



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL  
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

OTIMIZAR RECURSOS  
GERAR EFICIÊNCIA



**Termos de Referência para contratualização hospitalar no SNS**  
**– Contrato-Programa 2016**

Março de 2016



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

SAÚDE

[WWW.ACSS.MIN-SAUDE.PT](http://WWW.ACSS.MIN-SAUDE.PT)

## Índice

<b>0. Nota Prévía.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Metodologia de Contratualização nos Cuidados de Saúde Hospitalares   Hospitais e Unidades Locais de Saúde para 2016 .....</b>	<b>5</b>
1.1. Instruções específicas para o processo negocial nos Cuidados de Saúde Hospitalares   Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde para 2016 .....	6
1.1.1. Para contratação da atividade com os Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde em 2016	6
1.1.2. Para desempenho económico-financeiro dos Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde em 2016.....	9
1.2. Calendário de negociação com os Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde para 2016	10
1.3. Contratualização externa nos Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde em 2016 - regras de contratação e pagamento.....	11
1.4. Alocação de recursos financeiros às Administrações Regionais de Saúde para contratação com os Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde em 2016.....	14
1.5. Negociação da atividade assistencial para 2016 .....	15
1.5.1.1. Internamento de doentes agudos e crónicos .....	15
1.5.1.2. Atividade cirúrgica .....	17
1.5.1.2.1. Programa de incentivo à realização de atividade cirúrgica no SNS .....	18
1.5.1.2.2. Responsabilização financeira do hospital de origem pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados	18
1.5.1.3. Ambulatório médico e cirúrgico.....	21
1.5.1.4. Consultas Externas .....	21
1.5.1.5. Atendimentos urgentes .....	25
1.5.1.6. Sessões de hospital de dia.....	27
1.5.1.7. Sessões de radioterapia.....	27
1.5.1.8. Serviço domiciliário .....	28
1.5.1.9. Saúde sexual e reprodutiva .....	28
1.5.1.10. Modalidades de pagamento por doente tratado .....	31
1.5.1.11. Programa Piloto de telemonitorização da doença pulmonar obstrutiva crónica .....	36
1.5.1.12. Programa piloto de telemonitorização do <i>status</i> pós enfarte agudo do miocárdio .....	36

1.5.1.13.	Programa piloto de telemonitorização da insuficiência cardíaca crónica .....	37
1.5.1.14.	Programa de gestão doentes mentais internados em instituições do Setor Social .....	38
1.5.1.15.	Centros de referência (CRe) .....	38
1.5.2.	Aplicação de flexibilidade regional na fixação dos preços pelas ARS .....	42
1.5.3.	Áreas específicas .....	43
1.5.4.	EBITDA e valor de convergência.....	43
1.5.5.	Orçamento global e produção marginal.....	43
1.6.	Incentivos institucionais de desempenho e de eficiência económico-financeira.....	44
1.6.1.	Incentivos de desempenho e de eficiência económico-financeira a considerar para os Hospitais e Centros Hospitalares .....	45
1.6.2.	Incentivos de desempenho e de eficiência económico-financeira a considerar para os IPO .....	48
1.6.3.	Incentivos de desempenho e de eficiência económico-financeira a considerar para os hospitais psiquiátricos .....	49
1.6.4.	Incentivos de desempenho e de eficiência económico-financeira a considerar para as ULS .....	50
1.7.	Programa de promoção de investigação e desenvolvimento (I&D) .....	51
1.8.	Medicamentos prescritos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia de oficina .....	52
1.9.	Penalizações associadas ao Contrato-Programa para 2016.....	53
1.10.	Contratualização interna para 2016 e Criação de Centros de Responsabilidade Integrada (CRI).....	55
1.11.	Acompanhamento do processo de contratualização com hospitais e ULS para 2016.....	57
1.12.	Avaliação do processo de contratualização para 2016 .....	57
1.13.	Faturação do Contrato-Programa para 2016 .....	58
2.	Auditorias, acreditação e melhoria contínua.....	59

## 0. Nota Prévia

O presente documento estabelece os princípios orientadores do processo contratual a desenvolver pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS) e respetivos Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde (ULS), no que respeita a atividades, objetivos e resultados a alcançar em 2016, criando incentivos à adoção das melhores práticas de Governação Clínica e Empresarial tendo em vista a satisfação de necessidades assistenciais num contexto de gestão equilibrada e eficiente dos recursos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O momento da negociação da atividade para 2016 deve contribuir para a análise discussão dos processos de transformação tendo em vista a aquisição de ganhos em saúde, com melhores desempenhos assistenciais e com a máxima qualidade e eficiência possíveis.

É hoje amplamente reconhecido que o processo de contratualização externa e interna representa um fator estratégico na melhoria do desempenho do SNS, pelo que importa continuar a reforçar a sua abrangência e o rigor da sua implementação, harmonizando os procedimentos em vigor, assegurando equidade para os utentes, as instituições, os serviços, as equipas e os profissionais.

Atendendo ao momento do calendário em que se implementa a contratualização, decorrente da aprovação do Orçamento de Estado para 2016, vigorará o Contrato-Programa definido para o triénio 2013/2015, ainda que se encontre, paralelamente, em curso o trabalho que permitirá introduzir alterações mais profundas no próximo ciclo de contratualização trianual (2017-2019).

Sem prejuízo do exposto, importa destacar a introdução, já em 2016, de diversas melhorias no processo, a saber:

- Disponibilização de novas ferramentas de monitorização do desempenho das instituições, com a criação do Portal do SNS ([www.sns.gov.pt](http://www.sns.gov.pt)), através do qual se disponibiliza informação que agiliza o acesso aos serviços de saúde, a utilização racional e eficiente dos recursos afetos ao SNS e a transparência;
- Reforço dos mecanismos de eficiência através de uma mais eficaz utilização racional dos recursos: desmaterialização da receita médica, prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e qualificação da prescrição, entre outros;
- Melhoria do acesso aos cuidados de saúde, assegurando o cumprimento dos tempos máximos de resposta garantida (TMRG) através do fomento da competição interna entre Unidades de Saúde e do livre acesso e circulação dos cidadãos no contexto do SNS.
- Criação dos Centros de Referência (CRe) do SNS os quais se revestem da mais elevada importância, tanto a nível nacional como europeu tendo em vista a prestação de cuidados de saúde de qualidade e para o prestígio do sistema de saúde português no contexto da União Europeia;

- Criação do mecanismo de Gestão Partilhada de Recursos no SNS (GPRSNS) tendo em vista a introdução de mecanismos de partilha de recursos entre os estabelecimentos do SNS, contribuindo para a rentabilização da capacidade instalada e para aumentar a efetividade da resposta do SNS;
- Alteração do modelo de pagamento dos Serviços de Urgência, definindo um conjunto de indicadores que reforçam a qualidade do desempenho;
- Implementação de experiências piloto de Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) no SNS;
- Introdução de um índice relacionado com área da Gestão do Risco e da Segurança do Doente, em paralelo com o desenvolvimento de outro índice de controlo de Infeção Hospitalar;
- Penalização por incumprimento dos TMRG e por falta de registos, designadamente, no Registo Oncológico Regional (ROR).

## **1. Metodologia de Contratualização nos Cuidados de Saúde Hospitalares | Hospitais e Unidades Locais de Saúde para 2016**

O atual processo de contratualização hospitalar encontra-se integrado num processo de planeamento estratégico trianual (numa lógica de contrato trianual que unifica os documentos previsionais existentes, isto é, o Plano de Negócios, o Plano de Desempenho, o Plano de Ajustamento e as Demonstrações Financeiras) englobando a definição de objetivos, as principais linhas de ação, os planos de investimentos e as projeções económico-financeiras para o período, bem como a explicitação dos ganhos de eficiência e de produtividade, que permitirão garantir a sustentabilidade a médio prazo de cada entidade, o alinhamento estratégico dos níveis de gestão e o aperfeiçoamento dos mecanismos de controlo e reporte nas instituições hospitalares do SNS.

Este processo de planeamento estratégico trianual é rolante, contemplando sempre o ano referente ao Contrato-Programa (ou Acordo Modificativo anual) que se irá negociar, assim como a previsão referente ao ano anterior e a estimativa para o ano subsequente, no âmbito do processo de planeamento estratégico para o período 2015-2017, sendo a informação de 2015 a correspondente aos resultados alcançados e a informação de 2017 a que projeta a previsão do que se pretende realizar.

Este dinamismo e a adequação à realidade concreta permitem-nos encarar a contratualização hospitalar como um mecanismo de ajuste e de adequação anual de uma visão mais ampla e programada do desempenho assistencial e económico-financeiro das instituições hospitalares do SNS, estando estas, hoje, tal como as ARS, mais preparadas para incorporar a alteração dos mecanismos orçamentais que

se iniciou em 2015<sup>1</sup> e para realizar o processo de negociação anual dos Contratos-Programa de forma ágil, atempada e rigorosa.

Considerando os constrangimentos de calendário anteriormente referidos e que os termos que fundamentaram o Contrato-Programa estabelecido para o triénio 2013-2015 ainda se encontram válidos, define-se que o mesmo se irá estender até 2016, nos moldes de Acordo Modificativo a realizar.

Em alinhamento com o processo de contratualização hospitalar e com o processo de planeamento estratégico trianual têm vindo a ser celebrados Contratos de Gestão entre a tutela (Ministério da Saúde e Ministério das Finanças) que são titulares da função acionista das instituições com estatuto de EPE e cada um dos elementos que compõem os Conselhos de Administração das instituições.

Esta iniciativa contribui para o fortalecimento do processo de contratualização hospitalar e para o reforço da responsabilização pelos resultados alcançados pelas instituições, na medida em que os objetivos definidos nos Contratos de Gestão são sobreponíveis ao conjunto de indicadores e de metas estabelecidas no Plano Estratégico Trianual e nos Contratos-Programa anuais das instituições.

Em termos gerais, a celebração destes Contratos de Gestão promove a responsabilização pelos resultados alcançados e a transparência.

## **1.1. Instruções específicas para o processo negocial nos Cuidados de Saúde Hospitalares | Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde para 2016**

O processo de negociação é norteado por objetivos referentes à atividade assistencial e ao desempenho económico-financeiro.

### **1.1.1. Para contratação da atividade com os Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde em 2016**

As instituições devem elaborar as suas propostas de contratualização de modo a:

- Alargar o livre acesso e circulação do utente no contexto do SNS, diversificando as alternativas e aumentando a capacidade dos cidadãos de intervirem proactivamente e de forma responsável na gestão do seu estado de saúde e bem-estar;
- Fomentar a Gestão Partilhada de Recursos no contexto do SNS, a já referida GPRSNS, maximizando a capacidade instalada nas suas instituições (nomeadamente ao nível dos MCDT, das consultas externas e da atividade cirúrgica), tornando imperativa a observância dos TMRG e aumentando a qualidade e a eficiência do desempenho;

---

<sup>1</sup> Em 2015, as entidades do Ministério da Saúde que compõem o Setor Empresarial do Estado (Entidades Públicas Empresariais - EPE) passaram a integrar o setor institucional das Administrações Públicas, para efeitos do Orçamento do Estado, como Entidades Públicas Reclassificadas da Administração Central.

- Rentabilizar os equipamentos e os recursos humanos existentes nas instituições e entidades do SNS, limitando a subcontratação a entidades externas aos casos em que a capacidade instalada estiver esgotada, com respeito pelos princípios da transparência, igualdade e concorrência;
- Incentivar a transparência e a cultura da prestação de cuidados de saúde em equipa multidisciplinar e multiprofissional, promovendo a efetiva articulação e coordenação clínica para uma resposta centrada no utente;
- Reorganizar a oferta das instituições hospitalares, através do processo de planeamento estratégico trianual, desenvolvendo a oferta de acordo com as carteiras de serviços previstas, contribuindo para o reforço do SNS enquanto rede colaborativa, estruturada e coordenada, que funcione como instrumento de garantia do acesso, da qualidade e da eficiência e concorrendo para a sua sustentabilidade;
- Estimular a atividade dos CRe do SNS, através dos quais se pretende efetuar a concentração de casuística e recursos para o diagnóstico, tratamento e investigação clínica envolvendo equipas multidisciplinares e um controlo de qualidade e de segurança mais exigente, permitindo a referenciação de doentes com base na hierarquia de competências e na articulação, quer com as redes de referenciação hospitalar, quer com centros congéneres nacionais, europeus ou internacionais, maximizando o aproveitamento dos recursos existentes, suscetíveis de melhorar a capacidade diagnóstica e de tratamento de um conjunto de patologias, designadamente doenças raras;
- Consolidar os processos de afiliação e do trabalho em rede entre instituições hospitalares, centrando a organização dos cuidados nas necessidades e percursos do utente e incentivando a cooperação entre instituições para determinadas valências, por forma a melhorar a qualidade e eficiência da prestação;
- Cumprir escrupulosamente os TMRG, gerindo as listas de espera para consultas, cirurgias e MCDT de forma adequada e atempada, através do Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA);
- Privilegiar os cuidados prestados em ambulatório (médico e cirúrgico), incentivando a transferência de cuidados de internamento para o ambulatório;
- Estabelecer mecanismos de articulação formal e permanente entre os responsáveis clínicos dos Hospitais e Centros Hospitalares e dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), assegurando a coordenação contínua e a utilização efetiva dos recursos disponíveis, reservando o acesso aos cuidados hospitalares para as situações que efetivamente exijam este nível de intervenção e assegurando o cumprimento integral do definido no Plano de Contingência para Temperaturas Extremas Adversas - Módulos de Verão e de Inverno, da Direção-Geral da Saúde;

- Incentivar a transferência de consultas subsequentes para os cuidados de saúde primários (nomeadamente na área das doenças crónicas, com relevância para a diabetes, hipertensão e hipocoagulação) reorientando a procura para respostas de proximidade e estimulando o recurso à referenciação via CTH e à resposta via telemedicina;
- Melhorar a eficácia e a eficiência da resposta às situações de urgência e de emergência, introduzindo iniciativas que permitam redirecionar os utentes para os cuidados programados e de proximidade, reforçando a respetiva capacidade resolutive e reduzindo a atividade dos Serviços de Urgência;
- Aumentar a atividade dos Hospitais e dos Centros Hospitalares integrados no SNS na área da diálise, através da racionalização do tratamento dialítico, sem benefício demonstrado na redução da mortalidade ou na melhoria da qualidade de vida dos doentes renais crónicos, e promover o aumento dos programas hospitalares de tratamento da insuficiência renal crónica em ambulatório (diálise peritoneal e hemodiálise);
- Aprofundar o processo de contratualização interna, reforçando a autonomia e a responsabilidade dos serviços e estimulando o compromisso e participação das equipas e dos profissionais.

A atividade assistencial do SNS engloba a atividade realizada aos utentes do SNS, incluindo os beneficiários dos subsistemas da ADSE, SAD da PSP, da GNR e ADM das Forças Armadas e dos cidadãos residentes nas Regiões Autónomas, remetida pelos Hospitais e Centros Hospitalares e ULS aos Departamentos de Contratualização das ARS, através do Plano Estratégico 2014/2016, e registada no Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento (SICA).

O processo de contratualização a praticar com as ULS em 2016 obedece no essencial ao processo de contratualização que se encontra definido para os Hospitais e Centros Hospitalares e para os cuidados de saúde primários, assim como incorpora a filosofia de contratualização de serviços integrados que se pretende incentivar nestas unidades.

#### **- Adaptações no caso dos Cuidados de Saúde Primários**

O modelo de contratualização com os Agrupamentos de Centros de Saúde deve ser adaptado às ULS na sua vertente de prestação de cuidados de saúde primários (Decreto-Lei n.º 102/2009, de 11 de maio).

Considerando que em 2016 continuarão em atividade oito ULS abrangendo 11,5% da população portuguesa, importa realizar um processo de contratualização nos cuidados de saúde primários adequado e promotor da autonomia e da responsabilidade das equipas prestadoras de cuidados à população inscrita em ULS.

Assim, o processo de contratualização interna envolve os Conselhos de Administração das ULS e os responsáveis pela gestão interna e pela prestação de cuidados ao nível dos CSP, com o objetivo de garantir o alinhamento dos objetivos específicos deste nível de cuidados e da ULS como um todo, na garantia do *continuum* da prestação dos cuidados à população.

Destaca-se que 6% do valor do Contrato-Programa estabelecido entre as ULS e as ARS está associado ao cumprimento de objetivos de qualidade, distribuídos de forma entre os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde primários, estando estes últimos alinhados com a contratualização efetuada a nível nacional entre as ARS e os ACES.

Neste domínio, a aplicação do SICA dos ACES às ULS é um processo que permitirá suportar os processos internos que estas entidades têm implementados para partilhar a responsabilidade no interior da organização pelo cumprimento destes objetivos, possibilitando a obtenção de informação que lhes permitirá acompanhar a atividade realizada e a prevista, efetuar análises e comparações com outras estruturas semelhantes e assim detetar áreas de melhoria da sua eficiência interna.

#### **1.1.2. Para desempenho económico-financeiro dos Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde em 2016**

As instituições devem elaborar os seus documentos económico-financeiros previsionais para 2016 de forma a:

- Cumprir o Plano de Contas em POCMS definido para o exercício de 2016, nos termos definidos na Circular Normativa n.º 5/2016/DFI/UOC/ACCS, de 26 de fevereiro;
- Atingir um EBITDA positivo em 2016, suprimindo totalmente a acumulação de novos pagamentos em atraso e implementando as medidas de contenção e racionalização dos custos que permitam alcançar este objetivo;
- Obedecer ao disposto na Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro, Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso, e no Decreto-Lei n.º 127/2012, de 21 de Junho;
- Aumentar as receitas extra Contrato-Programa, efetuando protocolos com outras entidades do SNS para a prestação de MCDT, captando doentes que se encontram em lista de espera para realização de cirurgias em outras entidades do SNS, identificando de forma rigorosa e exaustiva os utentes beneficiários de sistemas estrangeiros de proteção à saúde, desenvolvendo ensaios clínicos e projetos de turismo de saúde, entre outras iniciativas;
- Garantir que a receita proveniente de entidades do SNS é devidamente coordenada com a entidade pagadora, de forma a assegurar que é considerado o mesmo montante na despesa do pagador;

- Proceder ao preenchimento do quadro disponibilizado no portal SICA, para efeitos de registo dos recebimentos que têm origem numa entidade do Programa da Saúde, com a indicação do código do serviço pagador, indicando a entidade pagadora, simetricamente e do lado dos custos, o código da entidade beneficiária, prevalecendo, em caso de discrepância, os valores indicados pelo pagador;
- Reduzir os custos com pessoal, através da promoção da mobilidade dos profissionais de saúde entre as instituições do SNS e da adoção de medidas adicionais de reorganização de serviços e/ou de reafecção de profissionais, reduzindo a despesa com suplementos remuneratórios em geral;
- Consolidar uma efetiva política de centralização da aquisição de bens e serviços específicos da área da saúde, nos termos definidos no Despacho n.º 1571-B/2016, de 29 de janeiro de 2016 do Senhor Secretário de Estado da Saúde, publicado no Diário da República n.º 21, de 1 de fevereiro de 2016.

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

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 os Acordos Modificativos de 2016 que não cumpram as regras enunciadas não serão aceites.

## **1.2. Calendário de negociação com os Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde para 2016**

**A partir do dia 01 de abril de 2016** é disponibilizado, no Portal SICA, o Plano Estratégico para recolha da proposta de atividade que suportará a negociação do processo de contratualização de 2016, integrado no processo de planeamento estratégico 2015/2017, correspondendo o ano de 2016 ao Acordo Modificativo a estabelecer entre as partes;

**Até ao dia 8 de abril de 2016** os Hospitais, Centros Hospitalares e ULS submetem no portal SICA a sua proposta (ajustada em relação à previsão para 2016 que já se encontrava definida no processo de planeamento-estratégico 2014/2016);

**Até ao dia 22 de abril de 2016** as ARS e os Hospitais, Centros Hospitalares e ULS negociam o Acordo Modificativo para 2016, negociação de que resultará o quadro de produção e de desempenho assistencial previsto para 2016, assim como o valor do financiamento do Acordo Modificativo.

**Até ao dia 30 de abril de 2016** as ARS e os Hospitais, Centros Hospitalares e ULS assinam o Acordo Modificativo para 2016.

O não cumprimento dos prazos aqui definidos determina que serão as ARS a definir, unilateralmente, a proposta de produção, as metas dos objetivos de qualidade e eficiência (definidos em função dos valores de referência publicados pela ACSS) e a estrutura de custos e proveitos a incluir no Acordo Modificativo para 2016 das EPE da sua área de influência.

### **1.3. Contratualização externa nos Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde em 2016 - regras de contratação e pagamento**

Em relação às modalidades de pagamento para contratação de atividade assistencial aos Hospitais e Centros hospitalares, mantêm-se, para 2016, os seguintes pressupostos:

- Princípio de orçamento-global, não podendo os proveitos provenientes dos Contratos-Programa ser superiores ao valor nele estabelecido como contrapartida da atividade contratada no âmbito do SNS;
- Manutenção de um preço base único para a atividade agrupada em Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH);
- Manutenção de um Índice *Case-Mix* (ICM) único no internamento, resultante da produção cirúrgica e médica;
- Cálculo do ICM de acordo com a produção de internamento e ambulatório relativo ao ano 2013, classificada em GDH através do agrupador *All Patient Refined DRG* (APR);
- Agrupamento de Hospitais e Centros Hospitalares para a linha de atividade de consulta externa e majoração das consultas referenciadas através do sistema de informação de suporte ao programa de acesso CTH, das consultas médicas de telemedicina realizadas em tempo real e das consultas de saúde mental;
- Aplicação de um índice de consultas subsequentes por Grupo Hospitalar nas consultas externas;
- Estabelecimento de um conjunto mínimo de tratamentos para classificação em sessões de hospital de dia de imunohemoterapia e hematologia;
- Autonomização da linha de atividade referente aos cuidados de radioterapia;
- Manutenção dos programas de incentivo à atividade no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente:
  - Programa de diagnóstico pré-natal (DPN);
  - Programa de interrupção voluntária da gravidez (IVG);
  - Programa para melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento da infertilidade, programa de procriação medicamente assistida (PMA);
  - Programa para a redução da taxa de cesarianas.

- Manutenção dos programas por Doente Tratado que têm vindo a ser implementados nos últimos anos, e que incentivam a adoção, por parte das instituições do SNS, de modelos de gestão da doença crónica e/ou tratamentos raros/complexos, contribuindo para que os cuidados de saúde sejam prestados de forma integrada, atempada e com elevados patamares de qualidade e efetividade, nomeadamente:
  - Programa de financiamento para o tratamento ambulatorio de pessoas a viver com infeção VIH/SIDA;
  - Programa de financiamento para o tratamento ambulatorio de pessoas a viver com esclerose múltipla;
  - Programa de financiamento para o tratamento ambulatorio pessoas com hipertensão arterial pulmonar;
  - Programa 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;
  - Programa de financiamento para o tratamento de doentes com polineuropatia amiloidótica familiar - estágio 1 (Paramiloidose);
  - Programa de financiamento do tratamento de doentes portadores de doenças lisossomais de sobrecarga;
  - Programa de telemonitorização da doença pulmonar obstrutiva crónica (PPT-DPOC);
  - Programa de gestão dos doentes mentais internados em instituições do Setor Social.
- Flexibilização da negociação dos preços ao nível das ARS, para as linhas de atividade definidas;
- Aplicação de sistema de penalizações associadas ao incumprimento de tarefas assistenciais e de reporte de informação atempado, que não ultrapassará 1% do valor global do Contrato-Programa;
- Introdução de incentivos à Investigação e Desenvolvimento (I&D);
- Aplicação de incentivos e penalizações no âmbito dos custos com medicamentos prescritos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia de oficina;
- Manutenção das auditorias periódicas à execução dos Contratos-Programa anuais na componente referente à codificação clínica e aos dados administrativos presentes na Base de Dados de GDH, assim como na área específica da atividade cirúrgica realizada e faturada;
- Continuação do programa de apuramento de custos de internamento e ambulatorio para efeitos da determinação de pesos relativos por GDH e dos custos das principais linhas de atividade hospitalar, de entre as quais se destacam as consultas externas e os episódios de urgência.

Adicionalmente serão implementadas, em 2016, várias alterações ao processo de contratualização e às modalidades de pagamento, destacando-se:

- Aumento do número e da abrangência dos indicadores associados à atribuição de incentivos institucionais para a melhoria da qualidade e da eficiência das instituições, nomeadamente:
  - Introdução de um indicador de acesso relacionado com a atividade dos Serviços de Urgência;
  - Utilização de indicadores específicos decorrentes do agrupador de GDH APR (Índice de Demora Média Ajustada por Severidade e Índice de Mortalidade Ajustada por Risco de Mortalidade);
  - Redefinição dos indicadores relacionados com a cirurgia do ambulatório;
  - Introdução de um índice relacionado com área da gestão do risco e da segurança do doente, em paralelo com o desenvolvimento de outro índice de controlo de infeção hospitalar.
- Alteração das penalizações associadas ao Contrato-Programa, introduzindo novas áreas em que se torna necessário assegurar elevados patamares de desempenho no SNS, nomeadamente:
  - Cumprimento dos programas de promoção e adequação do acesso, nomeadamente na área da consulta externa hospitalar, da cirurgia do GPRSNS e dos medicamentos biológicos;
  - Reporte e publicação de informação de gestão, nomeadamente o registo exaustivo e atempado nos Registos Oncológicos Regionais da atividade oncológica e publicação dos instrumentos de gestão no Portal do SNS;
  - Registo, consulta, partilha de informação e desmaterialização de processos, nomeadamente a disponibilização e consulta de dados na Plataforma de Dados da Saúde (PDS), as Receitas Sem Papel e registo de utilização da “Lista de Verificação de Atividade Cirúrgica”;
  - Cobrança efetiva de receita.
- Criação de uma nova modalidade de pagamento por doente tratado - Implantes Cocleares;
- Atualização do Índice de Consultas Externas Hospitalares Subsequentes;
- Alteração da modalidade de pagamento dos Serviços de Urgência Básica, Médico-Cirúrgica e Polivalente;
- Constituição de novas experiências-piloto de telemonitorização, nomeadamente:
  - Telemonitorização do *status* pós enfarte agudo do miocárdio;
  - Telemonitorização de insuficiência cardíaca crónica.

#### 1.4. Alocação de recursos financeiros às Administrações Regionais de Saúde para contratação com os Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde em 2016

Os limites máximos a contratualizar com as EPE por ARS em 2016 são os seguintes:

ENTIDADE	2016 *
ARS Norte	1.551.294.187 €
ARS Centro	866.940.528 €
ARS LVT	1.460.441.301 €
ARS Alentejo	271.898.456 €
ARS Algarve	180.597.442 €
<b>Total Nacional</b>	<b>4.331.171.914 €</b>

\*Inclui dotações das ULS, apresentadas no quadro seguinte

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

ENTIDADE	2016
ULS Alto Minho, EPE	123.577.420 €
ULS Matosinhos, EPE	98.194.887 €
ULS Nordeste, EPE	79.988.209 €
ULS Guarda, EPE	82.426.303 €
ULS Castelo Branco, EPE	62.287.774 €
ULS Litoral Alentejano, EPE	50.103.904 €
ULS Baixo Alentejo, EPE	76.539.458 €
ULS Norte Alentejano, EPE	75.774.510 €
<b>Total ULS</b>	<b>648.892.465 €</b>

Importa reforçar que estes valores podem ser redistribuídos, no âmbito do processo comercial que decorrerá entre as ARS e as várias instituições hospitalares, desde que respeitado o teto alocado a cada administração regional.

## 1.5. Negociação da atividade assistencial para 2016

As principais linhas de atividade assistencial a contratar para o ano de 2016 e respectivas modalidades de pagamento são as seguintes:

### 1.5.1. Internamento de doentes agudos e crónicos

Para 2016 mantém-se a versão do agrupador de GDH que foi introduzida em 2015, assim como a tabela de preços de GDH que foi publicada através da Portaria n.º 234/2015, de 7 de agosto, ou seja, a atividade de internamento de doentes agudos é classificada em GDH, através do agrupador na versão *All Patient Refined DRG 31 (APR31)*, de acordo com a produção do ano de 2013, originando os valores que se apresentam no quadro que se apresenta no final deste ponto 1.5.1.1.

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

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

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

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

Em 2016 mantém-se a utilização de um ICM único no internamento (identificado para cada hospital na tabela seguinte), considerando atividade médica e cirúrgica.

Mantém-se ainda a aplicação de um único preço base para todas as instituições, igual ao praticado em 2015, isto é, 2.285,00 €. A utilização de um único preço base permite garantir que, independentemente do prestador de cuidados, ao mesmo tratamento é aplicado um preço idêntico, aumentando a racionalidade do sistema de saúde, o *benchmarking* e um maior incentivo à eficiência das organizações.

As instituições serão diferenciadas em mais detalhe de acordo com o nível de severidade em que o doente for classificado.

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

<b>Internamento e ambulatório médico e cirúrgico</b>	<b>Preço</b>
<b>Preço base</b>	2.285,00 €

<b>Internamento de doentes crónicos (diária)</b>	<b>Preço</b>
<b>Psiquiatria *</b>	39,17 €
<b>Psiquiatria - Reabilitação Psico-social</b>	39,17 €
<b>Crónicos ventilados</b>	244,01 €
<b>Medicina Física e Reabilitação</b>	205,10 €
<b>Hansen</b>	70,75 €

\* Para as instituições HML, CHUC e CHPL, com complexidade superior de Doentes Crónicos, é praticado o preço de 70,75€

**Tabela 1 - Variação do ICM dos Contratos-Programa 2015/2016**

<b>Instituições</b>	<b>Ambulatório</b>		<b>Internamento</b>
	<b>ICM (GDH Cirúrgico)</b>	<b>ICM (GDH Médico)</b>	<b>ICM (Intern. Total)</b>
CH São João, EPE	0,6321	0,2198	1,3867
CH Alto Ave, EPE	0,6592	0,2217	0,7139
CH Médio Ave, EPE	0,6239	0,2013	0,6427
CH Entre Douro e Vouga, EPE	0,6417	0,2197	0,7969
CH Porto, EPE	0,6398	0,2146	1,0686
CH Póvoa Varzim/V Conde, EPE	0,6677	0,2159	0,6452
CH Tâmega e Sousa, EPE	0,6541	0,1911	0,8107
CH T. Montes e Alto Douro, EPE	0,6186	0,1966	0,8436
CH VN Gaia/ Espinho, EPE	0,6875	0,2483	0,9655
Hospital Magalhães Lemos, EPE	0	0	0,9097
Hospital Santa Maria Maior, EPE	0,5871	0,2163	0,7432
IPO - Porto, EPE	0,7144	0,2307	1,4829
CH Cova da Beira, EPE	0,6776	0,205	0,7245
CH Leiria, EPE	0,6521	0,2305	0,7288
CH Baixo Vouga, EPE	0,6322	0,2097	0,7841
CH Universitário Coimbra, EPE	0,6391	0,2251	1,067

CH Tondela-Viseu, EPE	0,6412	0,2392	0,8402
Hospital Figueira Foz, EPE	0,6498	0,2159	0,7913
IPO - Centro EPE	0,6708	0,2306	1,1508
CH Barreiro/Montijo, EPE	0,6403	0,206	0,7653
CH Lisboa Central, EPE	0,6533	0,2237	1,2358
CH Lisboa Ocidental, EPE	0,7005	0,2469	1,1201
CH Setúbal, EPE	0,6695	0,2111	0,8395
CH Lisboa Norte, EPE	0,6999	0,2258	1,203
CH Médio Tejo, EPE	0,631	0,2245	0,7663
Hospital Distrital Santarém, EPE	0,6767	0,2191	0,7088
Hospital Fernando Fonseca, EPE	0,6336	0,2163	0,8296
Hospital Garcia de Orta, EPE	0,6776	0,2297	0,9987
IPO - Lisboa EPE	0,7145	0,2273	1,3394
Hospital Espírito Santo Évora, EPE	0,6496	0,2396	0,836
CH Algarve, EPE	0,6422	0,2316	0,8448
ULS Nordeste, EPE	0,6002	0,2258	0,7511
ULS Matosinhos, EPE	0,6494	0,2175	0,9086
ULS Alto Minho, EPE	0,6222	0,2222	0,7861
ULS Guarda, EPE	0,6472	0,206	0,7808
ULS Castelo Branco, EPE	0,6177	0,2053	0,7749
ULS Litoral Alentejano, EPE	0,5851	0,2263	0,9816
ULS Norte Alentejo, EPE	0,6041	0,2307	0,791
ULS Baixo Alentejo, EPE	0,5906	0,2257	0,7314

### 1.5.1.1. Atividade cirúrgica

No âmbito da contratação da atividade cirúrgica coexistirão, em 2016, duas medidas que visam aumentar a capacidade de resposta cirúrgica no âmbito das instituições do SNS: introduzir-se-á o Programa de Incentivo à Realização de Atividade Cirúrgica dentro do SNS, no âmbito da GPRSNS, que se manterá a par com a responsabilização financeira do Hospital de origem pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados.

#### **1.5.1.1.1. Programa de incentivo à realização de atividade cirúrgica no SNS**

Para 2016 iniciar-se-á o Programa de Incentivo à Realização de Atividade Cirúrgica no SNS, que visa rentabilizar a capacidade cirúrgica instalada na rede de estabelecimentos públicos. Este Programa consiste na criação de um mecanismo competitivo para realização de atividade cirúrgica no SNS e está aberto às instituições hospitalares do SNS que reúnam condições para responder com eficácia e de forma atempada à população.

Este mecanismo competitivo entre estabelecimentos do SNS entra em vigor no dia 1 de maio de 2016, possuindo as seguintes características:

- a) Funciona no âmbito das regras SIGIC, com antecipação do prazo de transferência para estes Hospitais de destino aos 3 meses (atualmente o prazo de transferência para os hospitais do SNS é de 4 meses, para as situações classificadas em prioridade normal);
- b) Considera o volume de cirurgias, por grupo nosológico, que ultrapassa os 3 meses de espera;
- c) É de adesão voluntária por parte dos Hospitais, Centros Hospitalares e ULS do SNS que pretendem efetuar esta atividade extra Contrato-Programa e em caso algum pode prejudicar o nível de resposta aos utentes já inscritos na sua lista;
- d) Baseia-se na oferta, pelos Hospitais, Centros Hospitalares e ULS que participam na GPRSNS, de um volume de cirurgias a disponibilizar por grupo nosológico, competindo às ARS efetuar a negociação desta disponibilidade dentro da sua região (cada hospital ficará assim com um valor de atividade disponível para receber utentes através do mecanismo GPRSNS, na vertente cirúrgica);
- e) A atividade efetuada pelos Hospitais de destino é faturada diretamente à ACSS, extra Contrato-Programa, cumprindo as regras SIGIC, competindo à ACSS efetuar o pagamento respetivo e proceder, em simultâneo, à retenção de valor idêntico no adiantamento dos Hospitais de origem;
- f) O fluxo de doentes é efetuado de acordo com as regras previstas para as Notas de Transferência SIGIC, aplicáveis às transferências entre as instituições do SNS.

#### **1.5.1.1.2. Responsabilização financeira do hospital de origem pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados**

Continua a aplicar-se, em 2016, o princípio de responsabilização financeira do Hospital de origem pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados.

Este princípio, conjugado com a criação do programa de incentivo referido no ponto anterior, determina que sejam cumpridos os seguintes termos e procedimentos:

### **- Âmbito da responsabilidade financeira dos Hospitais do SNS**

- a) Os Hospitais e Centros Hospitalares e as ULS assumem a responsabilidade financeira decorrente de todas as intervenções cirúrgicas realizadas por terceiros (outros hospitais do SNS ou entidades convencionadas) aos utentes inscritos na sua LIC, respeitando as regras definidas para o SIGIC;
- b) O referido na alínea anterior não se aplica aos Hospitais em Parceria Público-Privada (PPP) ou aos Hospitais privados com acordos no âmbito do SIGIC;
- c) A atividade cirúrgica a contratar em 2016 deve considerar a atividade cirúrgica que os Hospitais, Centros Hospitalares e ULS estimam realizar internamente e, ainda, a atividade cirúrgica constante da sua LIC que poderá ser realizada por terceiras entidades, fruto da impossibilidade do Hospital a realizar dentro dos TMRG;
- d) O volume de atividade cirúrgica referido na alínea anterior, a contratar entre as ARS e os Hospitais e Centros Hospitalares e ULS do SNS, resulta do estudo efetuado pela Unidade Central do SIGIC e considera a capacidade observada de produção de cada serviço do hospital, o seu nível de produtividade, a procura identificada e não satisfeita e a procura implícita não realizada;
- e) 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 de acordo com as regras do SIGIC, que agora passa a ser antecipada para os 3 meses, na prioridade normal, conforme já referido), não está abrangida pelo Contrato-Programa, sendo, nessa medida, considerada uma atividade e um proveito extra Contrato-Programa do hospital de destino, e será faturada por este, mensalmente, à ACSS, nos termos descritos nos pontos seguintes.

### **- Preços a contratar**

- a) A atividade inscrita no Contrato-Programa é contratada de acordo com a metodologia de pagamento comum (doente equivalente\*ICM\*preço unitário/linha de produção);
- b) A atividade realizada e considerada como proveito extra Contrato-Programa do hospital de destino é faturada pelo valor do GDH referido na Portaria que define a tabela de preços em vigor no SIGIC, de acordo com as regras ali constantes.

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

- a) A circulação de utentes rege-se pelas normas e procedimentos instituídos no âmbito do SIGIC;

b) As transferências para outras instituições do SNS passam a ser antecipadas para os 3 meses, na prioridade normal, a partir do dia 1 de maio de 2016;

c) Os Hospitais que sejam voluntários para integrar a GPRSNS cirúrgica apresentada no ponto anterior (1.5.1.2.1.) podem efetuar a cativação das Notas de Transferência emitidas no âmbito do SIGIC, para os grupos nosológicos em que estes integram a GPR SNS cirúrgica.

#### **- Faturação da atividade realizada pelos Hospitais de destino**

a) A atividade realizada por Hospitais de destino integrantes do SNS é faturada diretamente à ACSS, fora do Contrato-Programa destas entidades;

b) A atividade realizada pelas entidades convencionadas é faturada diretamente ao respetivo Hospital de origem;

c) O Hospital de origem não poderá faturar no seu Contrato-Programa o valor da atividade realizada no Hospital de destino público, no âmbito da cativação de notas de transferência e o valor máximo do seu Contrato-Programa anual será deduzido no montante correspondente a essa faturação;

d) O Hospital de origem não poderá faturar no seu Contrato-Programa o valor da atividade realizada no Hospital de destino convencionado, no âmbito da cativação de Vales de Cirurgia e o valor máximo do seu Contrato-Programa anual será deduzido do valor correspondente a essa faturação agravado em 10%.

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

a) O Hospital de destino do SNS, após a conclusão do processo assistencial, fatura à ACSS os cuidados prestados, sendo estes valorizados de acordo com a tabela de preços SIGIC;

b) A ACSS cativará nos adiantamentos mensais ao Contrato-Programa do hospital de origem os valores em dívida ao hospital de destino, e utiliza-os para efetuar os respetivos pagamentos;

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

a) A entidade convencionada procederá à faturação, ao Hospital de origem respetivo, dos procedimentos cirúrgicos efetuados ao preço da tabela SIGIC.

Para o triénio 2017-2019 aprofundar-se-á o mecanismo concorrencial previsto na GPR SNS, substituindo-se o conceito de Nota de Transferência entre Hospitais do SNS pelo conceito de “Transferência de Responsabilidade” no SNS, o qual pressupõe a transferência integral da

responsabilidade relativa a todo o plano terapêutico, incluindo todos os exames, consultas e tratamentos que sejam necessários antes ou após a cirurgia.

Adicionalmente, e para os Hospitais, centros Hospitalares e ULS que têm tempos de resposta superiores à mediana de tempo de espera da LIC para determinada especialidade, passará a ser possível ao utente escolher, logo no momento da inscrição em LIC, entre a opção de permanecer inscrito no Hospital de origem ou poder ser imediatamente transferido para o Hospital de destino do SNS que tenha um tempo de resposta abaixo da mediana da LIC.

### **1.5.1.2. Ambulatório médico e cirúrgico**

Tal como explicitado para a área de internamento de doentes agudos, as áreas de ambulatório médico e cirúrgico são agrupadas em GDH, através do agrupador versão APR, adotando-se ICM atualizados à luz da produção de 2013 (cfr, tabela 1).

Importa referir que, dando continuidade ao objetivo de promoção da atividade cirúrgica em ambulatório, os pesos relativos desta atividade são iguais aos da atividade realizada em regime de internamento.

### **1.5.1.3. Consultas Externas**

A atividade realizada em consulta externa está dependente da complexidade dos serviços prestados por cada instituição. À data, não é possível captar, através dos diagnósticos, a complexidade desta atividade, contrariamente ao que já acontece com o internamento de agudos, o que se espera alcançar no triénio 2017-2019, quando o projeto de Atribuição de Códigos de Diagnóstico à Consulta Externa e à Urgência (ACODCEU), que se iniciará no segundo semestre de 2016, estiver totalmente implementado no SNS.

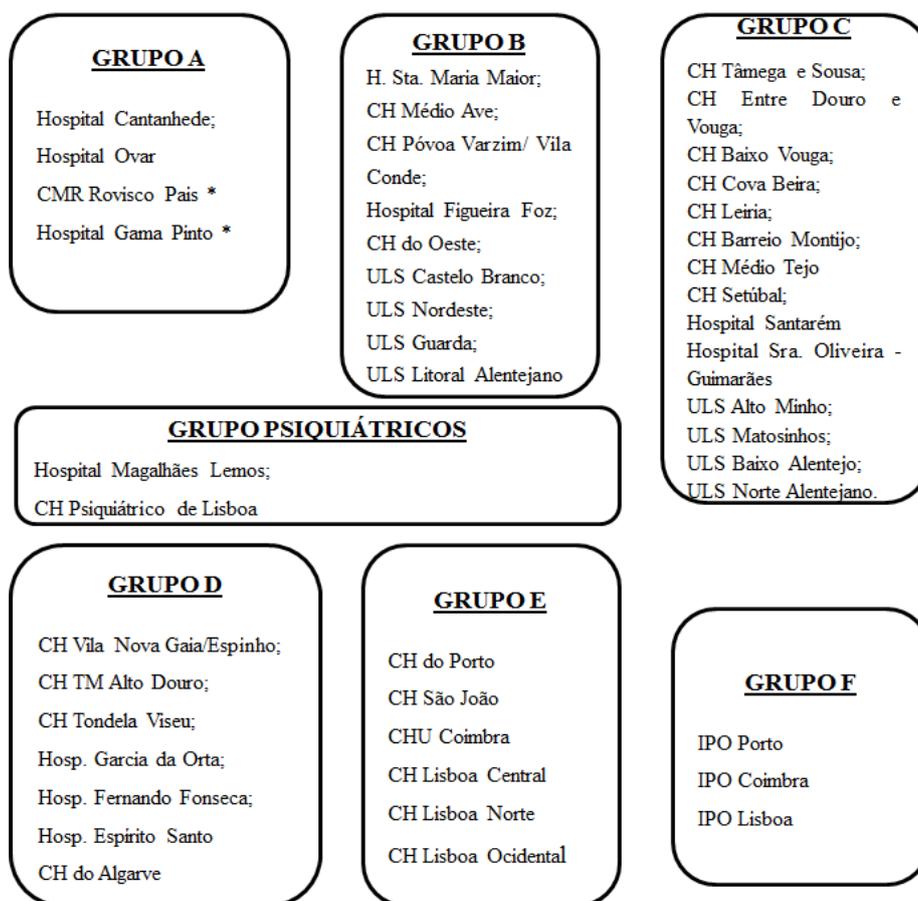
Entretanto, e com o objetivo de aproximar o preço praticado aos diferentes custos incorridos por cada uma das instituições, dada a heterogeneidade da sua tipologia de serviços, as entidades hospitalares são agrupadas em seis grupos de financiamento. É ainda considerado um grupo de financiamento extraordinário para os Hospitais Psiquiátricos, sendo o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto e o Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro de Rovisco Pais considerados à parte.

Assim, em 2016, aplicam-se os mesmos grupos de financiamento do Contrato-Programa 2013/2015, que resultam do teste e avaliação de técnicas estatísticas alternativas, que seguiram as etapas já descritas nos anos anteriores, nomeadamente:

- Identificação de efeitos com impacto na estrutura de custos 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;
- Tratamento das variáveis selecionadas: Estandarização das variáveis, seguida de Análise de Componentes Principais<sup>2</sup> para eliminação de efeitos de correlação entre variáveis;
- Criação dos grupos com recurso a *clustering*<sup>3</sup>: construção dos grupos com base em técnica de *clustering* hierárquico<sup>4</sup> com agregação pelo método de *Ward*<sup>5</sup> para as *n* combinações de variáveis testadas, seguida de determinação da solução final com base na configuração mais frequente das combinações testadas.

Como resultado da técnica utilizada foram determinados os seguintes grupos:



**Nota:** O Instituto Gama Pinto e o Centro de Medicina Física e de Reabilitação de Rovisco Pais são Hospitais especializados.

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

<sup>2</sup> A Análise de Componentes Principais é uma técnica estatística de redução do número de variáveis que traduzem os efeitos considerados, tendo em conta a variância total das variáveis.

<sup>3</sup> O *clustering* é um método estatístico que permite criar grupos homogéneos constituídos pelos hospitais mais semelhantes entre si no que se refere às variáveis selecionadas.

<sup>4</sup> A técnica de *clustering* hierárquico é um método estatístico exploratório para classificar *n* casos em grupos (clusters) relativamente homogéneos, mas heterogéneos entre si.

<sup>5</sup> O método *Ward* é o método estatístico que determina a formação dos grupos pela maximização da homogeneidade dentro desses grupos.

custos unitários em cada grupo nas linhas de atividade de consultas. Apesar da maior homogeneidade dos novos grupos de financiamento, verificaram-se ainda algumas diferenças nos custos unitários dos Hospitais de cada grupo.

A utilização do método *Box Plot*<sup>6</sup> 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, considerando o conceito de percentil de eficiência<sup>7</sup> com o de grau de cobertura dos custos dos Hospitais.

Para 2016, efetua-se ainda o pagamento das consultas externas hospitalares de acordo com um *Índice de Consultas Subsequentes*, que 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 cinco anos, nomeadamente:

<b>Consultas Subsequentes / Primeira Consultas</b>	<b>Grupo A</b>	<b>Grupo B</b>	<b>Grupo C</b>	<b>Grupo D</b>	<b>Grupo E</b>	<b>Grupo F</b>
<b>- C/ Base nos valores de 2014 -</b>						
<b>Valor do 2º Quartil (Mediana)</b>	1,26	1,99	2,40	2,42	3,14	4,27
<b>Valor do 1º Quartil (Eficiente)</b>	1,07	1,85	1,79	2,26	3,00	3,22
<b>- C/ Base nos valores médios dos últimos 5 anos -</b>						
<b>Valor do 2º Quartil (Mediana)</b>	1,24	2,18	2,24	2,29	3,00	4,33
<b>Valor do 1º Quartil (Eficiente)</b>	1,11	1,82	1,90	2,23	2,91	3,41

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

<sup>6</sup> O método Box Plot, ou diagrama de caixa, é uma ferramenta para localizar e analisar a variação de uma variável de entre diferentes grupos de dados

<sup>7</sup> O conceito de percentil de eficiência é o valor que se considera o valor de eficiência na amostra

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

Para 2016 promove-se a implementação de medidas e procedimentos que contribuam para a melhoria dos tempos de resposta das instituições.

Neste âmbito, importa destacar que o aumento da disponibilização de informação sobre os tempos de resposta para consulta externa, através do Portal do SNS ([www.sns.gov.pt](http://www.sns.gov.pt)) ou a implementação, a nível nacional, de soluções concretas que permitam melhorar a capacidade de resposta nas especialidades onde existem maiores dificuldades, como seja o exemplo do alargamento a todo o país da implementação do telerastreio dermatológico, no âmbito da especialidade de dermatologia, ou dos rastreios da retinopatia diabética, no âmbito da especialidade de oftalmologia, contribuem para a redução dos tempos de resposta para consulta de especialidade hospitalar.

Para além disso, há que continuar a promover, pela via do financiamento, a adoção de soluções locais que contribuam para a melhoria dos tempos de resposta hospitalar, pelo que as primeiras consultas referenciadas pelos cuidados de saúde primários através do sistema de informação de suporte ao CTH mantêm o seu preço majorado em 10%, no ano de 2016.

Adicionalmente, e no seguimento das recomendações do Grupo de Trabalho para Telemedicina, as teleconsultas médicas realizadas em tempo real, programadas ou urgentes, continuam a ser majoradas em 10%, durante o ano de 2016, independentemente de serem primeiras consultas ou subsequentes. Com particular relevância para esta linha, reforça-se que não são aplicáveis critérios de acesso com base na área de residência do utente.

Em alinhamento com o Programa Nacional de Saúde Mental, as consultas de psiquiatria realizadas na comunidade são majoradas em 10%, independentemente de serem primeiras consultas ou subsequentes.

Para além destes incentivos financeiros, em 2016 introduz-se uma medida que permitirá aumentar o livre acesso do utente no momento de aceder à primeira consulta externa hospitalar, no âmbito do através do Sistema Integrado de Gestão do Acesso Integrado - SIGA, quando referenciado pelos cuidados de saúde, através do CTH: o sistema de informação CTH permitirá que o médico de CSP, em articulação com o utente e com base no acesso à informação sobre os tempos de espera de cada

estabelecimento, possa referenciar para qualquer uma das unidades hospitalares da região, oferecendo-se assim a possibilidade de escolha do prestador a nível hospitalar.

Por último, refira-se que, em 2016, se mantém o acompanhamento e o incentivo institucional relacionado com as “altas das consultas externas”, de maneira a fomentar a transferência de cuidados para os níveis de proximidade e a obter mais evidência sobre as práticas de acompanhamento dos doentes nas várias especialidades e Hospitais.

#### **1.5.1.4. Atendimentos urgentes**

Para 2016, e procurando que o financiamento dos serviços que compõem a Rede de Urgência e Emergência seja um fator indutor do reforço da articulação e da coordenação entre as entidades prestadoras de cuidados de saúde no SNS, no sentido de assegurar uma resposta adequada e atempada à população, valorizando a qualidade dos serviços prestados e dos resultados alcançados, define-se que o pagamento dos Serviços de Urgência Polivalente (SUP), dos Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e dos Serviços de Urgência Básica (SUB) será efetuado de acordo com três componentes:

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

##### **- Componente de valor fixo**

O pagamento pela disponibilidade de serviço corresponde a um montante fixo e tem como objetivo cobrir os custos eficientes referentes à capacidade instalada no Serviço de Urgência, de acordo com a tipologia de urgência e a atividade assistencial expectável, considerando a estrutura definida para o respetivo Serviço de Urgência e os valores assistenciais médios expectáveis para cada tipologia de acordo com a capacidade produtiva e o histórico de atividade realizada.

##### **- Componente de valor em função do desempenho**

Define-se para 2016 que a atribuição de 5% da componente de valor fixo fica dependente da avaliação dos seguintes indicadores, efetuada através do mecanismo de Índice de Desempenho do Serviço de Urgência, calculado nos mesmos moldes técnicos do Índice que é aplicado na avaliação dos incentivos globais do contrato-programa dos Hospitais:

- Variação percentual de episódios de urgência com Prioridade Verde/Azul/Branca

- Variação percentual de episódios de urgência com internamento
- Variação percentual de utilizadores frequentes (+ 4 episódios)
- Rácio consultas externas/episódios de urgência

#### **- Componente de valor variável**

A componente variável corresponde à atividade que vier a ser necessária para além dos valores expectáveis e desejáveis, e será paga a um preço marginal. O pagamento desta componente variável fica associado ao grau de cumprimento do indicador que compõe os incentivos, ou seja, ao grau de cumprimento da meta definida para o indicador “Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem”.

Durante o ano de 2016 continuar-se-á a trabalhar na monitorização de outros indicadores de acesso e desempenho assistencial:

- Tempo de permanência após a 1ª observação médica até à alta para o ambulatório
- Tempo de permanência após a 1ª observação médica até à alta para o internamento;
- Taxa de abandono do Serviço de Urgência por prioridade de cor de triagem;
- Taxa de doentes que permanecem no Serviço de Urgência por período > 6 horas.

Fruto da modalidade de pagamento que aqui referimos, os preços a pagar em 2016 são os seguintes:

<b>Tipologia de Serviço de Urgência</b>	<b>Volume de Atividade Médio Expectável</b>	<b>Financiamento Disponibilidade de serviço (Índice de referência = 1) *</b>	<b>Preço componente variável (preço marginal)</b>
<b>Serviço de Urgência Básica</b>	35.000 episódios	1.400.000 €	1 €
<b>Serviço de Urgência Médico Cirúrgica</b>	100.000 episódios	5.000.000 €	5 €
<b>Serviço de Urgência Polivalente</b>	170.000 episódios	17.000.000 €	10 €

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

Os valores apresentados no quadro anterior representam a atividade média expectável para cada tipologia de Serviço de Urgência, considerando a estrutura de oferta definida na Rede de Urgências e Emergências, e o valor de financiamento a atribuir em 2016 a cada instituição na componente de valor

fixo corresponde à aplicação de um índice que posiciona cada um dos Serviços de Urgência em relação a estes valores médios.

Adicionalmente, com o intuito de reforçar a integração entre estruturas assistenciais de diferentes níveis, estimulando medidas articuladas que promovam a reorientação da procura para cuidados programados e de proximidade, define-se o objetivo de alcançar uma redução do volume de atendimentos em Serviço de Urgência de 3,7% em 2016, quando comparado com o realizado no ano de 2015, que origina que as ARS contratarão com as respetivas instituições o número máximo de episódios de urgência que integram esta componente de valor fixo em 2016.

#### 1.5.1.5. Sessões de hospital de dia

As sessões de hospital de dia continuam a considerar três tipologias (a) sessão de hospital de dia, (b) sessão de hospital de dia de Psiquiatria e Unidades Sócio-Ocupacionais e (c) sessão de hospital de dia de Hematologia/Imunohemoterapia.

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 seja realizado um conjunto mínimo de procedimentos, e para 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 €

#### 1.5.1.6. Sessões de radioterapia

O financiamento desta atividade é efetuado através da autonomização destes tratamentos numa linha de atividade específica, praticando-se 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 por radioterapia de intensidade moderada). Para 2016 mantém-se os seguintes preços:

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

### 1.5.1.7. Serviço domiciliário

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

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

Para 2016 procede-se ao aumento do preço das consultas realizadas no âmbito do Serviço Domiciliário em 18,3%, incentivando-se assim o desenvolvimento de mais respostas domiciliárias no SNS, que assegurem o acompanhamento de cada vez mais utentes em proximidade, de forma continuada e integrada com outras respostas do SNS.

<b>Serviço domiciliário</b>	<b>Preço</b>
<b>Consultas domiciliárias</b>	37,99 €

### 1.5.1.8. 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 cuidados de saúde primários, através da realização da ecografia da 14.<sup>a</sup> semana conjugada com o rastreio bioquímico do 1.º trimestre (Protocolo I) e/ou da ecografia da 22.<sup>a</sup> semana e consulta no hospital (Protocolo II), de modo a garantir respostas tecnicamente adequadas à elaboração do diagnóstico pré-natal.

<b>Diagnóstico pré-natal</b>	<b>Preço</b>
<b>Protocolo I</b>	37,72
<b>Protocolo II</b>	64,61 €

### - Interrupção voluntária 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.

<b>Interrupção voluntária da gravidez</b>	<b>Preço</b>
IVG medicamentosa até às 10 semanas	283,1
IVG cirúrgica até às 10 semanas	368,61 €

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

Através do Despacho n.º 14788/2008, de 28 de Maio de 2008, e da Portaria n.º 154/2009, de 9 de Fevereiro de 2009, foi criado, em 2009, um programa específico, a desenvolver com os Hospitais do SNS, para melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento da infertilidade, que teve seguimento nos anos seguintes e que se mantém em 2016.

São alvo de financiamento público específico, de forma integral:

- Os tratamentos de Indução da Ovulação (IO) e Inseminação Intra-Uterina (IIU), este último até ao limite de 3 ciclos (para cada caso/casal), podendo ser realizados no mesmo ano civil.
- Os tratamentos de segunda linha, fertilização *in vitro* (FIV) ou injeção intra-citoplasmática de espermatozoide (ICIS) (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 2016, desde que o número total não ultrapasse o limite de 3 ciclos FIV/ICIS por caso/casal, quer sejam realizados ao abrigo do Programa PMA ou atividade comum no âmbito do Contrato-Programa.
- Nas instituições do SNS, por motivos de equidade e de custo-efetividade, prevalece um limite total de três ciclos FIV/ICIS por caso/casal.

Com o objetivo de organizar a oferta e permitir uma melhor resposta à procura de cuidados saúde na área da infertilidade, foi criada e aprovada pela Direção-Geral de Saúde (DGS), a Rede de Referenciação para Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade, com base na distribuição geográfica e nas competências técnicas das diferentes instituições, a qual serve de referência para o encaminhamento dos casais no diagnóstico e tratamento da infertilidade<sup>8</sup>. 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.

<sup>8</sup> <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/procriacao-medicamente-assistida/rede-de-referenciacao-de-infertilidade.aspx>

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

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

#### **- Programa para a redução da taxa de cesarianas**

No âmbito das competências da Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas (CNRTC), definidas pelo Despacho nº 3482/2013, de 5 Março 2013, os recebimentos decorrentes dos episódios de internamento com cesariana (x) são indexados à taxa de cesarianas, de acordo com a fórmula:

<b>Taxa de cesarianas</b>	
<b>Hospitais de apoio perinatal</b>	<b>Hospitais de apoio perinatal diferenciado</b>
< 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 e Centros Hospitalares com taxas de cesariana iguais ou superiores aos limites máximos das condições anteriores, em 2015, aplicar-se-á a seguinte fórmula alternativa:

- Redução do valor da taxa de cesarianas  $< 5,0\%$  = sem financiamento
- Redução do valor da taxa de cesarianas  $5,0\% - 7,4\%$  =  $0,25 \times \text{valor } x$
- Redução do valor da taxa de cesarianas  $7,5\% - 9,9\%$  =  $0,50 \times \text{valor } x$
- Redução do valor da taxa de cesarianas  $10,0\% - 12,4\%$  =  $0,75 \times \text{valor } x$
- Redução do valor da taxa de cesarianas  $> 12,5\%$  = valor  $x$

Embora sem repercussão direta no financiamento hospitalar, a ACSS divulga no *microsite* de «Monitorização do Serviço Nacional de Saúde» informação referente a “Indicadores de qualidade assistencial obstétrica” de cada hospital do SNS, de forma a informar os cidadãos sobre as práticas clínicas referentes ao trabalho de parto.

#### **1.5.1.9. Modalidades de pagamento por doente tratado**

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

Para impulsionar estes modelos de gestão da doença, introduziu-se em 2013 no modelo de financiamento hospitalar a definição do financiamento do tratamento de algumas patologias por um modelo baseado na unidade "doente tratado", que permite uma orientação para pagamentos por resolução integrada de problemas de saúde, balizada pelo risco e sujeita a avaliação permanente da qualidade.

Estas modalidades caracterizam-se por ser aplicadas, maioritariamente, em doenças raras e onerosas, como em patologias complexas em que o tratamento do doente implica o percurso entre várias linhas de atividade e em que a “normalização” e tipificação dos cuidados a prestar é possível.

Para 2016, esta modalidade de pagamento continua a aplicar-se aos seguintes programas de tratamento:

##### **- Programa de tratamento ambulatorio de pessoas a viver com infeção VIH/SIDA**

O programa de tratamento ambulatorio de pessoas a viver com infeção VIH/SIDA abrange o acompanhamento dos doentes e a sua fidelização a protocolos terapêuticos tecnicamente reconhecidos e identificados pelo Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/SIDA. Este

programa considera todos os doentes em tratamento com terapêutica anti retroviral, tendo resultado o preço por doente tratado abaixo estabelecido.

<b>Tratamento ambulatorio de pessoas a viver com infeção VIH/SIDA</b>	<b>Preço</b>
Doente tratado/mês	763,80 €

Na sequência da introdução de medicamentos genéricos e da compra centralizada de medicamentos antirretrovirais estima-se uma redução do custo médio mensal do tratamento com terapêutica antirretroviral. De modo a promover uma utilização mais eficiente nesta área, o preço por doente tratado definido na tabela anterior será aplicado, desde que o valor observado no custo com medicamentos por doente seja inferior ao valor correspondente à variação média do grupo onde o hospital se integra. Caso contrário, o hospital terá uma penalização de 10%, no montante correspondente à diferença entre o valor observado para a componente medicamentosa e o valor dessa componente na média do grupo a que o hospital pertence. Os valores observados e médios aqui referidos serão apurados no final do ano pelo INFARMED.

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

O tratamento disponível para doentes com hipertensão arterial pulmonar 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, 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.

A modalidade de pagamento estabelece um preço por doente tratado mensal para três estádios da patologia em adultos: (a) seguimento 1º ano; (b) seguimento após 1º ano classe funcional (CF) ≤ III; c) seguimento após 1º ano CF IV, conforme se pode verificar no quadro seguinte:

<b>Tratamento ambulatorio de pessoas a viver com hipertensão arterial pulmonar</b>	<b>Preço</b>
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 €

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

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

Caso a variação do indicador se situe abaixo da variação média nacional registada em relação ao ano anterior, haverá lugar a uma penalização de 10% apurada pela diferença entre o valor observado para a componente medicamentosa e o valor dessa componente na média do grupo a que o hospital pertence. Os valores observados e médios aqui referidos serão apurados no final do ano pelo INFARMED.

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

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

A modalidade de pagamento estabelece um preço mensal por doente tratado, que considera doentes em tratamento em diferentes estádios da doença (a) Escala Expandida de Estado de Incapacidade de Kurtzke (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.

<b>Tratamento ambulatorio de pessoas a viver com esclerose múltipla</b>	<b>Preço</b>
Doente tratado/mês	1.031,65 €

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

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 (há exceção do colon e reto, onde se consideram os CRe), a saber: Instituto Português de Oncologia do Porto, de Coimbra e de Lisboa, Centro Hospitalar de São João, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Centro Hospitalar Lisboa Norte e Hospital do Espírito Santo de Évora.

Em caso de indicação inclui-se a reconstrução mamária e a reconstrução de trânsito intestinal.

<b>Tratamento de doentes com patologia oncológica</b>	<b>Preço</b>
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 €

Para efeitos de acompanhamento da presente modalidade de pagamento, é obrigatório registar nos Registos Oncológicos Regionais a atividade realizada aos doentes oncológicos, sendo posteriormente efetuada a avaliação dos seguintes parâmetros:

1. Os doentes seguidos no âmbito do programa em determinada instituição, que sejam atendidos e consequentemente faturados em outras instituições;
2. Os doentes com critério de inclusão no âmbito do programa, que estão a ser faturados fora do âmbito do programa;
3. O estadiamento da doença constante nos Registos Oncológicos Regionais;
4. O registo da terapêutica prescrita nos Registos Oncológicos Regionais.

**- Programa para doentes com polineuropatia amiloidótica familiar em estágio 1 (Paramiloidose PT-PAF1)**

Considerada a autorização de introdução no mercado, pela Agência Europeia do Medicamento e pelo INFARMED, do medicamento Tafamidis – Vyndaquel®, indicado no tratamento da PAF em estágio 1, a presente modalidade de pagamento vem 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.

Apenas podem tratar doentes no âmbito do Programa para disponibilização do medicamento Tafamidis a doentes com Polineuropatia Amiloidótica Familiar em estágio 1 (PT-PAF1) o Centro Hospitalar de Lisboa Norte e o Centro Hospitalar do Porto excluindo-se a hipótese de duplicação de doentes em tratamento com Tafamidis.

Para 2016 mantêm-se os preços constantes do Contrato-Programa 2013-2015 para esta patologia:

<b>Tratamento de doentes com paramiloidose</b>	<b>Preço</b>
Doentes com paramiloidose/mês	4.863,22 €

### - Programa de tratamento de 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.

Para 2016 mantêm-se os preços constantes do Contrato-Programa 2013-2015 para esta patologia:

<b>Tratamento de doentes com doenças lisossomais de sobrecarga</b>	<b>Preço</b>
Financiamento FABRY (mês)	13.223,74 €
Financiamento POMPE (mês)	20.342,18 €
Financiamento GAUCHER (mês)	15.884,76 €
Financiamento NIEMANN-PICK (mês)	3.304,35 €
Financiamento MPS I (mês)	16.149,78 €
Financiamento MPS II (mês)	26.145,86 €
Financiamento MPS IV (mês)	29.055,74 €

### - Programa para colocação de implantes cocleares

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

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

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

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

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

<b>Programa para colocação de implantes cocleares</b>	<b>Preço</b>
Implante coclear bilateral	32.500 €
Implante coclear unilateral	18.750 €

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

#### **1.5.1.10. Programa Piloto de telemonitorização da doença pulmonar obstrutiva crónica**

Para 2016 dá-se continuidade à modalidade de pagamento piloto para a telemonitorização de doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), que seguem um protocolo domiciliário pré-estabelecido, sendo objetivos do programa:

- a. Elevar a qualidade dos serviços prestados ao cidadãos, promovendo o acompanhamento contínuo da sua condição de saúde;
- b. Reduzir, pelo menos, um episódio de internamento anual por degradação da condição clínica do doente, relacionados com a patologia selecionada;
- c. Reduzir, pelo menos, três episódios de urgência por ano, relacionados com a patologia selecionada, por doente em programa;
- d. Reduzir, pelo menos, dois episódios de consulta externa por ano, relacionados com a patologia selecionada;
- e. Reduzir os custos de transportes (no pressuposto de que os doentes com DPOC são transportados em ambulância medicalizada);
- f. 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.

Para 2016 mantêm-se os preços constantes do Contrato-Programa 2013-2015 para este programa.

<b>Tratamento de doentes em PPT-DPOC</b>	<b>Preço</b>
Financiamento PPT-DPOC (mês)	171,09 €

#### **1.5.1.11. Programa piloto de telemonitorização do status pós enfarte agudo do miocárdio**

Um dos objetivos principais no tratamento do enfarte agudo do miocárdio (EAM) é a prevenção de readmissões hospitalares, tentando obter uma melhoria da sobrevivência. A deteção atempada dos

sintomas de agudização pode prevenir as hospitalizações ou identificar as potenciais complicações numa fase precoce com redução consequente dos custos e melhoria do prognóstico destes doentes.

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

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

<b>Tratamento de doentes do status pós EAM</b>	<b>Preço</b>
Financiamento PPT-EAM (1º mês)	3.502 €
Financiamento PPT-EAM (meses subsequentes)	111,83 €

#### **1.5.1.12. Programa piloto de telemonitorização da insuficiência cardíaca crónica**

Um dos objetivos principais no tratamento da Insuficiência Cardíaca (IC) é a prevenção de admissões hospitalares e a melhoria da sobrevivência. A deteção atempada dos sintomas de agudização pode prevenir as hospitalizações, com redução consequente dos custos e melhoria do prognóstico destes doentes. Mas para além disso, em particular, são esperados os seguintes resultados:

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

<b>Tratamento de doentes com insuficiência cardíaca crónica</b>	<b>Preço</b>
Financiamento PPT-ICC (1º mês)	1.732 €
Financiamento PPT-ICC (meses subsequentes)	111,83 €

### 1.5.1.13. Programa de gestão doentes mentais internados em instituições do Setor Social

Para o ano de 2016, continuará a ser aplicado o definido na Circular Normativa n.º 13/2014, de 6 de fevereiro e na Circular Informativa n.º 10/2014, de 31 de março.

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

Os serviços referenciadores e prestadores de cuidados de saúde no âmbito deste programa articulam-se de acordo com os procedimentos administrativos e de referência clínica estipulados.

### 1.5.1.14. Centros de referência (CRe)

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

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

Atualmente encontram-se já reconhecidos um conjunto de CRe nas várias áreas identificadas como prioritárias, conforme tabela seguinte:

**Tabela 2 – Centros de Referência definidos para 2016**

Áreas de Intervenção Prioritária (1)	Centro de Referência (2)
Transplante Hepático	CHP;CHUC;CHLC
Paramiloidose Familiar	CHP;CHLN
Onco- oftalmologia	CHUC
Oncologia pediátrica	IPOPFG; CHSJ; CHUC; IPOLFG- CHLC-CHLN

Transplantação cardíaca pediátrica	N/A
Oncologia de adultos- cancro do esófago	CHSJ; IPOFG; CHUC; CHLN; IPOLFG
Oncologia de adultos- cancro do testículo	CHSJ; IPOFG-CHP; CHUC; IPOLFG
Transplantação cardíaca adultos	CHUC
Oncologia de adultos- sarcomas das partes moles ósseas	CHP; IPOFG; CHUC; CHLN; IPOLFG
Transplantação renal pediátrica	CHP; CHLN
Transplante pâncreas	CHP; CHLC
Transplante renal adultos	CHSJ;CHP; CHUC;CHLC;CHLO
Transplante pulmonar	CHLC
Epilepsia refratária	CHSJ
Oncologia de adultos- cancro do reto	HB;CHSJ; CHP; IPOFG; CHVNGE; CHUC;IPOLFG; CHLN;CHLC; CHLO; H.LUZ; HFF; CIH CUF LISBOA; HBA;CHA
Oncologia de adultos- cancro hepatobilio/pancreático	CHSJ; CHP;IPOFG; CHUC; CHLN; CHLC
Doenças cardiovasculares - Cardiologia de "intervenção estrutural"	CHSJ; CHVNGE; CHUC;CHLN;CHLC; CHLO
Doenças cardiovasculares - Cardiopatias congénitas	CHSJ; CHUC;CHLC; CHLO-CHLN-HCVP
Doenças raras- Doenças hereditárias do metabolismo	CHSJ; CHP; CHUC;CHLN

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

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

#### **- Princípios genéricos de incentivo**

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

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

Considerando que alguns dos quatro grupos formados contêm especificidades, definem-se ainda os princípios específicos de financiamento que se consideram adequados em algumas das áreas de referência.

### **- Princípios específicos**

#### **- Transplantação**

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

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

#### **- Área Oncológica**

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

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

### - Doenças Raras

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

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

### - Outras áreas médico-cirúrgicas

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

### **- Financiamento dos CRe em 2017-2019**

Em 2016 serão ainda desenvolvidas novas modalidades de pagamento para os CRe, que seguem os princípios genéricos de incentivo à atividade aqui realizada, entrando as mesmas em vigor no triénio 2017-2019.

Em concreto serão desenvolvidas as seguintes atividades durante o ano de 2016:

- A identificação exaustiva dos procedimentos/patologias abrangidas por cada um dos CRe e Centros Afiliados – carteiras de serviço de cada centro;
- A normalização das intervenções e dos cuidados que devem ser prestados no âmbito dos procedimentos e patologias selecionadas, quer nos CRe, quer nos Centros Afiliados – Normas de Orientação Clínica e outras Orientações Técnicas;
- A redefinição das regras de contratação, custeio e pagamento da atividade às instituições selecionadas como CRe;
- A fixação dos indicadores de processo e de resultado, possíveis de monitorizar, subjacentes ao acompanhamento da atividade dos CRe e dos Centros Afiliados.

### 1.5.2. 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 e Centros Hospitalares – 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.

Este mecanismo incrementa o nível de responsabilidade das ARS, permitindo-lhes variar o financiamento por hospital, de acordo com o cumprimento de requisitos definidos e conhecidos por todos os Hospitais e Centros Hospitalares da região.

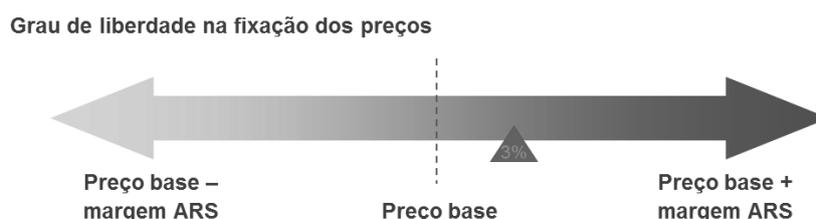
A existência de flexibilidade regional permite que um modelo global seja aplicado a todas as regiões com um mínimo de disrupção, dado que as ARS podem pagar de forma distinta por serviços considerados mais-valias para a região. Através deste mecanismo, as ARS têm a possibilidade de variar os preços das linhas de produção de alguns Hospitais e Centros Hospitalares 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 Hospitais e Centros Hospitalares 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 2016 e para as linhas de atividade de internamento de doentes agudos e crónicos, ambulatório médico e cirúrgico, consultas externas e sessões de hospital de dia, as ARS poderão fazer variar o preço base em 3%. Para tal, apresentam memória justificativa à ACSS para análise e aprovação.



### 1.5.3. Áreas específicas

Sublinha-se o financiamento autónomo, integrado no Contrato-Programa para 2016, 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 2016 considera adicionalmente os seguintes programas específicos:

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

### 1.5.4. 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 Acordo Modificativo 2016.

É obrigatório que cada instituição apresente as medidas quantificadas e calendarizadas que assegurem a trajetória necessária para atingir um EBITDA positivo em 2016.

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 depende do cumprimento das metas estabelecidas entre as partes.

### 1.5.5. Orçamento global e produção marginal

Os contratos programa dos Hospitais e Centros Hospitalares 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;
- 15% do preço contratado para o hospital de dia, GDH médicos de ambulatório, IVG, Doentes em TARV (VIH/SIDA) e DPN.

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

Para 2016, permanecem excluídos do princípio de orçamento global os programas específicos referidos no ponto 1.5.3.

## **1.6. Incentivos institucionais 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, pelo que importa continuar a reforçar a componente do financiamento que está associada ao cumprimento dos objetivos de desempenho e de eficiência económico-financeira previstos nos contratos-programa estabelecidos com as instituições prestadoras de cuidados de SNS.

Os objetivos a definir para 2016 estão em linha com as áreas que têm vindo a ser incentivadas SNS e serão avaliados de acordo com indicadores que:

- Sejam facilmente entendidos, mensuráveis e que permitam um acompanhamento fácil por parte das instituições hospitalares;
- Permitam refletir os diferentes tipos de desempenho das unidades hospitalares e as orientações estratégicas por parte da tutela, relativamente ao desempenho esperado de cada unidade hospitalar;
- Considerem metas ambiciosas e exequíveis que conduzam os Hospitais a melhores níveis de qualidade dos serviços prestados e a uma melhor acessibilidade dos doentes aos cuidados de saúde, sem descurar as melhores práticas de prestação de cuidados de saúde, o contexto e os recursos disponíveis no hospital e o histórico de resultados do indicador na instituição, na região e a nível nacional.

Procurando contribuir para o acréscimo de justiça e de equidade e para a minimização de eventuais discrepâncias de avaliação entre instituições, 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.

### **1.6.1. Incentivos de desempenho e de eficiência económico-financeira a considerar para os Hospitais e Centros Hospitalares**

Para a contratualização com os Hospitais e 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	Ponderações 2016
<b>1. Objetivos Nacionais</b>	<b>60%</b>
<b>A. Acesso</b>	<b>15%</b>
<b>A.1</b> Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	2%
<b>A.2</b> Peso das consultas externas com registo de alta no total de consultas externas	2%
<b>A.3.</b> Cumprimento dos tempos de resposta e de triagem	
<b>A.3.1</b> Percentagem de utentes referenciados dos cuidados de saúde primários para consulta externa atendidos em tempo adequado	3%
<b>A.3.2</b> Percentagem de doentes cirúrgicos (neoplasias malignas) inscritos em LIC com tempo de espera $\leq$ TMRG	2%
<b>A.3.3</b> Mediana de tempo de espera da LIC, em meses	2%
<b>A.3.4</b> Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	2%
<b>A.3.5</b> Permilagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total doentes tratados	2%
<b>B. Desempenho assistencial</b>	<b>25%</b>
<b>B.1</b> Percentagem reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico	2%

<b>B.2</b> Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo	2%
<b>B.3</b> Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	2%
<b>B.4</b> Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) – para procedimentos ambulatorizáveis	2%
<b>B.5</b> Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis *	2%
<b>B.6</b> Índice de demora média ajustada	3%
<b>B.7</b> Índice de mortalidade ajustada	3%
<b>B.8</b> Índice de risco e segurança do doente	6%
<b>B.9</b> Percentagem de embalagens de medicamentos genéricos prescritos, no total de embalagens de medicamentos prescritos	3%
<b>C. Desempenho económico-financeiro</b>	<b>20%</b>
<b>C.1</b> Percentagem dos custos com horas extraordinárias, suplementos e fornecimentos de serviços externos III (selecionados) no total de custos com pessoal	5%
<b>C.2</b> EBITDA	5%
<b>C.3</b> Acréscimo de dívida vencida (fornecedores externos)	5%
<b>C.4</b> Percentagem de proveitos operacionais extra Contrato-Programa no total de proveitos operacionais	5%
<b>Objetivos da Região</b>	<b>40%</b>

\* Procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis são os procedimentos que, embora não universalmente realizados em ambulatório, a sua realização em menos de 24 horas está prevista (são identificados como procedimentos ambulatorizáveis de tipo B no Relatório Final da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório).

Considerando que a gestão do risco clínico e da segurança do doente é uma área em que importa investir no SNS, no sentido de aumentar a qualidade da resposta hospitalar, de minimizar as complicações potencialmente evitáveis e de reduzir a incidência de eventos adversos, define-se a criação em 2016 “índice de risco e segurança do doente”, o qual será composto por vários indicadores já disponíveis, calculados de acordo com regras veiculadas internacionalmente pela OCDE, a partir da codificação da morbilidade hospitalar pela ICD 9 CM no que se refere ao internamento hospitalar, concretamente:

- Sépsis pós-operatória por cada 100.000 Episódios (objetivo: redução de 10%)
- Sépsis pós-cirurgia abdominal por cada 100.000 Episódios (objetivo: redução de 10%)
- Infeções da corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central (adulto e neonatal) por cada 100.000 Episódios (objetivo: redução de 10%)
- Úlceras de pressão por cada 100.000 Episódios (objetivo: redução de 10%)
- Corpo estranho deixado durante cirurgia por cada 100.000 episódios (objetivo: redução de 10%)
- Ferida pós-cirurgia abdominal por cada 100.000 Episódios (objetivo: redução de 10%)

- g) Hematoma ou hemorragia pós-operatória por cada 100.000 episódios (objetivo: redução de 10%)
- h) Punção ou laceração acidental durante cirurgia por cada 100.000 episódios (objetivo: redução de 10%)

Adicionalmente, e dando cumprimento ao Despacho n.º 3844-A/2016, de 10 de março, emanado pelo Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, publicado no Diário da República n.º 52, de 15 de março de 2016, será desenvolvido em 2016, pelo grupo de trabalho interinstitucional criado, o denominado “índice de qualidade PPCIRA” (Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência Antimicrobiana), o qual é composto pelas seguintes variáveis, em relação às quais se definem objetivos para o triénio 2017-2019, nomeadamente:

- A - Consumo hospitalar global de antibióticos, medido em DDD por 1.000 doentes saídos dia; (objetivo: redução de 10% ao ano);
- B - Consumo hospitalar global de carbapenemes, medido em DDD por 1.000 doentes saídos dia; (objetivo: redução de 10% ao ano);
- C - Taxa de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) no total de *Staphylococcus aureus* isolados em amostras invasivas (sangue e liquor); (objetivo: redução de 5% ao ano);
- D - Taxa de *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemase no total de *Klebsiella pneumoniae* isoladas em amostras invasivas (objetivo:  $\leq 1\%$ );
- E - Ausência de surto de Enterobactereaceae produtora de carbapenemase nesse ano;
- F - Implementação de isolamento, rastreio de doentes com pelo menos um fator de risco de MRSA, conforme Norma anti-MRSA 018/2014, de 9/12/2014, atualizada a 27/4/2015, do PPCIRA/DGS;
- G - Taxa de adesão ao feixe de intervenções (bundle) de prevenção de infeção de local cirúrgico conforme Norma 020/2015, de 15/12/2015, do PPCIRA/DGS (objetivo: nº de cirurgias com adesão a todas as medidas do feixe/ nº total de cirurgias  $> 75\%$ )
- H - Taxa de adesão ao feixe de intervenções (bundle) de prevenção de infeção urinária associada a algália, conforme Norma 019/2015, de 15/12/2015, do PPCIRA/DGS (objetivo: nº de algaliações com cumprimento de todas as medidas do feixe / nº total de algaliações  $> 75\%$ )
- I - Taxa de adesão ao primeiro momento da higiene das mãos (objetivo:  $> 70\%$ )
- J - Participação nos programas de vigilância epidemiológica de infeção relacionada com cateter, de pneumonia associada a ventilador, de infeção de local cirúrgico e de infeção nosocomial da corrente sanguínea (objetivo: cumprimento destas vigilâncias em pelo menos 9 dos 12 meses)

### 1.6.2. Incentivos de desempenho e de eficiência económico-financeira a considerar para os IPO

Considerando a especificidade da atividade dos 3 IPO, existem alguns indicadores que estão definidos para os Hospitais e Centros Hospitalares do SNS que não são plenamente adequados ao perfil assistencial destes Institutos especializados, importando eleger outros indicadores.

De entre estes, destacam-se as consultas com registo de alta, a taxa de ambulatorização para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis, a percentagem de reinternamentos em 30 dias e a percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas.

Nesta perspetiva, a bateria de indicadores a considerar para os 3 IPO em 2016 é a seguinte:

Áreas	Ponderações 2016
<b>1. Objetivos Nacionais</b>	<b>60%</b>
<b>A. Acesso</b>	<b>15%</b>
A.1. Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	3%
A.2. Cumprimento dos tempos de resposta e de triagem	
A.2.1 Percentagem de utentes referenciados dos cuidados de saúde primários para consulta externa atendidos em tempo adequado	3%
A.2.2 Percentagem doentes cirúrgicos (neoplasias malignas) inscritos LIC com tempo espera $\leq$ TMRG	3%
A.2.3 Mediana tempo de espera da LIC para neoplasias malignas, em meses	3%
A.2.4 Permilagem doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados	3%
<b>B. Desempenho assistencial</b>	<b>25%</b>
B.1. Percentagem doentes saídos com duração de internamento acima limiar máximo	3%
B.2. Índice de demora média ajustada	4%
B.3. Índice de mortalidade ajustada	4%
B.4. Índice de risco e segurança do doente	6%
B.5. Variação do número de operados padrão, por neoplasias malignas	4%
B.6. Percentagem do consumo de embalagens de medicamentos genéricos prescritos, no total de embalagens de medicamentos prescritos	4%
<b>C. Desempenho económico-financeiro</b>	<b>20%</b>
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 (fornecedores externos)	5%
C.4. Percentagem de proveitos operacionais extra Contrato-Programa no total de proveitos operacionais	5%
<b>Objetivos da Região</b>	<b>40%</b>

### 1.6.3. Incentivos de desempenho e de eficiência económico-financeira a considerar para os hospitais psiquiátricos

À semelhança do que foi referido para os três Institutos de Oncologia, existem alguns indicadores que estão definidos para os Hospitais e Centros Hospitalares do SNS que não são plenamente adequados ao perfil assistencial dos Hospitais especializados na área da psiquiatria, nomeadamente, o Hospital Magalhães de Lemos e o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

Nesta perspetiva, a bateria de indicadores a considerar para 2016 é a seguinte:

Áreas	Ponderações 2016
<b>1. Objetivos Nacionais</b>	<b>60%</b>
<b>A. Acesso</b>	<b>15%</b>
A.1 Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	5%
A.2. Cumprimento dos Tempos de Resposta e de Triagem	
A.2.1 Percentagem de Utentes referenciados dos cuidados de saúde primários para consulta externa atendidos em tempo adequado	5%
A.2.2 Permilagem Doentes Sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados	5%
<b>B. Desempenho assistencial</b>	<b>25%</b>
B.1 Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo	3%
B.2 % readmissões por esquizofrenia	4%
B.3 % readmissões por doença bipolar	4%
B.4 Relação entre dias de internamento completo e sessões de internamento parcial	3%
B.5 Relação entre dias de internamento agudo e sessões de hospital de dia	3%
B.6 Relação entre dias de internamento agudo e dias de internamento residentes e reabilitação psicossocial	3%
B.7 Proporção de embalagens de medicamentos prescritos, que são genéricos	2%
<b>C. Desempenho económico-financeiro</b>	<b>20%</b>
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 (fornecedores externos)	5%
C.4 Percentagem de proveitos operacionais extra Contrato-Programa no total de proveitos operacionais	5%
<b>Objetivos da Região</b>	<b>40%</b>

#### 1.6.4. Incentivos de desempenho e de eficiência económico-financeira a considerar para as ULS

Para a contratualização com as ULS, a repartição dos 10% do Contrato-Programa afetos ao cumprimento de objetivos é distribuída da forma que se apresenta no quadro seguinte:

Indicadores para as ULS	Ponderações 2016
<b>1. Cuidados de Saúde Primários</b>	<b>40%</b>
<b>Objetivos Nacionais</b>	<b>75%</b>
Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	5,0%
Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos idosos	4,0%
Proporção medicam. prescritos, que são genéricos	6,0%
Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	4,0%
Proporção cons. méd. presenciais, com ICPC-2	6,0%
Taxa internam. DCV, entre residentes < 65 A	3,0%
Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	6,0%
Proporção de RN de termo, de baixo peso	1,5%
Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV	2,5%
Incid. amputações major Minf. (DM), em residentes	3,0%
Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.	4,0%
Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	16,0%
Despesa MCDT fatur. p/ util. SNS (preço conven.)	8,0%
<b>Objetivos Regionais</b>	<b>17%</b>
<b>Objetivos Locais</b>	<b>8%</b>
<b>2. Cuidados Hospitalares</b>	<b>30%</b>
<b>Objetivos Nacionais - Acesso</b>	<b>25%</b>
<b>A.1</b> Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	3%
<b>A.2</b> Peso consultas externas com registo alta no total consultas externas	4%
<b>A.3.</b> Cumprimento dos tempos de resposta e de triagem	3%
<b>A.3.1</b> Percentagem de utentes referenciados dos cuidados de saúde primários para consulta externa atendidos em tempo adequado	4%
<b>A.3.2</b> Percentagem de doentes cirúrgicos (neoplasias malignas) inscritos em LIC com tempo de espera ≤ TMRG	4%
<b>A.3.3</b> Mediana de tempo de espera da LIC, em meses	4%
<b>A.3.4</b> Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	4%
<b>A.3.5</b> Permilagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total doentes tratados	3%

<b>Objetivos Nacionais - Desempenho assistencial</b>	<b>35%</b>
<b>B.1</b> Percentagem reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico	4%
<b>B.2</b> Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo	3%
<b>B.3</b> Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	3%
<b>B.4</b> Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) – para procedimentos ambulatorizáveis	3%
<b>B.5</b> Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	3%
<b>B.6</b> Índice de demora média ajustada	4%
<b>B.7</b> Índice de mortalidade ajustada	4%
<b>B.8</b> Índice risco e segurança do doente	8%
<b>B.9</b> Percentagem de embalagens de medicamentos genéricos prescritos, no total de embalagens de medicamentos prescritos	3%
<b>Objetivos Regionais</b>	<b>40%</b>
<b>3. Desempenho Económico-Financeiro</b>	<b>10%</b>
<b>C.1</b> Percentagem dos custos com horas extraordinárias, suplementos e fornecimentos de serviços externos III (selecionados) no total de gastos com pessoal	2,5%
<b>C.2</b> EBITDA	2,5%
<b>C.3</b> Acréscimo de dívida vencida (fornecedores externos)	2,5%
<b>C.4</b> Percentagem proveitos operacionais extra Contrato-Programa no total proveitos operacionais	2,5%
<b>4. Resultados em internamentos, consultas hospitalares e urgências evitáveis</b>	<b>20%</b>
<b>D.1</b> Taxa de internamento por complicações agudas da diabetes	2%
<b>D.2</b> Taxa de internamento por diabetes descompensada	2%
<b>D.3</b> Taxa de internamento por asma ou DPOC em adultos	2%
<b>D.4</b> Taxa de internamento por asma em jovens adultos	2%
<b>D.5</b> Taxa de internamento por hipertensão arterial	2%
<b>D.6</b> Taxa de internamento por insuficiência cardíaca congestiva	2%
<b>D.7</b> Taxa de internamento por pneumonia	2%
<b>D.8</b> Taxa de internamento por complicações agudas da diabetes	2%
<b>D.9</b> % de especialidades (categorias) com protocolos clínicos de referência ascendente e descendente elaborados	2%
<b>D.10</b> % utilizadores frequentes do serviço de urgência (>4 episódios no último ano) com plano de cuidados estabelecido entre os cuidados primários e os hospitais	2%

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

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

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

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

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

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

A prescrição de medicamentos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia de oficina representa cerca de 17% da despesa do SNS com medicamentos cedidos em farmácia de oficina.

Nos últimos anos têm vindo a ser desenvolvidos mecanismos para uma monitorização e controlo da prescrição realizada em ambiente hospitalar, pelo que, para 2016, mantem-se o mecanismo de incentivos aos Hospitais, Centros Hospitalares e ULS, ou seja:

- Penalização se a variação dos encargos SNS com medicamentos se situar acima da variação média nacional registada em relação ao ano anterior (20% da diferença entre o valor correspondente à variação média nacional e o valor observado);
- Incentivos se a variação dos encargos SNS com medicamentos se situar abaixo da variação média nacional registada em relação ao ano anterior (20% da diferença entre o valor correspondente à variação média nacional e o valor observado).

De modo a incentivar a utilização racional do medicamento, designadamente, promover a utilização das terapêuticas de primeira linha em áreas chave do mercado ambulatorio de medicamentos são introduzidos para 2016 os seguintes indicadores na área da terapêutica para a Diabetes e para as dislipidemias;

- Diabetes:  
% Prescrição de sulfonilureias e metformina no total de prescrição de antidiabéticos orais
- Estatinas  
% Prescrição de Estatinas com genéricos comercializados no total de prescrição de Estatinas, incluindo associações fixas de medicamentos contendo uma estatina.

Define-se que o mecanismo de penalização ou incentivo definido neste ponto será acrescido de 5% se a variação dos indicadores para as Diabetes e Estatinas se situar abaixo da variação média nacional registada em relação ao ano anterior (20% da diferença entre o valor observado e o valor correspondente à variação média nacional, apurada no final do ano pelo INFARMED).

Destaca-se ainda que a partir de 1 de abril de 2016 é obrigatória a prescrição de medicamentos exclusiva através de receita eletrónica desmaterializada, com aposição da assinatura eletrónica, nos termos de Despacho n.º, de Despacho n.º 2935-B/2016, de 24 de fevereiro, emanado pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde, publicado no Diário da República n.º 39, de 25 de fevereiro de 2016, o que confere ao processo de prescrição e dispensa uma maior autenticidade e capacidade de monitorização, racionalização no acesso ao medicamento e diminuição de custos na prescrição.

Este programa é possível de acompanhar através de um relatório específico disponível no Portal SICA.

### 1.9. Penalizações associadas ao Contrato-Programa para 2016

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 2016 um sistema de penalizações com consequências no valor do financiamento a aplicar às entidades.

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 2016, e aplicam-se nas seguintes áreas:

Áreas	Obrigações	Penalização (P)
Programas de promoção e adequação do acesso (55%)	<b>A.1 SIGIC</b> - Cumprir as regras definidas no Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia (MGIC), de acordo com a metodologia da determinação e contestação das não conformidades publicada pela ACSS, I.P. <b>(10%)</b>	<p>Não haverá lugar a penalidades quando % NC <math>\leq 5\%</math></p> <p>A penalidade é aplicada pela seguinte fórmula, até ao limite de Valor Contrato x 1% x 10%:</p> $P = \text{Valor NC simples} + \text{Valor NC grave} + \text{Valor NC materiais}$ $\text{Valor NC simples} = 1/20 \times \text{PBR} \times \text{N}^\circ \text{ NC simples}$ $\text{Valor NC graves} = 3 \times 1/20 \times \text{PBR} \times \text{N}^\circ \text{ NC graves}$ $\text{Valor NC materiais} = 1/200 \times 3 \times 1/20 \times \text{PBR} \times \text{N}^\circ \text{ entradas} \times \text{N}^\circ \text{ falhas} \times \text{N}^\circ \text{ NC materiais}$
	<b>A.2 SIGIC</b> – Redução do nº de inscritos em LIC de ortopedia, face a dezembro de 2015, em pelo menos 10%. <b>(5%)</b>	<p>Varição da LIC de Ortopedia &gt; -10%</p> $P = \text{valor contrato} \times 1\% \times 5\%$

<p><b>A.3 SIGIC</b> – Redução do número de cancelamentos, face ao total de 2015, em pelo menos 10% <b>(5%)</b></p>	<p>Variação do nº de cancelamentos &gt; -10%  <b>P</b> = valor contrato x 1% x 5%</p>
<p><b>A.4 CTH</b> – Gestão dinâmica da Lista de Inscritos de Oftalmologia <b>(5%)</b></p>	<p>Variação, face a 2015, do nº de pedidos não concluídos &gt; -10%  (exceto nos casos em que as consultas realizadas dentro TMRG &gt;= 85%)  <b>P</b> = valor contrato x 1% x 5%</p>
<p><b>A.5 CTH</b> – Redução nº casos cujo intervalo entre o pedido e agendamento é &gt;5 dias em 20% <b>(5%)</b></p>	<p>Variação, face a 2015, do nº de casos cujo intervalo entre o pedido e o agendamento é superior a 5 dias &gt; -20%    <b>P</b> = valor contrato x 1% x 5%</p>
<p><b>A.6 CTH</b> - Peso das primeiras consultas de dermatologia realizadas por telemedicina no total de primeiras consultas de dermatologia igual ou superior a 50% <b>(5%)*</b></p>	<p>1<sup>as</sup> consultas dermatologia realizadas por telemedicina (CTH) / total de 1<sup>as</sup> consultas de dermatologia (CTH) &lt; 50%    <b>P</b> = valor contrato x 1% x 5%</p>
<p>* No caso das instituições que não têm consulta de dermatologia os indicador A.7 assumem um peso de 10% <b>(5%)</b></p>	
<p><b>A.7 CTH</b> - Redução nº pedidos Rec. em 25% <b>(5%)</b></p>	<p>Variação, face a 2015, do nº de pedidos recusados &gt; -25% <b>P</b>= valor contrato x 1% x 5%</p>
<p><b>A.8</b> Variação do recurso ao exterior para realização de MCDT <b>(10%)</b></p>	<p>Variação dos número de MCDT realizados no exterior &gt; -25%  <b>P</b>= valor contrato x 1% x 10%</p>
<p><b>A.9</b> Variação dos encargos SNS com medicamentos biológicos, face a 2015, acima da variação média nacional <b>(5%)</b></p>	<p>Variação dos encargos &gt; Variação média nacional  <b>P</b> = <b>valor contrato x 1% 5 %</b></p>

<p><b>B. Reporte e publicação de informação de gestão (16%)</b></p>	<p><b>B.1</b> Reporte mensal Sica - % dados com incoerências inferior a 1% <b>(4%)</b></p>	<p>Relatório qualidade de dados com apuramento incoerências superior a 1%  <b>P</b> = valor contrato x 1% x 4%</p>
	<p><b>B.2</b> Reporte de informação financeira no SIEF mensalmente até ao dia 10 <b>(4%)</b></p>	<p>Reporte em data posterior ao dia 10 em cada mês de incumprimento    <b>P</b> = valor contrato x 1% x 4% x (1/12)</p>
	<p><b>B.3</b> Publicação no Portal do SNS dos Instrumentos de gestão obrigatórios <b>(4%)</b></p>	<p>Disponibilização &lt; 90%  <b>P</b> = valor contrato x 1% x 4%</p>
	<p><b>B.4</b> ROR – Reporte de Informação para o Registo Oncológico Regional <b>(4%)</b></p>	<p>Reporte em data posterior ao dia 10 em cada mês de incumprimento  <b>P</b> = valor contrato x 1% x 4%</p>

<p><b>C. Registo, consulta, partilha de informação e desmaterialização de processos (24%)</b></p>	<p><b>C.1</b> Disponibilização das notas de altas médicas dos doentes saídos no período <b>(3%)</b></p>	<p>Disponibilização &lt; 75%  <b>P</b> = valor contrato x 1% x 3%</p>
---	---	---

<b>C.2</b> Disponibilização das notas de altas de enfermagem dos doentes saídos no período	<b>(3%)</b>	Disponibilização <75% P = valor contrato x 1% x 3%
<b>C.3</b> Disponibilização das notas de Transferências dos doentes saídos das UCI	<b>(3%)</b>	Disponibilização <75% P = valor contrato x 1% x 3%
<b>C.4</b> Percentagem de episódios de urgência com consulta à PDS	<b>(3%)</b>	Consultas <75% P = valor contrato x 1% x 3%
<b>C.5</b> % episódios com consulta à PDS	<b>(3%)</b>	Consultas <75% P = valor contrato x 1% x 3%
<b>C.7</b> % de embalagens prescritas em Receita Sem Papel (RSP)	<b>(4%)</b>	RSE <85% P = valor contrato x 1% x 4%
<b>C.8</b> % notícias de nascimento, no total partos	<b>(2%)</b>	Notícias <75% P = valor contrato x 1% x 2%
<b>C.9</b> Taxa de registo de utilização da "Lista de Verificação Segurança Cirúrgica"	<b>(3%)</b>	Taxa de registo < 95% P = valor contrato x 1% x 3%

---

<b>E. Cobrança de receita (5%)</b>	<b>E.1. Cobrança efetiva receita (5%)</b>	Cobrança < 90% P = valor contrato x 1% x 5%
------------------------------------	---	--

---

% NC - Corresponde à percentagem de não conformidades anuais face ao número de entradas efetivas na lista de inscritos para cirurgia, ou seja nº de episódios que entraram na lista de inscritos excluindo as entradas canceladas nesse ano por erro da instituição

PBR - corresponde ao preço base de referência para a atividade cirúrgica no âmbito do contrato-programa

### **1.10. Contratualização interna para 2016 e Criação de Centros de Responsabilidade Integrada (CRI)**

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

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

práticas, para valorizar a diferenciação, o empenho, o trabalho desenvolvido e os resultados obtidos e para reconhecer o mérito, publicamente e inter pares.

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

Em 2016, todos os Hospitais, Centros Hospitalares e ULS devem ter implementados processos de contratualização interna que valorizem a governação clínica, o desempenho assistencial e a sustentabilidade económico-financeira dos serviços e das instituições e que assegurem que os compromissos e os objetivos são assumidos internamente pela organização e desagregados pelos diferentes departamentos e serviços segundo uma filosofia de prestação de contas a todos os níveis, de avaliação do desempenho e do mérito.

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

Devem ainda implementar um plano de comunicação interna bem estruturado, que envolva e mobilize os profissionais no processo de contratualização interna e que assegure o alinhamento estratégico nas instituições.

Durante o ano de 2016 serão implementados projetos-piloto de Centros de Responsabilidade Integrada no SNS, os quais permitirão reformar a organização interna dos Hospitais para se obter maior eficiência, responder aos objetivos estratégicos da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, da garantia do acesso e da sustentabilidade do SNS, transformando as instituições hospitalares em organizações adaptadas à modernidade, competitivas num mercado global e efetivas na criação de valor para os utentes e sociedade.

Os Centros de Responsabilidade Integrada terão um modelo de trabalho com tempos dedicados a formação, ensino e investigação e contratualizam produção base e produção adicional, criando-se incentivos ao desempenho e contribuindo assim para o aumento do acesso e para a redução das listas de espera nas instituições hospitalares.

### 1.11. Acompanhamento do processo de contratualização com hospitais e ULS para 2016

A atividade contratada com os Hospitais e Centros Hospitalares e ULS pode ser objeto de monitorização mensal através dos relatórios de monitorização do Portal SICA, assim como através dos *dashboards* de monitorização mensal e de *benchmarking* que são publicados no *microsite* de “Monitorização do Serviço Nacional de Saúde”, alojado no sítio institucional da ACSS ([www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt)).

O processo de acompanhamento dos contratos-programa dos Hospitais e Centros Hospitalares e ULS para 2016 deverá decorrer de acordo com o cronograma e a metodologia proposta na tabela seguinte.

**Tabela 3 - Acompanhamento do desempenho Hospitais e Centros Hospitalares em 2016**

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
15-MAIO-2016	Reunião de acompanhamento do 1º trimestre.	ARS
15-SET-2016	Reunião de acompanhamento do 2º trimestre.	ARS
30-OUT-2016	Reunião de acompanhamento do 3º trimestre.	ARS

Os momentos de acompanhamento definidos na tabela anterior são promovidos pelas ARS e devem ser usados para discussão de estratégias, partilha de responsabilidades e reprogramação das atividades a realizar pelos Hospitais e Centro Hospitalares, assim como podem ser usados para renegociação de metas de indicadores, sempre que se verifiquem alterações relevantes aos pressupostos da contratualização.

As alterações consideradas necessárias, assim como as justificações devem ser apresentadas pelas ARS à ACSS, e só serão consideradas válidas se forem aprovadas pela tutela.

Recorda-se ainda que as instituições devem elaborar os respetivos Relatórios Analíticos mensais sobre o desempenho assistencial e económico-financeiro, e enviá-los à ARS respetiva e à ACSS.

### 1.12. Avaliação do processo de contratualização para 2016

O valor dos incentivos institucionais será atribuído de acordo com o cumprimento das metas que vierem a ser negociadas com os Conselhos Diretivos das ARS (através dos seus Departamentos de Contratualização), para os indicadores selecionados, avaliado de acordo com mecanismo definido como Índice de Desempenho Global introduzido em 2012.

### 1.13. Faturação do Contrato-Programa para 2016

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

O processo de faturação dos contratos-programa em 2016 assenta num conjunto de objetivos que estão presentes na arquitetura de todo o processo de validação da atividade e conferência da faturação dos contratos-programa das instituições hospitalares, nomeadamente:

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

Ainda durante o ano de 2016 iniciar-se-á um trabalho que conduza à implementação de um novo processo de validação da atividade e conferência da faturação dos contratos-programa das instituições hospitalares, o qual constitui uma alteração estrutural e profunda do atual processo. Esta alteração garantirá um processo mais automático, ágil e uniforme a nível nacional e permitirá a interoperabilidade com outros sistemas de informação, nomeadamente com os que suportam a componente económico-financeira das várias instituições envolvidas neste processo.

Para 2016 só será aceite a faturação da atividade que estiver codificada de acordo com a uniformização da nomenclatura dos serviços clínicos de internamento e ambulatório, definida na Circular Normativa n.º 20/2015/DPS, de 19 de novembro, que estabelece que a informação reportada será feita através do código de 16 dígitos resultante do mapeamento efetuado pelas Instituições.

## 2. Auditorias, acreditação e melhoria contínua

Anualmente são realizadas pela ACSS várias auditorias periódicas à execução dos contratos-programa dos Hospitais e Centros Hospitalares e ULS, na componente referente à codificação clínica e aos dados administrativos presentes na base de dados de GDH (aleatórias e dirigidas), na área específica da atividade cirúrgica realizada e na parte referente à atividade efetivamente faturada no âmbito desses contratos-programa.

No caso específico das auditorias à codificação clínica e aos dados administrativos presentes na base de dados de GDH, será executado em 2016 o plano de trabalho que permitirá aferir o grau de conformidade da Codificação Clínica efetuada de acordo com as normas da ICD-9-MC, “*Coding Clinic*” e os Consensos estabelecidos pela equipa de médicos codificadores e auditores da ACSS. Estas auditorias contribuem para assegurar que a codificação clínica dos episódios é corretamente efetuada e que a parte do financiamento das instituições de saúde que está associada ao internamento e ambulatório médico e cirúrgico está de acordo com as normas e regras em vigor.

As auditorias à faturação no âmbito do Contrato-Programa permitem verificar o grau de cumprimento das normas de faturação das várias linhas de atividade hospitalar, especialmente no ambulatório médico, nas consultas externas, urgências, hospital de dia, interrupção da gravidez, diagnóstico pré-natal, serviço domiciliário e medicamentos de cedência hospitalar, em que é selecionada uma amostra estatística e outras amostras não estatísticas, nomeadamente, de episódios faturados correlacionados com a amostra estatística, episódios simultâneos ocorridos no mesmo dia para o mesmo doente e outras situações que carecerem de maior foco devido ao seu risco potencial elevado. Também na área específica da atividade cirúrgica programada realizada nas instituições hospitalares será executado em 2016 um Plano de Auditorias que, por um lado, procederá à avaliação da implementação dos circuitos de informação e da prestação de cuidados na área cirúrgica e do sistema de controlo interno dos Hospitais auditados, análise da fiabilidade da informação produzida e da verificação da capacidade instalada na área cirúrgica que se encontra registada no SIGLIC, verificação do cumprimento dos requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações para a realização da atividade cirúrgica estipulados pela tutela e, por outro lado, à avaliação dos processos clínicos no âmbito dos episódios terapêuticos cirúrgicos, em termos da qualidade dos registos administrativos e clínicos, com enfoque na exatidão e validade dos registos nos documentos constituintes do episódio terapêutico em análise e em conformidade com os registos existentes com a informação registada na aplicação SIGLIC.

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

## **ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP**

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16, Avenida do Brasil, 53

1700-063 LISBOA | Portugal