

CONTRATO-PROGRAMA 2015

DPS

Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos

julho de 2014



ÍNDICE

Nota prévia.....	3
Introdução.....	4
Especificidades da Adenda de 2015.....	10
Alocação de recursos financeiros às ARS para contratação com os Hospitais em ULS em 2015	14
Metodologia de Contratualização de Serviços	15
1. Atividade Assistencial e Modalidades de Pagamento	16
1.1. Internamento de doentes agudos e crónicos.....	17
1.2. Ambulatório médico e cirúrgico.....	20
1.3. Consultas externas	20
1.4. Atendimentos urgentes	24
1.5. Sessões de hospital de dia	25
1.6. Sessões de Radioterapia	25
1.7. Serviço Domiciliário.....	25
1.8. Saúde Sexual e Reprodutiva	26
1.9. Modalidades de pagamento por doente tratado	29
1.10. Programa piloto de telemonitorização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).....	35
1.11. Programa de Gestão dos Doentes Mentais Internados em Instituições do Setor Social	36
2. Aplicação de flexibilidade regional na fixação dos preços pelas ARS.....	37
3. Áreas específicas.....	38
4. Orçamento global e produção marginal.....	39
5. EBITDA e Valor de Convergência	40
6. Incentivos de desempenho e de eficiência económico-financeira.....	41
6.1. Caraterização dos objetivos a contratualizar	41
6.2. Atribuição de incentivos institucionais	41
6.3. Avaliação do Grau de Cumprimento das Metas	44
6.4. Definição das Metas.....	45
7. Programa de promoção de Investigação e Desenvolvimento (I&D)	47
8. Medicamentos prescritos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia de oficina	48
9. Penalizações associadas ao Contrato-Programa.....	49
10. Contratualização Interna.....	51
11. Auditorias à Execução do Contrato-Programa	52
12. Faturação no âmbito do Contrato-Programa	53
Anexo I - tabela de preços – 2015.....	54
Anexo II – Índice de Case Mix – 2015.....	55

NOTA PRÉVIA

No cumprimento do quadro normativo vigente, o presente documento estabelece os princípios orientadores do processo contratual a desenvolver pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS) e respetivos Hospitais e Unidades Locais de Saúde (ULS), no que respeita a atividades, objetivos e resultados a alcançar em 2015.

O ano de 2015 será o último ano de vigência do Contrato-Programa definido para o triénio 2013/2015, uma evolução do contrato-programa que vigorava desde 2007, o qual permitiu reforçar o peso das medidas de qualidade e acesso, a evolução das modalidades de pagamento em função do cidadão e a responsabilização das entidades hospitalares pelos gastos gerados, contribuindo assim para maturar a separação entre pagador-prestador no atual quadro de *quasi*-mercado.

O quadro de forte restrição orçamental com que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) se tem confrontado, conjugado com a pressão crescente para o aumento da despesa em saúde que as alterações dos padrões epidemiológicos e demográficos colocam, e o aumento das expetativas e exigências dos cidadãos, tem exigido que os vários agentes adotem uma atitude de enorme rigor e responsabilidade na gestão do bem público, com o objetivo de manter elevados padrões de desempenho assistencial resposta mais eficiente e efetiva às necessidades em saúde da população.

Neste contexto, o ano de 2015 continuará a ser extremamente exigente na procura da sustentabilidade económico-financeira do SNS, sobretudo no que toca à não acumulação de novos pagamentos em atraso.

Em 2015, as Entidades do Ministério da Saúde que compõem o Setor Empresarial do Estado passam a integrar o setor institucional das Administrações Públicas. Esta alteração tem implicações nos calendários e processos de contratualização hospitalar e do planeamento estratégico trianual que se iniciou em 2013. Com efeito, a maturidade que o processo de contratualização hospitalar alcançou e estabilidade organizativa e contratual que o processo de planeamento estratégico trianual imprime, permite encarar a contratualização em 2015 como um mecanismo de ajuste de uma trajetória mais ampla e programada do desempenho assistencial e económico-financeiro das instituições hospitalares.

INTRODUÇÃO

No âmbito do Relatório Final elaborado pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, foi definida a iniciativa estratégica denominada “*uma política de financiamento mais sustentável*” que inclui, entre outras, a medida “*Planeamento Estratégico e Operacional das Unidades Hospitalares*”.

Esta medida visa a implementação de um processo de planeamento estratégico ao nível dos Hospitais e ULS, com a definição de planos a três anos, englobando a definição de objetivos estratégicos, as principais linhas de ação, os planos de investimentos e projeções económico-financeiras para o período, bem como a explicitação dos ganhos de eficiência e de produtividade que permitam garantir a sustentabilidade a médio prazo de cada entidade.

Neste sentido, e a partir de 2013, o tradicional processo de contratualização hospitalar passou a estar integrado neste processo de planeamento estratégico trianual (numa lógica de contrato trianual, que unifica os documentos previsionais até então existentes, isto é, o Plano de Negócios, o Plano de Desempenho, o Plano de Ajustamento e as Demonstrações Financeiras), permitindo um melhor alinhamento estratégico dos vários níveis da administração e o aperfeiçoamento dos mecanismos de controlo de gestão.

Integrada neste processo de planeamento estratégico trianual, foi publicada a Portaria n.º 20/2014, de 10 de abril, a qual categoriza os serviços e os estabelecimentos do SNS, de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, bem como o seu posicionamento na rede hospitalar.

A necessidade de garantir a melhoria contínua dos resultados em saúde exige uma qualificação do parque hospitalar e uma redefinição do seu planeamento estratégico, assegurando-se assim uma estabilização da oferta, pelo que a Portaria n.º 20/2014, de 10 de abril constitui o referencial a considerar no alinhamento dos diferentes atores no planeamento e operacionalização da oferta de cuidados de saúde hospitalares, garantindo-se, assim, a proximidade, complementaridade e hierarquização da rede hospitalar, de acordo com critérios de base populacional.

O processo de planeamento estratégico trianual que se iniciou em 2013 permite reforçar a autonomia dos Hospitais e ULS e valorizar a gestão aos diversos níveis, contribuindo para a descentralização da tomada de decisão e criando condições para que se implementem localmente soluções concretas e respostas adequadas para garantir o acesso aos cuidados de saúde, promover a qualidade clínica e a satisfação dos utentes.

Alinhados com o processo de contratualização hospitalar e com o processo de planeamento estratégico trianual, têm vindo a ser celebrados contratos de gestão entre os membros do Governo que são titulares da função Acionista dos Hospitais e ULS com estatuto de Entidade Pública Empresarial (EPE) (Ministério da Saúde e Ministério das Finanças) e cada um dos elementos que compõem os respetivos Conselhos de Administração destas instituições. A aplicabilidade dos contratos de gestão aos membros do Conselho de Administração das entidades a que se aplica o estatuto do gestor público, previsto no Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, dita a avaliação do desempenho das funções de gestão a avaliação sistemática, tendo por parâmetros os objetivos fixados nas orientações previstas no artigo 11.º do

Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, ou decorrentes do contrato de gestão (cfr. artigo 6.º, n.º 1 do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março).

Em termos gerais, a celebração destes contratos de gestão promove a responsabilização e a transparência pelos resultados alcançados, estando previsto nos mesmos que possa haver, por um lado, prémios de gestão e outros benefícios para os gestores, calculados em função dos objetivos alcançados e, por outro lado, demissão do gestor público no caso da respetiva avaliação de desempenho ser negativa.

No respeitante à aplicação destes contratos de gestão às EPE integradas no SNS, importa considerar a realidade específica do Setor da Saúde, pelo que foi desenvolvido (e está a ser assinado pelos vários gestores públicos) um modelo de contrato de gestão específico para os Hospitais e Unidades Locais de Saúde (ULS) EPE, que se encontra suportado em quatro áreas chave:

- Orientações estratégicas para o mandato: consideram os princípios gerais de gestão criteriosa e de sustentabilidade económico-financeira, os princípios gerais de governação clínica e os princípios específicos de gestão criteriosa e de sustentabilidade económico-financeira;
- Orientações específicas para o mandato: incluem as orientações e normativos específicos do Ministério da Saúde, a elaboração e atualização do Plano Estratégico a três anos, e a monitorização e reporte de informação;
- Objetivos anuais para o mandato: têm como desiderato a fixação de objetivos, sobreponíveis ao conjunto de indicadores estabelecidos no plano estratégico trianual e no contrato-programa anual. Os indicadores de suporte à formulação dos objetivos são baseados numa aferição da performance absoluta, culminando no índice de desempenho global, à semelhança do que acontece para os incentivos institucionais dos Hospitais e ULS. Os objetivos são definidos para cada ano do triénio e são objeto de avaliação anual, de forma totalmente alinhada com a avaliação do desempenho assistencial e económico-financeiro da instituição no seu todo, garantindo-se assim uma responsabilização a todos os níveis pelos cuidados que são prestados à população;
- Remuneração dos gestores: o contrato de gestão estabelece os critérios de atribuição dos prémios de gestão previstos no artigo 30.º do Decreto -Lei n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro. Independentemente do grau de cumprimentos dos objetivos específicos para a sua atribuição, a Tutela pode determinar não existir lugar a remuneração variável sempre que a EPE: não cumpra regular e escrupulosamente as suas obrigações fiscais; não reduza o seu nível de endividamento corrente; não proceda ao pagamento regular e atempado aos seus trabalhadores, fornecedores e prestadores de serviços; não reduza o nível de despesas não necessárias para a realização do seu objeto social e, por esse motivo, passíveis de tributação autónoma; registre prejuízos por dois anos consecutivos.

Por outro lado, e procurando favorecer a equidade na alocação de recursos financeiros para a prestação de cuidados hospitalares e alinhar o financiamento à reestruturação da oferta hospitalar promovida pelo processo de planeamento estratégico em curso, a afetação das verbas às ARS para financiamento da contratualização hospitalar em 2015 mantém os princípios de alocação com base nas características da população sob a responsabilidade de cada região, segundo um modelo de capitação ajustada, a qual foi introduzida em 2012. Para 2015, efetua-se a atualização das variáveis consideradas para as necessidades específicas da população, para as determinantes da despesa, em internamento e ambulatório (enquanto proxy da despesa hospitalar) e para o fluxo inter-regional de doentes.

Para além disso, o processo de contratualização de 2015 manterá as principais alterações que têm sido introduzidas nos últimos anos em relação à contratação de atividade e às modalidades de pagamento, nomeadamente:

- Princípio de orçamento-global, não podendo os proveitos provenientes dos contratos programa ser superiores ao valor estabelecido no contrato como contrapartida da atividade contratada no âmbito do SNS e subsistemas públicos integrados no âmbito dos contratos;
- Promoção de incentivos institucionais à melhoria da qualidade e da eficiência das instituições, através da valorização de incentivos em 5% e atualização dos indicadores associados;
- Adoção de preço base único para a atividade agrupada em GDH e cálculo do índice de *case-mix* de acordo com a produção de internamento e ambulatório relativa ao ano completo mais recente com informação disponível (2013), classificada em GDH através da versão 30 do agrupador *All Patient Refined DRG (APR30)*;
- Autonomização da linha de atividade referente aos 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;
- Programa piloto de financiamento para o tratamento ambulatorio de pessoas a viver com esclerose múltipla, hipertensão pulmonar e infeção por VHC (durante o ano de 2015 os pagamentos efetuados no âmbito deste programa piloto continuará suspenso, devido à incerteza nas normas de orientação clínica);
- 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 imunohemoterapia e hematologia;
- Aplicação de incentivos e penalizações no âmbito dos gastos com medicamentos prescritos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia de oficina;

- Aplicação de 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;
- Flexibilização da negociação dos preços ao nível das ARS, para as linhas de atividade definidas;
- Definição do racional e metas a aplicar a nível nacional.
- Inclusão no Contrato-programa de vários programas verticais que antes eram de financiamento centralizado na Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS):
 - Doenças lisossomais de sobrecarga;
 - Programa para doentes com Polineuropatia Amiloidótica Familiar em estágio 1 (Paramiloidose PT-PAF1);
 - Programa para melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento da infertilidade, denominado, programa para procriação medicamente assistida - PMA e;
 - Pagamento às Ordens Religiosas (a gestão dos doentes crónicos internados em instituições de solidariedade social passa a ser assegurada pelos Serviços Locais de Saúde Mental, assumindo as instituições hospitalares o pagamento destes cuidados de saúde);
- Implementação de um ICM único no internamento, resultante da produção cirúrgica e médica;
- Introdução de índice de consultas subsequentes por Grupo Hospitalar nas consultas externas;
- Revisão dos preços unitários que são praticados nas várias linhas de produção;
- Introdução de incentivos à Investigação e Desenvolvimento (I&D);
- Introdução do programa piloto de telemonitorização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC);
- Implementação de um programa de apuramento de custos de internamento para efeitos da determinação de pesos relativos por GDH e das principais linhas de atividade hospitalar, de entre as quais se destacam as consultas externas e os episódios de urgência.

Conforme foi referido na Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos para o contrato-programa do ano de 2014, e fruto dos esforços que têm vindo a ser desenvolvidos, é possível implementar para 2015 alterações ligeiras ao processo de contratualização e às modalidades de pagamento para este ano, de entre as quais se destacam as seguintes:

- Introdução de novo agrupador APR no internamento;
- Introdução do pagamento por disponibilidade nos serviços de urgência, nomeadamente nos Serviços de Urgência Básica (SUB);

- Adequação de alguns indicadores associados à atribuição de incentivos institucionais, nomeadamente ajustando os indicadores de desempenho económico-financeiro à nova realidade do Sistema de Normalização Contabilística (SNC);
- Duplicação do montante destinado ao Programa de Promoção de Investigação e Desenvolvimento;
- Pagamento da atividade exclusivamente considerada nas carteiras de serviços previstas para a instituição.

Continuarão a ser desenvolvidos esforços no sentido da melhoria contínua do processo de contratualização e das modalidades de pagamento incluídas nos contratos-programa dos hospitais e ULS para os anos subsequentes, com principal destaque para as seguintes áreas:

- Criação de novas linhas de doente tratado (e.g. Artrite Reumatoide, Doença de Chron, Colite Ulcerosa);
- Adequação das modalidades de pagamento a praticar para os Centros de Referência que forem sendo constituídos (transplantação de órgãos sólidos, doenças hereditárias do metabolismo, hemofilia, hemodinâmica e cardiologia de intervenção, entre outros);
- Definição de um Índice de *case mix* baseado no peso de consultas diferenciadas de cada Hospital e revisão do Índice de consultas subsequentes;
- Alargamento do pagamento por disponibilidade aos serviços de urgência;
- Implementação do sistema de codificação clínica ICD-10-CM/PCS para classificação dos diagnósticos e procedimentos nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, em substituição da ICD-9-CM.

O reforço dos mecanismos de acompanhamento das instituições continuará em 2015, nomeadamente através do aperfeiçoamento do *microsite* «Monitorização do Serviço Nacional de Saúde», que permite a divulgação de informação sobre as diferentes dimensões de análise do Sistema de Saúde (acesso, eficiência, efetividade, produção e satisfação) a públicos-alvo diversos, entre outros, cidadãos em geral, utentes do SNS, profissionais de saúde, decisores políticos e académicos.

Neste âmbito, para além de se continuar a alargar a abrangência e o número de indicadores de *benchmarking* hospitalar que começaram a ser publicitados trimestralmente desde o início do ano de 2013, e de se continuar a aumentar os conteúdos constantes dos *dashboards* de monitorização mensal que começaram a ser disponibilizados no início de 2014 (constituindo uma evolução em relação aos mapas de monitorização mensal que eram divulgados desde setembro de 2011), passa a estar também disponível uma área de “acesso reservado aos hospitais” que permitirá obter informações mais detalhadas em relação à execução e evolução de vários indicadores assistenciais e de performance das instituições hospitalares (habitualmente acompanhados nos países da OCDE), tais como indicadores calculados através da informação disponível na Base de Dados Central de Grupos de Diagnóstico Homogéneo (BD GDH) para a área da obstetria/ginecologia, saúde mental, segurança do doente, codificação clínica, mortalidade, ou outros devidamente validados.

A informação constante nesta área de “acesso reservado aos hospitais” será atualizada mensalmente, e destina-se a ser divulgada internamente aos responsáveis pela estrutura clínica e de gestão intermédia das instituições, permitindo assim um acompanhamento tempestivo da performance assistencial, com maior nível de detalhe e de flexibilidade, e permitindo que os serviços, as equipas e os profissionais de saúde tenham *feedback* em relação à informação que é por si produzida, de forma a facilitar a introdução em tempo útil de medidas corretivas que contribuam para a melhoria dos resultados a alcançar.

Adicionalmente, estarão disponíveis no *microsite* de «Monitorização do Serviço Nacional de Saúde» novas áreas referentes à publicitação de indicadores dos programas de acesso (i.e. SIGIC, CTH) e à divulgação de informação que permita efetuar um *benchmarking* de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), possibilitando assim também ao universo hospitalar obter mais informação de saúde numa base populacional, conhecer melhor a performance das instituições dos cuidados de saúde e melhorar a articulação com estas.

O *microsite* de «Monitorização do Serviço Nacional de Saúde» constitui-se assim cada vez mais como uma ferramenta essencial na gestão de cada instituição e da rede prestadora de cuidados de saúde como um todo, uma vez que permite observar tendências longitudinais mensais e um acompanhamento mais tempestivo e equiparável entre instituições, contribuindo assim para a identificação de boas práticas e de alavancas operacionais de gestão corrente que permitam melhorar o acesso dos utentes ao SNS e o desempenho assistencial e económico-financeiro das instituições que o compõem.

ESPECIFICIDADES DA ADENDA DE 2015

No âmbito do definido n.º 5 do artigo 2º da Lei n.º 91/2001, de 20 de agosto, alterada pela Lei n.º 41/2014, de 10 de julho (8ª alteração à Lei do Enquadramento Orçamental), as entidades do Ministério da Saúde que compõem o Setor Empresarial do Estado passam a integrar o setor institucional das Administrações Públicas, como Entidades Públicas Reclassificadas da Administração Central.

O Ministério da Saúde tem vindo a desenvolver nos últimos anos uma política de orçamentação integrada num amplo processo de contratualização que se apresenta como uma forma de relacionamento entre financiadores e prestadores, assente numa filosofia contratual baseada na negociação e no compromisso, envolvendo uma explicitação da ligação entre o financiamento atribuído e os resultados esperados, nomeadamente com a definição de metas de produção, acessibilidade, qualidade e eficiência.

Neste contexto, a negociação do Acordo Modificativo de 2015 ao contrato-programa de 2013/2015 de cada instituição deve considerar as seguintes orientações:

- Dar continuidade à racionalização e reorganização das instituições em linha com os objetivos e metas da Reforma Hospitalar, através da operacionalização do processo de planeamento estratégico trienal, considerando o definido na Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril que estabelece os critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do SNS e o seu posicionamento da rede hospitalar;
- Privilegiar os cuidados prestados em ambulatório (médicos e cirúrgicos), incentivando a transferência de cuidados de internamento para o ambulatório;
- Promover a eliminação das prestações de serviços especializados, nomeadamente de serviços médicos, respeitando o limiar mínimo de médicos da mesma especialidade e tirando partido dos mecanismos de mobilidade de recursos humanos entre hospitais;
- Consolidar os processos de afiliação entre instituições hospitalares, centrando a prestação de cuidados de saúde em função do utente e incentivando-se a cooperação entre instituições para determinadas valências, por forma melhorar a qualidade da prestação de cuidados e a rentabilização da capacidade instalada (economias de escala, gama e aprendizagem);
- Potenciar a constituição de clínicas multidisciplinares dedicadas a patologias e ou grupos nosológicos, prioritariamente endereçadas à gestão da doença crónica no âmbito da oncologia, diabetes, obesidade, doenças autoimunes, infecciologia (com prioridade às respostas à infeção VIH/sida e hepatites víricas), doenças do foro mental (com prioridade às respostas à depressão e demências), doenças crónicas respiratórias (eg. asma, doença pulmonar obstrutiva crónica) e doenças crónicas cardíacas (cardiopatía isquémica, insuficiência cardíaca);
- Continuar a incentivar a transferência de consultas subsequentes para os cuidados de saúde primários e incrementar o número de primeiras consultas referenciadas pelos médicos de família;

- Melhorar a interligação e articulação com os prestadores de cuidados de saúde primários e com os cuidados continuados integrados, com reflexo na adequação da resposta hospitalar;
- Determinar o mapa de pessoal com base nas necessidades, tendo em atenção a disponibilidade orçamental e a carteira de valências de cada instituição, bem como a eficiência calculada através do modelo de *benchmarking* em relação a cada grupo profissional;
- Respeitar os tempos máximos de resposta garantida no âmbito da consulta externa proveniente dos cuidados de saúde primários (referenciação exclusivamente por via informática);
- Gerir as listas de espera cirúrgicas com respeito pelo cumprimento dos tempos máximos de resposta garantida, reduzindo os encargos com a prestação de cuidados cirúrgicos não atempados;
- Otimizar as escalas dos serviços de urgência à procura, redimensionando as escalas nos dias de maior afluxo de utentes, uniformizar o Sistema de Prioridades entre as unidades hospitalares, desenvolver protocolos internos para situações de sobrecarga e desenvolver programas de gestão de sobre-utilizadores em parceria com os cuidados de saúde primários;
- Aumentar a atividade na área da diálise, através da 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 incremento significativo dos programas hospitalares de diálise peritoneal e hemodiálise;
- No caso das ULS, incentivar o reforço do papel da equipa de saúde familiar no encaminhamento do cidadão, através dos diferentes níveis de cuidados de saúde, promovendo a efetiva integração e coordenação clínica dos cuidados;
- Utilizar e rentabilizar os equipamentos e os recursos físicos e humanos existentes na instituição, ou em outras instituições do SNS, apenas recorrendo à subcontratação de entidades externas quando esta capacidade instalada estiver esgotada, com respeito pelos princípios da transparência, da igualdade e da concorrência;
- Utilizar o registo clínico eletrónico, de modo a facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde que prestam cuidados ao doente, evitar a realização de atos médicos desnecessários e promover uma maior eficiência técnica e efetividade no tratamento do doente.
- Fomentar a integração e a partilha de informação entre os sistemas de informação e continuar a melhorar o rigor e a fiabilidade dessa mesma informação.

Para além destas orientações, e atendendo às fortes restrições financeiras e económicas do País, os Hospitais e ULS devem elaborar os seus documentos económico-financeiros previsionais para 2015 de forma a:

- Atingir um EBIDTA positivo em 2015, suprimindo totalmente a acumulação de novos pagamentos em atraso, identificando e implementando as medidas de contenção e racionalização dos gastos que permitam alcançar este objetivo;
- Reduzir os gastos com pessoal, através da promoção da mobilidade dos profissionais de saúde, nomeadamente entre Centros Hospitalares e ULS, e entre cuidados de saúde hospitalares e cuidados de saúde primários, devendo, ainda, adotar medidas adicionais de reorganização ou reafecção de profissionais e serviços, de modo a reduzir a despesa com suplementos remuneratórios em geral;
- Obedecer ao disposto na Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro - Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso, e Decreto-Lei n.º 127/2012, de 21 de Junho.
- Assegurar que a receita própria obtida de entidades exteriores ao SNS deve ter um valor idêntico ao previsto para 2014. Qualquer crescimento deve ser explicado e devidamente documentado.
- Garantir que a receita proveniente de entidades do SNS é devidamente coordenada com a entidade pagadora, de forma a assegurar que é considerado o mesmo montante na despesa do pagador. Como hipótese simplificadora e sempre que aplicável podem ser considerados os mesmos montantes e as mesmas entidades que deram origem à cobrança no ano anterior (o SUCH é também uma entidade pública reclassificada);
- Considerar, nos recebimentos com origem em entidades terceiras, um montante idêntico ao considerado na Demonstração de Resultados previsional de 2014;
- Quando os recebimentos têm origem numa entidade do Programa da Saúde proceder ao preenchimento do quadro disponibilizado no SICA para este efeito, com a indicação do código do serviço pagador. Simetricamente do lado dos gastos a entidade pagadora tem que indicar o código da entidade beneficiária. Existindo discrepância entre os valores indicados pelo pagador e pelo beneficiário, prevalecem os valores indicados pelo pagador;
- Considerar obrigatoriamente que as reduções de gastos e/ou aumentos de rendimentos resultantes quer dos descontos habituais conseguidos pela entidade, quer resultantes de acordo centralizados com a APIFARMA têm um impacto semelhante ao registado em 2013;

Importa ainda considerar que, a aprovação dos planos de investimento das instituições, no âmbito do processo de planeamento estratégico trienal, está condicionada pela capacidade de financiamento própria, através da geração de *cash flow*, seja em projetos cofinanciados por fundos comunitários ou não, exceto em casos em que exista risco de segurança para doentes e profissionais.

Por último, as ARS não podem ultrapassar os limites globais de despesa que lhes foram atribuídos para a realização dos contratos-programa, pelo que os planos estratégicos e adendas aos Contratos-Programa que não cumpram os normativos elencados serão rejeitados.

ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS ÀS ARS PARA CONTRATAÇÃO COM OS HOSPITAIS EM ULS EM 2015

Por despacho do Senhor Secretário de Estado da Saúde (n.º 178/2014, de 30 de junho), foram determinados os limites máximos a contratualizar com as EPE por ARS.

	2015
ARS Norte	1 519 840 409
ARS Centro	865 717 150
ARS LVT	1 470 299 523
ARS Alentejo	269 186 612
ARS Algarve	174 641 619
	4 299 685 313

No quadro anterior estão incluídos os seguintes valores a contratualizar com as Unidades Locais de Saúde:

	2015
ULS Alto Minho	123 656 948
ULS Matosinhos	98 291 822
ULS Nordeste	80 055 238
ULS Guarda	81 575 854
ULS Castelo Branco	61 942 645
ULS Norte Alentejano	73 751 083
ULS Baixo Alentejo	76 329 359
ULS Litoral Alentejano	50 007 532
	645 610 481

METODOLOGIA DE CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS

O processo de contratualização implica uma atitude de responsabilização e comprometimento com os resultados a alcançar pelas instituições, em função dos recursos disponíveis e das necessidades em saúde da população, contemplando três Instrumentos essenciais:

- Contratação de atividade assistencial – que permite contratar o volume e o *mix* de serviços de acordo com as necessidades da população, adequando a oferta à procura;
- Modalidades de Pagamento - permitem sinalizar os incentivos para os prestadores, alinhar os incentivos com o processo global de prestação de cuidados, alavancando a obtenção de melhores níveis de desempenho assistencial e económico-financeiro;
- Avaliação de Desempenho – através de indicadores de processo, output e resultados, que permitam medir o desempenho das instituições em áreas definidas como estratégicas e prioritárias a nível nacional (em termos da adequação e promoção do acesso, de alavancagem da prestação de cuidados de qualidade nos principais programas de saúde, e de incentivo à adoção de práticas e de processos que contribuam para o aumento do nível de eficiência das instituições que prestam cuidados no SNS).

É através do equilíbrio entre estas três componentes que o processo de contratualização tem dado o seu contributo para se manterem os elevados padrões de desempenho das instituições do SNS e continuar a responder às necessidades em saúde da população, apesar do forte quadro de restrição orçamental.

Para continuar a garantir este equilíbrio, e com o objetivo de responder à premência de concluir os procedimentos de elaboração do Orçamento do Estado para 2015 em tempo útil, propomos a seguinte metodologia expedita e apenas aplicável para ano de 2015.

- 1.º O SICA será disponibilizado a partir do dia 12 de Agosto, para recolha da proposta de atividade que suportará a negociação do processo de contratualização de 2015, integrado num processo mais amplo de planeamento estratégico 2014/2016;
- 2.º Os Hospitais (e ULS) apresentam no SICA a sua proposta (ajustada em relação à previsão para 2015 que já se encontra definida no processo de planeamento-estratégico 2013/2015), até dia 22 de Agosto;
- 3.º As ARS e os Hospitais (e ULS) negociam o contrato-programa de 2015 até dia 15 de setembro;
- 4.º Os Hospitais (e ULS) introduzem (fruto da negociação realizada), até dia 30 de setembro os quadros que suportam o contrato programa no SICA.

O não cumprimento dos prazos aqui definidos, determina que serão as ARS a definir, unilateralmente, a proposta de produção, as metas dos objetivos de qualidade e eficiência (definidos em função dos valores de referência publicados pela ACSS) e a estrutura de gastos e rendimentos a incluir no contrato-programa de 2015 das Entidades EPE da sua área de influência.

1. ATIVIDADE ASSISTENCIAL E MODALIDADES DE PAGAMENTO

Para a vertente hospitalar, as principais linhas de atividade assistencial a contratar para o ano de 2015, e respetivas modalidades de pagamento, são as seguintes:

- a) Internamento de doentes agudos e crónicos;
- b) Ambulatório médico e cirúrgico;
- c) Consultas externas;
- d) Atendimentos urgentes;
- e) Sessões de hospital de dia;
- f) Sessões de radioterapia;
- g) Serviço domiciliário;
- h) Saúde Sexual e Reprodutiva
 - Diagnóstico Pré-natal;
 - Programa para melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento da infertilidade, denominado, programa para procriação medicamente assistida – PMA;
 - Interrupção da Gravidez;
- i) Programas por doente tratado:
 - Programa de tratamento ambulatório de pessoas a viver com infeção VIH/sida;
 - Programa piloto de tratamento ambulatório de pessoas a viver com hipertensão arterial pulmonar;
 - Programa piloto de tratamento ambulatório de pessoas a viver com esclerose múltipla;
 - Programa piloto de tratamento ambulatório de pessoas a viver com infeção por VHC (para 2015, os pagamentos efetuados no âmbito deste programa piloto estão suspensos, devido à expectativa de introdução no mercado de novos fármacos e novas terapêuticas);
 - Programa piloto de tratamento de doentes com patologia oncológica:
 - Cancro da mama;
 - Cancro do colo e reto;
 - Cancro do colo do útero;
 - Programa para doentes com Polineuropatia Amiloidótica Familiar em estágio 1 (Paramiloidose PT-PAF1);
 - Programa de tratamento de doentes portadores de doenças lisossomais de sobrecarga;

- j) Programa piloto de telemonitorização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC);
- k) Programa de Gestão dos Doentes Mentais Internados em Instituições do Setor Social

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 Estratégico 2014/2016, e carregada no Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento – SICA.

1.1. Internamento de doentes agudos e crónicos

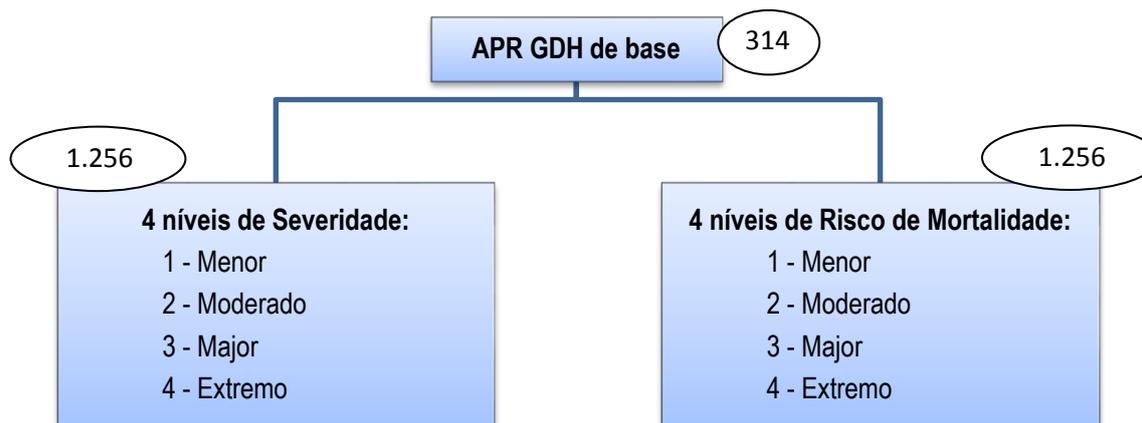
À semelhança do que aconteceu em 2013, o ano 2015 ficará marcado pela alteração da versão do agrupador de GDH e publicação de nova tabela de preços de GDH. A atividade de internamento de doentes agudos é classificada em GDH através do agrupador na versão *All Patient Refined* DRG 30 (APR30) e o índice de *case mix* foi atualizado à atividade realizada no ano de 2013.

O agrupador de tipo *All Patient* (AP), atualmente em vigor em Portugal, caracteriza-se por subdividir os episódios em 26 Grandes Categorias de Diagnóstico (GCD), exclusivas entre si, e que correspondem a um sistema orgânico ou etiologia estando, geralmente, associadas a uma especialidade médica em particular. Considera ainda, para alguns GDH, 3 níveis de complexidade: i) sem Complicações ou Comorbilidades, ii) com Complicações ou Comorbilidades e iii) com Complicações ou Comorbilidades major. Em alguns GDH é ainda feita uma partição de idade (>17 anos e <18 anos).

O agrupador de tipo APR mantém as mesmas GCD e cria subclasses em cada GDH, tendo em consideração as diferenças existentes nos doentes quanto à severidade da doença e ao risco de mortalidade, onde:

- Severidade da doença é entendida como a extensão de uma descompensação fisiológica ou da perda de funções de um órgão, 4 subclasses;
- Risco de mortalidade é entendido como a probabilidade de ocorrer a morte do doente, 4 subclasses.

Assim:



A primeira variável considerada para o agrupamento do episódio é o diagnóstico principal. A cada episódio é atribuída a respetiva subclasse de severidade e de mortalidade considerando diagnósticos adicionais, da associação entre si, e da sua relação com o diagnóstico principal, para além da idade, sexo do doente e dos procedimentos realizados.

A severidade está relacionada com o consumo de recursos enquanto a mortalidade está relacionada com o risco de falecer. Assim, apesar deste tipo de agrupador considerar níveis de severidade e de risco de mortalidade, o peso relativo de cada GDH considera apenas a severidade. O nível de severidade vai assim ter impacto no ICM.

Em 2015 mantêm-se a utilização de um ICM único no internamento, considerando atividade médica e cirúrgica. Mantêm-se igualmente a aplicação de um único preço base para todas as instituições: 2.285 €, mais 7,81% do que o preço de 2014. A utilização de um único preço base permite garantir 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. As instituições serão diferenciadas em mais detalhe de acordo com o nível de severidade em que o doente for classificado.

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 mantém o preço praticado em 2014, à exceção dos doentes crónicos da área da saúde mental, em relação aos quais se passa a aplicar o mesmo preço que está contratado com as entidades do setor social que asseguram esta atividade.

Internamento e Ambulatório Médico e Cirúrgico		Preço
Preço base		2.120,28
Internamento de doentes crónicos		Preço
Psiquiatria		37,33
Psiquiatria – Reabilitação Psicossocial		37,33
Crónicos ventilados		244,01
Medicina Física e Reabilitação		205,10

Atividade cirúrgica

Em 2012, foi introduzida a responsabilização financeira do hospital de origem pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados, mantendo-se, em 2015, este mesmo princípio, como explicitado de seguida:

Âmbito da responsabilidade financeira dos hospitais do SNS

- a) Os hospitais públicos e as ULS 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).
- b) O referido na alínea anterior não se aplica aos hospitais em parceria público privada ou aos hospitais privados com acordos no âmbito do SIGIC.
- c) 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).
- d) 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

- e) A 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

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

Faturação da atividade realizada por outras entidades

- g) A atividade realizada por outras entidades é faturada da seguinte forma:
 - 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;

- 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.
- h) 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

- i) 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;
- j) 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;
- k) 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

- l) A entidade convencionada procederá à faturação dos procedimentos cirúrgicos efetuados ao preço da tabela SIGIC à ARS respetiva, devendo esta faturar a atividade ao hospital de origem.
- m) 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.

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 APR 30, adotando-se ICM atualizados com a produção de 2013. Importa referir que, dando continuidade ao objetivo de promoção da atividade cirúrgica em ambulatório, os pesos relativos desta atividade são iguais à atividade realizada em regime de internamento.

1.3. Consultas externas

A atividade realizada em consulta externa está dependente da complexidade dos serviços prestados por cada instituição. De momento, não é possível captar a complexidade desta atividade, contrariamente ao que já

acontece com o internamento de agudos. Assim, e 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, ainda, considerado um grupo de financiamento extraordinário para os hospitais psiquiátricos.

Para 2015, continuamos a aplicar os mesmos grupos de financiamento do contrato-programa 2013/2015, os quais resultam do teste e avaliação de técnicas alternativas que já foram apresentadas nos anos anteriores, nomeadamente:

- Identificação de efeitos com impacto na estrutura dos hospitais: identificação preliminar dos efeitos que condicionam estruturalmente os custos dos hospitais;
- 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);
- Tratamento das variáveis selecionadas: Estandarização das variáveis, seguida de Análise de Componentes Principais (PCA) para eliminação de efeitos de correlação entre variáveis;
- 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:



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

Na construção dos preços, os custos unitários por linha de produção dos diferentes hospitais foram corrigidos e normalizados por forma a serem comparáveis e, posteriormente 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.

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 e 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.

Para 2015, mantem-se a regra introduzida em 2014 que associa o pagamento das consultas de acordo com um *Índice de Consultas Subsequentes*, o qual se apresenta como promotor de eficiência e indutor da implementação de práticas clínicas compatíveis com o acompanhamento dos doentes no nível de cuidados mais adequado. A aplicação deste índice resulta na inibição de faturação de consultas subsequentes que impliquem a sua ultrapassagem.

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

Consultas Subsequentes/ Primeiras Consultas	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E	Grupo F
- C/Base nos valores de 2012 -						
Valor 2º Quartil (Mediana)	1,62	2,48	2,08	2,32	3,04	4,33
Valor 1º Quartil (Eficiente)	1,38	2,23	1,91	2,18	2,97	3,29
- C/Base nos valores médios dos últimos 5 anos -						
Valor 2º Quartil (Mediana)	1,60	2,40	2,12	2,43	3,09	4,46
Valor 1º Quartil (Eficiente)	1,41	2,22	1,98	2,28	2,87	3,58

O *Índice de Consultas Subsequentes* não é aplicado ao Grupo F para 2015, devido às elevadas taxas de variação anual e disparidade de valores entre Hospitais do Grupo.

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

Para 2015, continua a promover-se a implementação de medidas e procedimentos que vinculam as instituições do SNS e os profissionais de saúde intervenientes na gestão do acesso à consulta externa hospitalar, com especial enfoque em medidas transversais a nível nacional que, em complemento das medidas locais que as instituições têm de implementar, contribuam para a melhoria dos tempos de resposta das instituições.

De facto, o aumento da disponibilização de informação sobre os tempos de resposta para consulta externa ou a implementação a nível nacional de soluções concretas que permitam melhorar a capacidade de resposta nas especialidades onde existem maiores dificuldades, como seja o exemplo da implementação do telerastreio dermatológico no âmbito da especialidade de dermatologia ou dos rastreios da retinopatia diabética, para a oftalmologia, contribuem para a redução dos tempos de resposta para consulta de especialidade hospitalar.

Para além disso, importa continuar a promover, pela via do financiamento, a adoção de soluções locais que contribuam para a melhoria dos tempos de resposta hospitalar, pelo que as primeiras consultas referenciadas pelo sistema de informação de suporte ao CTH mantêm o seu preço majorado em 10%, no ano de 2015.

No seguimento das recomendações do Grupo de Trabalho para Telemedicina, as teleconsultas médicas realizadas em tempo real continuam a ser majoradas em 10%, durante o ano de 2015, independentemente de serem primeiras consultas ou subsequentes.

Dando cumprimento ao Programa Nacional de Saúde Mental, as consultas de psiquiatria realizadas na comunidade continuam a ser majoradas em 10%, independentemente de serem primeiras consultas ou subsequentes.

Também para 2015, continuará a haver um acompanhamento próximo da atividade 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.

1.4. Atendimentos urgentes

Na sequência da metodologia de contratualização aplicada em 2012, o pagamento da linha de Urgência para 2015 continua a ser 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	10,00
Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica	53,91
Serviço de Urgência Polivalente	107,59

O pagamento das SUB em 2015 será efetuado com uma dupla componente, ou seja:

- Pagamento de um montante fixo, no montante de 1 milhão de euros, correspondente à “disponibilidade de serviço” e um valor variável, com o objetivo de cobrir os custos eficientes referentes à capacidade instalada no Serviço (em termos de recursos humanos e materiais);
- Pagamento de um montante variável, por episódio de urgência.

A linha de produção referente aos Serviços de Urgência continuará a ser acompanhada no sentido de se equacionar o alargamento do pagamento por “disponibilidade de serviço” aos Serviços de Urgência Médico-cirúrgica e aos Serviços de Urgência Polivalente, considerando 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.

1.5. Sessões de hospital de dia

As diferentes tipologias de hospital de dia continuam a considerar três tipologias (a) sessão de hospital de dia, (b) sessão de hospital de dia de psiquiatria e (c) sessão de hospital de dia de Hematologia/ Imunohemoterapia e unidades sócio-ocupacionais.

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	20,14
Psiquiatria	30,49
Psiquiatria (Unidade Sócio-Ocupacional)	30,49
Hematologia	293,52
Imunohemoterapia	293,52

1.6. Sessões de Radioterapia

No modelo em vigor até 2012, os tratamentos de radioterapia eram agrupados em GDH médico de ambulatório. Este modelo revelou-se desadequado, tendo sido criado um grupo de trabalho (constituído pelos hospitais públicos com esta valência e a ACSS) para analisar esta temática.

O grupo de trabalho recomendou a autonomização destes tratamentos numa linha de atividade autónoma, passando a adotar-se o pagamento através de preços diferenciados para tratamentos simples (nos quais se incluem os tratamentos simples e tratamentos 3D) e complexos (referentes às técnicas especiais, à irradiação corporal e hemicorporal e aos tratamentos IMRT), o qual se mantém para 2015 com os seguintes preços.

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

1.7. 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	33,10

1.8. Saúde Sexual e Reprodutiva

Programa de Diagnóstico Pré-Natal

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.^a semana conjugada com o rastreio bioquímico do 1.º trimestre (Protocolo I) e/ou da ecografia da 22.^a semana e consulta no hospital (Protocolo II), de modo a garantir respostas tecnicamente adequadas à elaboração do diagnóstico pré-natal.

Diagnóstico Pré-Natal	Preço
Protocolo I	37,72
Protocolo II	64,61

Interrupção da Gravidez

Ainda no âmbito da saúde sexual e reprodutiva é considerada a linha de atividade interrupção voluntária da gravidez até às 10 semanas de gestação.

Interrupção Voluntária da Gravidez	Preço
IVG medicamentosa até às 10 semanas	283,10
IVG cirúrgica até às 10 semanas	368,61

Programa para melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento da infertilidade, denominado, programa para procriação medicamente assistida - PMA

A infertilidade, reconhecida como uma doença, tem vindo a ganhar importância crescente enquanto problema social e de saúde, estimando-se que, no mundo ocidental, a infertilidade afete cerca de 15% dos casais¹. Os resultados de diversos estudos, predominantemente dirigidos para a determinação da prevalência da infertilidade ao longo da vida e baseados em avaliações retrospectivas por auto percepção citam para a europa valores que variam entre 6,6%² e 26,4%³.

Em Portugal, a prevalência da infertilidade ao longo da vida situa-se entre os 9% e os 10%, não se verificando diferenças regionais de prevalência. Estima-se que entre 266.088 e 292.996 mulheres (casais) sofram de infertilidade ao longo da vida e que entre 116.630 e 121.059 se encontrem em idade reprodutora⁴.

Sendo considerada como uma área prioritária na política de saúde, através do Despacho n.º 14788/2008, de 28 de Maio de 2008, e da Portaria n.º 154/2009, de 9 de Fevereiro de 2009, foi criado, em 2009, um programa específico, a desenvolver com os hospitais EPE e SPA do SNS, para melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento da infertilidade, o qual teve seguimento nos anos seguintes e que se mantém em 2013.

São alvo de financiamento público específico, de forma integral:

¹ A Templeton. Infertility and the establishment of pregnancy overview. Br Med Bull 2000;56(3):577-87.

² B Rostad, B Schei, J Sundby. Fertility in Norwegian women: results from a population-based health survey. Scand J Public Health 2006;34(1):5-10.

³ DJ Gunnell, P Ewings. Infertility prevalence, needs assessment and purchasing. J Public Health Med 1994; Mar;16(1):29-35.

⁴ JL Silva Carvalho, A Santos. Estudo Afrodite. Caracterização da Infertilidade em Portugal. Estudo na Comunidade 2009; (s.n.); 7-93

- 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 espermatozóide (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) em 2014, 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.

Com o objetivo de organizar a oferta e permitir uma melhor e mais célere resposta à procura de cuidados de saúde na área da infertilidade, foi criada e aprovada pela DGS, a rede de Referência para Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade, com base na distribuição geográfica e nas competências técnicas das diferentes instituições de saúde, a qual serve de referência para o encaminhamento dos casais no diagnóstico e tratamento da infertilidade⁵.

A DGS e a ACSS, com a colaboração de um conjunto de peritos, identificaram o leque de tratamentos associados a problemas de infertilidade, financiados por preço compreensivo, assim como todos os atos médicos associados. As alterações ocorridas no custo dos atos médicos contemplados em cada tratamento de procriação medicamente assistida levaram à necessidade de atualização dos preços praticados:

Programa para Procriação Medicamente Assistida	Preço
Financiamento ciclos IIU	335,04
Financiamento ciclos IO	132,48
Financiamento Primeiras Consultas Médicas de apoio à fertilidade	88,32
Financiamento ciclos FIV realizados	2.097,60
Financiamento ciclos ICSI com espermatozoides recolhidos cirurgicamente realizados	2.936,64
Financiamento de ciclos ICSI realizados	2.307,84

- Em cada pacote/preço está ponderado o número médio de atos considerados como tecnicamente necessários. Outros atos/procedimentos que possam vir a ser efetuados e que não se encontrem nestes pacotes/preços não são objeto de pagamento específico.
- A Consulta de Apoio à Fertilidade (estudo inicial) poderá ser realizada uma vez por caso, pelo que o código respetivo só poderá ser utilizado uma vez em cada caso/hospital.
- O tratamento Indução da Ovulação (IO) pode ser realizado várias vezes, permitindo utilizações do código correspondente no mesmo número.

⁵ <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/procriacao-medicamente-assistida/rede-de-referenciacao-de-infertilidade.aspx>

- O tratamento de Inseminação Intra-Uterina pode ser realizado até 3 vezes permitindo utilizações do código correspondente no mesmo número.
- Os códigos de tratamentos de FIV/ICSI poderão ser utilizados, no conjunto, até 3 vezes (Fertilização *in vitro* ou Injecção intra-citoplasmática de espermatozóides ou Injecção intra-citoplasmática de espermatozóides recolhidos cirurgicamente).

Programa para a redução da taxa de cesarianas

A Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas (CNRTC) entende que é possível estabelecerem-se metas para a taxa de cesarianas nos hospitais do SNS, com repercussão no financiamento hospitalar, sem que esta medida acarrete riscos acrescidos de saúde para os utentes, aspeto que deverá ser sempre a primeira prioridade na tomada de decisões clínicas.

A realização de uma cesariana pode trazer benefícios de saúde inequívocos para a grávida e para o seu filho, mas a utilização abusiva deste procedimento sem que existam motivos clínicos acarreta riscos acrescidos para ambos.

No âmbito das competências da CNRTC, definidas pelo Despacho nº 3482/2013 de 5 Março 2013 os recebimentos decorrentes dos episódios de internamento por parto (x) são indexados à taxa de cesarianas, de acordo com o seguinte fórmula:

Taxa de cesarianas	
Hospitais de apoio perinatal	Hospitais de apoio perinatal diferenciado
< 25,0% = valor x	< 27,0% = valor x
25,0% - 26,4% = 0,75 valor x	27,0% - 28,4% = 0,75 valor x
26,5% - 27,9% = 0,50 valor x	28,5% - 29,9% = 0,50 valor x
28,0% - 29,4% = 0,25 valor x	30,0% - 31,4% = 0,25 valor x
> 29,5% = sem financiamento	> 31,5% = sem financiamento

Aos hospitais que tenham tido, em 2014, taxas de cesariana superiores aos limites máximos da fórmula anterior, aplicar-se-á a seguinte fórmula alternativa:

- Redução na taxa de cesarianas < 5,0% = sem financiamento
- Redução na taxa de cesarianas 5,0% - 7,4% = 0,25 × valor x
- Redução na taxa de cesarianas 7,5% - 9,9% = 0,50 × valor x
- Redução na taxa de cesarianas 10,0% - 12,4% = 0,75 × valor x
- Redução na taxa de cesarianas > 12,5% = valor x

Embora sem repercussão direta no financiamento hospitalar, e conforme já referimos anteriormente, a ACSS divulga no *microsite* de «Monitorização do Serviço Nacional de Saúde» informação referente a “Indicadores de

qualidade assistencial obstétrica” de cada hospital do SNS, de forma a informar os cidadãos sobre as práticas existentes relacionadas com o trabalho de parto:

- Número de partos
- Taxa de cesarianas
- Taxa de partos instrumentados
- Taxa de analgesia epidural
- Taxa de partos induzidos
- Taxa de partos vaginais após cesariana
- Taxa de episiotomias em partos vaginais
- Taxas de lacerações perineais graves (3º e 4º graus)
- Taxa de complicações nos recém-nascidos relacionadas com baixa oxigenação
- Taxa de partos vaginais após versão cefálica externa

1.9. 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 em 2013 esta 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 sujeita a avaliação permanente da qualidade.

Para 2015, esta modalidade de pagamento continua a aplicar-se aos 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 retroviral.

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

Tratamento ambulatorio de pessoas a viver com infeção VIH/sida	Preço
Doente tratado/mês	763,80

Programa piloto de tratamento ambulatório 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 no nosso País (cerca de 550, 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 emanadas pela DGS sobre esta matéria, 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 estadio 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 2015, estão definidas as instituições hospitalares abrangidas por esta modalidade de pagamento piloto, através do Despacho n.º 7934/2014, de 6 de junho, do Senhor Secretario de Estado da Saúde.

Tratamento ambulatório de pessoas a viver com hipertensão 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

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, estando 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.

Tratamento ambulatório de pessoas a viver com esclerose múltipla	
	Preço
Doente tratado/mês	1.031,65

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, ocorreram 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, e a instalação de novas unidades de radioterapia e o reapetrechamento das já existentes levou também a ganhos significativos.

Em Portugal, os rastreios de base populacional 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 do cólon e reto (os únicos custo-efetivos). Esta variabilidade é de grande magnitude, verificando-se uma taxa de cobertura quase total para o

cancro da mama e do colo do útero 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.

Com efeito, a grande limitação dos programas de rastreio atualmente em prática resulta da 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. O mesmo se passa no âmbito do rastreio do cancro do colo do útero. Já o rastreio do cancro colorretal, 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 DGS tem elaborado normas de orientação clínica para as várias patologias oncológicas, com vista a melhorar a prática. Com efeito, esta entidade aconselha 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 IPO 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, a saber, os Institutos Português de Oncologia, Centro Hospitalar de São João, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra e Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital do Espírito Santo, de Évora.

Os critérios a aplicar, em todos os casos, são os seguintes:

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

Para 2015 aplicam-se os preços que resultam da atualização do custeio efetuado pelas instituições integradas neste programa piloto de pagamento por doente tratado na área da patologia oncológica. Em caso de indicação são também incluídas a reconstrução mamária e a reconstrução de trânsito intestinal.

Tratamento de doentes com patologia oncológica	Preço
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
Mama (segundo ano) (primeiro ano) (doente tratado/ mês)	929,08
Mama (segundo ano) (doente tratado/ mês)	401,82
Colo do útero (primeiro ano) (doente tratado/ mês)	885,90
Colo do útero (segundo ano) (doente tratado/ mês)	210,89

Programa para doentes com Polineuropatia Amiloidótica Familiar em estágio 1 (Paramiloidose PT-PAF1)

A Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF), também designada como Paramiloidose, é uma doença hereditária, rara, causada por uma mutação genética associada à proteína transtirretina, com consequente deposição de substância amiloide nos tecidos, provocando um comprometimento neurológico degenerativo, bem como, atingimento cardíaco, nefrológico e oftálmico. Os sintomas descritos manifestam-se, habitualmente, entre os vinte e trinta anos de idade.

O transplante hepático, embora associado a taxas de mortalidade e morbilidade não desprezíveis, alterou de forma significativa a sobrevida dos doentes com PAF, tendo sido, durante os últimos anos, o tratamento de eleição para estes doentes.

Considerada a autorização de introdução no mercado, pela Agência Europeia do Medicamento (EMA) e pelo INFARMED, do medicamento Tafamidis – Vyndaquel®, indicado no tratamento da PAF em estágio 1, importa estabelecer os moldes de disponibilização deste fármaco aos doentes elegíveis, com o objetivo de promover a qualidade de vida dos doentes e retardar o compromisso neurológico periférico associado àquela patologia.

O Programa para disponibilização do medicamento Tafamidis a doentes com Polineuropatia Amiloidótica Familiar em estágio 1 (PT-PAF1) vem estabelecer as regras da dispensa daquele medicamento aos doentes para os quais se encontra indicada a sua prescrição, no Centro Hospitalar de Lisboa Norte E.P.E. e no Centro Hospitalar do Porto, E.P.E., garantindo o acesso atempado de doentes adultos selecionados a esta terapêutica (respeitando as condições e indicações aprovadas pela EMA).

O PT-PAF1 iniciou-se a 1 de Julho de 2012, estabelecendo os preços e regras de faturação aplicáveis às instituições abrangidas pelo programa, bem como as condições de acesso, monitorização e acompanhamento dos doentes abrangidos pelo PT-PAF1.

Os doentes integrados no PT-PAF1 devem ser seguidos exclusivamente pelo Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E., ou Centro Hospitalar do Porto, E.P.E., excluindo-se qualquer hipótese de duplicação de doentes em tratamento com Tafamidis.

Tratamento de doentes com paramiloidose	Preço
Doentes com paramiloidose/ano	56.024,39

Programa de Tratamento a Doentes Portadores de doenças lisossomais de sobrecarga

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

No âmbito da aplicação do Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 2545/2013, de 15 de fevereiro, foi criada a Comissão Coordenadora do Tratamento das Doenças Lisossomais de Sobrecarga (CCTDLS) e estabeleceu-se a constituição de três Centros de Excelência para o diagnóstico e tratamento de doentes das doenças lisossomais.

Os centros de excelência têm como missão diagnosticar e elaborar o pedido de tratamento, subscrito pelo médico assistente do doente, acompanhado de relatório médico detalhado, devendo ser garantidas as respetivas autorizações da direção clínica e da administração hospitalar e, quando se justificar, o parecer favorável da comissão de ética do hospital envolvido, antes do envio dos pedidos de tratamento à CCTDLS.

Como salvaguarda de proximidade, os hospitais que acompanham atualmente doentes com doenças lisossomais de sobrecarga constituem-se como centros afiliados dos centros de excelência e dependem do ponto de vista clínico e técnico da orientação destes. Assim, apesar do acompanhamento clínico e dispensa de medicação poder ser realizado através dos centros afiliados, a responsabilidade financeira pelos encargos com medicamentos passará a pertencer aos Centros de Excelência, ou seja, o atual programa vertical desta ACSS será descontinuado a prazo sendo substituído por relação contratual com os Centros de Excelência.

Tratamento de doentes com Lisossomais de Sobre Carga	Preço
Financiamento FABRY (ano)	158 684,84 €
Financiamento POMPE (ano)	244 106,20 €
Financiamento GAUCHER (ano)	190 617,10 €
Financiamento NIEMANN-PICK (ano)	39 652,21 €
Financiamento MPS I (ano)	193 797,41 €
Financiamento MPS II (ano)	313.715,26 €
Financiamento MPS IV (ano)	348.688,83 €

1.10. Programa piloto de telemonitorização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

A telemedicina consiste na observação, diagnóstico, tratamento e monitorização do doente o mais próximo possível da sua área de residência, local de trabalho, ou mesmo domicílio. Neste contexto, a telemonitorização consiste na teleassistência, a partir do domicílio dos doentes, através de meios informáticos e de telecomunicação adequados, para um lugar remoto (e.g. hospital ou centro de saúde).

No caso de algumas doenças crónicas, a ferramenta da telemonitorização permite a monitorização remota e consequente acompanhamento da evolução do estado de saúde por uma equipa de profissionais de saúde, a partir de um estabelecimento de saúde sobre um grupo de doentes selecionados.

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

Assim, para 2015 dá-se continuidade à modalidade de pagamento piloto iniciada em 2014 para a telemonitorização (monitorização remota) de doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, que seguem um protocolo domiciliário pré-estabelecido.

Nestes termos, o Programa Piloto de Telemonitorização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (PPT-DPOC) iniciado em 2014 continuará a ser aplicado em 2015, abrangendo 5 instituições e um grupo de 75 doentes (15 por hospital), procurando alcançar os seguintes objetivos:

- Elevar a qualidade dos serviços prestados ao cidadãos, promovendo o acompanhamento contínuo da sua condição de saúde;
- Reduzir pelo menos 1 episódio de internamento anual (por degradação da condição clínica do doente);
- Reduzir pelo menos 3 episódios de urgência por ano, relacionados com a patologia selecionada, por doente em programa;
- Reduzir pelo menos 2 episódios de consulta externa por ano, relacionados com a patologia selecionada;
- Reduzir os custos de transportes (no pressuposto de que os doentes com DPOC são transportados em ambulância medicalizada);
- Seguir de forma proactiva e contínua as flutuações das condições de saúde de cada doente, permitindo uma reação atempada que adie o agravamento da doença.

Os doentes integrados no PPT-DPOC devem ser seguidos exclusivamente nas seguintes instituições:

- Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE (ULSAM);
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE; (CHUC);
- Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE (CHCB);

- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE (ULSNA);
- Hospital Central de Faro, EPE (HF).

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

- 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;
- Ter tido pelo menos 3 episódios de urgência / reinternamento no ano anterior à entrada em programa;
- Dispor de condições clínicas e socioeconómicas mínimas adequadas.

Por sua vez, as instituições aderentes devem assegurar:

- A existência dos meios tecnológicos e clínicos para o cumprimento do programa;
- A instalação dos meios tecnológicos no domicílio dos doentes;
- A formação e apoio à adequada utilização dos meios tecnológicos, nomeadamente, através de uma linha telefónica de apoio;
- A veiculação da informação inerente à adequada monitorização, acompanhamento e avaliação do programa pelas entidades competentes (nomeadamente, ARS, ACSS, GTT).

1.11. Programa de Gestão dos Doentes Mentais Internados em Instituições do Setor Social

Para o ano de 2015, continuará a consolidar-se a alteração introduzida em 2014 na gestão dos doentes mentais internados em instituições de solidariedade social, nos termos definidos na Circular Normativa de faturação do contrato-programa do ano de 2014 (Circular Normativa n.º 13/2014, de 6 de fevereiro) e na Circular Informativa referente à implementação deste Programa (Circular Informativa n.º 10/2014, de 31 de março).

Fruto desta alteração de 2014, a gestão dos doentes mentais internados em Unidades do Setor Social continuará a ser assegurada por instituições hospitalares que integram a Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental, sendo a referência de novos doentes para institucionalização efetuada, exclusivamente, por estas instituições.

Durante o ano de 2015, os serviços referenciadores e prestadores de cuidados de saúde no âmbito deste Programa articulam-se de acordo com os procedimentos administrativos e de referência clínica estipulados entre si, obedecendo a um quadro conceptual que respeite a equidade no acesso a estes serviços, que esteja adequado à evolução das práticas clínicas no âmbito da saúde mental e que garanta o cumprimento ágil e atempado do processo de referência e internamento destes doentes, sem descuidar as questões referentes à responsabilidade financeira que estão explanadas nas Circulares que enquadram o funcionamento deste Programa desde 2014.

2. APLICAÇÃO DE FLEXIBILIDADE REGIONAL NA FIXAÇÃO DOS PREÇOS PELAS ARS

A flexibilidade regional é um mecanismo que foi introduzido em 2013 e que confere 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 e que devem ser do conhecimento de todos os hospitais da região.

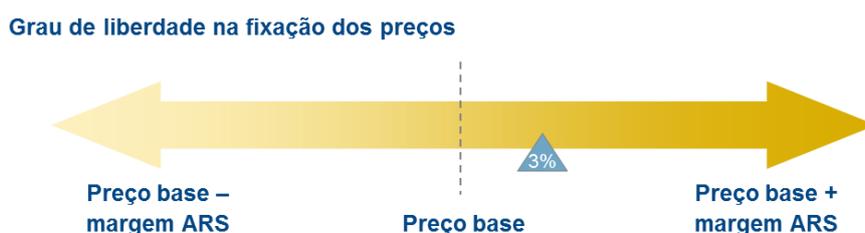
A existência de flexibilidade regional permite que um modelo global seja aplicado a todas as regiões com um mínimo de disrupção, dado que as ARS podem pagar de forma distinta por serviços considerados mais-valias para a região. Através deste mecanismo, as ARS têm a possibilidade de variar os preços das 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 referênciação
- Menor quantidade de valências complexas

Assim, em 2015, para as linhas de atividade de Internamento de doentes agudos e crónicos, Ambulatório médico e cirúrgico, Consultas externas, Atendimentos urgentes e Sessões de hospital de dia, as ARS poderão fazer variar o preço base em 3%. Para tal, devem apresentar memória justificativa à ACSS para análise e aprovação.



3. ÁREAS ESPECÍFICAS

Para além destas linhas de atividade, sublinha-se o financiamento autónomo das seguintes componentes:

- Formação dos Médicos Internos do primeiro e segundo ano do internato médico;
- Medicamentos de cedência hospitalar obrigatória em ambulatório, com enquadramento legal, da responsabilidade financeira das instituições.

O contrato-programa para 2015 considera adicionalmente os seguintes programas específicos:

- Ajudas Técnicas;
- Assistência Médica no Estrangeiro;
- Convenções Internacionais;
- Incentivos aos Transplantes

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 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;
- 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 Centros de Tratamento da Obesidade devem manter os mesmos procedimentos e registos de informação exigidos anteriormente.

Para 2015, permanecem excluídos do princípio de orçamento global os seguintes programas específicos:

- Ajudas técnicas;
- Assistência médica no estrangeiro;
- Convenções Internacionais;
- Incentivos aos Transplantes.

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.

É obrigatório que cada instituição apresente as medidas quantificadas e calendarizadas que assegurem a trajetória necessária para atingir um EBITDA positivo em 2015.

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, operacionalizando o definido no plano estratégico trianual.

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

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 2015, o peso dos incentivos é fixado em 5% da dotação para a contratualização hospitalar. Para ser efetiva, esta deve obrigatoriamente empregar mecanismos que discriminem e introduzam consequências decorrentes do processo de monitorização, acompanhamento e avaliação. Nesta medida, as consequências estarão associadas ao cumprimento das metas estabelecidas para cada um dos objetivos definidos, obedecendo ao 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 objetivos de qualidade e os restantes 4% a objetivos eficiência/sustentabilidade económico-financeira.

6.1. Caraterização dos objetivos a contratualizar

Na sequência do trabalho desenvolvido em anos anteriores, e face ao acréscimo de valor a atribuir a esta dimensão do contrato, a ACSS e as ARS propõe 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 e as orientações estratégicas por parte da tutela, relativamente ao desempenho esperado de cada unidade hospitalar,
- Considerem metas ambiciosas e exequíveis que conduzam os hospitais a melhores níveis de qualidade dos serviços prestados e a uma 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.

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
- 40% objetivos institucionais de cada região.

Para esta área, os indicadores a contratualizar são os que em seguida se apresentam:

Áreas	Indicadores	Ponderações (2013)
1. Objetivos Nacionais		60%
A. Acesso		15%
	A.1 Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	3%
	A.2 Percentagem de Utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado	3%
	A.3 Peso das consultas externas com registo de alta no total de consultas externas	3%
	A.4 Percentagem de doentes cirúrgicos (neoplasias malignas) tratados em tempo adequado	3%
	A.5 Permilagem de Doentes Sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados	3%
B. Desempenho assistencial		25%
	B.1 Demora média	4%
	B.2 Percentagem de reinternamentos em 30 dias	4%
	B.3 Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo	4%
	B.4 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	4%
	B.5 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) – para procedimentos ambulatorizáveis	3%
	B.6 Percentagem do consumo de embalagens de medicamentos genéricos, no total de embalagens de medicamentos	3%
	B.7. Taxa de registo de utilização da “Lista de Verificação de Atividade Cirúrgica” – Indicador referente à cirurgia segura	3%
C. Desempenho económico-financeiro		20%
	C.1 Percentagem dos gastos com Horas Extraordinárias, Suplementos e Fornecimentos de Serviços Externos III (selecionados) no total de gastos com pessoal	5%
	C.2 EBITDA	5%
	C.3 Acréscimo de dívida vencida	5%
	C.4 Percentagem de rendimentos extra contrato-programa no total de rendimentos	5%
Objetivos da Região		40%

Unidades Locais de Saúde

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.

OBJETIVOS NACIONAIS DE QUALIDADE

Cuidados de Saúde Primários	Peso Relativo	Peso relativo (%)	Meta
Objetivos Nacionais	75%		
Taxa de utilização global de consultas médicas - 3 anos		5,0	
Taxa de domicílio enfermagem por 1.000 inscritos		4,0	
Proporção medicam. faturados, que são genéricos		6,0	
Proporção inscritos >= 14 A, c/ hábitos tabágicos		4,0	
Proporção cons. méd. presenciais, com ICPC-2		6,0	
Taxa de internam. DCV, entre residentes < 65 A		3,0	
Proporção MIF, com acompanhamento em PF		6,0	
Proporção de RN de termo, de baixo peso		1,5	
Proporção jovens 14A, c/ cons. Méd. vig. e PNV		2,5	
Incid. amputações major Minf. (DM), em residentes		3,0	
Proporção idosos, sem ansiol. / sedet. / hipnót.		4,0	
Despesa medic. Faturados, por utilizador (PVP)		16,0	
Despesa MCDT's fatur., por utilizador SNS (p. conv.)		8,0	
Indicador de medição da satisfação dos utentes *		6,0	
		75,0	
* Nota: O indicador referente à satisfação dos utentes deverá se escolhido pela ACSS, sob proposta de cada uma das ARS, de entre os seguintes indicadores: - Proporção utiliz. Satisfeitos ou muito satisfeitos; - Núm. dias c/ reclam. Por fechar, por 1000 cons.			
Objetivos Regionais	18%		
		18,0	
Objetivos Locais	7%		
		7,0	

Cuidados de Saúde Secundários	Peso Relativo	Peso relativo (%)	Meta
Objetivos Nacionais	Min. 60%		
A. Acesso		22,5	
A.1 Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas		4,5	
A.2 Percentagem de utentes encaminhados para consulta externa atendidos em tempo adequado		4,5	
A.3 Peso das consultas externas com registo de alta no total de consultas externas		4,5	
A.4 Percentagem utentes inscritos em LIC com tempo de espera < TMRG		4,5	
A.5 Permilagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados		4,5	
B. Desempenho assistencial		37,5	
B.1 Demora média		6,0	
B.2 Percentagem de reinternamentos em 30 dias		6,0	
B.3 Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo		6,0	
B.4 Percentagem de cirurgia da anca efetuadas nas primeiras 48 horas		6,0	
B.5 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) - para procedimentos ambulatorizáveis		4,5	
B.6 Percentagem do consumo de embalagens de medicamentos genéricos, no total de embalagens de medicamentos		4,5	
B.7 Taxa de registo de utilização da "Lista de verificação de atividade cirúrgica" - indicador referente à cirurgia segura		4,5	
		60,0	
Objetivos Regionais	Até 40%		
		40,0	

OBJETIVOS NACIONAIS DE EFICIENCIA / SUSTENTABILIDADE ECONOMICO - FINANCEIRA

ECONOMICO / FINANCEIRO	Peso Relativo	Peso relativo (%)	Meta
Objetivos Nacionais	100%		
C. Desempenho económico-financeiro			
C.1 Percentagem dos gastos com Horas Extraordinárias, Suplementos e Fornecimentos de Serviços Externos III (selecionados) no total de gastos com Pessoal		25,0	
C.2 EBITDA		25,0	
C.3 Acréscimo de dívida vencida (fornecedores externos)		25,0	
C.4 Percentagem de rendimentos extra contrato-programa no total de rendimentos		25,0	
		100,0	

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 todas as ARS e a todas as instituições.

Esta 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, por um lado, a estabelecer que apenas contribuam para o índice de desempenho global indicadores com graus de cumprimento a partir de determinado nível (50%) e, por outro lado, 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, encontra-se desenvolvido no SICA um relatório individual de acompanhamento que permitirá acompanhar mensalmente o nível de cumprimento dos objetivos de cada instituição pela ACSS e ARS.

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.

6.4. Definição das Metas

Considerando o acréscimo de justiça e de equidade que esta metodologia de avaliação introduziu e para 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 ARS e as instituições hospitalares, de acordo com uma metodologia definida a nível nacional.

Esta metodologia obedece ao princípio de melhoria contínua do desempenho das instituições, procurando garantir a existência de um processo de contratualização cada vez mais justo, equitativo e direcionado para o alcance de elevados patamares de qualidade em todas as instituições que compõem o SNS.

Quando para algum indicador não forem negociadas metas que sigam as orientações estabelecidas, as ARS têm de apresentar à ACSS uma memória justificativa para a meta negociada.

7. PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (I&D)

A componente de investigação e desenvolvimento é essencial para a qualificação e afirmação do SNS. Assim, para 2015 dá-se continuidade ao programa de promoção de I&D iniciado em 2014, contando este programa com uma dotação de 2 milhões de euros, valor superior ao atribuído em 2014 para este Programa. Nos próximos anos prevê-se que possam continuar o crescimento gradual desta dotação.

A dotação anual é distribuída pelas instituições hospitalares de acordo com o peso relativo da pontuação atribuída a cada instituição pelas patentes registadas e publicações científicas publicadas no ano de 2014, 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 do período corresponde a um fator de impacto 10.

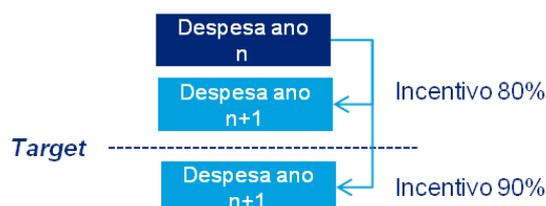
8. MEDICAMENTOS PRESCRITOS EM AMBIENTE HOSPITALAR E CEDIDOS EM FARMÁCIA DE OFICINA

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. Nos últimos anos têm vindo a ser desenvolvidos mecanismos para uma monitorização e controlo da prescrição realizada em ambiente hospitalar, pelo que, para 2015, mantém-se o mecanismo de incentivos aos hospitais, ou seja:

- Penalização se variação acima da variação média nacional (20% do crescimento absoluto face a 2014);
- Incentivos se variação abaixo da média nacional (20% da redução absoluta face a 2014).

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.

9. PENALIZAÇÕES ASSOCIADAS AO CONTRATO-PROGRAMA

Procurando, por um lado, aumentar os níveis de exigência e de rigor e, por outro lado, prevenir a ocorrência sistemática de situações de incumprimento por parte das instituições, será mantido em 2014 um sistema de penalizações com consequências 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;
- Resultados insatisfatórios apurados no âmbito das auditorias realizadas às instituições.

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 2015.

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:

- 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 ULS* - 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.
- 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 2015* índice de *case mix* (atualizado à atividade realizada no ano de 2013);
 - Demais atividade ambulatoria: 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.

10. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

Os processos de contratualização interna integram-se numa cultura de gestão moderna, responsável e rigorosa, e permitem promover a responsabilidade e a autonomia dos profissionais e das equipas, contribuindo assim para aumentar a motivação e o compromisso dos profissionais, para o aumento dos níveis de produtividade e de efetividade dos serviços, para a redução das ineficiências e dos desperdícios nas instituições e para a sustentabilidade do SNS como um todo.

Considerando a evolução que se tem verificado em relação aos sistemas de informação, é hoje possível monitorizar um conjunto de dados normalizados referentes a produção, acesso, qualidade, produtividade e desempenho económico-financeiro, desagregados a nível dos Hospitais e ULS, ou a nível dos próprios departamentos, serviços, equipas ou profissionais. Esta evolução possibilita que exista informação credível, sistematizada, uniforme, qualificada e pertinente para identificar, em tempo útil, os eventuais desvios e intervir atempadamente, para encontrar o diferencial entre resultados obtidos e resultados esperados, para partilhar e harmonizar os procedimentos e as boas práticas que se encontram instituídas, para valorizar a diferenciação, o empenho, o trabalho desenvolvido e os resultados obtidos e para reconhecer o mérito, publicamente e inter pares.

Assim, a valorização da negociação interna e da monitorização e avaliação atempada e em proximidade dos objetivos, dos processos e dos resultados, numa lógica de compromisso e de melhoria contínua, contribuirá para um reforço da autonomia organizativa e de gestão dos departamentos e serviços, para um fortalecimento do alinhamento entre eles, para uma maior transparência dos processos e para o aumento da motivação dos profissionais e das equipas.

Em 2015, todos os Hospitais e ULS devem ter implementados processos de contratualização interna que valorizem a governação clínica, o desempenho assistencial e a sustentabilidade económico-financeira dos serviços e das instituições e que assegurem que os compromissos e os objetivos são assumidos internamente pela organização e desagregados pelos diferentes departamentos e serviços segundo uma filosofia de prestação de contas a todos os níveis, de avaliação do desempenho e do mérito.

Para tal, devem criar um modelo de gestão participada, de proximidade, com definição de objetivos e metas delineadas em função dos meios existentes e dos resultados a obter, que capitalize a experiência e o conhecimento existente nos profissionais e na organização, que incentive o desenvolvimento de competências e de atitudes pró-ativas e que promova a competição por comparação.

Devem ainda implementar um plano de comunicação interna bem estruturado, que envolva e mobilize os profissionais no processo de contratualização interna e que assegure o alinhamento dos objetivos e das estratégias no interior das instituições.

11. AUDITORIAS À EXECUÇÃO DO CONTRATO-PROGRAMA

No âmbito das suas competências, a ACSS realiza auditorias periódicas à execução dos contratos-programa anuais dos hospitais e ULS, na componente referente à codificação clínica e aos dados administrativos presentes na base de dados de GDH (aleatórias e dirigidas), na área específica da atividade cirúrgica realizada e na parte referente à atividade efetivamente faturada no âmbito desses contratos-programa.

No caso específico das auditorias à codificação clínica e aos dados administrativos presentes na base de dados de GDH, será executado em 2015 o plano de trabalho que permitirá aferir o grau de conformidade da Codificação Clínica efetuada de acordo com as normas da ICD-9-MC, “*Coding Clinic*” e os Consensos estabelecidos pela equipa de médicos codificadores e auditores da ACSS. Estas auditorias contribuem para assegurar que a codificação clínica dos episódios é corretamente efetuada e que a parte do financiamento das instituições de saúde que está associada ao internamento e ambulatório médico e cirúrgico está de acordo com as normas e regras em vigor.

Em relação às auditorias à atividade cirúrgica programada realizada nas instituições hospitalares, será possível em 2015 dar continuidade, por um lado, à avaliação da implementação dos circuitos de informação e da prestação de cuidados na área cirúrgica e do sistema de controlo interno dos Hospitais auditados, análise da fiabilidade da informação produzida e da verificação da capacidade instalada na área cirúrgica que se encontra registada no SIGLIC, verificação do cumprimento dos requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para a realização da atividade cirúrgica estipulados pela Tutela e, por outro lado, à avaliação dos processos clínicos no âmbito dos episódios terapêuticos cirúrgicos, em termos da qualidade dos registos administrativos e clínicos, com enfoque em Totalidade, exatidão e validade dos registos nos documentos constituintes do episódio terapêutico em análise e em Conformidade dos registos existentes com a informação registada na aplicação SIGLIC.

Por último as auditorias à faturação no âmbito do contrato-programa permitem verificar o grau de cumprimento das normas de faturação das várias linhas de atividade hospitalar, especialmente no ambulatório médico (com ênfase no GDH 409 e 410), nas consultas externas, urgências, hospital de dia, interrupção da gravidez, diagnóstico pré-natal, serviço domiciliário e medicamentos de cedência hospitalar, em que é selecionada uma amostra estatística e outras amostras não estatísticas, nomeadamente, de episódios faturados correlacionados com a amostra estatística, episódios simultâneos ocorridos no mesmo dia para o mesmo doente e outras situações que carecerem de maior foco devido ao seu risco potencial elevado.

Todos os episódios que são identificados como “não conforme” em sede de auditoria e que têm impacto direto na faturação, são sinalizados no Sistema que suporta o processo de validação e de faturação (SCDGF) de forma a impossibilitar a faturação incorreta por parte das instituições.

A especificidade associada a cada um destas áreas de auditoria permite assegurar uma análise pormenorizada e concreta sobre as matérias em análise, possibilitando uma complementaridade e abrangência que contribui para um melhor conhecimento, quer da procura, quer da atividade hospitalar, visando o incremento da eficiência e eficácia das unidades auditadas e uma melhoria da qualidade do serviço prestado ao utente.

12. FATURAÇÃO NO ÂMBITO DO CONTRATO-PROGRAMA

A execução dos contratos-programa é concretizada através da faturação da atividade efetivamente realizada pelas instituições no ano de vigência desses contratos.

Para 2015, e à semelhança do que tem acontecido nos últimos anos, será publicitada a Circular Normativa que define as condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas aos beneficiários do SNS, subsistemas públicos da ADSE, SAD da GNR e PSP e ADM das Forças Armadas que podem ser cobradas pelas Instituições hospitalares (para 2014 é a Circular Normativa n.º 13/DPS/2014, de 6 de fevereiro).

O processo de faturação dos contratos-programa em 2015 assenta num conjunto de objetivos que têm vindo a ser implementados nos últimos anos, e que estão presentes na arquitetura de todo o processo de validação da atividade e conferência da faturação dos contratos-programa das instituições hospitalares, nomeadamente:

- No processo de validação da produção – o processo efetuado não é um simples processo de conferência dos valores faturados pelas instituições, mas antes um processo de validação de toda a produção que é faturada pelas instituições, o qual obedece a um complexo conjunto de verificações que permitem assegurar o cumprimento das regras definidas anualmente através das Circulares Normativas;
- No ciclo de faturação – o ciclo de faturação atual reflete os rendimentos associados à atividade efetivamente realizada pelas instituições (considerando como proxy os valores do relatório de estimativa de proveitos constantes do SICCA), e não os fluxos de tesouraria, assegurando-se o princípio contabilístico do acréscimo. Adicionalmente, as instituições hospitalares devem especializar o valor estimado de cumprimento de incentivos, de acordo com as orientações emanadas através das Circulares Normativas correspondentes (para 2014 é a Circular Normativa n.º 13/DPS/2014, de 6 de fevereiro);
- No prazo de emissão das faturas – a faturação é efetuada de forma periódica (mensalmente), de acordo com os prazos e os procedimentos definidos;
- Nas obrigações de reporte – todos os hospitais estão vinculados ao envio atempado e com carácter mensal dos valores faturados (até dia 15 de cada mês) e dos 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 (até ao dia 21 de cada mês).

Ainda durante o ano de 2015 iniciar-se-á a implementação de um novo processo de validação da atividade e conferência da faturação dos contratos-programa das instituições hospitalares, o qual constitui uma alteração estrutural e profunda do atual processo. Este novo processo consiste num sistema de faturação eletrónica numa vertente de autofacturação e passará a estar suportado numa nova versão do SCDGF facilitando o cumprimento dos objetivos anteriormente enunciados. Esta alteração garantirá um processo mais automático, ágil e uniforme a nível nacional e permitirá a interoperabilidade com outros sistemas de informação, nomeadamente com os que suportam a componente económico-financeira das várias instituições envolvidas neste processo.

Para 2015, e à semelhança do que já aconteceu para 2014, só será aceite a faturação da atividade que estiver codificada de acordo com a uniformização da nomenclatura dos serviços clínicos de internamento e ambulatório, definida na Circular Normativa n.º 21/2014/DPS, de 17 de julho, a qual estabelece que toda a informação reportada será feita através do código de 16 dígitos resultante do mapeamento efetuado pelas Instituições.

ANEXO I - TABELA DE PREÇOS – 2015

Linha de Atividade	CP 2014	CP 2015	Var. 2015/2014
Internamento Agudos			
GDH Cirurgicos Programados	2 120,28 €	2 285,00 €	7,8%
GDH Cirurgicos Urgentes	2 014,27 €	2 170,75 €	7,8%
GDH Medicos	2 120,28 €	2 285,00 €	7,8%
Ambulatorio (GDH Cirurgicos)	2 120,28 €	2 285,00 €	7,8%
Ambulatorio (GDH Médicos)	2 120,28 €	2 285,00 €	7,8%
Internamento Crónicos			
Pneumologia		NA	
Psiquiatria Cronica	37,33 €	38,89 €	4,2%
Psiquiatria (Reabilitação Psicossocial)	37,33 €	38,89 €	4,2%
Ventilados	244,01 €	244,01 €	0,0%
MFR	205,10 €	205,10 €	0,0%
Hansen	70,75 €	70,75 €	0,0%
Consultas Externas			
Grupo A	37,20 €	37,20 €	0,0%
Grupo B	39,17 €	39,17 €	0,0%
Grupo C	43,58 €	43,58 €	0,0%
Grupo D	66,96 €	66,96 €	0,0%
Grupo E	70,12 €	70,12 €	0,0%
Grupo F	106,85 €	106,85 €	0,0%
Grupo Psiquiátricos	99,32 €	99,32 €	0,0%
Urgência			
Urgências (Polivalente)	107,59 €	107,59 €	0,0%
Urgências (Medico/Cirurgica)	53,91 €	53,91 €	0,0%
Urgências (Basica) - Introdução do pagamento por disponibilidade em 2015	30,70 €	10,00 €	-67,4%
Hospital de Dia			
Hematologia	293,52 €	293,52 €	0,0%
Imunohemoterapia	293,52 €	293,52 €	0,0%
Psiquiatria	30,49 €	30,49 €	0,0%
Psiquiatria (Unidades Sócio-Ocupacionais)	30,49 €	30,49 €	0,0%
H. Dia Base	20,14 €	20,14 €	0,0%
Radioterapia			
Tratamentos Simples	104,53 €	104,53 €	0,0%
Tratamentos Complexos	250,92 €	250,92 €	0,0%
Diag. Pré-Natal - PI	37,72 €	37,72 €	0,0%
Diag. Pré-Natal - PII	64,61 €	64,61 €	0,0%
IG Medicam.	283,10 €	283,10 €	0,0%
IG Cir.	368,61 €	368,61 €	0,0%
Lar/IPO	62,95 €	62,95 €	0,0%
Serviço Domiciliário	33,10 €	33,10 €	0,0%
PMA			
Financiamento ciclos IIIU	335,04	335,04 €	0,0%
Financiamento ciclos IO	132,48	132,48 €	0,0%
Financiamento Primeiras Consultas Médicas de apoio à fertilidade	88,32	88,32 €	0,0%
Financiamento ciclos FIV realizados	2 097,60	2 097,60 €	0,0%
Financiamento ciclos ICSI com espermatozóides recolhidos cirurgicamente realizados	2 936,64	2 936,64 €	0,0%
Financiamento de ciclos ICSI realizados	2 307,84	2 307,84 €	0,0%
Doentes tratados			
VIH/Sida	763,80 €	763,80 €	0,0%
Esclerose Múltipla	1 031,65 €	1 031,65 €	0,0%
Hipertensão Pulmonar			
Financiamento 1º Ano	700,69 €	700,69 €	0,0%
Financiamento Após 1º Ano CF < III	1 879,63 €	1 879,63 €	0,0%
Financiamento Após 1º Ano CF < IV	13 546,95 €	13 546,95 €	0,0%
Oncológicas			
Cancro Mama (1º Ano)	929,08 €	929,08 €	0,0%
Cancro Mama (2º Ano)	401,82 €	401,82 €	0,0%
Cancro Colo do Útero (1º Ano)	885,90 €	885,90 €	0,0%
Cancro Colo do Útero (2º Ano)	210,89 €	210,89 €	0,0%
Cancro Cólon e Reto (1º Ano)	1 103,06 €	1 103,06 €	0,0%
Cancro Cólon e Reto (2º Ano)	413,09 €	413,09 €	0,0%
Novas Linhas			
Financiamento PPT-DPOC	3 178,39 €	3 178,39 €	0,0%
Financiamento Paramiloidose	56 024,39 €	56 024,39 €	0,0%
Lisossomais de Sobre Carga			
Financiamento FABRY (ano)	158 684,84 €	158 684,84 €	0,0%
Financiamento POMPE (ano)	244 106,20 €	244 106,20 €	0,0%
Financiamento GAUCHER (ano)	190 617,10 €	190 617,10 €	0,0%
Financiamento NIEMANN-PICK (ano)	39 652,21 €	39 652,21 €	0,0%
Financiamento MPS I (ano)	193 797,41 €	193 797,41 €	0,0%
Financiamento MPS II (ano)	313 750,26 €	313 750,26 €	0,0%
Financiamento MPS VI (ano)	348 668,83 €	348 668,83 €	0,0%
Ordens Religiosas			
Saúde Mental - Crónicos	38,89 €	38,89 €	0,0%

ANEXO II – ÍNDICE DE CASE MIX – 2015

Instituições	Ambulatório		Internamento
	ICM (GDH Cirúrgico)	ICM (GDH Médico)	ICM (Internamento Total)
ARS NORTE			
Centro Hospitalar de São João, EPE	0,6321	0,2198	1,3867
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	0,6592	0,2217	0,7139
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	0,6239	0,2013	0,6427
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	0,6417	0,2197	0,7969
Centro Hospitalar do Porto, EPE	0,6398	0,2146	1,0686
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,6677	0,2159	0,6452
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,6541	0,1911	0,8107
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,6186	0,1966	0,8436
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho, EPE	0,6875	0,2483	0,9655
Hospital de Magalhães Lemos, EPE	0,0000	0,0000	0,9097
Hospital Santa Maria Maior, EPE	0,5871	0,2163	0,7432
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Porto, E.P.E.	0,7144	0,2307	1,4829
ARS Centro			
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,6776	0,2050	0,7245
Centro Hospitalar de Leiria, EPE	0,6521	0,2305	0,7288
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	0,6322	0,2097	0,7841
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,6391	0,2251	1,0670
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	0,6412	0,2392	0,8402
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	0,6498	0,2159	0,7913
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Centro, E.P.E.	0,6708	0,2306	1,1508
ARS LVT			
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	0,6403	0,2060	0,7653
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,6533	0,2237	1,2358
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,7005	0,2469	1,1201
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,6695	0,2111	0,8395
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,6999	0,2258	1,2030
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,6310	0,2245	0,7663
Hospital Distrital de Santarém, EPE	0,6767	0,2191	0,7088
Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,6336	0,2163	0,8296
Hospital Garcia de Orta, EPE	0,6776	0,2297	0,9987
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisboa, E.P.E.	0,7145	0,2273	1,3394
ARS Alentejo			
Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,6496	0,2396	0,8360
ARS Algarve			
Centro Hospitalar do Algarve, EPE	0,6422	0,2316	0,8448

Unidades Locais de Saúde	Ambulatório		Internamento
	ICM (GDH Cirúrgico)	ICM (GDH Médico)	ICM (Internamento Total)
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	0,6002	0,2258	0,7511
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	0,6494	0,2175	0,9086
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	0,6222	0,2222	0,7861
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	0,6472	0,2060	0,7808
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	0,6177	0,2053	0,7749
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	0,5851	0,2263	0,9816
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE	0,6041	0,2307	0,7910
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	0,5906	0,2257	0,7314

