

CONTRATO-PROGRAMA 2014

DPS

Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos

Dezembro de 2013

ÍNDICE

Nota prévia	3
Introdução	4
Especificidades da Adenda de 2014	8
Alocação de recursos financeiros às ARS para contratação com os Hospitais	13
Alocação de recursos financeiros às ULS	15
Metodologia de Contratualização de Serviços	16
1. Atividade Assistencial	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	23
1.5. Sessões de hospital de dia	23
1.6. Sessões de Radioterapia	24
1.7. Serviço Domiciliário	24
1.8. Saúde Sexual e Reprodutiva	24
1.9. Modalidades de pagamento por doente tratado	28
1.10. Programa piloto de telemonitorização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)	34
1.11. Programa de tratamento a doentes mentais crónicos institucionalizados	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. Caracterização dos objetivos a contratualizar	41
6.2. Atribuição de incentivos institucionais	41
6.3. Avaliação do Grau de Cumprimento das Metas	43
6.4. Definição das Metas	44
7. Medicamentos prescritos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia de oficina	45
8. Penalizações associadas ao Contrato-Programa	46
9. Contratualização Interna	48
10. Programa de promoção de Investigação e Desenvolvimento (I&D)	49
Anexo I - tabela de preços – 2014	50

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 (EPE e SPA) e Unidades Locais de Saúde (ULS), no que respeita a atividades, objetivos e resultados a alcançar em 2014.

Durante o ano de 2014, manter-se-á em vigor o 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 encargos gerados, contribuindo assim para maturar a separação entre pagador-prestador no atual quadro de *quasi*-mercado.

O quadro de forte restrição orçamental decorrente da atual conjuntura económica e financeira permanece em 2014, exigindo-se, pois, a manutenção de esforços de contenção dos gastos públicos e um acrescido rigor e responsabilização na gestão do bem público. Estes compromissos estão claramente assumidos no Memorando de Entendimento (MoU), celebrado entre a República Portuguesa, o Fundo Monetário Internacional, a Comissão Europeia e o Banco Central Europeu.

Neste contexto, o ano de 2014 continuará a ser extremamente exigente na procura da sustentabilidade económico-financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com uma diminuição de financiamento previsto para as Entidades Públicas Empresariais do Ministério da Saúde de 3,5%, face ao ano de 2013, circunstância que naturalmente se refletirá na subsequente afetação de recursos às instituições do SNS.

Mais uma vez, o SNS terá de contar com os recursos disponíveis para continuar a responder às necessidades de cuidados de saúde dos cidadãos, numa perspetiva de articulação e a complementaridade, promovendo soluções concretas e respostas adequadas que permitam manter elevados níveis de qualidade, mantendo os atuais níveis de acesso e eficiência.

É neste contexto adverso que o processo de contratualização hospitalar deve demonstrar a sua mais-valia enquanto provedor do acesso e garante da sustentabilidade das instituições e do SNS, contribuindo para a obtenção de melhores resultados no desempenho das instituições hospitalares, nomeadamente em termos de responsabilização, flexibilidade organizativa e de gestão, desburocratização, modernização, trabalho em equipa, melhoria contínua da qualidade, prestação de contas e de avaliação do desempenho a todos os níveis.

O processo de planeamento estratégico definido para o triénio 2013/2015 deverá contribuir para a estabilização organizativa da prestação de cuidados hospitalares no nosso País e para a consolidação de uma cultura de gestão rigorosa, equilibrada, responsável, transparente e ciente das necessidades das populações, no sentido da criação de valor em saúde e obtenção de ganhos de acesso, qualidade e eficiência para a população. O exercício de contratualização de 2014 mantém-se alinhado com os princípios defendidos no processo de planeamento estratégico em curso, permitindo que o mesmo tenha aderência à realidade concreta das instituições hospitalares do SNS.

INTRODUÇÃO

Reforçando a necessidade de dar continuidade às exigências de rigor e de procura da melhoria da eficiência, o Orçamento de Estado para 2014 impõe a tomada de medidas sobre as principais componentes da estrutura de custos dos hospitais e ULS, ou seja, sobre os custos com medicamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e ao nível de recursos humanos. Reforça, ainda, a necessidade de serem implementadas medidas que contribuam para a reafecção eficiente de recursos e para o controlo estrito dos orçamentos.

Durante o ano de 2014, estarão em fase plena de execução os Planos Estratégicos negociados com as instituições hospitalares e ULS para o triénio 2013/2015, dando assim cumprimento a uma das oito iniciativas previstas no Relatório Final elaborado pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, nomeadamente 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, 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 unidade hospitalar.

Em concreto, o processo de planeamento estratégico analisa a adequação da oferta nacional, regional e local de cuidados hospitalares às necessidades de saúde das populações a servir, permitindo rever as áreas de influência diretas e indiretas de cada unidade hospitalar e aprovar, em conformidade, a carteira de serviços hospitalares por região.

Neste sentido, o tradicional processo de contratualização hospitalar passará a estar integrado neste planeamento estratégico trienal (dando cumprimento à unificação dos documentos previsionais 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.

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, a afetação da verba de financiamento para a contratualização hospitalar mantém os princípios de alocação implementados para 2012.

De acordo com as orientações estratégicas definidas para esta área, aplica-se o mesmo racional de afetação de verbas efetuado em 2013, criando-se assim as condições de estabilidade de financiamento a distribuir pelas cinco regiões de saúde que, posteriormente, as utilizam para adquirir cuidados de saúde hospitalares.

Para além disso, o processo de contratualização de 2014 manterá as principais alterações introduzidas em 2013, 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;
- 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 (2012), classificada em GDH através da versão 27 do agrupador *All Patients* (AP);
- Autonomização da linha de atividade cuidados de radioterapia;
- Reagrupamento de hospitais para a linha de atividade de consulta externa e majoração das consultas referenciadas através do sistema de informação de suporte ao programa de acesso Consulta a Tempo e Horas e das consultas médicas de telemedicina realizadas em tempo real;
- 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 2014 os pagamentos efetuados no âmbito deste programa piloto será 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 da prescrição de 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.

Adicionalmente, o ano de 2014 permitirá introduzir alterações ligeiras ao processo de contratualização e ao pagamento que é efetuado às instituições, de entre as quais se destacam as seguintes:

- Inclusão no Contrato-programa de vários programas verticais que até aqui eram de financiamento centralizado através da 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);
- Eliminação da linha de próteses;
 - 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).

Durante o ano de 2014, continuarão também 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 2015 e anos subsequentes, com principal destaque para as seguintes áreas:

- Pagamento da atividade exclusivamente considerada nas carteiras de serviços previstas para a instituição;
- Programa de apuramento de custos de internamento para efeitos da determinação de pesos relativos por GDH;
- Novas linhas de doente tratado (e.g. artrite reumatoide, doença de Chron);
- Introdução de novo agrupador APR no internamento sem impacto atual no financiamento;
- Definição de um Índice de case mix baseado no peso de consultas diferenciadas de cada Hospital e revisão do Índice de consultas subsequentes;
- Introdução de preço diferenciado por tipo de tratamento e triagem e de preço por disponibilidade de serviços nas urgências.

O ano de 2014 ficará, igualmente, marcado pela continuação do reforço dos mecanismos de acompanhamento das instituições, nomeadamente o desenvolvimento do *microsite* de «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 o número e a abrangência dos indicadores de *benchmarking* hospitalar, que começaram a ser publicitados trimestralmente desde o início do ano de 2013, será possível

disponibilizar, em 2014, *dashboards* reportados à informação que consta dos atuais mapas de monitorização mensal (disponibilizados desde setembro de 2011). Adicionalmente, passará a estar disponível uma área de “acesso reservado aos hospitais” que permitirá obter informações mais detalhadas, nomeadamente os indicadores que são habitualmente acompanhados nos países da OCDE (sobre letalidade intra-hospitalar, saúde mental, segurança do doente, entre outros) ou outros indicadores validados.

O *microsite* de «Monitorização do Serviço Nacional de Saúde» permite, assim, colocar maior ênfase na qualidade do reporte mensal de dados por parte das instituições do SNS, constituindo ainda uma ferramenta essencial na gestão de cada instituição e da rede hospitalar como um todo, uma vez que permite observar tendências longitudinais mensais e um acompanhamento mais tempestivo e equiparável entre instituições.

ESPECIFICIDADES DA ADENDA DE 2014

O atual quadro de restrição orçamental condiciona significativamente o processo de afetação dos recursos disponíveis no SNS, com consequências ao nível do valor financeiro afeto à contratualização dos serviços prestados pelos hospitais e ULS. A contenção dos gastos públicos impõe, como já se deixou referido, um maior rigor e responsabilização na gestão do bem público.

O processo de contratualização com as entidades hospitalares e as ULS deve contribuir para a resolução efetiva das limitações existentes no acesso, no contexto da área de influência de cada instituição e de cada região de saúde, tendo em atenção as necessidades identificadas de cuidados de saúde, as características epidemiológicas e carga de doença e a procura expressa. Para além disso, o processo de contratualização para 2014, deve refletir a reestruturação da oferta hospitalar em curso e contribuir para garantir a melhoria da articulação, da modernização e da eficiência da rede hospitalar do SNS.

Neste contexto, a ACSS emitiu um conjunto de orientações para enquadrar a negociação do Acordo Modificativo de 2014 ao contrato-programa de 2013/2015 de cada instituição, nomeadamente:

- Dar continuidade à racionalização e reorganização das instituições em linha com os objetivos e metas da reforma hospitalar, através da definição clara das carteiras de valências, concentração de serviços clínicos e de suporte, particularmente nos Centros Hospitalares e nas ULS, onde deverão ser operacionalizados os planos de fusão e de racionalização de custos, para evitar redundâncias de serviços ou de valências médicas e rentabilizar a afetação de recursos humanos e físicos das instituições;
- 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;
- Promover de forma decisiva a eliminação das prestações de serviços especializados, nomeadamente de serviços médicos, respeitando o limiar mínimo de médicos da mesma especialidade, para além do qual não é garantido acesso e qualidade assistencial, e tirando partido dos mecanismos de mobilidade de recursos humanos entre hospitais;
- Desenvolver 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);
- Privilegiar os cuidados prestados em ambulatório (médicos e cirúrgicos), incentivando a transferência de cuidados de internamento para o ambulatório;

- 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);
- Incentivar a transferência de consultas subsequentes para os cuidados de saúde primários e incrementar o número de primeiras consultas referenciadas pelos médicos de família, permitindo ao utente uma maior proximidade e acesso aos cuidados de saúde em tempo adequado, evitando duplicação de recursos afetos ao diagnóstico e tratamento e possibilitando, também, uma melhor adequação e efetividade na resposta à doença crónica e às situações agudas;
- Melhorar a interligação e articulação com os prestadores de cuidados de saúde primários e de cuidados continuados integrados, com reflexo na adequação da resposta hospitalar, pela redução do tempo médio de espera para tratamentos em ambulatório e redução da demora média de internamento, bem como na facilitação da continuidade de cuidados, através da ação das equipas de gestão de altas hospitalares, a iniciar o mais cedo possível no contexto do episódio hospitalar e não apenas no momento da alta clínica;
- 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. Neste sentido, a criação de centros de resultados, particularmente nas instituições do sector empresarial do Estado, pode constituir um instrumento de motivação dos profissionais para a prestação de cuidados na área da hemodiálise e, simultaneamente, de obtenção de um elevado grau de eficiência;

- 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;
- Utilização e rentabilização dos equipamentos e dos recursos físicos e humanos;
- 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.

Atendendo às fortes restrições económicas do País, o exercício de previsão orçamental para 2014 centra-se na contenção e racionalização de custos, procurando atingir uma maior eficiência, efetividade e sustentabilidade económico-financeira das instituições, com o objetivo último de atingir um EBIDTA positivo em 2015, suprimindo totalmente a acumulação de novos pagamentos em atraso.

Os limites mínimos de variação (sem consideração dos reajustamentos da oferta) a observar na evolução dos custos operacionais de cada entidade são os seguintes:

	Custos ajustados com Pessoal	Outros Custos Operacionais
Grupo 1 (menor desempenho)	-9%	-5%
Grupo 2 (melhor desempenho)	- 5%	-3%
TOTAL	-7,5%	-4,3%

As instituições hospitalares são agrupadas em dois grupos, de acordo com o índice de *benchmarking* “custos operacionais por doente padrão” referente ao ano de 2012. As entidades com um índice superior ou igual a 1,10 face ao hospital EPE mais eficiente do seu grupo são classificadas no grupo 1, sendo as restantes entidades classificadas no grupo 2.

As ULS que apresentem, em 2012, índice anual “perdas operacionais/ ganhos operacionais” superior ou igual a 1,10 são classificadas no grupo 1 e as restantes no grupo 2.

Fruto desta classificação, o agrupamento de hospitais e ULS a considerar para efeitos de limites mínimos de variação na evolução dos custos operacionais são os seguintes:

Grupo	Instituições	Custos ajustados com Pessoal	Outros Custos Operacionais
B	CH Médio Ave	Grupo I	Grupo II
B	CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde	Grupo I	Grupo II
B	H Santa Maria Maior	Grupo II	Grupo II
B	HD Figueira da Foz	Grupo II	Grupo I
C	CH Alto Ave	Grupo II	Grupo I
C	CH Baixo Vouga	Grupo I	Grupo I
C	CH Barreiro/Montijo	Grupo I	Grupo I
C	CH Cova da Beira	Grupo I	Grupo I
C	CH Entre Douro e Vouga	Grupo II	Grupo I
C	CH Leiria-Pombal	Grupo II	Grupo I
C	CH Médio Tejo	Grupo I	Grupo I
C	CH Setúbal	Grupo I	Grupo I
C	CH Tâmega e Sousa	Grupo II	Grupo II
C	HD Santarém	Grupo II	Grupo I
D	CH Tondela-Viseu	Grupo I	Grupo II
D	CH Trás-os-Montes e Alto Douro	Grupo I	Grupo I
D	CH Vila Nova de Gaia/Espinho	Grupo II	Grupo I
D	H Espírito Santo de Évora	Grupo I	Grupo I
D	H Fernando da Fonseca	Grupo II	Grupo I
D	H Garcia de Orta	Grupo II	Grupo I
D	Hospital de Faro	Grupo I	Grupo I
E	CH Universitário de Coimbra	Grupo I	Grupo II
E	CH Lisboa Central	Grupo I	Grupo II
E	CH Lisboa Norte	Grupo II	Grupo I
E	CH Lisboa Ocidental	Grupo II	Grupo II
E	CH Porto, EPE	Grupo II	Grupo II
E	CH São João	Grupo II	Grupo II
F	IPO Coimbra	Grupo I	Grupo II
F	IPO Lisboa	Grupo II	Grupo I
F	IPO Porto	Grupo II	Grupo II

Em todos os casos, as reduções a efetuar nos custos operacionais têm de cumprir as orientações emitidas, no sentido de alcançar um EBITDA tendencialmente nulo, nas situações em que se verificou um desempenho económico deficitário em 2013, e uma melhoria daquele indicador nos restantes casos.

Estas reduções de custos apoiam-se nas medidas previstas no Orçamento do Estado de 2014, nas medidas específicas do setor da saúde que já estão em curso e nas medidas a implementar, quer pela entidade, quer ao nível da região de saúde.

A aprovação do Plano de Investimentos da instituição é condicionado 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.

Devem ainda os hospitais e ULS prever para 2014 um aumento na cobrança de receitas próprias de, pelo menos 3%, enunciando as medidas necessárias para alcançar este objetivo.

Nos termos do artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro, devem as entidades apresentar os documentos previsionais que são parte integrante do plano estratégico e se consubstanciam no contrato-programa:

- a. Balanço Previsional;
- b. Demonstração de Resultados Previsional;
- c. Mapa de Pessoal;
- d. Quadro do impacto das medidas, enunciando a medida, a conta em que se verificará o impacto e o respetivo valor.

Em todos os casos acima enunciados, exceto no que respeita ao ponto d, devem ser apresentados os valores de 2012 a 2015. Estes documentos devem ser consistentes entre si e evidenciar uma trajetória de sustentabilidade económico-financeira e de melhoria da eficiência, face ao ano em curso.

A redução de custos com pessoal será obtida, entre outras, 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-se medidas adicionais de reorganização ou reafecção de profissionais e serviços, de modo a reduzir a despesa com suplementos remuneratórios em geral.

As propostas de orçamento devem 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.

Em termos de fluxos de caixa via contrato-programa, importa prever que, à semelhança do aplicado em 2013, o valor do adiantamento dos contratos programa vai ser progressivamente alterado para refletir o pagamento do valor efetivamente produzido pela entidade.

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 liminarmente rejeitados.

ALOCÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS ÀS ARS PARA CONTRATAÇÃO COM OS HOSPITAIS

No orçamento de Estado para 2014 está inscrita a verba de 4.140.000.000 € para contratualização de atividade com as instituições do Setor Empresarial do Estado, o que corresponde a uma redução de 43.260.833 € (-0,5%), face ao montante contratualizado com hospitais EPE e Unidades Locais de Saúde, EPE, em 2013.

Contudo, o universo EPE assume novas responsabilidades financeiras, até ao momento na alçada da ACSS (através de programas de financiamento centralizado) e ARS, que ascendem a 103.135.693 €.

Assim, e sem tomar em consideração as novas responsabilidades financeiras do universo EPE, o montante disponível para contratualização de atividade com os hospitais EPE e ULS, EPE, em 2014, ascende a 4.036.864.307€, o que corresponde a uma redução de -146.396.526€ (-3,5%), face ao valor contratualizado em 2013 (4.183.260.833 €).

Consequentemente, em 2014, as verbas atribuídas às ARS para efeitos de contratualização de atividade com os hospitais e ULS são as constantes do Despacho n.º 808/2013, de 17 de dezembro do Senhor Secretário de Estado da Saúde, nomeadamente:

	Valor dos contratos programa de 2013	Valor dos contratos programa de 2014	Var. Absoluta
ARS Norte	1.494.815.143	1.442.502.903	-52.312.240
CH	1.196.303.558	1.154.437.967	-41.865.591
ULS	298.511.585	288.064.936	-10.446.649
ARS Centro	824.354.439	805.505.502	-18.848.937
CH	681.158.590	667.320.905	-13.837.685
ULS	143.195.849	138.184.597	-5.011.252
ARS LVT	1.416.313.891	1.356.748.865	-59.565.026
CH	1.416.313.891	1.356.748.865	-59.565.026
ARS Alent.	275.755.367	266.105.090	-9.650.277
CH	71.604.494	69.098.638	-2.505.856
ULS	204.150.873	197.006.452	-7.144.421
ARS Algar.	172.021.993	166.001.947	-6.020.046
CH	172.021.993	166.001.947	-6.020.046
Total Geral	4.183.260.833	4.036.864.307	-146.396.526
CH	3.537.402.526	3.413.608.322	-123.794.204
ULS	645.858.307	623.255.985	-22.602.322
Total	4.183.260.833	4.036.864.307	-146.396.526

Com as verbas que lhe são atribuídas, as ARS devem encetar o processo de negociação do valor que for considerado mais adequado para cada hospital da região, devendo, pois, o ajustamento do financiamento da atividade assistencial de cada instituição atender ao respectivo perfil assistencial, necessidades em saúde da população servida, políticas de promoção do acesso, da qualidade e da eficiência em vigor no Ministério da Saúde, resultantes da negociação da carteira serviços e do restante plano estratégico trianual.

ALOCÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS ÀS ULS

À semelhança do referido para os hospitais, a metodologia a aplicar para alocação dos recursos financeiros às ULS, em 2014, segue a modalidade definida para o período 2010-2012, em que o valor *per capita* a atribuir a cada ULS parte de um *capita* Nacional, posteriormente ajustado às populações das ULS através de um índice, que considera as suas características e reflete as diferenças entre entidades geográficas de oferta e procura de cuidados de saúde.

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

Considerando a necessidade de estabilização dos montantes atribuídos às ULS, tal como em 2013, o montante disponível para 2014 sofrerá uma variação de -3,5%, valor similar a todas as ULS, decorrente da restrição orçamental definida no Orçamento de Estado.

Região de Saúde	CP 2013	CP 2014	Var. 13/14	Capita 2013	Capita 2014
ARS Norte					
ULS Nordeste	76.774.051 €	74.086.959 €	-3,5%	535 €	516 €
ULS Alto Minho	126.946.027 €	122.502.916 €	-3,5%	518 €	500 €
ULS Matosinhos	94.791.507 €	91.473.804 €	-3,5%	540 €	521 €
ARS Centro					
ULS Guarda	79.009.142 €	76.243.822 €	-3,5%	533 €	514 €
ULS Castelo Branco	64.186.707 €	61.940.172 €	-3,5%	592 €	571 €
ARS Alentejo					
ULS Norte Alentejano	76.178.843 €	73.512.583 €	-3,5%	643 €	620 €
ULS Baixo Alentejo	76.150.753 €	73.485.477 €	-3,5%	601 €	580 €
ULS Litoral Alentejano	51.821.277 €	50.007.532 €	-3,5%	529 €	510 €
Total das Geral ULS	645.858.307 €	623.253.266 €	-3,5%	555 €	536 €

METODOLOGIA DE CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS

1. ATIVIDADE ASSISTENCIAL

Para a vertente hospitalar, as principais linhas de atividade assistencial a contratar para o ano de 2014, 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;
 - Programa para a redução da taxa de cesarianas.
- i) Modalidades de pagamento por doente tratado:
 - Programa de tratamento ambulatorial de pessoas a viver com infeção VIH/sida;
 - Programa piloto de tratamento ambulatorial de pessoas a viver com hipertensão arterial pulmonar;
 - Programa piloto de tratamento ambulatorial de pessoas a viver com esclerose múltipla;
 - Programa piloto de tratamento ambulatorial de pessoas a viver com infeção por VHC (para 2014, os pagamentos efetuados no âmbito deste programa piloto serão 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 tratamento de doentes mentais crónicos institucionalizados.

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 2013/2015, 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 no ano anterior, a atividade de internamento de doentes agudos é classificada em GDH, através do agrupador na versão AP27, e o índice de case *mix* foi atualizado à atividade realizada no ano de 2012.

Para este ano de 2014, introduz-se a utilização de um ICM único no internamento, considerando atividade médica e cirúrgica. Continuação da aplicação de um único preço base para todas as instituições, a saber, o valor de 2.120,28 €, menos 1% do que o preço de 2013. A utilização de um único preço base permite garantir que, independentemente do prestador de cuidados, é aplicado ao mesmo tratamento um preço idêntico, aumentando a racionalidade do sistema de saúde, o *benchmarking* e um maior incentivo à eficiência das organizações.

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

O internamento de doentes crónicos acompanha a necessidade de redução de custos operacionais em 4%, aplicando-se uma redução de preço nesta ordem de grandeza, 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 Psicosocial		37,33
Crónicos ventilados		244,01
Medicina Física e Reabilitação		205,10
Hansen		70,75

Atividade cirúrgica

Em 2012, foi introduzida a responsabilização financeira do hospital de origem pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados, mantendo-se, em 2014, este mesmo princípio, como explicitado de seguida:

Âmbito da responsabilidade financeira dos hospitais do SNS

- 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).
- O referido na alínea anterior não se aplica aos hospitais em parceria público privada ou aos hospitais privados com acordos no âmbito do SIGIC.
- 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).
- 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

- 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

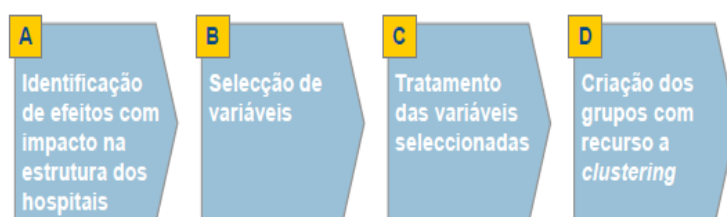
Tal como explicitado para a área de internamento de doentes agudos, as áreas de ambulatório médico e cirúrgico são agrupadas em GDH, através do agrupador versão AP27, adotando-se ICM atualizados com a produção de 2012. Importa referir que, com o objetivo da promoção da atividade cirúrgica em ambulatório, 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 de serviços prestada por cada instituição. De momento, não é possível captar a complexidade desta atividade, contrariamente ao que já acontece com o internamento de agudos. Assim, 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 2014, continuamos a aplicar os mesmos grupos de financiamento de 2013, 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: Estandardização 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:



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. Adicionalmente, alguns dos hospitais apresentaram custos muito desalinhados dos restantes, sugerindo a existência de erros de imputação.

A utilização do método *Box Plot* permitiu a identificação desses casos considerados *outliers*, com vista à constituição de uma amostra de hospitais com valores válidos. A amostra selecionada correspondeu aos hospitais cujos custos se situam em torno da mediana do grupo 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 2014, introduz-se uma regra 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 2014, devido às elevadas taxas de variação anual e disparidade de valores entre Hospitais do Grupo.

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

Para 2014, e considerando que a referenciação entre os cuidados de saúde primários e os hospitais é um dos pontos mais críticos de acesso ao SNS, continua a promover-se a implementação de medidas com o objetivo harmonizar os procedimentos inerentes à implementação e gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, estabelecendo um conjunto de regras que vinculam as instituições do SNS e os profissionais de saúde intervenientes no processo, articulando-os de forma criteriosa e transparente.

Decorridos mais de cinco anos sobre a implementação do programa de acesso Consulta a Tempo e Horas (CTH) constata-se a necessidade de promover, pela via do financiamento, a redução dos tempos para consulta de especialidade hospitalar. Neste sentido, as primeiras consultas referenciadas pelo sistema de informação de suporte ao CTH mantêm o seu preço majorado em 10%.

No seguimento das recomendações do Grupo de Trabalho para Telemedicina, em 2013, as teleconsultas médicas realizadas em tempo real continuam a ser majoradas em 10%, 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 2014, 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 2014 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	30,70
Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica	53,91
Serviço de Urgência Polivalente	107,59

Para o ano de 2014, como referido, esta linha de produção será acompanhada no sentido de se equacionar um futuro pagamento por “disponibilidade de serviço”, o qual deverá considerar a tipologia de urgência e a estrutura definida pela Tutela para o respetivo serviço de urgência, o volume de atividade do serviço e indicadores de qualidade do serviço de urgência.

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).

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-perceção 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 nº 14788/2008, publicado no DR, 2ª Série, nº 102 de 28 de Maio de 2008, e da Portaria n.º 154/2009, publicada no DR 1ª Série, nº 27 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:

- 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.

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

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 espermatozóides 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.
- 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).

Para 2014, indica-se como desejável um crescimento de 15% do número de ciclos contratados.

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

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 proveitos 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 2013, 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, a ACSS irá divulgar semestralmente no *microsite* “Monitorização do Serviço Nacional de Saúde” “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 a presente alteração no modelo de financiamento hospitalar, passando a definir-se o financiamento do tratamento de algumas patologias por um modelo baseado na unidade "doente tratado", o qual permite uma orientação para pagamentos por resolução integrada de problemas de saúde, balizada pelo risco e custos de contexto e sujeita a avaliação permanente da qualidade.

Para 2014, esta modalidade de pagamento aplica-se aos seguintes programas de tratamento:

Programa de tratamento ambulatório de pessoas a viver com infeção VIH/sida

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

A operacionalização deste Programa deve obedecer 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 antiretrovíricos e de suporte à monitorização do Programa.

Tratamento ambulatório 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 2014, as ARS que pretendam integrar esta modalidade de pagamento piloto deverão apresentar à ACSS uma proposta de adesão voluntária de uma das instituições hospitalares da sua área de abrangência.

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 para 2014.

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

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

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

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

Para este efeito, iniciou-se em 2013 a implementação de um modelo de gestão integrada da hepatite C crónica caracterizado pela definição dos cuidados a prestar aos doentes com esta patologia. Consequentemente, o modelo de financiamento assenta no estabelecimento de um preço compreensivo, onde estarão englobadas as diferentes vertentes terapêuticas para o tratamento dos doentes em ambulatório.

A modalidade de pagamento estabeleceu um preço/ano por doente (com ou sem experiência terapêutica anterior), a iniciar terapêutica antivírica, tendo sido elegíveis para o programa piloto as instituições com mais de 150 doentes em tratamento que, em conjunto com as ARS respetivas, tivessem manifestado à ACSS a vontade de aderir voluntariamente a esta modalidade de pagamento em 2013.

Durante o ano de 2014, os pagamentos efetuados no âmbito deste programa piloto serão suspensos, devido à expectativa de introdução no mercado de novos fármacos e novas terapêuticas.

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 está a elaborar 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 2014 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 – Vyndaqel®, 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	58.358,74

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 €

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, prevê-se a adoção de uma modalidade de pagamento piloto para a telemonitorização (monitorização remota) de doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, que seguem um protocolo domiciliário pré-estabelecido.

Na sequência do previsto no despacho n.º 3571/2013, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, publicado no DR. n.º 46, Série II, de 6 de Março de 2013, compete à ACSS emitir orientações sobre o Programa experimental de telemonitorização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). O mesmo despacho refere que a ACSS deve prever o financiamento das entidades hospitalares aderentes ao programa, através do mecanismo de preço compreensivo.

Nestes termos, no âmbito do referido despacho e em conformidade com a documentação de suporte remetida pelo Grupo de Trabalho da Telemedicina (GTT), importa propor o projeto de Programa Piloto de Telemonitorização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (PPT-DPOC) para, subsequentemente, apresentar as peças normativas e de contratualização necessárias à sua efetiva implementação, com efeitos no primeiro dia do segundo semestre do corrente ano.

Este programa piloto abrange 5 instituições e um grupo de 75 doentes (15 por hospital), e visa 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 tratamento a doentes mentais crónicos institucionalizados

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

Os doentes atualmente institucionalizados passam a depender do Serviço Local de Saúde Mental da área de influência de cada hospital. A referenciação de novos doentes para institucionalização é, exclusivamente, realizada pelo Serviço Local de Saúde Mental assumindo cada entidade hospitalar a responsabilidade financeira pela institucionalização.

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

A flexibilidade regional é um mecanismo 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:

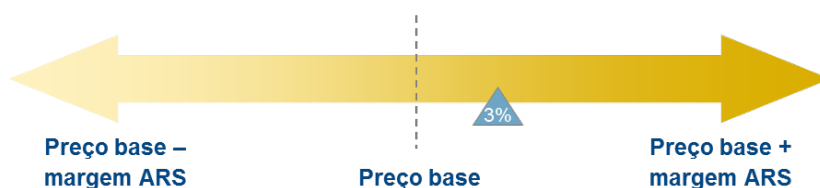
- Introdução de técnicas inovadoras
- Incremento de valências complexas (que apenas são refletidas no financiamento 2 anos depois)
- Reforço de resposta do serviço de urgência

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 referenciação
- Menor quantidade de valências complexas

Assim, em 2014, 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.

Grau de liberdade na fixação dos preços



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 2014 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 doentes que iniciaram o Programa para Tratamento Cirúrgico da Obesidade em 2010 ou 2011 continuam a ser assistidos, sendo a produção relativa a esta atividade integrada nas correspondentes linhas de atividade contratadas.

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

Para 2014, 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. Quando o desempenho económico previsto para 2013 é deficitário, o contrato programa de 2014 deve consubstanciar uma redução de, pelo menos, 50% do EBITDA negativo do ano anterior.

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 2014, 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 capitolacional 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 realizáveis 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 (2014)
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 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 custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e Fornecimentos de Serviços Externos III (selecionados) no total de Custos com Pessoal	5%
	C.2 EBITDA	5%
	C.3 Acréscimo de dívida vencida	5%
	C.4 Percentagem de proveitos operacionais extra contrato-programa no total de proveitos operacionais	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.

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

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

Note-se, que o grau de cumprimento de cada indicador corresponde à percentagem de concretização da meta definida e que o grau de cumprimento ajustado de cada indicador corresponde ao grau de cumprimento do indicador, balizado por um limite superior e inferior. Estes limites destinam-se, 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 introduz 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.

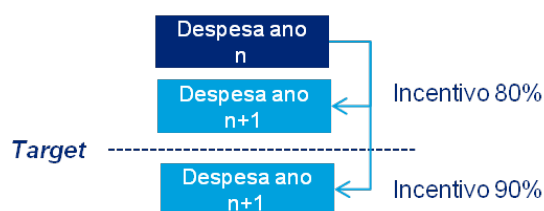
7. MEDICAMENTOS PRESCRITOS EM AMBIENTE HOSPITALAR E CEDIDOS EM FARMÁCIA DE OFICINA

A prescrição de medicamentos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia de oficina representa cerca de 17% da despesa do SNS com medicamentos cedidos em farmácia de oficina. Até momento, ao contrário do verificado para os cuidados de saúde primários, não existem mecanismos para uma monitorização e controlo da prescrição realizada em ambiente hospitalar, pelo que, para 2014, mantém-se o mecanismo de incentivos aos hospitais, ou seja:

- Penalização se variação acima da variação média nacional (20% do crescimento absoluto face a 2013);
- Incentivos se variação abaixo da média nacional (20% da redução absoluta face a 2013).

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.

8. 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 clínico-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 2014.

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 (2.120,28 €)* índice de *case mix* (atualizado à atividade realizada no ano de 2012);
 - 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.

9. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

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

10. 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 2014 inicia-se um programa de promoção de I&D, contando este programa com uma dotação inicial de 1 milhão de euros. Nos próximos anos prevê-se 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 2013, 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.

ANEXO I - TABELA DE PREÇOS – 2014

Linha de Financiamento	CP 2014
Internamento Agudos	
GDH Cirurgicos Programados	2 120,28 €
GDH Cirurgicos Urgentes	2 014,27 €
GDH Medicos	2 120,28 €
Ambulatorio (GDH Cirurgicos)	2 120,28 €
Ambulatorio (GDH Médicos)	2 120,28 €
Internamento Crónicos	
Pneumologia	
Psiquiatria Cronica	37,33 €
Psiquiatria (Reabilitação Psicossocial)	37,33 €
Ventilados	244,01 €
MFR	205,10 €
Hansen	70,75 €
Consultas Externas	
Grupo A	37,20 €
Grupo B	39,17 €
Grupo C	43,58 €
Grupo D	66,96 €
Grupo E	70,12 €
Grupo F	106,85 €
Grupo Psiquiátricos	99,32 €
Urgência	
Urgências (Polivalente)	107,59 €
Urgências (Medico\Cirurgica)	53,91 €
Urgências (Basica)	30,70 €
Hospital de Dia	
Hematologia	293,52 €
Imunohemoterapia	293,52 €
Psiquiatria	30,49 €
Psiquiatria (Unidades Sócio-Ocupacionais)	30,49 €
H. Dia Base	20,14 €
Radioterapia	
Tratamentos Simples	104,53 €
Tratamentos Complexos	250,92 €
Diag. Pré-Natal - PI	37,72 €
Diag. Pré-Natal - PII	64,61 €
IG Medicam.	283,10 €
IG Cir.	368,61 €
LarIPO	62,95 €
Serviço Domiciliário	33,10 €
PMA	
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 espermatozóides recolhidos cirurgicamente realizados	2 936,64 €
Financiamento de ciclos ICSI realizados	2 307,84 €

Linha de Financiamento	CP 2014
Doentes tratados	
VIH/Sida	763,80 €
Esclerose Múltipla	1 031,65 €
Hepatite C	-
Hipertensão Pulmonar	
Financiamento 1º Ano	700,69 €
Financiamento Após 1º Ano CF < III	1 879,63 €
Financiamento Após 1º Ano CF < IV	13 546,95 €
Oncológicas	
Cancro Mama (1º Ano)	929,08 €
Cancro Mama (2º Ano)	401,82 €
Cancro Colo do Útero (1º Ano)	885,90 €
Cancro Colo do Útero (2º Ano)	210,89 €
Cancro Cólon e Reto (1º Ano)	1 103,06 €
Cancro Cólon e Reto (2º Ano)	413,09 €
Novas Linhas	
Financiamento PPT-DPOC	3 178,39 €
Financiamento Paramiloidose	58 358,74 €
Lisossomais de Sobre Carga	
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)	313 750,26 €
Financiamento MPS VI (ano)	348 668,83 €
Ordens Religiosas (Saúde Mental - crónicos) - diária	38,89 €