o referencial para a determinação da produção, devendo ser tida em atenção a análise das características epidemiológicas e carga de doença, a procura expressa e os constrangimentos de acesso dos doentes aos cuidados de saúde. A proposta de produção deve contribuir para a resolução efetiva das limitações existentes no acesso, no contexto da área de influência de cada instituição e de cada região de saúde;
3. **Devem ser privilegiados os cuidados prestados em ambulatório** (médicos e cirúrgicos), incentivando a transferência de cuidados de internamento para o ambulatório;
4. O cumprimento do previsto no número anterior deve dar lugar a uma **diminuição efetiva do número de camas e à melhoria da eficiência nas demoras médias dos serviços** em função da produção e casuística de internamento da instituição, atendendo às melhores práticas de gestão clínica;
5. **Melhorar a interligação e articulação com os prestadores de cuidados de saúde primários e com os cuidados continuados integrados**, o que deve ser refletido na adequação da resposta hospitalar, pela redução do tempo médio de espera para

tratamentos em ambulatório e redução da demora média de internamento, bem como na facilitação da continuidade de cuidados, através da ação das equipas de gestão de altas hospitalares, a iniciar-se o mais cedo possível no contexto do episódio hospitalar e não apenas no momento da alta clínica;

6. **Mantem-se a responsabilização financeira do hospital de origem pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados;**
7. **Respeitar os tempos máximos de resposta garantida** no âmbito da consulta externa proveniente dos cuidados de saúde primários (referenciação exclusivamente por via informática em 2013);
8. **Incentivar a transferência de consultas subsequentes para os cuidados de saúde primários**, permitindo ao utente uma maior proximidade e acesso aos cuidados de saúde, evitando duplicação de recursos afetos ao diagnóstico e tratamento e possibilitando uma melhor adequação e efetividade na resposta à doença crónica e às situações agudas;
9. Na lógica dos pontos anteriores, a **majoração do preço da primeira consulta hospitalar apenas será aplicada às consultas com origem em referenciação informática** proveniente dos cuidados de saúde primários;
10. **A atividade nas urgências deve reduzir-se**, não só devido à melhoria do acesso aos cuidados programados (hospitalares e primários), como também devido à melhoria do acompanhamento e da continuidade dos cuidados prestados na doença crónica e na reabilitação das doenças agudas;
11. **Os prestadores públicos devem aumentar a produção na área da diálise**, através de: 1) racionalização do tratamento dialítico sem benefício demonstrado na redução da mortalidade, ou na melhoria da qualidade de vida associada ao estado de saúde em grupos específicos de doentes renais crónicos, e; 2) incremento significativo dos programas hospitalares de diálise peritoneal e hemodiálise. Neste sentido, a criação de centros de resultados, particularmente nas instituições do sector empresarial do Estado, pode constituir um instrumento de motivação dos profissionais para a prestação de cuidados na área da diálise e, simultaneamente, de obtenção de um elevado grau de eficiência;
12. **Utilização e rentabilização dos equipamentos e dos recursos físicos e humanos;**
13. **Utilizar o registo clínico eletrónico**, de modo a facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde que prestam cuidados ao doente, de forma a evitar a realização de atos médicos desnecessários e promover uma maior eficiência técnica e efetividade no tratamento do doente.

14. **Fomentar a introdução de programas, protocolos, linhas de orientação e normas clínicas**, que possibilitem a standardização das intervenções a nível nacional, garantindo que estas obedecem a critérios científicos válidos, que permitem comparar práticas e agregar resultados.

Atendendo às fortes restrições económicas do País, o **exercício de previsão orçamental para 2013 centra-se na contenção e racionalização de custos**, procurando atingir uma maior eficiência, efetividade e sustentabilidade económico-financeira das instituições. Para tal:

- A. Os documentos previsionais que são parte integrante do contrato-programa - Balanço Previsional e Demonstração Previsional de Fluxos de Caixa (Demonstração de Resultados Previsional já incluída) – devem ser consistentes entre si e evidenciar uma trajetória de sustentabilidade económico-financeira e de melhoria da eficiência, face ao ano em curso;
- B. Os custos operacionais da instituição, nomeadamente com pessoal, fornecimentos e serviços externos e consumos (em especial, material de consumo clínico e produtos farmacêuticos) devem apresentar uma redução em 2013;
- C. O contributo de cada uma das instituições para aquele objetivo é negociado caso a caso, mas considera-se como mínimo obrigatório para o exercício de 2013 uma redução dos custos operacionais **até 8% face ao previsto para 2012**, de forma a garantir um orçamento equilibrado, traduzido num valor de EBITDA (resultados antes de juros, impostos, amortizações e provisões) nulo. Nos casos em que a previsão de 2013 não cumpre uma redução cumulativa de 15% dos custos operacionais entre 2010 e 2013, a taxa de redução mínima dos custos operacionais deve ser superior a 8% de forma a cumprir este objetivo.
- D. A redução de custos com pessoal será obtida, entre outras ações, através da promoção da mobilidade dos profissionais de saúde, nomeadamente entre Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde, e entre cuidados de saúde hospitalares e cuidados de saúde primários. Devem, também, ser adotadas medidas de reorganização ou reafecção de profissionais e serviços de modo a reduzir a despesa com suplementos remuneratórios em geral, devendo esta redução ser de pelo menos 20% no caso específico das horas extraordinárias;
- E. A contratação de prestações de serviço (desejavelmente residuais), não pode ser efetuada a preços por hora/médico e hora/enfermeiro superiores ao valor resultante dos concursos centrais realizados pela SPMS, EPE;
- F. As propostas de orçamento têm em atenção que é obrigatório o cumprimento da Lei nº 8/2012 de 21 de fevereiro e do Decreto-Lei nº 127/2012 de 21 de Junho;

- G. **O valor do adiantamento dos contratos programa vai ser progressivamente alterado para refletir o pagamento do valor efetivamente faturado pela entidade.** Em dezembro de 2013, o adiantamento estará indexado, no máximo à produção realizada em Junho do mesmo ano;
- H. É aplicável o princípio de orçamento-global, não podendo os proveitos provenientes dos contratos programa ser superiores ao valor estabelecido no contrato como contrapartida da atividade contratada;
- I. Qualquer previsão de custos ou proveitos que não cumpra as orientações expressas nos pontos anteriores **tem que ser previamente submetida a autorização da tutela;**
- J. As ARS não podem ultrapassar os limites globais de despesa que lhes foram atribuídos para a realização dos contratos-programa.

### 3. ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS ÀS ARS PARA CONTRATAÇÃO COM OS HOSPITAIS

Na proposta de orçamento de Estado para 2013 está inscrita a verba de 4.158.515.505 € para as instituições do SNS do Setor Empresarial do Estado (Hospitais e ULS), determinando-se que a verba disponível para contratualização hospitalar atinja o montante de 3.512.657.198€.

| Região de Saúde       | 2012                 | 2012 comparável      | 2013                 | Var. 13/12   |
|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------|
| Norte                 | 1.212.009.811        | 1.212.009.811        | 1.178.073.536        | -2,8%        |
| Centro                | 694.077.452          | 694.077.452          | 674.643.283          | -2,8%        |
| Lisboa e Vale do Tejo | 1.434.802.936        | 1.457.113.057        | 1.416.313.891        | -2,8%        |
| Alentejo              | 96.420.639           | 73.667.175           | 71.604.494           | -2,8%        |
| Algarve               | 176.977.359          | 176.977.359          | 172.021.993          | -2,8%        |
| <b>HEPE</b>           | <b>3.614.288.197</b> | <b>3.613.844.854</b> | <b>3.512.657.198</b> | -2,8%        |
| <b>ULS</b>            | <b>611.149.209</b>   | <b>664.463.279</b>   | <b>645.858.308</b>   | -2,8%        |
| <b>Nacional EPE</b>   | <b>4.225.437.406</b> | <b>4.278.308.133</b> | <b>4.158.515.505</b> | <b>-2,8%</b> |

Com o objetivo de promover uma maior equidade, a metodologia a aplicar em 2013, para alocação de recursos financeiros às regiões de saúde segue a metodologia iniciada em 2012. A metodologia aplicada em 2012 considerou as características da população sob a responsabilidade de cada região, considerando para o efeito, as necessidades específicas da população, as determinantes da despesa em disponível para a contratualização hospitalar internamento e ambulatório (enquanto proxy da despesa hospitalar) e o fluxo inter-regional de doentes.

Considerando a necessidade de estabilização dos montantes atribuídos por região de saúde, em 2013 o montante disponível sofrerá variação similar em todas as regiões decorrentes da restrição orçamental definida em orçamento de estado.

O ano de 2013 permitirá também acompanhar mais em detalhe determinadas áreas específicas, com vista a possibilitar a melhoria contínua da metodologia de alocação de recursos financeiros às regiões de saúde nos próximos anos. De entre estas áreas específicas, destacamos:

- os fluxos de doentes, estudando-se não só os fluxos de doentes na área da atividade codificada em GDH, como também na restante área hospitalar de ambulatório (consultas externas, urgências, sessões de hospital de dia e medicamentos de cedência hospitalar);
- o pagamento das urgências, analisando-se o pagamento por “disponibilidade de serviço”, o qual deverá considerar a tipologia de urgência e a estrutura definida pela Tutela para o respetivo serviço de urgência (eg. vias verdes em funcionamento, especialidades presente 24h/24h), o volume de atividade do serviço de urgência e indicadores de qualidade do serviço de urgência;
- os custos com o Ensino e Investigação, analisando-se as suas principais componentes e procurando isolá-las dos custos da actividade assistencial propriamente dita;

- a introdução de novas modalidades por doente tratado, que permitam continuar a incentivar o pagamento compreensivo dos cuidados a prestar e a criação de centros de tratamento destas patologias.

#### 4. ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS ÀS ULS

À semelhança do referido para os hospitais, a metodologia a aplicar para alocação dos recursos financeiros à ULS em 2013 segue a modalidade definida para o período 2010-2012, em que o valor *per capita* a atribuir a cada ULS parte de um *capita* Nacional, que é depois ajustado às populações das ULS através de um índice, com base nas suas características, refletindo as diferenças entre entidades geográficas de oferta e procura de cuidados de saúde.

Em concreto, a modalidade de pagamento das ULS para aquele triénio estabeleceu que o valor *per capita* de cada ULS é composto por uma componente dos determinantes em saúde da despesa (40%) e pelo estado de saúde das populações (60%). O estado de saúde das populações é aferido através da taxa de mortalidade padronizada pela idade (População Padrão Europeia). A componente de determinantes da despesa é baseada num modelo explicativo da variação da despesa, o qual assenta numa regressão linear múltipla, em que as três variáveis do modelo são as variáveis independentes e a despesa total (despesa de cuidados de saúde primários e despesa de cuidados hospitalares) é a variável dependente.

Considerando a necessidade de estabilização dos montantes atribuídos por ULS, o montante disponível para 2013 sofrerá uma variação de -2,8%, valor similar a todas as ULS, decorrente da restrição orçamental definida no orçamento de estado.

|              | CP 2012              | CP 2013              | Var 12/13    | Capita 2012  | Capita 2013  |
|--------------|----------------------|----------------------|--------------|--------------|--------------|
| ULSM         | 97.522.127 €         | 94.791.507 €         | -2,8%        | 557 €        | 540 €        |
| ULSAM        | 130.602.909 €        | 126.946.027 €        | -2,8%        | 533 €        | 518 €        |
| ULSG         | 81.285.125 €         | 79.009.142 €         | -2,8%        | 549 €        | 533 €        |
| ULSCB        | 66.035.707 €         | 64.186.707 €         | -2,8%        | 610 €        | 592 €        |
| ULSNA        | 78.373.296 €         | 76.178.843 €         | -2,8%        | 659 €        | 643 €        |
| ULSBA        | 78.344.396 €         | 76.150.753 €         | -2,8%        | 619 €        | 601 €        |
| ULSN         | 78.985.649 €         | 76.774.051 €         | -2,8%        | 549 €        | 535 €        |
| ULSLA        | 53.314.071 €         | 51.821.277 €         | -2,8%        | 545 €        | 529 €        |
| <b>Grupo</b> | <b>664.463.280 €</b> | <b>645.858.308 €</b> | <b>-2,8%</b> | <b>571 €</b> | <b>555 €</b> |

#### 5. METODOLOGIA DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS

##### 5.1. Atividade Assistencial

Para a vertente hospitalar, as principais linhas de atividade assistencial a contratar, para o ano de 2013, são as seguintes:

- a) Internamento de doentes agudos e crónicos;

- b) Ambulatório médico e cirúrgico;
- c) Pagamento de próteses;
- d) Consultas externas;
- e) Atendimentos urgentes;
- f) Sessões de hospital de dia;
- g) Sessões de radioterapia;
- h) Diagnostico Pré-natal;
- i) Interrupção da Gravidez;
- j) Serviço domiciliário;
- k) Modalidades de pagamento por doente tratado:
  - a. Programa de tratamento ambulatorio de pessoas a viver com infeção VIH/sida;
  - b. Programa piloto de tratamento ambulatorio de pessoas a viver com hipertensão arterial pulmonar;
  - c. Programa piloto de tratamento ambulatorio de pessoas a viver com esclerose múltipla;
  - d. Programa piloto de tratamento ambulatorio de pessoas a viver com infeção por VHC;
  - e. Programa piloto de tratamento de doentes com patologia oncológica:
    - i. Cancro da mama;
    - ii. Cancro do colo e reto;
    - iii. Cancro do colo do útero.

Para o caso das ULS, e em complemento à contratação da atividade hospitalar, serão também contratadas as seguintes áreas de intervenção ao nível dos cuidados de saúde primários:

- a) Personalização de cuidados;
- b) Utilização dos serviços;
- c) Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida;
- d) Programas de Vigilância Oncológica/Rastreios;
- e) Vigilância clínica das situações de doença crónica;
- f) Cuidados em situação de doença aguda.

A atividade assistencial do SNS engloba a atividade realizada aos utentes do SNS, incluindo os beneficiários dos subsistemas da ADSE, SAD da PSP e da GNR e ADM das Forças Armadas, remetida pelos hospitais e ULS aos Departamentos de Contratualização das ARS através do Plano de

Desempenho de 2013 e carregada no Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento – SICA.

### 5.1.1. Internamento de doentes agudos e crónicos

A atividade de internamento de doentes agudos passa a ser classificada em GDH através do agrupador na versão AP27. O índice de case *mix* é atualizado à atividade realizada no ano de 2011.

A atualização da versão de agrupador e dos dados base à determinação de pesos relativos permite aplicar na íntegra um único preço base para todas as instituições: 2.141,70€. Esta alteração permite que independentemente do prestador de cuidados, ao mesmo tratamento é aplicado um preço idêntico, aumentando a racionalidade do sistema de saúde, o *benchmarking* e um maior incentivo à eficiência das organizações.

O preço praticado para o internamento cirúrgico urgente corresponde a 95% do preço base considerando os custos fixos remunerados através da linha de urgência e incentivando a atividade programada.

O internamento de doentes crónicos acompanha a necessidade de redução de custos operacionais em 6% aplicando-se uma redução de preço nesta ordem de grandeza.

| Internamento e Ambulatório Médico e Cirúrgico | Preço    |
|---|----------|
| Preço base                                    | 2.141,70 |
| <b>Internamento de doentes crónicos</b>       |          |
| Psiquiatria                                   | 73,70    |
| Crónicos ventilados                           | 254,18   |
| Medicina Física e Reabilitação                | 213,65   |
| Hansen  | 73,70    |

#### Atividade cirúrgica

Em 2012 foi introduzida a responsabilização financeira do hospital de origem pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados. Para 2013 mantém-se este mesmo princípio.

#### Âmbito da responsabilidade financeira dos hospitais do SNS

1.1 Os hospitais públicos e as unidades locais de saúde assumem a responsabilidade financeira decorrente de todas as intervenções cirúrgicas realizadas por terceiros (outros hospitais do SNS ou entidades convencionadas com o SNS) aos utentes inscritos na sua Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), respeitando as regras definidas para o programa denominado Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).

1.2. O referido no ponto anterior não se aplica aos hospitais em parceria público privada ou aos hospitais privados com acordos no âmbito do SIGIC.

1.3. A atividade cirúrgica a contratar com os hospitais deve considerar a atividade cirúrgica que estimam realizar internamente e, ainda, a atividade cirúrgica constante da sua LIC que poderá ser realizada por terceiras entidades, fruto da impossibilidade do hospital as realizar dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG).

1.4. Alerta-se que a atividade cirúrgica realizada por um hospital de destino na sequência da emissão de uma nota de transferência proveniente de outro hospital do SNS (transferência efetuada de acordo com as regras do SIGIC), não está abrangida pelo Contrato-programa, sendo, nessa medida, considerada uma atividade e um proveito extra-contrato do hospital de destino.

#### **Preços a contratar**

2.1. Atividade é contratada de acordo com a metodologia comum (doente equivalente\*índice de case mix\*preço unitário/linha de produção).

#### **Circulação de utentes no âmbito do SIGIC**

3.1. A circulação de utentes rege-se pelas normas e procedimentos instituídos no âmbito do programa SIGIC.

#### **Faturação da atividade realizada por outras entidades**

4.1. A atividade realizada por outras entidades é faturada da seguinte forma:

A) Pelo valor do GDH referido na tabela de preços em vigor no SIGIC, adaptado às regras constantes da mesma Portaria, no caso da produção referente a doentes transferidos, provenientes de outros hospitais;

B) Sempre que um utente seja operado num hospital de destino do setor convencionado, este fatura à ARS respetiva de acordo com as regras referidas na alínea A). O hospital de origem apenas pode faturar no seu contrato-programa 90% deste valor.

4.2. A faturação da atividade cirúrgica realizada pela própria instituição e realizada por hospitais de destino deverá obedecer ao princípio do orçamento global anteriormente apresentado.

### Fluxo financeiro decorrente da transferência de um utente para outro hospital do SNS no âmbito do programa SIGIC

5.1. O hospital de destino, após a conclusão do processo assistencial, fatura os cuidados prestados ao hospital de origem, de acordo com a tabela de preços SIGIC.

5.2. É estabelecido um sistema de *clearing house* com base no SIGLIC que permite o cumprimento de prazos de pagamento 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 ao hospital de destino.

5.3. O hospital de destino deve considerar os proveitos arrecadados pela atividade adicional realizada proveniente de outros hospitais públicos como proveitos extra-contrato.

### Fluxo financeiro decorrente da transferência de um utente para uma instituição convencionada no âmbito do programa SIGIC

6.1. A entidade convencionada procederá à faturação dos procedimentos cirúrgicos efetuados, ao preço da tabela SIGIC à Administração Regional de Saúde respetiva, devendo esta faturar a atividade ao hospital de origem.

6.2. 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.

### **Partos**

Os episódios de internamento que resultem em partos por cesariana sempre que superiores aos montantes contratados serão remunerados de acordo com Grupo de Diagnóstico Homogéneo de Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação

#### **5.1.2. Ambulatório médico e cirúrgico**

Tal como explicitado para a área de internamento de doentes agudos, as áreas de ambulatório médico e cirúrgico são agrupadas em GDH através do agrupador versão AP27. Importa referir que, com o objetivo da promoção da atividade cirúrgica em ambulatório, os pesos relativos desta atividade são similares à atividade realizada em regime de internamento.

### 5.1.3. Pagamento de próteses

É criada uma linha de financiamento autónoma para pagamento do seguinte tipo de próteses:

Implante coclear, banda gástrica, desfibrilhador cardíaco, prótese da anca, neuroestimulador periférico, neuroestimulador medular e neuroestimulador medular.

O financiamento da prótese acresce à faturação do episódio por doente equivalente, sendo a colocação da prótese identificada pelo respetivo código da ICD-9-CM. O preço a atribuir para cada prótese parte do custo médio de aquisição apurado para cada prótese num conjunto de 9 hospitais/Centros Hospitalares do SNS:

| Tipo de prótese                 | Preço       |
|---------------------------------|-------------|
| Implante coclear                | 20.715,08 € |
| Banda gástrica                  | 1.476,51 €  |
| Desfibrilhador cardíaco         | 24.220,70 € |
| Prótese da anca                 | 1.246,04 €  |
| Neuro estimulador intracraniano | 18.856,18 € |
| Neuro estimulador medular       | 19.883,69 € |
| Neuro estimulador periférico    | 1.359,53 €  |

Para efeitos de financiamento das próteses, as ARS terão à sua disposição para contratualização os montantes apresentados no quadro seguinte, os quais resultam da distribuição *per capita* dos custos registados com próteses em 2012.

| ARS          | Valor disponível para Contratualização |
|--------------|--|
| ARS Norte    | 8.924.395 €                            |
| ARS Centro   | 4.227.107 €                            |
| ARS LVT      | 10.448.861 €                           |
| ARS Alentejo | 475.969 €                              |
| ARS Algarve  | 1.287.682 €                            |
| <b>TOTAL</b> | <b>25.364.013 €</b>                    |

Os montantes aqui referidos são indicativos e não invalidam que a atividade a realizar pelas instituições hospitalares seja superior aos valores aqui referidos.

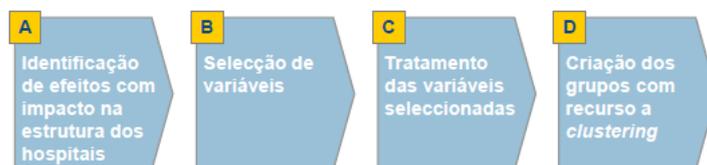
### 5.1.4. Consultas externas

A atividade realizada em consulta externa está dependente da complexidade de serviços prestada por cada instituição. De momento, não é possível captar a complexidade desta atividade, contrariamente ao que já acontece com o internamento de agudos. 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.

Para 2013, este agrupamento decorre do aperfeiçoamento da sustentação teórica do método de criação de grupos de financiamento, com teste e avaliação de técnicas alternativas:

- A. Identificação de efeitos com impacto na estrutura dos hospitais: identificação preliminar dos efeitos que condicionam estruturalmente os custos dos hospitais;
- B. Seleção de variáveis: utilização de 22 combinações de variáveis a partir de análise de sensibilidade para um leque alargado de variáveis disponíveis (introdução de novas variáveis e atualização das restantes com dados mais recentes);
- C. Tratamento das variáveis seleccionadas: Estandarização das variáveis seguida de Análise de Componentes Principais (PCA) para eliminação de efeitos de correlação entre variáveis;
- D. Criação dos grupos com recurso a *clustering*: construção dos grupos com base em técnica de *clustering* hierárquico com agregação pelo método de *Ward* para as n combinações de variáveis testadas, seguida de determinação da solução final com base na configuração mais frequente de entre as várias combinações testadas.



Como resultado da técnica utilizada são determinados os seguintes grupos:



Na construção dos preços, os custos unitários por linha de produção dos diferentes hospitais foram corrigidos e normalizados por forma a serem comparáveis. De seguida determinaram-se os custos

unitários em cada grupo nas linhas de atividade de consultas. Apesar da maior homogeneidade dos novos grupos de financiamento, verificaram-se ainda algumas diferenças nos custos unitários dos hospitais de cada grupo. Adicionalmente, alguns dos hospitais apresentaram custos muito desalinados dos restantes, sugerindo a existência de erros de imputação. A utilização do método *Box Plot* permitiu a identificação desses casos considerados *outliers* com vista à constituição de uma amostra de hospitais com valores válidos. A amostra selecionada correspondeu aos hospitais cujos custos se situam em torno da mediana do grupo. A definição dos preços de referência em cada grupo considerou o conceito de percentil de eficiência com o de grau de cobertura dos custos dos hospitais.

| Consultas Externas | Preço  |
|--------------------|--------|
| Grupo A            | -      |
| Grupo B            | 40,80  |
| Grupo C            | 45,40  |
| Grupo D            | 69,75  |
| Grupo E            | 73,04  |
| Grupo F            | 111,30 |

Em paralelo com esta evolução, e considerando que a referenciação entre os cuidados de saúde primários e os hospitais é um dos pontos mais críticos de acesso ao Serviço Nacional de Saúde, têm vindo a ser implementadas medidas com o objetivo harmonizar os procedimentos inerentes à implementação e gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, estabelecendo um conjunto de regras que vinculam as instituições do SNS e os profissionais de saúde intervenientes no processo, articulando-os de forma criteriosa e transparente. Decorridos mais de quatro anos sobre a implementação do programa de acesso Consulta a Tempo e Horas (CTH) constata-se a necessidade de promover pela via do financiamento a redução dos tempos para consulta de especialidade hospitalar. Neste sentido, as **primeiras consultas referenciadas pelo sistema de informação de suporte ao CTH vêm o seu preço majorado em 10%**.

No seguimento das recomendações do Grupo de Trabalho para Telemedicina, em 2013 **as teleconsultas médicas realizadas em tempo real passam a ser majoradas em 10%**, independentemente de serem primeiras consultas ou subseqüentes.

Dando cumprimento ao Programa Nacional de Saúde Mental, **as consultas de psiquiatria realizadas na comunidade vêm o seu preço majorado em 10%**, independentemente de serem primeiras consultas ou subseqüentes.

Ainda para o ano de 2013, haverá um acompanhamento mais próximo da actividade relacionada com as “altas das consultas externas”, de maneira a fomentar a transferência de cuidados para os níveis mais adequados de prestação e obtermos mais evidência sobre as práticas de acompanhamento dos doentes nas várias especialidades e hospitais.

### 5.1.5. Atendimentos urgentes

Na sequência da metodologia de contratualização aplicada em 2012, o pagamento da linha de Urgência é realizado de acordo com tipologia de cuidados (serviço de urgência polivalente, serviço de urgência médico-cirúrgica e serviço de urgência básica).

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

Para o ano de 2013, e conforme já foi referido, esta linha de produção será acompanhada no sentido de se equacionar um futuro pagamento por “disponibilidade de serviço”, o qual deverá considerar a tipologia de urgência e a estrutura definida pela Tutela para o respetivo serviço de urgência, o volume de atividade do serviço e indicadores de qualidade do serviço de urgência.

### 5.1.6. Sessões de hospital de dia

No seguimento de recomendações várias, as diferentes tipologias de hospital de dia passam a considerar três tipologias (a) sessão de hospital de dia, (b) sessão de hospital de dia de psiquiatria e (b) sessão de hospital de dia de Hematologia/ Imunohemoterapia. Por definição, todas as sessões de hospital de dia são financiadas ao preço base, sendo praticados preços específicos para sessão de hospital de dia de hematologia/ imunohemoterapia caso sejam realizados um conjunto mínimo de procedimentos e sessão de hospital de dia de psiquiatria.

| Sessões de Hospital de Dia | Preço  |
|----------------------------|--------|
| Base                       | 20,98  |
| Psiquiatria                | 31,76  |
| Hematologia                | 305,75 |
| Imunohemoterapia           | 305,75 |

### 5.1.7. Sessões de Radioterapia

No modelo em vigor até 2012, os tratamentos de radioterapia eram agrupados em GDH médico de ambulatório. Este modelo demonstrou-se desadequado, tendo o sido criado um grupo de trabalho (constituído pelos hospitais públicos com esta valência e a ACSS) para estudar esta temática. Este grupo de trabalho recomendou a autonomização destes tratamentos numa linha de atividade autónoma, passando-se a adotar o pagamento através de preços diferenciados para tratamentos simples (nos quais

se incluem os tratamentos simples, tratamentos 3D e radioterapia estereotáxica) e complexos (referentes às técnicas especiais, à irradiação corporal e hemicorporal e aos tratamentos IMRT).

| Sessões de Radioterapia | Preço  |
|-------------------------|--------|
| Tratamentos simples     | 108,89 |
| Tratamentos complexos   | 261,37 |

#### 5.1.8. Saúde Sexual e Reprodutiva

A linha de atividade Diagnóstico Pré-Natal prevê a utilização de centros de referência no acompanhamento das grávidas seguidas em centros de saúde, através da realização da ecografia da 14.<sup>a</sup> semana conjugada com o rastreio bioquímico do 1.º trimestre (Protocolo I) e/ou da ecografia da 22.<sup>a</sup> semana e consulta no hospital (Protocolo II), de modo a garantir respostas tecnicamente adequadas à elaboração do diagnóstico pré-natal. Ainda no âmbito da saúde sexual e reprodutiva é considerada a linha de atividade interrupção voluntária da gravidez até às 10 semanas de gestação.

| Diagnóstico Pré-Natal | Preço |
|-----------------------|-------|
| Protocolo I           | 39,29 |
| Protocolo II          | 67,30 |

| Interrupção Voluntária da Gravidez  | Preço  |
|-------------------------------------|--------|
| IVG medicamentosa até às 10 semanas | 294,90 |
| IVG cirúrgica até às 10 semanas     | 383,97 |

#### 5.1.9. Serviço Domiciliário

Relativamente ao serviço domiciliário devem ser considerados prioritariamente os cuidados prestados a doentes da área da saúde mental e a doentes ventilados, ficando ao critério de cada região a inclusão de outros doentes.

| Serviço domiciliário    | Preço |
|-------------------------|-------|
| Consultas domiciliárias | 34,48 |

#### 5.1.10. Modalidades de pagamento por doente tratado

A aplicação de modelos de gestão da doença em Portugal prevê que os cuidados de saúde sejam prestados de forma integrada, com a preocupação de garantir que o acesso a estes cuidados é atempado, realizado no nível mais adequado de cuidados, com programação dos cuidados necessários e em entidades prestadoras que respondam com elevados patamares de qualidade e efetividade.

Para impulsionar estes modelos de gestão da doença, introduziu-se a presente alteração no modelo de financiamento hospitalar, passando a definir-se o financiamento do tratamento de algumas patologias por um modelo baseado na unidade "doente tratado", o qual permite uma orientação para pagamentos por resolução integrada de problemas de saúde, balizada pelo risco e custos de contexto e sujeita a avaliação permanente da qualidade.

Para 2013, esta modalidade de pagamento aplica-se às seguintes programas de tratamento:

***Programa de tratamento ambulatorio de pessoas a viver com infeção VIH/sida***

O programa de tratamento ambulatorio de pessoas a viver com infeção VIH/sida abrange o acompanhamento dos doentes e a sua fidelização a protocolos terapêuticos tecnicamente reconhecidos e identificados pelo Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/sida. Desde 2012, este programa considera todos os doentes em tratamento com terapêutica anti-retrovírica.

A operacionalização deste Programa deve obedecer aos estipulado no Despacho n.º 6716/2012, de 9 de maio do Sr. Secretário de Estado da Saúde, nomeadamente no que se refere à implementação do sistema SI.VIDA, enquanto ferramenta de registo da actividade, de apoio à dispensa das terapêuticas com antirretrovíricos e de suporte à monitorização do Programa.

| <b>Tratamento ambulatorio de pessoas a viver com infeção VIH/sida</b> | <b>Preço</b> |
|---|--------------|
| <b>Doente tratado/mês</b>   | 795,62       |

***Programa piloto de tratamento ambulatorio de pessoas a viver com hipertensão arterial pulmonar***

A Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) é uma síndrome caracterizada pelo aumento da pressão nas artérias pulmonares, com consequente sobrecarga no coração, podendo culminar em morte prematura, visto que afeta doentes em idade pediátrica e doentes adultos.

Os sintomas associados à HAP, tais como falta de ar, fadiga, dor torácica, tonturas ou edemas periféricos, podem afetar gravemente a qualidade de vida dos doentes com esta patologia, na medida em que dificultam a realização de tarefas simples como a deslocação em pequenas distâncias.

O tratamento disponível para doentes com 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 às respetivas terapêuticas. Acresce, que considerado o reduzido número de doentes adultos estimado para o ano de 2013 (cerca de 547, dos quais 90 em fase de diagnóstico/pré-tratamento), importa que devam ser inequivocamente estabelecidos os critérios de tratamento dos doentes, bem como identificados os centros de tratamento adequados para o acompanhamento e seguimento de doentes com esta patologia.

Com base nas orientações e normas que, sobre esta matéria, forem emanadas pela DGS, preconiza-se a implementação de um modelo de gestão da hipertensão arterial pulmonar caracterizado pela definição dos cuidados a prestar aos doentes com esta patologia, bem como pelo apuramento de um preço compreensivo onde estão incluídas as diferentes vertentes terapêuticas para o tratamento dos doentes em ambulatório.

A modalidade de pagamento estabelece um preço por doente tratado mês sendo considerados três preços de acordo com estadios da patologia em adultos: (a) seguimento 1º ano; (b) seguimento após 1º ano CF<III; c) seguimento após 1º ano CF IV.

Para o ano de 2013, as ARS que o pretendam integrar esta modalidade de pagamento piloto deverão apresentar à ACSS uma proposta de adesão voluntária de uma das instituições hospitalares da sua área de abrangência.

| <b>Tratamento ambulatório de pessoas a viver com hipertensão pulmonar</b> | <b>Preço</b> |
|---|--------------|
| <b>Seguimento 1º ano (doente tratado/ mês)</b>                            | 729,88       |
| <b>Seguimento após 1º ano CF&lt;III (doente tratado/ mês)</b>             | 1.957,95     |
| <b>seguimento após 1º ano CF IV (doente tratado/ mês)</b>                 | 14.111,41    |

#### ***Programa piloto de tratamento ambulatório de pessoas a viver com esclerose múltipla***

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença inflamatória, crónica e degenerativa, que afeta o sistema nervoso central, sendo considerada pela Organização Mundial de Saúde como uma das causas mais comuns de incapacidade por doença neurológica que afeta adultos jovens.

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

Por outro lado, tendo em consideração os dados existentes sobre prevalência da doença em Portugal, estima-se que existam entre 4.000 e 5.600 doentes, justificando que devam ser inequivocamente estabelecidos os critérios de tratamento dos doentes, bem como identificados os centros de tratamento adequados para o acompanhamento e seguimento de doentes com esta patologia.

Assim, entende-se pertinente a criação de um programa de financiamento específico para esta patologia, com o intuito de promover a qualidade de vida e o acesso atempado dos doentes às terapêuticas.

Para o efeito, e com base nas Orientações e Normas que, sobre esta matéria, forem emanadas pela Direção-Geral da Saúde (DGS), preconiza-se a implementação de um modelo de gestão integrada da esclerose múltipla caracterizado pela definição dos cuidados a prestar aos doentes com esta patologia, e

pela implementação de um modelo de financiamento assente no estabelecimento de um preço compreensivo, onde estarão compreendidas as diferentes vertentes terapêuticas adequadas para o tratamento custo-efetivo de doentes em ambulatório, nos centros de tratamento considerados “elegíveis” para o efeito.

A modalidade de pagamento estabelece um preço por doente tratado mês sendo considerados doentes em tratamento em diferentes estádios da doença (a) EDSS<3,5, até um surto por ano; (b) EDSS<3,5, até dois surtos por ano; c) 4<EDSS<6,5; d) 7<EDSS<8 . Para o programa piloto são elegíveis as instituições com mais de 150 doentes em tratamento que, em conjunto com as ARS respetivas, manifestem à ACSS a vontade de aderir voluntariamente a esta modalidade de pagamento piloto para 2013.

**Tratamento ambulatório de pessoas a viver com esclerose múltipla**

**Preço**

**Doente tratado/mês**

1.074,64

***Programa piloto de tratamento ambulatório de pessoas a viver com infeção por VHC***

A hepatite C é uma doença do fígado, contagiosa, que resulta da infeção com o vírus da hepatite C. Segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que cerca de 150 milhões de pessoas estejam cronicamente infetadas com hepatite C, correndo o risco de contrair cirrose hepática ou carcinoma do fígado. Mais de 350.000 pessoas morrem, anualmente, de doenças do fígado relacionadas com a hepatite C.

O tratamento disponível para doentes com hepatite C crónica implica, em Portugal, o acesso a terapêuticas dispensadas exclusivamente em farmácia hospitalar, e associadas a custos elevados, tornando pertinente a criação de um programa de financiamento específico para esta patologia, com o intuito de promover a qualidade de vida e o acesso atempado dos doentes às respetivas terapêuticas.

Para este efeito, preconiza-se a implementação de um modelo de gestão integrada da hepatite C crónica caracterizado pela definição dos cuidados a prestar aos doentes com esta patologia. Consequentemente, o modelo de financiamento assentará no estabelecimento de um preço compreensivo, onde estarão englobadas as diferentes vertentes terapêuticas para o tratamento dos doentes em ambulatório. Estima-se, a esta data, a implementação do programa em 5 centros de tratamento que acompanharão cerca de 1.280 doentes infetados.

A modalidade de pagamento estabelece um preço/ano por doente sem experiência terapêutica a iniciar terapêutica anti-retrovírica. Para o programa piloto são elegíveis as instituições com mais de 150 doentes em tratamento que, em conjunto com as ARS respetivas, manifestem à ACSS a vontade de aderir voluntariamente a esta modalidade de pagamento piloto para 2013.

**Tratamento ambulatório de pessoas a viver com infeção por VHC**

**Preço**

**Doente tratado/ano**

9.442,00

### *Programa piloto de tratamento de doentes com patologia oncológica*

O cancro é a principal causa de morte antes dos 70 anos de idade (isto é, a principal causa de morte prematura) e, no conjunto das causas de mortalidade em todas as idades, ocupa o segundo lugar depois das doenças cérebro-cardiovasculares. Este ano estima-se, à semelhança do ano anterior, que morrerão por cancro 25.000 portugueses. Muitas destas mortes seriam evitáveis através de medidas de prevenção primária (como diminuição à exposição ao tabagismo) e de prevenção secundária (diagnóstico precoce em rastreios). Na última década houve progressos significativos na prevenção e tratamento do cancro em Portugal. Os programas de combate às listas de espera para cirurgia foram implementados, com redução significativa das mesmas. A instalação de novas unidades de radioterapia e o reapetrechamento das já existentes levou também a ganhos significativos.

Os rastreios de base populacional, em Portugal, têm progredido de uma forma mais lenta do que o desejável. A sua dinâmica tem sido muito regional e portanto muito variável, causando iniquidades no acesso, em termos geográficos, nomeadamente no rastreio do cancro da mama, colo do útero e o do cólon e reto (os únicos custo-efetivos). Esta variabilidade é de grande magnitude. Vai desde uma taxa de cobertura quase total para os dois primeiros na Região Centro à quase inexistência na Região de Lisboa e Vale do Tejo. Esta desigualdade de acesso tem uma maior repercussão nas populações mais desfavorecidas, por terem menos acesso a rastreios oportunistas, grande limitação dos programas de rastreio atualmente em prática é a falta de articulação com os registos oncológicos e a inexistência de programas de controlo de qualidade nacionais, que permitam aferir os ganhos em saúde para as populações. Em relação ao rastreio do cancro da mama está implementado no Norte, embora não cobrindo a totalidade da área geográfica. O Centro, o Alentejo e o Algarve estão totalmente cobertos. Idem para o rastreio do colo do útero. O rastreio do cancro coloretal, baseado na pesquisa de sangue oculto nas fezes, tem apenas programas embrionários, colocando dificuldades logísticas muito grandes, particularmente na realização dos exames endoscópicos necessários.

A Direção-Geral de Saúde está a elaborar normas de orientação clínica para as várias patologias oncológicas, com vista a melhorar a prática. Segundo esta, é necessário que se reconheçam e identifiquem centros de referência com elevada diferenciação que coordenem centros de tratamento satélite, menos diferenciados de forma a assegurarem uma rede de proximidade em relação às neoplasias mais comuns. A rede de referência em oncologia tem de se tornar efetiva, de molde a oferecermos aos nossos doentes os melhores cuidados disponíveis e a permitir a melhor rentabilização dos recursos disponíveis. Os IPOs continuarão a ser centros de referência neste processo e o eixo de articulação do sistema.

A modalidade de pagamento para a área oncológica estabelece um preço por doente tratado mês para um tratamento de 24 meses, sendo consideradas três patologias: mama, colo do útero e colon e reto. Para o programa piloto são apenas elegíveis sete instituições: Institutos Portugêses de Oncologia, Centro

Hospitalar de São João, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra e Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital do Espírito Santo, de Évora.

### **Critérios**

Em todos os casos,

Só são incluídos doentes que iniciem o tratamento na instituição em causa (excluídos doentes parcialmente tratados em outras instituições, doentes em recaída ou progressão).

Só são incluídos doentes com tratamento dirigido ao cancro, ou seja, têm de ter uma das seguintes modalidades cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou hormonoterapia.

São incluídos todos os tratamentos após a admissão do doente, independentemente da sua relação com a patologia, durante o período de dois anos, considerados como 730 dias corridos.

São incluídos os procedimentos diagnósticos, terapêuticos, complementares e de follow-up.

No caso do cancro do colo do útero e do cancro colo-rectal só são incluídos tumores invasivos.

Em caso de indicação são também incluídos a reconstrução mamária e a reconstrução de trânsito intestinal.

| <b>Tratamento de doentes com patologia oncológica</b>              | <b>Preço</b> |
|--|--------------|
| <b>Cancro do cólon e reto (primeiro ano) (doente tratado/ mês)</b> | 1.136,60     |
| <b>Cancro do cólon e reto (segundo ano) (doente tratado/ mês)</b>  | 441,77       |
| <b>Mama (segundo ano) (primeiro ano) (doente tratado/ mês)</b>     | 758,96       |
| <b>Mama (segundo ano) (doente tratado/ mês)</b>                    | 433,79       |
| <b>Colo do útero (primeiro ano) (doente tratado/ mês)</b>          | 1.117,48     |
| <b>Colo do útero (segundo ano) (doente tratado/ mês)</b>           | 252,10       |

## **5.2. Aplicação de flexibilidade regional na fixação dos preços pelas ARS**

A flexibilidade regional é um mecanismo que dá às ARS a possibilidade de modificarem os preços praticados de acordo com a realidade dos seus hospitais – valências, ensino e investigação, serviços diferenciados – permitindo o seu ajustamento face a eventuais características que os preços ou grupos de financiamento não estejam a captar (e.g. abertura ou fecho de serviços só é refletida no ICM contratado após 2 anos). Este mecanismo incrementa o nível de responsabilidade das ARS permitindo-lhes variar o financiamento por hospital de acordo com o cumprimento de requisitos bem definidos, que devem ser do conhecimento de todos os hospitais da região.

A existência de flexibilidade regional permite que um modelo global seja aplicado a todas as regiões com um mínimo de disrupção, dado que as ARS podem pagar de forma distinta por serviços considerados

mais-valias para a região. Através de um mecanismo deste tipo, as ARS têm a possibilidade de variar os preços das linhas de produção de alguns hospitais para os compensar de custos extras que estes tenham de incorrer para dar resposta a solicitações das ARS, nomeadamente:

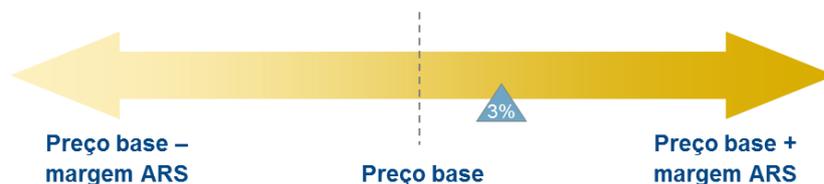
- Introdução de técnicas inovadoras
- Incremento de valências complexas (que apenas são refletidas no financiamento 2 anos depois)
- Reforço de resposta do serviço de urgência

Por outro lado, a flexibilidade regional também permite a correção dos preços em baixa quando o nível de serviço do hospital é inferior ao padrão, por exemplo:

- Menos valências na resposta do serviço de urgência
- Falta de resposta às redes de referenciação
- Menor quantidade de valências complexas

Assim, para as linhas de atividade: Internamento de doentes agudos e crónicos, Ambulatório médico e cirúrgico, Consultas externas, Atendimentos urgentes, e Sessões de hospital de dia, para 2013, as ARS poderão fazer variar o preço base em 3%. Para tal, devem apresentar memória justificativa à ACSS para análise e aprovação.

#### Grau de liberdade na fixação dos preços



### 5.3 Áreas específicas

Para além destas linhas de atividade, sublinha-se o financiamento autónomo dos seguintes componentes: formação dos Médicos Internos do primeiro e segundo ano da especialidade e medicamentos de cedência hospitalar obrigatória em ambulatório, com enquadramento legal, da responsabilidade financeira das instituições.

O contrato-programa para 2013 considera adicionalmente os seguintes programas específicos: Ajudas Técnicas; Assistência Médica no Estrangeiro; Assistência na área da saúde mental prestada por Ordens Religiosas, Convenções Internacionais, Doenças Lisossomais de Sobrecarga e Incentivos aos

Transplantes e Programa para o Tratamento Cirúrgico da Obesidade (exclusivamente para doentes que iniciaram o Programa em 2011 e que se encontram em 2013 no 1º ou 2º ano de *follow-up*).

#### **5.4. Orçamento global e produção marginal**

Os contratos programa dos hospitais não podem dar origem a proveitos superiores ao valor estabelecido no contrato como contrapartida da produção contratada. Ou seja, a remuneração da atividade contratada é limitada ao valor máximo estabelecido em sede de contrato-programa – princípio de orçamento-global.

Contudo, mantêm-se os critérios previstos para a faturação de atividade marginal (entre linhas produção) estando o montante global de limitado à valorização global da produção contratada. Esta possibilidade de “transferência” de financiamento entre linhas de produção permite aumentar a flexibilidade da gestão do contrato-programa e adaptar a resposta hospitalar a eventuais alterações da procura inicialmente prevista, assegurando-se assim a resposta às necessidades de saúde dos cidadãos.

Caso o volume da produção realizada pelas unidades de saúde, com exceção para a produção cirúrgica programada (capítulo próprio), for superior ao volume contratado, cada unidade produzida acima deste volume, até ao limite máximo de 10%, será valorizada, da seguinte forma: 10% do preço contratado para o internamento de GDH médicos, de GDH cirúrgicos urgentes, internamento de doentes crónicos e permanência em lar (IPO), 15% do preço contratado para a consulta e serviço domiciliário, 10% do preço contratado para a urgência e 15% do preço contratado para o hospital de dia, GDH médicos de ambulatório, IG, Doentes em TARV (VIH/Sida) e DPN.

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

Os doentes que iniciaram o Programa para Tratamento Cirúrgico da Obesidade em 2010 ou 2011 continuam a ser assistidos, sendo a produção relativa a esta atividade integrada nas correspondentes linhas de atividade contratadas. Os Centros de Tratamento da Obesidade devem manter os mesmos procedimentos e registos de informação exigidos anteriormente.

Para 2013, permanecem excluídos do princípio de orçamento global os seguintes programas específicos:

- a) Ajudas técnicas;
- b) Assistência médica no estrangeiro;
- c) Assistência na área da Saúde Mental prestada por Ordens Religiosas;
- d) Doenças Lisossomais de Sobrecarga;

- e) Convenções Internacionais;
- f) Incentivos aos Transplantes;
- g) Programa para Melhoria do Acesso ao Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade
- h) Programa para tratamento de doentes com Polineuropatia Amiloidótica Familiar em estágio 1

## 5.5 EBITDA e Valor de Convergência

As instituições devem apresentar uma Demonstração de Resultados Previsional equilibrada (EBITDA positivo ou nulo), acompanhada do Balanço Previsional e Demonstração Previsional de Fluxos de Caixa. Estes instrumentos previsionais constituem-se como anexo ao contrato-programa. A impossibilidade de apresentar uma Demonstração de Resultados Previsional equilibrada deve ser expressa no plano de ajustamento negociado com as ARS no âmbito do contrato-programa de 2012. Este plano descreve medidas estruturadas de redução dos custos operacionais e estabelece metas precisas (quantitativa e temporalmente) para a sua implementação.

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. A atribuição da verba de convergência está dependente de pedido expresso do Conselho de Administração da instituição apoiada à respetiva ARS, acompanhado de um plano de ajustamento viável. O plano de ajustamento descreve medidas estruturadas de redução dos custos operacionais e estabelece metas precisas (quantitativa e temporalmente) para a sua implementação. A ARS negocia cada plano de ajustamento individualmente, tal como o peso relativo de cada meta no montante da verba de convergência, e propõe a sua aprovação à ACSS.

O pagamento da verba de convergência está dependente do cumprimento das metas estabelecidas entre as partes.

## 5.6 Incentivos de desempenho e de eficiência económico-financeira

A contratualização das metas de desempenho e de eficiência económico-financeira tem inerente o aumento dos níveis de exigência e de responsabilização dos prestadores.

Em 2013, o peso dos incentivos é fixado em **5% da dotação para a contratualização hospitalar**. Esta, para ser efetiva, deve obrigatoriamente empregar mecanismos que discriminem e introduzam consequências decorrentes do processo de monitorização, acompanhamento e avaliação. As

consequências estarão associadas ao cumprimento das metas estabelecidas para cada um dos objetivos definidos e segundo o esquema de atribuição de incentivos institucionais que se apresenta de seguida.

No caso das ULS, mantém-se a metodologia seguida no triénio 2010-2012, onde **os objetivos representam 10% do valor capitacional** previsto no contrato programa, sendo 6% correspondentes a objectivos de qualidade e os restantes 4% a objectivos eficiência/ sustentabilidade económico financeira.

#### **5.6.1. Caraterização dos objetivos a contratualizar**

É entendimento da ACSS e das ARS, na sequência do trabalho desenvolvido em anos anteriores e face ao acréscimo de valor a atribuir a esta dimensão do contrato, definir indicadores que:

- sejam facilmente entendidos, mensuráveis e que permitam um acompanhamento fácil por parte das instituições hospitalares;
- permitam refletir os diferentes tipos de desempenho das unidades hospitalares;
- reflitam orientações estratégicas por parte da tutela, relativamente ao desempenho esperado de cada unidade hospitalar;
- considerem metas ambiciosas e realizáveis que conduzam os hospitais a melhores níveis de qualidade dos serviços prestados, bem como a melhor acessibilidade dos doentes aos cuidados de saúde.

Estes indicadores serão objeto de monitorização mensal ou trimestral com efeitos efetivos no final de cada exercício económico.

#### **5.6.2. Atribuição de incentivos institucionais**

##### **- Hospitais**

O valor dos incentivos institucionais será atribuído de acordo com o cumprimento das metas que vierem a ser negociadas com os Departamentos de Contratualização das ARS, para os indicadores selecionados.

Para a contratualização com os hospitais / centros hospitalares, a repartição dos 5% do contrato-programa afetos a incentivos observa a seguinte distribuição: 60% objetivos institucionais comuns e os restantes 40% objetivos institucionais de cada região. Para esta área, os indicadores a contratualizar são os que em seguida se apresentam:

| Áreas                                     | Indicadores   | Ponderações (2013) |
|---|---|--------------------|
| <b>1. Objetivos Nacionais</b>             |   | <b>60%</b>         |
| <b>A. Acesso</b>                          |   | <b>15%</b>         |
|   | <b>A.1</b> Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas   | 3%                 |
|   | <b>A.2</b> Percentagem de Utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado   | 3%                 |
|   | <b>A.3</b> Peso das consultas externas com registo de alta no total de consultas externas   | 3%                 |
|   | <b>A.4</b> Percentagem de doentes cirúrgicos tratados em tempo adequado   | 3%                 |
|   | <b>A.5</b> Permilagem de Doentes Sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes saídos  | 3%                 |
| <b>B. Desempenho assistencial</b>         |   | <b>25%</b>         |
|   | <b>B.1</b> Demora média   | 4%                 |
|   | <b>B.2</b> Percentagem de reinternamentos em 30 dias  | 4%                 |
|   | <b>B.3</b> Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo   | 4%                 |
|   | <b>B.4</b> Percentagem de partos por cesariana  | 4%                 |
|   | <b>B.5</b> Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) – para procedimentos ambulatorizáveis                     | 3%                 |
|   | <b>B.6</b> Percentagem do consumo de embalagens de medicamentos genéricos, no total de embalagens de medicamentos   | 3%                 |
|   | <b>B.7.</b> Taxa de registo de utilização da “Lista de Verificação de Atividade Cirúrgica” – Indicador referente à cirurgia segura                              | 3%                 |
| <b>C. Desempenho económico-financeiro</b> |   | <b>20%</b>         |
|   | <b>C.1</b> Percentagem dos custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e Fornecimentos de Serviços Externos III (selecionados) no total de Custos com Pessoal | 5%                 |
|   | <b>C.2</b> EBITDA   | 5%                 |
|   | <b>C.3</b> Acréscimo de dívida vencida  | 5%                 |
|   | <b>C.4</b> Percentagem de proveitos operacionais extra contrato-programa no total de proveitos operacionais   | 5%                 |
| <b>Objetivos da Região</b>                |   | <b>40%</b>         |

## - ULS

Para a contratualização com as ULS, a repartição dos 10% do contrato-programa afetos ao cumprimento de objetivos é distribuída da seguinte forma:

- 6% para objetivos de qualidade, assim distribuídos:
  - 3% para cuidados de saúde primários, alinhados com a contratualização efetuada a nível nacional com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES);
  - 3% para cuidados de saúde secundários, alinhados com a contratualização efetuada a nível nacional com os hospitais / centros hospitalares, e considerando objetivos de integração de cuidados ao nível do eixo regional.
- 4% para objetivos de eficiência / sustentabilidade financeira, alinhados com a contratualização efetuada a nível nacional com os hospitais / centros hospitalares.

### 5.6.3. Avaliação do Grau de Cumprimento das Metas

No sentido de alcançar maior uniformidade e equidade no processo avaliativo, pretende-se dar continuidade à metodologia introduzida em 2012 para avaliação do cumprimento de metas e atribuição de incentivos institucionais comuns a todos as ARS e a todas as instituições.

Esta nova prática tem por base uma aferição de performance total, permitindo avaliar cada instituição através de um Índice de Desempenho Global (IDG). Desta forma, o resultado de cada indicador deixou de ter validade de per si, sem qualquer conexão com todos os outros, passando a contribuir para a construção do Índice de Desempenho Global, o qual terá os seguintes limites:

- grau de cumprimento do indicador inferior a 50% => grau de cumprimento ajustado = 0%
- grau de cumprimento do indicador entre 50% e 120% => grau de cumprimento ajustado = ao próprio valor
- grau de cumprimento do indicador superior a 120% => grau de cumprimento ajustado = 120%

Note-se que o grau de cumprimento de cada indicador corresponde à percentagem de concretização da meta definida e que o grau de cumprimento ajustado de cada indicador corresponde ao grau de cumprimento do indicador, balizado por um limite superior e inferior. Estes limites destinam-se a que, por um lado, apenas contribuam para o índice de desempenho global indicadores com graus de cumprimento

a partir de determinado nível (50%), e por outro, a impedir que níveis de concretização muito positivos ou muito negativos (que podem ser resultado de metas desadequadas ou de fatores imprevisíveis) possam afetar de forma determinante o Índice de Desempenho Global, o qual corresponde à soma das ponderações do grau de cumprimento de cada indicador.

Nesta perspetiva, são implementados os seguintes critérios para atribuição do valor de incentivos, de acordo com o Índice de Desempenho Global apurado:

- A avaliação de desempenho é considerada negativa sempre que o índice de desempenho global for inferior a 65%, não havendo lugar a atribuição de qualquer valor de incentivo;
- Para um índice de desempenho global entre 65% e 99,9%, atribuição de incentivo correspondente ao IDG apurado X valor afeto a incentivos (5% HH/CH);
- Para um índice de desempenho global entre 100% e 120%, atribuição de incentivo correspondente ao IDG apurado X valor afeto a incentivos (5% HH/CH), condicionado ao fato de o valor total da remuneração não poder ser superior ao valor do contrato-programa estabelecido.

Para avaliação dos indicadores contratualizados e cálculo do índice de desempenho global, de acordo com os critérios definidos, será criado no SICA um relatório individual de acompanhamento, que permitirá, não só à ACSS como às ARS, seguir mensalmente o nível de cumprimento dos objetivos de cada instituição.

Perante a impossibilidade, superveniente e tecnicamente atendível, de disponibilização tempestiva dos dados necessários à monitorização dos indicadores apresentados, pode determinar-se a sua revogação, por decisão conjunta da ARS e ACSS, para efeitos de avaliação do grau de cumprimento do contrato-programa. Nesta circunstância, o peso relativo do indicador revogado será distribuído, *pro rata*, pelos demais indicadores do respetivo grupo.

#### **5.6.4. Definição das Metas**

Considerando o acréscimo de justiça e de equidade que esta metodologia de avaliação introduz, e de maneira a evitar discrepâncias de avaliação entre instituições, consoante a metodologia de definição das metas utilizada por cada ARS, define-se que as metas para cada instituição serão negociadas entre as administrações regionais de saúde e as instituições hospitalares, segundo uma metodologia definida a nível nacional.

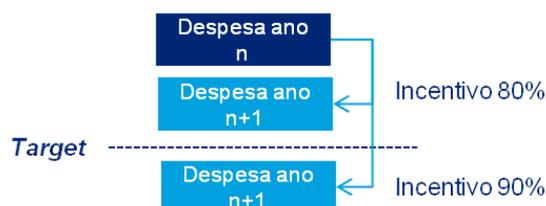
#### **5.7. Medicamentos prescritos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia de oficina**

A prescrição de medicamentos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia de oficina representa cerca de 17% da despesa do SNS com medicamentos cedidos em farmácia de oficina. Até momento, ao contrário do verificado para os cuidados de saúde primários, não existem mecanismos para uma monitorização e controlo da prescrição realizada em ambiente hospitalar. Para 2013 é estabelecido um mecanismo de incentivos aos hospitais:

- Penalização se variação acima da variação média nacional (20% do crescimento absoluto face a 2012);
- Incentivos se variação abaixo da média nacional (20% da redução absoluta face a 2012).

Para o caso das ULS, a evolução dos custos com medicamentos prescritos e fornecidos em farmácia de oficina será também objeto de avaliação, podendo da mesma resultar:

- Um incentivo para a ULS - quando esta apresenta uma despesa em medicamentos superior ao target e reduz a despesa respetiva para a ARS, receberá um incentivo adicional em 80% do valor poupado. Caso a ULS alcance no final uma despesa inferior ao seu target, então para ela reverterá 90% do valor poupado à respetiva ARS consoante o posicionamento da ULS face ao valor expetável (target).



- Uma penalização para a ULS – quando esta apresenta um crescimento percentual de despesa com medicamentos *per capita* superior à variação média do *per capita* nacional, pagará à ARS o valor correspondente a 20% do crescimento absoluto verificado na ULS.

## 5.8. Penalizações associadas ao Contrato-Programa

Procurando, por um lado, aumentar os níveis de exigência e de rigor e, por outro, prevenir a ocorrência sistemática de situações de incumprimento por parte das instituições, **será criado em 2013 um sistema de penalizações** que impacte no valor do financiamento a aplicar às entidades, o qual está associado a:

- Incumprimento dos prazos de reporte de informação que estão definidos, quer seja informação de produção, económico-financeira ou clinico-administrativa;
- Incumprimento dos prazos definidos para a faturação do contrato-programa;

- Incumprimento no âmbito do funcionamento dos Programas de acesso SIGIC e CTH.

O montante global das penalizações aqui referidas não poderá exceder 1% do valor global do contrato-programa estabelecido com a instituição para o ano de 2013.

Para além destas penalizações, e sendo os hospitais/ centros hospitalares e as ULS responsáveis pela **faturação e cobrança a terceiros responsáveis**, com exceção dos subsistemas públicos de saúde, ADSE, SAD da GNR e PSP e ADM das Forças Armadas, cujo pagamento é efetuado através do contrato-programa (sendo esta uma receita extra-contrato), importa confinar a possível substituição de doentes do SNS por doentes de terceiros responsáveis. Assim, é implementada uma penalização em patamares: sempre que as instituições faturem mais de 5% do valor do orçamento do CP a terceiros responsáveis, entregam parte desse valor à ARS respetiva através de encontro de contas. Existem três patamares para esta eventual penalização:

- Até 5% de faturação do valor do orçamento do CP a terceiros responsáveis, a entidade retém 100% do valor;
- Entre 5% e 7,5% de faturação do valor do orçamento do CP a terceiros responsáveis, a entidade entrega 20% da receita à respetiva ARS;
- Faturação a terceiros responsáveis superior a 7,5% do valor do orçamento do CP, a entidade entrega 40% da receita à respetiva ARS.

**Para o caso específico das ULS**, e considerando que um dos efeitos críticos dos modelos de pagamento associados à capitação é a possibilidade de redução da prestação de cuidados de saúde mais onerosos e seleção adversa de doentes, são criadas penalizações adicionais para:

a) Inobservância dos objetivos de qualidade e eficiência/ sustentabilidade:

- A inobservância dos objetivos de qualidade incorre numa penalização até 6% do valor do orçamento prospetivo. Os objetivos de qualidade estão associados ao acesso, qualidade técnica/ efetividade, qualidade dos registos, qualidade percebida eficiência e nível de integração vertical de cuidados. Os indicadores nacionais decorrem do Plano de Desempenho dos Agrupamentos de Centros de Saúde e dos Contratos-Programa dos Hospitais e Centros Hospitalares. Os indicadores regionais pretendem promover o grau de integração vertical de cuidados de saúde e resultam do trabalho de investigação - *Definição de um modelo de acompanhamento da atividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde* - desenvolvido em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública;

- A inobservância dos objetivos de eficiência/ sustentabilidade incorre numa penalização até 4% do valor do orçamento prospetivo. Os objetivos de eficiência/ sustentabilidade decorrem da vertente acionista do Universo EPE e são idênticos aos previstos para os Hospitais.

#### b) Incumprimento dos serviços hospitalares contratados:

- A ULS será penalizada financeiramente pelo incumprimento superior a 5% dos serviços contratados por linha de produção hospitalar, em montante correspondente à totalidade da produção em falta. A valorização da produção em falta será determinada por linha de produção e terá em consideração:

- Atividade de internamento e GDH de ambulatório: doentes equivalentes\*preço base único (2.141,70€)\* índice de *case mix* (atualizado à atividade realizada no ano de 2011);
- Demais atividade ambulatória: valores praticados para o grupo hospitalar em que a ULS está inserida.

A avaliação do grau de cumprimento da atividade hospitalar desenvolvida é realizada com base na produção faturada pela ULS e validada através do Sistema de Codificação de Doentes de Apoio à Gestão e Financiamento (SCD/GF) da ACSS.

### **5.9. Contratualização Interna**

Promovendo um aumento da autonomia e da responsabilização aos vários níveis da organização, a qual se obterá através do reforço da negociação interna e da monitorização atempada e em proximidade dos objetivos, dos processos e dos resultados, numa lógica de compromisso, de prestação de contas e de melhoria contínua, as instituições devem continuar a reforçar as suas práticas de contratualização interna que valorizem a governação clínica e a definição de objetivos locais alinhados com os objetivos da organização e responsabilizar-se pelo cumprimento dos mesmos

## ANEXO I

### TABELA DE PREÇOS – 2013

|   |          |
|---|----------|
| Internamento e Ambulatório Médico e Cirúrgico | Preço    |
| Preço base                                    | 2.141,70 |
| Internamento de doentes crónicos              | Preço    |
| Psiquiatria                                   | 73,70    |
| Crónicos ventilados                           | 254,18   |
| Medicina Física e Reabilitação                | 213,65   |
| Hansen  | 73,70    |
| Consultas Externas                            | Preço    |
| Grupo A                                       | -        |
| Grupo B                                       | 40,80    |
| Grupo C                                       | 45,40    |
| Grupo D                                       | 69,75    |
| Grupo E                                       | 73,04    |
| Grupo F                                       | 111,30   |
| Atendimentos Urgentes                         | Preço    |
| Serviço de Urgência Básica                    | 31,98    |
| Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica          | 56,16    |
| Serviço de Urgência Polivalente               | 112,07   |
| Sessões de Hospital de Dia                    | Preço    |
| Base  | 20,98    |
| Psiquiatria                                   | 31,76    |
| Hematologia                                   | 305,75   |
| Imunoterapia                                  | 305,75   |
| Sessões de Radioterapia                       | Preço    |
| Tratamentos simples                           | 114,57   |
| Tratamentos complexos                         | 275,01   |
| Diagnóstico Pré-Natal                         | Preço    |
| Protocolo I                                   | 39,29    |
| Protocolo II                                  | 67,30    |
| Interrupção Voluntária da Gravidez            | Preço    |
| IVG medicamentosa até às 10 semanas           | 294,90   |
| IVG cirúrgica até às 10 semanas               | 383,97   |
| Serviço domiciliário                          | Preço    |
| Consultas domiciliárias                       | 34,48    |

|  |           |
|--|-----------|
| Serviço domiciliário   | Preço     |
| Consultas domiciliárias  | 34,48     |
| Tratamento ambulatorio de pessoas a viver com infeção VIH/sida     | Preço     |
| Doente tratado/mês   | 795,62    |
| Tratamento ambulatorio de pessoas a viver com hipertensão pulmonar | Preço     |
| Pré-tratamento e seguimento 1º ano (doente tratado/ mês)           | 729,88    |
| Seguimento após 1º ano CF<III (doente tratado/ mês)                | 1.957,95  |
| seguimento após 1º ano CF IV (doente tratado/ mês)                 | 14.111,41 |
| Tratamento ambulatorio de pessoas a viver com esclerose múltipla   | Preço     |
| Doente tratado/mês   | 1.074,64  |
| Tratamento ambulatorio de pessoas a viver com infeção VHC          | Preço     |
| Doente tratado   | 9.442,00  |
| Tratamento de doentes com patologia oncológica                     | Preço     |
| Cancro do cólon e reto (primeiro ano) (doente tratado/ mês)        | 1.136,60  |
| Cancro do cólon e reto (segundo ano) (doente tratado/ mês)         | 441,77    |
| Mama (segundo ano) (primeiro ano) (doente tratado/ mês)            | 758,96    |
| Mama (segundo ano) (doente tratado/ mês)                           | 433,79    |
| Colo do útero (primeiro ano) (doente tratado/ mês)                 | 1.117,48  |
| Colo do útero (segundo ano) (doente tratado/ mês)                  | 252,10    |