



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL  
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

OTIMIZAR RECURSOS  
GERAR EFICIÊNCIA



## **Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018**

novembro de 2017



**REPÚBLICA  
PORTUGUESA**

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

## Índice

<b>Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018.....</b>	<b>1</b>
<b>0. Nota Prévia.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Diagnóstico de necessidades em saúde e definição de prioridades assistenciais .....</b>	<b>7</b>
1.1. Prioridades definidas no plano nacional de saúde – revisão e extensão 2020.....	7
1.2. Prioridades definidas nos planos regionais e locais de saúde .....	7
1.3. Informação sobre mortalidade .....	8
1.4. Informação sobre morbilidade.....	8
1.5. Determinantes da saúde e caracterização da população residente.....	9
1.6. Gestão do acesso e resposta à procura expressa.....	10
<b>2. Orientações gerais do processo de contratualização de cuidados no SNS em 2018 .....</b>	<b>11</b>
<b>3. Termos de referência para contratualização nos cuidados primários em 2018.....</b>	<b>13</b>
3.1. Instruções para o processo negocial nos cuidados de saúde primários .....	13
3.2. Arquitetura do processo de contratualização nos cuidados primários .....	14
3.3. Cronograma de negociação com os cuidados de saúde primários .....	14
3.4. Contratualização interna nos cuidados de saúde primários .....	15
3.4.1. Negociação da contratualização interna .....	15
3.4.1.1. Negociação da contratualização interna com USF e UCSP .....	15
3.4.1.2. Negociação da contratualização interna com UCC .....	17
3.4.1.3. Negociação da contratualização interna com as USP.....	18
3.4.1.4. Negociação da Contratualização interna com as URAP .....	19
3.4.2. Acompanhamento contratualização interna.....	21
3.4.3. Avaliação da contratualização interna .....	21
3.5. Contratualização Externa nos cuidados de saúde primários .....	22
3.5.1. Fase de negociação da contratualização externa .....	22
3.5.1.1. Plano de Desempenho .....	22
3.5.1.2. Contrato-programa .....	26
3.5.2. Acompanhamento da contratualização externa nos cuidados primários .....	26
3.5.3. Avaliação da contratualização externa nos cuidados primários .....	26
<b>4. Termos de Referência para contratualização nos cuidados hospitalares 2018 .....</b>	<b>27</b>
4.1. Instruções para o processo negocial nos cuidados hospitalares.....	27
4.1.1. Para contratação da atividade nos cuidados hospitalares.....	27
4.1.2. Para o desempenho económico-financeiro .....	29
4.2. Cronograma de negociação com os cuidados hospitalares.....	30
4.3. Alocação de recursos financeiros para contratação com os Hospitais e Centros Hospitalares .....	30
4.4. Contratualização externa nos cuidados hospitalares - regras de contratação e pagamento .....	31
4.4.1. Prestação de cuidados a pessoas com doença em situação aguda .....	31
4.4.1.1. Internamento hospitalar .....	31

4.4.1.2.	Atividade cirúrgica .....	32
4.4.1.2.1.	Programa incentivo à realização de atividade cirúrgica no SNS .....	33
4.4.1.2.2.	Responsabilidade financeira pela não prestação atempada cuidados cirúrgicos .....	33
4.4.1.3.	Ambulatório médico e cirúrgico .....	34
4.4.1.4.	Consultas externas .....	35
4.4.1.5.	Consultas hospitalares descentralizadas nos CSP .....	37
4.4.1.6.	Atendimentos urgentes.....	37
4.4.1.7.	ECMO .....	39
4.4.1.8.	Sessões de hospital de dia.....	40
4.4.1.9.	Sessões de radioterapia .....	40
4.4.1.10.	Cuidados domiciliários.....	41
4.4.1.10.1.	Atividade hospitalar no domicílio .....	41
4.4.1.10.2.	Hospitalização domiciliária .....	41
4.4.2.	Prestação de cuidados no âmbito de programas de saúde específicos .....	42
4.4.2.1.	Programa apoio hospitalar aos rastreios base populacional: mama, colo do útero e cólon e reto .....	42
4.4.2.2.	Programa de diagnóstico pré-natal.....	42
4.4.2.3.	Programa para procriação medicamente assistida (PMA) .....	43
4.4.2.4.	Banco de gâmetas .....	43
4.4.2.5.	Programa para a redução da taxa de cesarianas .....	44
4.4.2.6.	Programa “nascer utente” .....	44
4.4.2.7.	Programa para interrupção voluntária da gravidez .....	44
4.4.2.8.	Programa tratamento cirúrgico da obesidade (PTCO) .....	45
4.4.3.	Prestação de cuidados a pessoas a viver com patologias crónicas .....	46
4.4.3.1.	Programa de Tratamento de Doentes com dispositivos PSCI.....	46
4.4.3.2.	Programa de tratamento ambulatório de pessoas portadoras de infeção pelo vírus Hepatite C.....	47
4.4.3.3.	Programa de tratamento ambulatório de pessoas a viver com infeção VIH/sida .....	47
4.4.3.4.	Programa de tratamento ambulatório de pessoas a viver com hipertensão arterial pulmonar .....	48
4.4.3.5.	Programa de tratamento ambulatório de pessoas a viver com esclerose múltipla .....	49
4.4.3.6.	Programa tratamento de novos doentes com patologia oncológica da mama, colo do útero, colon e reto, Próstata, Pulmão e Mieloma.....	49
4.4.3.7.	Programa tratamento doentes com polineuropatia amiloidótica familiar (Paramiloidose).....	50
4.4.3.8.	Programa de tratamento a doentes portadores de doenças lisossomais de sobrecarga.....	51
4.4.3.9.	Programa para colocação de implantes cocleares .....	52
4.4.3.10.	Programa telemonitorização da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).....	52
4.4.3.11.	Programa telemonitorização do status pós enfarte agudo do miocárdio (EAM).....	53
4.4.3.12.	Programa telemonitorização insuficiência cardíaca crónica (ICC) .....	53
4.4.3.13.	Programa Piloto de Tratamento de Doentes com Perturbação Mental Grave .....	53
4.4.3.14.	Programa de gestão dos doentes mentais internados em instituições do setor social.....	54

4.4.4.	Prestação de cuidados de saúde em centros de referência .....	54
4.4.5.	Prestação Cuidados em Centros Responsabilidade Integrados .....	57
4.4.6.	Prestação de cuidados a doentes em seguimento por equipas específicas de cuidados paliativos .....	58
4.4.7.	Incentivos Institucionais de Desempenho Assistencial e de Eficiência .....	60
4.4.7.1.	Incentivos para os Hospitais e centros hospitalares.....	60
4.4.7.2.	Incentivos para os IPO .....	61
4.4.7.3.	Incentivos para os hospitais psiquiátricos .....	62
4.4.8.	Incentivos de <i>benchmarking</i> .....	63
4.4.9.	Incentivos à avaliação de resultados na ótica dos utentes .....	63
4.4.10.	Penalidades associadas ao Contrato-programa.....	64
4.4.11.	Programa de promoção de investigação e desenvolvimento 2018.....	66
4.4.12.	Áreas Específicas com Financiamento Autónomo .....	67
4.4.13.	Aplicação de flexibilidade regional na fixação dos preços nas ARS .....	68
4.4.14.	EBITDA e Custos de Contexto.....	69
4.4.15.	Orçamento global e produção marginal .....	69
4.4.16.	Medicamentos prescritos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia comunitária.....	70
4.5.	Contratualização interna nos hospitais .....	71
4.6.	Acompanhamento do processo de contratualização hospitalar .....	72
4.7.	Avaliação do processo de contratualização hospitalar .....	72
4.8.	Faturação do Contrato-programa .....	73
<b>5.</b>	<b>Metodologia de Contratualização com as ULS para 2018 .....</b>	<b>74</b>
5.1.	Instruções para o processo negocial nas ULS .....	74
5.2.	Alocação de recursos financeiros às ULS .....	75
5.3.	Contratualização externa com as ULS - Regras contratação .....	75
5.3.1.	Adaptações no caso dos cuidados de saúde primários .....	75
5.3.2.	Adaptações no caso dos cuidados hospitalares .....	75
5.4.	Incentivos nas ULS .....	76
5.5.	Contratualização interna nas ULS.....	77
5.6.	Acompanhamento do processo de contratualização com as ULS .....	78
5.7.	Avaliação do processo de contratualização com as ULS .....	78
<b>6.</b>	<b>Metodologia de Contratualização em Cuidados Continuados Integrados.....</b>	<b>79</b>
6.1.	Instruções para o processo negocial na RNCCI.....	80
6.2.	Arquitetura do processo de contratualização na RNCCI.....	81
<b>7.</b>	<b>Avaliação da satisfação dos utilizadores .....</b>	<b>82</b>
<b>8.</b>	<b>Auditorias, Acreditação e melhoria contínua .....</b>	<b>83</b>

## 0. NOTA PRÉVIA

Através do presente documento estabelecem-se os princípios orientadores do processo de contratualização de cuidados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para 2018, no que respeita a atividades, objetivos e resultados a alcançar, contribuindo para a consolidação de uma cultura de gestão rigorosa, equilibrada, responsável e transparente no SNS.

O ano de 2018 será o segundo ano de vigência do Contrato-programa do triénio 2017-2019, pretendendo-se contribuir para o reforço do diagnóstico das necessidades em saúde da população e para a disseminação das boas práticas assistenciais e organizacionais que assegurem elevados níveis de acesso, qualidade e eficiência no SNS, colocando as pessoas e as suas famílias no centro das intervenções de todos os prestadores de cuidados, valorizando o desempenho dos profissionais de saúde e incentivando a articulação e a coordenação entre as instituições do SNS.

Os Termos de Referência que suportam este processo de contratualização para 2018 operacionalizam as orientações da Política de Saúde e consideram medidas transversais às várias entidades do Ministério da Saúde, nomeadamente à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), às Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS), à Direção-Geral da Saúde (DGS), à Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED), à SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, às Coordenações Nacionais da Reforma do SNS para a área dos Cuidados de Saúde Primários (CNCSP), dos Cuidados de Saúde Hospitalares (CNC SH) e dos Cuidados Continuados Integrados (CNCCI), à Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), à Comissão Nacional para os Centros de Referência (CNCRE), ao Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, entre outras.

O documento de 2018 reúne o conjunto de orientações para a contratualização nos cuidados de saúde primários, hospitalares e integrados, à semelhança do sucedido no ano anterior, introduzindo pela primeira vez a contratualização do desempenho assistencial nas unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

O processo de contratualização de 2018 permite ainda introduzir melhorias dirigidas a cada uma das vertentes da prestação de cuidados de saúde específicas, destacando-se:

- A consolidação do processo nos cuidados de saúde primários, de acordo com a filosofia implementada em 2017, a qual aprofunda a componente de Governação Clínica e de Saúde e reorienta o foco contratual dos indicadores e das metas, passando-o para a negociação das práticas clínicas a implementar pelas equipas;
- A contratação de atividade hospitalar orientada para uma prestação de cuidados com qualidade, eficiência e em tempo adequado, destacando-se:
  - o O reforço da contratação de atividade programada, nomeadamente nas primeiras consultas hospitalares, nas cirurgias, na hospitalização domiciliária e telemonitorização de doenças crónicas;



- A atualização das regras de pagamento da atividade realizada em determinadas áreas, nomeadamente nas doenças oncológicas, nas doenças lisossomais de sobrecarga e no tratamento em ambulatório de pessoas a viver com infeção HIV Sida;
- A introdução de novas modalidades de pagamento em novas áreas de atividade, nomeadamente os programas de rastreio de base populacional, o tratamento da infeção pelo vírus Hepatite C, as doenças mentais graves e a disponibilização de ajudas técnicas no âmbito do Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio;
- A valorização da atividade realizada nos CRe, nos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), nos Centros de Investigação Clínica, nas respostas de TeleSaúde e na Rede de Cuidados Paliativos;
- O reforço dos mecanismos de incentivo ao desempenho das instituições hospitalares, baseados no nível de atividade esperado, no *benchmarking* e nos resultados avaliar o estado de saúde do utente com base na sua própria perceção/experiência, contribuindo para a medição dos resultados em saúde e na partilha das boas práticas assistenciais e de eficiência que estão implementadas no SNS;
- A introdução do processo de monitorização e avaliação do desempenho a implementar na RNCCI para o biénio 2018-2019;
- A valorização das respostas no domicílio e na comunidade, integrando de forma coerente vários modelos de intervenção e de pagamento já existentes no SNS, nomeadamente:
  - Ao nível dos cuidados de saúde primários - domicílios médicos e de enfermagem das Unidades de Saúde Familiares (USF), das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e das Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC);
  - Ao nível dos cuidados hospitalares – hospitalização domiciliária, serviço domiciliário, descentralização de consultas hospitalares nos cuidados primários, respostas de teleconsulta e de telemonitorização de doentes a viver com patologias crónicas, entre outras;
  - Ao nível dos cuidados continuados – equipas de cuidados continuados integrados (ECCI).
- A concretização do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos utentes no SNS que foi lançado em 2017 e que permite apoiar financeiramente (35 M€) o desenvolvimento de 61 projetos a nível nacional, distribuídos pelas tipologias que compõem este Programa;
- A disponibilização de instrumentos de governação que promovam a inovação organizacional no SNS, designadamente através da implementação do SIGA - Sistema Integrado de Gestão do Acesso enquanto mecanismo de acompanhamento do percurso do utente e de monitorização dos TMRG - Tempos Máximos de Resposta Garantidos, da implementação plena dos CRI e da aplicação dos Regulamentos e das Tabelas de Preços no SNS que definem os preços e as condições em que se pode efetuar a remuneração da produção adicional realizada pelas equipas.

O documento organiza-se em 8 capítulos, que se desenvolvem após a apresentação desta Nota Prévia.

## 1. DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES EM SAÚDE E DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES ASSISTENCIAIS

O processo de contratualização de cuidados de saúde visa responder às necessidades em saúde dos cidadãos e, nesta sequência, os vários agentes envolvidos na sua execução, nomeadamente as ARS e as entidades prestadoras de cuidados, devem considerar as orientações e os objetivos vertidos no Plano Nacional de Saúde (PNS).

Este alinhamento dos instrumentos de Governação em Saúde permite que as regras de contratualização e financiamento possam alavancar os objetivos traçados no PNS, concorrendo assim para a operacionalização dos seus quatro eixos estratégicos transversais: “*Cidadania em Saúde*”, “*Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde*”, “*Qualidade em Saúde*” e “*Políticas Saudáveis*”.

Sem prejuízo de serem considerados outros instrumentos, estudos e informações regionais e locais complementares, importa assegurar que as prioridades assistenciais estabelecidas para o processo de contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018 seguem os aspetos identificados em seguida.

### 1.1. PRIORIDADES DEFINIDAS NO PLANO NACIONAL DE SAÚDE – REVISÃO E EXTENSÃO 2020

O PNS constitui um elemento basilar da Política de Saúde em Portugal, traçando o rumo estratégico da sua intervenção e desempenhando um “*papel agregador e orientador das medidas consideradas mais relevantes para a obtenção de mais ganhos em saúde para a população residente em Portugal*”.

Assim, os compromissos assistenciais a estabelecer com as entidades prestadoras de cuidados de saúde devem considerar as prioridades e as metas definidas no Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020, nomeadamente:

1. Reduzir a mortalidade prematura (idade  $\leq 70$  anos), para um valor inferior a 20%;
2. Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%;
3. Reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com idade  $\geq 15$  anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental;
4. Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020.

### 1.2. PRIORIDADES DEFINIDAS NOS PLANOS REGIONAIS E LOCAIS DE SAÚDE

As ARS têm vindo a desenvolver os respetivos Planos Regionais de Saúde (PRS), os quais estão alinhados com o PNS e servem de orientação para os Planos Locais de Saúde (PLS) dos vários prestadores de cuidados de saúde do SNS, identificando e hierarquizando as necessidades em saúde da população, estabelecendo os objetivos a alcançar e definindo as estratégias e as medidas a implementar no SNS.

### 1.3. INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE

Os indicadores de mortalidade permitem monitorizar o estado de saúde da população, assim como identificar e priorizar as necessidades e as intervenções sobre os principais problemas de saúde.

A redução da mortalidade prematura é um dos objetivos definidos no âmbito do PNS – Revisão e Extensão 2020, pretendendo-se que fique abaixo dos 20% em 2020 (em 2012 era de 22,68% e em 2016 de 21,45% <sup>1</sup>).

Nesta perspetiva, o processo de contratualização de cuidados de saúde para 2018 deve considerar a informação referente à mortalidade em Portugal, com destaque para as publicações do Instituto Nacional de Estatística (INE) e da DGS, por forma a contribuir para o objetivo global de redução da mortalidade prematura até 2020.

### 1.4. INFORMAÇÃO SOBRE MORBILIDADE

Analisar a morbilidade em saúde permite apoiar a definição das prioridades assistenciais que os vários prestadores de cuidados devem seguir, conhecendo-se assim melhor as necessidades em saúde das pessoas e rentabilizando-se o trabalho dos profissionais que efetuam os registos clínicos que permitem monitorizar os cuidados de saúde prestados à população.

No âmbito do SNS existem pelo menos dois processos sistemáticos e regulares de recolha de informação sobre a morbilidade presente na população, nomeadamente:

#### - REGISTO DE MORBILIDADE EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Mantém-se em curso a codificação da carga de doença ao nível dos cuidados de saúde primários com base na *International Classification of Primary Care* (ICPC), que permite obter informação sobre a morbilidade da população que tem contacto com este nível de cuidados, através da codificação sistemática dos problemas de saúde identificados nas consultas dos médicos de família, verificando-se um aumento gradual da proporção de consultas médicas presenciais com classificação ICPC (em dezembro de 2016, este indicador atingiu os 95,7%, valor superior aos 69,2% de 2011).

O conhecimento dos problemas de saúde das listas de utentes permite uma melhor Governação Clínica e de Saúde, sendo já possível que todos os ACES, Unidades funcionais e Hospitais obtenham, através do SIM@SNS, informação sobre a população da sua área de abrangência, o que permite, entre outros: (1) caracterizar os utentes; (2) caracterizar a atividade desenvolvida; (3) programar atividade.

#### - REGISTO DE MORBILIDADE EM CUIDADOS HOSPITALARES

Atualmente, toda a atividade realizada em internamento hospitalar, para além de uma grande parte daquela que é realizada em ambulatório (nomeadamente cirúrgico), é codificada através de um médico

<sup>1</sup> Fonte: DGS, Principais Indicadores da Saúde para Portugal, 2012-2016 (<https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/principais-indicadores.aspx>)



codificador responsável por transcrever para códigos da Classificação Internacional das Doenças (ICD) a informação clínica que se encontra registada no processo clínico do utente.

Decorre assim, que a codificação clínica se encontra estreitamente relacionada com a qualidade dos registos clínicos efetuados pelos profissionais e equipas que assistem os utentes nos hospitais devendo existir, por parte das instituições, um esforço de melhoria da qualidade dos registos clínicos<sup>2</sup>.

A entrada em vigor em Portugal, no ano de 2017, do sistema de codificação clínica ICD-10-CM/PCS, substituindo a ICD 9 CM, representou uma melhoria significativa na caracterização da morbilidade hospitalar, na medida em que a nova codificação tem uma terminologia mais compatível com a prática clínica atual e permite uma maior exaustividade, especificidade e precisão dos registos.

A informação codificada é agrupada em GDH, sendo posteriormente remetida para a Base de Dados Nacional de Morbilidade Hospitalar (BDMH), alojada na ACSS. Esta BDMH tem sido distribuída trimestralmente a todas as ARS, permitindo conhecer a morbilidade hospitalar da população do País.

Durante o primeiro trimestre de 2018 entrará em produção uma ferramenta de *Business Intelligence* para a Morbilidade Hospitalar (BI MH), que consiste na construção e manutenção de um *Data Warehouse* alimentado pela BDMH e na disponibilização de uma ferramenta de exploração de dados que ficará acessível às ARS e a todas as unidades hospitalares.

Implementada em fase piloto em 4 unidades no último trimestre de 2017, o alargamento desta ferramenta a todas as instituições em 2018 permitir-lhes-á tratar os dados dos episódios codificados em ICD9CM e ICD10CM/PCS e agrupados em GDH, convertê-los em informação útil e disponibilizá-los aos vários serviços e profissionais no formato de *Reports* ou *Dashboards*.

Todas as instituições terão acesso aos episódios de todas as instituições, o que permitirá a realização de comparações várias.

### 1.5. DETERMINANTES DA SAÚDE E CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE

Conhecer os fatores que condicionam positiva ou negativamente o estado de saúde da população (sociais, comportamentais, culturais, económicos e outros) contribui para a identificação das necessidades em saúde e permite antecipar a ocorrência de problemas de saúde.

A ACSS, em parceria com o INE, com as ARS e com as instituições do SNS, tem vindo a recolher informação demográfica e epidemiológica sobre a população, a qual permite capacitar o processo de contratualização e adequar a resposta prestada pelas instituições, sendo passível de disponibilização.

---

<sup>2</sup> O atual agrupador de GDH de tipo APR pode ser utilizado na revisão de processos clínicos, nomeadamente ao identificar os episódios agrupados em níveis de severidade baixos (1 e 2) mas com tempos de internamento muito próximos do limiar de exceção superior ou os episódios agrupados em níveis de risco de mortalidade igualmente baixos (1 e 2) mas onde o doente faleceu. Não pondo em causa a boa prática clínica, estes indicadores servem antes de apoio para uma revisão da qualidade da informação clínica presente nos respetivos processos clínicos e adequação das práticas de registo. Por outro lado, os episódios com o indicador PNA (Presente na Admissão), Desconhecido, ou Indeterminado são também bons indícios para a revisão da informação do processo do doente.

## 1.6. GESTÃO DO ACESSO E RESPOSTA À PROCURA EXPRESSA

Contribuir para melhoria do acesso aos cuidados de saúde é um dos objetivos prioritários do processo de contratualização de cuidados no SNS para 2018.

De facto, o aumento que se tem registado nos últimos anos, quer ao nível das necessidades em saúde, quer ao nível do acesso dos utentes ao SNS, exige que seja dada continuidade ao reforço das respostas deste Serviço Público, desde os cuidados de saúde primários aos cuidados continuados ou paliativos, procurando assim garantir a todos os cidadãos um acesso equitativo, atempado e transparente aos serviços de saúde.

Nesta matéria, a implementação do SIGA<sup>3</sup> pretende contribuir para que o SNS se reorganize em torno do cidadão, das suas necessidades e das suas expectativas, promovendo o envolvimento do utente na gestão do seu percurso na procura de cuidados de saúde e atribuindo maior responsabilidade às instituições do SNS pelo cumprimento integral dos TMRG<sup>4</sup> em todas as prestações de saúde.

Durante o ano de 2018 estarão em fase de implementação as várias componentes do SIGA, as quais permitem obter uma visão completa do percurso do utente no sistema, de forma transversal e integrada, desde a identificação de um problema de saúde, até à sua resolução.

O SIGA incorpora o mecanismo de Livre Acesso e Circulação (LAC) no SNS que foi implementado em 2016<sup>5</sup>, permitindo assim que o utente que necessita de uma consulta de especialidade hospitalar possa, em conjunto com o médico de família responsável pela referenciação, optar por qualquer uma das unidades hospitalares do SNS onde exista a especialidade em causa.

Deixou assim de existir uma rede pré-definida para os pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar, sendo dado ao utente a possibilidade de escolher qual o hospital de destino que prefere, em conjunto com o seu médico de família<sup>6</sup>.

<sup>3</sup> O SIGA é regulamentado através da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril.

<sup>4</sup> Os TMRG estão definidos na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio.

<sup>5</sup> O LAC foi implementado na sequência do Despacho Ministerial n.º 6170-A/2016, publicado na 2.ª série do Diário da República, N.º 89, 9 de maio de 2016.

<sup>6</sup> Entre junho de 2016 e outubro de 2017, o LAC permitiu a 254.818 utentes escolher um hospital diferente do da sua área de residência para terem uma primeira consulta de especialidade, o que representa 10,6% do total das primeiras consultas realizadas neste período (Fonte: ACSS)

## 2. ORIENTAÇÕES GERAIS DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO DE CUIDADOS NO SNS EM 2018

O processo de contratualização de cuidados de saúde pretende contribuir para o objetivo geral de garantir elevados níveis de acesso ao SNS, com qualidade e eficiência dos cuidados prestados à população, incentivando a melhoria global da performance na gestão dos recursos disponíveis no Setor da Saúde, e contempla três instrumentos essenciais, que devem estar presentes de forma equilibrada:

- A contratação de atividade – assegurar que os prestadores se comprometem com um quadro de produção expectável, face às necessidades da população e aos recursos disponíveis;
- Os modelos de financiamento e as modalidades de pagamento - alavancar o comportamento dos prestadores e alinhar os objetivos individuais com o processo global de prestação de cuidados;
- A medição da performance – medir e comparar o desempenho das instituições em áreas estratégicas e prioritárias a nível nacional, através de indicadores de processo, output e resultado.

Nesta perspetiva, o processo de 2018 considera os seguintes **objetivos gerais e transversais**:

- i. Considerar as prioridades e as metas definidas no Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão 2020, e nos Planos Regionais e Locais de Saúde;
- ii. Reforçar a vigilância epidemiológica, a promoção da saúde e prevenção da doença, com intervenção sobre os principais determinantes da saúde, através de estratégias para reduzir a mortalidade e a carga de doença e para garantir a sustentabilidade das instituições do SNS;
- iii. Estimular a implementação de programas de Governação Clínica e de Saúde, potenciadores da criação de respostas adequadas aos problemas e às necessidades em saúde;
- iv. Responsabilizar as entidades do SNS através da negociação das práticas clínicas, dos objetivos e das medidas a implementar, assegurando a monitorização atempada e a avaliação rigorosa e participada;
- v. Promover a autonomia técnica dos profissionais e das instituições do SNS, valorizando a participação de todos na definição das estratégias a implementar, em função dos recursos efetivamente disponíveis;
- vi. Fomentar o processo de contratualização interna, reforçando a autonomia e a responsabilidade dos profissionais e das equipas e promovendo o alinhamento, o compromisso e a melhoria contínua;
- vii. Potenciar a indução de mecanismos de autorregulação e de competição positiva entre as entidades do SNS que beneficie utentes, profissionais, entidades prestadoras, pagadoras e cidadãos em geral;
- viii. Melhorar a interligação e articulação entre os prestadores de cuidados do SNS, assim como com as estruturas do Setor Social e da Comunidade, desenvolvendo planos transversais de acompanhamento dirigidos, especialmente, a doentes crónicos e com multimorbilidade;
- ix. Fomentar a Gestão Partilhada de Recursos no contexto do SNS <sup>7</sup> (GPRSNS) procurando maximizar a capacidade instalada nas instituições (nomeadamente ao nível do acesso aos MCDT, às consultas externas, à atividade cirúrgica e à utilização dos equipamentos);

<sup>7</sup> A GPRSNS foi implementada na sequência do Despacho Ministerial n.º 3796-A/2017, publicado na 2.ª série do Diário da República, N.º 87, de 5 maio 2017.

- x. Incentivar a cultura da prestação de cuidados em equipas multidisciplinares, procurando melhorar o acesso, a qualidade e a continuidade de cuidados;
- xi. Promover a Literacia em Saúde e os Autocuidados, valorizando o percurso dos utentes no SNS, assegurando a definição de Planos Individuais de Cuidados que envolvam as necessidades dos utentes e que possam ser acompanhados nos sistemas de informação;
- xii. Envolver os cidadãos e as comunidades, através de órgãos e de práticas formais (gabinetes do cidadão e conselhos da comunidade) e informais, que reforcem o poder do cidadão no SNS e promovam a participação e a cidadania em saúde, incentivando a educação do utente para a autogestão informada;
- xiii. Premiar, através da atribuição de incentivos, as instituições e as equipas com melhor desempenho assistencial e económico-financeiro;
- xiv. Desenvolver competências de gestão organizacional e de controlo de gestão, nomeadamente na área da gestão financeira, de recursos humanos, de instalações e equipamentos, de recursos materiais e aprovisionamento, de sistemas de informação, da implementação de medidas SIMPLEX +, entre outras;
- xv. Determinar os mapas de pessoal, os planos de investimento e as dotações financeiras de cada instituição com base nas necessidades em saúde da população, considerando a disponibilidade orçamental e a carteira de serviços, bem como a eficiência calculada através do *benchmarking*, por instituição e grupo profissional;
- xvi. Implementar uma política de utilização racional e eficaz dos medicamentos <sup>8</sup> (fomentando a utilização dos Genéricos e dos Biossimilares), dos Dispositivos Médicos e dos MCDT, conjugando a introdução da inovação com a contenção da despesa;
- xvii. Fomentar a integração, a desmaterialização e a partilha de informação entre os sistemas de informação e a melhoria contínua do rigor e fiabilidade dos dados, utilizando o Registo de Saúde Eletrónico (RSE);
- xviii. Valorizar a utilização das tecnologias de informação e comunicação para a prestação de cuidados de saúde, fomentando a disseminação das respostas de TeleSaúde que contribuam para a melhoria da eficiência e para o aumento da equidade no acesso ao SNS;
- xix. Auditar processos e resultados, assegurando correspondência entre as práticas e os procedimentos ou critérios preestabelecidos na boa prática, assim como o registo e a faturação da atividade realizada.

Para que este processo seja efetivo é necessário promover uma cultura de compromisso e de responsabilidade a todos os níveis, valorizando as 3 fases do processo de contratualização:

1. NEGOCIAÇÃO: abrange os trabalhos preparatórios da negociação até à assinatura dos compromissos e considera o preconizado pela Política de Saúde e as restrições associadas à negociação e à partilha do risco;
2. MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO – fase em que se efetua a recolha sistemática da informação sobre os compromissos assumidos, e em que se discutem medidas para corrigir eventuais desvios;
3. AVALIAÇÃO – fase crucial que encerra o ciclo de contratualização e momento de prestação de contas e de reflexão sobre o desempenho de todos os intervenientes.

---

<sup>8</sup> De acordo com as medidas constantes da Resolução do Conselho de Ministros n.º 56/2016, Diário da República, 1.ª Série, 13 de outubro de 2016.

### 3. TERMOS DE REFERÊNCIA PARA CONTRATUALIZAÇÃO NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS EM 2018

A componente de cuidados de saúde primários do processo de contratualização de 2018 representa um compromisso social a favor do cidadão e das comunidades, corporizando a reformulação estratégica dinamizada pela ACSS e pela CNCSP.

O processo de 2018 incorpora também os contributos da Comissão Técnica Nacional (CTN), criada no âmbito do artigo 10º da Portaria n.º 212/2017, de 19 de julho, e a sua concretização será detalhada na Metodologia de Operacionalização da contratualização nos cuidados de saúde primários para 2018, a publicar pela ACSS ainda em 2017.

#### 3.1. INSTRUÇÕES PARA O PROCESSO NEGOCIAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O processo de negociação nos cuidados primários para 2018 tem os seguintes **objetivos específicos**:

- i. Promover o planeamento em saúde, pela identificação e priorização das necessidades em saúde através dos Departamentos de Saúde Pública das ARS e das Unidades de Saúde Pública dos ACES e pela sua articulação com o processo contratualização;
- ii. Estimular, por iniciativa do Conselho Clínico e de Saúde, a implementação de programas de Governação Clínica;
- iii. Aumentar a presença dos cuidados primários na vida dos cidadãos, das famílias e das comunidades, através de políticas de promoção e proteção da saúde (individual e coletiva), prevenção da doença, capacitação dos indivíduos e coresponsabilização de outros setores da sociedade, combatendo a fragmentação da prestação e orientando o SNS para práticas mais integradas;
- iv. Valorizar a gestão nos percursos das pessoas através dos serviços de saúde, fomentando os resultados em saúde num contexto de boas práticas;
- v. Estabelecer mecanismos de articulação entre os Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACES e as Direções Clínicas dos Hospitais, de forma a assegurar a proximidade, a integração e a continuidade de cuidados, a permitir a utilização efetiva dos recursos disponíveis e a reservar o acesso aos cuidados hospitalares para as situações que exijam este nível de intervenção;
- vi. Incentivar a cultura da prestação de cuidados de saúde em equipa de saúde familiar (médico de família, enfermeiro de família e secretário clínico), no encaminhamento do cidadão, através dos diferentes níveis de cuidados de saúde, promovendo a efetiva integração e coordenação clínica dos cuidados;
- vii. Reforçar a capacidade resolutiva dos cuidados de saúde primários, através da melhoria da cobertura nas áreas da saúde oral e visual, assim como através do apoio complementar em áreas como a saúde mental, a oftalmologia e a medicina física e de reabilitação;
- viii. Desenvolver competências de gestão organizacional e de controlo de gestão nos ACES, na área do planeamento em saúde, da gestão financeira e de recursos humanos, promovendo a sua autonomia;
- ix. Fomentar o processo de contratualização interna nas diferentes unidades funcionais, reforçando a autonomia e a responsabilidade das equipas e alargando o seu âmbito a todas as unidades funcionais.



### 3.2. ARQUITETURA DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS

O processo de contratualização nos cuidados primários valoriza o desempenho multidimensional das instituições e tem por base a contratação de cuidados de saúde, organizada em dois subprocessos:

1. A **contratualização externa**, realizada entre as ARS e os respectivos ACES, formalizada com a negociação dos Planos de Desempenho e a assinatura dos Contrato-programa.
2. A **contratualização interna**, realizada entre os ACES e as respectivas unidades funcionais, formalizada com a negociação dos Planos de Ação e a assinatura das Cartas de Compromisso.



Os Diretores Executivos e os Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACES assumem a responsabilidade plena do processo de contratualização interna com as unidades funcionais, competindo aos Departamentos de Contratualização das ARS o acompanhamento da qualidade e da coerência dos processos, assegurando a sua adequação e robustez técnica.

### 3.3. CRONOGRAMA DE NEGOCIAÇÃO COM OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os processos de contratualização externa e interna são dinâmicos e interdependentes, havendo um claro e prévio alinhamento com os Planos Nacional, Regional e Local de Saúde.

O processo de contratualização interna das USF e UCSP foi alvo de reformulação em 2017<sup>9</sup>, passando a assentar numa estrutura matricial que se manterá para 2018.

O cronograma operacional geral para o processo de contratualização está consubstanciado na referida Portaria e será detalhado para 2018 na Metodologia de Operacionalização a publicar.

O processo de contratualização para 2018 terá início em dezembro de 2017 e será concluído até final do 1º trimestre de 2018.

<sup>9</sup> Portaria n.º 212/2017, de 19 de julho

### 3.4. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A contratualização interna nos ACES abrange todas as suas unidades funcionais (USF, UCSP, UCC, URAP e USP), tendo o mesmo quadro de referência conceptual e metodológico, nomeadamente:

- Está balizado pelo Plano Local de Saúde e pela definição do Perfil de Saúde Local;
- Exige a negociação de um Plano de Ação trienal com metas anuais;
- Considera as especificidades das diferentes carteiras de serviços das Unidades funcionais;
- A monitorização e avaliação são operacionalizadas através de um Índice de Desempenho Global.

Reforça-se que a contratualização interna deve decorrer de acordo com um conjunto de valores essenciais para o sucesso do processo, nomeadamente: a transparência, o rigor e o envolvimento positivo de todos os intervenientes, a proximidade, a racionalidade, a liderança e o bom senso.

#### 3.4.1. NEGOCIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

##### 3.4.1.1. NEGOCIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA COM USF E UCSP

A negociação da contratualização interna com as USF e UCSP em 2018 é baseada na discussão do Plano de Ação e é operacionalizada por uma matriz multidimensional da atividade destas unidades, através da ferramenta de gestão do Plano de Ação disponível para o efeito no Portal BI CSP <sup>10</sup>.

A definição e objetivação do desempenho devem ter como orientação essencial:

- Estar centrado na pessoa, focado nos resultados, orientado pelo processo de cuidados.

O foco deixa de ser o profissional, para passar a ser a gestão dos percursos integrados na saúde, a definição do que deve acontecer, o resultado esperado, a variação aceitável e a sua monitorização.

Esta matriz tem 5 grandes áreas: Desempenho Assistencial, Serviços, Qualidade Organizacional, Formação e Atividade Científica que se subdividem em várias subáreas e dimensões, nomeadamente:

Matriz multidimensional para USF e UCSP		
Áreas	Subáreas	Dimensões
Desempenho	Acesso	Cobertura ou Utilização
		Personalização
		Atendimento Telefónico
		Tempos Máximos de Resposta Garantidos
		Consulta no Próprio Dia
		Trajetória do Utente na Unidade Funcional
		Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
	Gestão da Saúde	Saúde Infantil e Juvenil
		Saúde da Mulher
		Saúde do Adulto
		Saúde do Idoso
	Gestão da Doença	Diabetes <i>Mellitus</i>
		Hipertensão Arterial
		Doenças Aparelho Respiratório
		Multimorbilidade e Outros Tipos de Doença

<sup>10</sup> O BICSP está acessível através do endereço: <https://www.sns.gov.pt/sns/reforma-do-sns/cuidados-de-saude-primarios-2/bi-da-reforma/>

Matriz multidimensional para USF e UCSP		
Áreas	Subáreas	Dimensões
Serviços	Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica Prescrição de MCDT Prescrição de Cuidados
	Satisfação de Utentes	Satisfação de Utentes
	Serviços de Caráter Assistencial	Serviços de Caráter Assistencial
	Serviços de Caráter não Assistencial	Atividades de Governação Clínica no ACES Outras Atividades não Assistenciais
	Melhoria Contínua da Qualidade	Acesso Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrado
Qualidade Organizacional	Segurança	Segurança dos Utentes Segurança dos Profissionais Gestão do Risco
	Centralidade no Cidadão	Centralidade no Cidadão
	Satisfação Profissional	Satisfação Profissional
Formação Profissional	Interna	Formação da equipa Multiprofissional Formação de Internos e Alunos
	Externa	Serviços de Formação Externa
Atividade Científica	Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participações em Conferências	Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências
	Trabalho de Investigação	Trabalho de Investigação

Cada área é operacionalizada através da definição das suas diferentes subáreas, dimensões e respetivos indicadores e/ou métricas. O foco é colocado na identificação das características de cada área ou subárea, no que deve acontecer, identificando os resultados esperados, orientados por processos de qualidade. Os indicadores utilizados, devem constar da matriz indicadores dos cuidados primários (respeitando todos os seus requisitos) e ter como critérios prioritários e preferenciais de utilização:

- Centrados no utente: (e.g. indicadores baseados nos resultados, na ótica dos utentes);
- De “Resultado” (e.g. internamentos evitáveis, doentes controlados, tempos de espera);
- Indicadores compostos ou índices, nos processos de cuidados complexos que exigem uma leitura e monitorização multidimensional (e.g. acesso, eficiência, resultado, adequação técnico científica).

Assim, o processo de negociação da contratualização incide na discussão das medidas e atividades contempladas no Plano de Ação, tendo como referencial o valor do Índice de Desempenho Global (IDG) que se pretende melhorar e alcançar, assim como os Índices de Desempenho Sectoriais (IDS).

Para o ano de 2018 é ainda fundamental assegurar que todas as UCSP executem na plenitude o processo de contratualização interna, estabelecendo-se como critério para inclusão obrigatória as UCSP que tenham pelo menos 2 médicos de família. No entanto, os ACES podem estabelecer processos de contratualização com UCSP que não cumpram estes critérios mínimos.

### 3.4.1.2. NEGOCIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA COM UCC

As UCC têm por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, prestando cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

O processo de contratualização interna com as UCC para 2018 assenta na negociação do seu Plano de Ação (disponível no portal do BI CSP), através da seguinte matriz multidimensional:

Matriz multidimensional para UCC		
Área	Subáreas	Dimensões
Desempenho	Acesso	Cobertura ou Utilização Distribuição da Atividade Tempos Máximos de Resposta Garantidos
	Gestão da Saúde	Criança e Adolescência Saúde Reprodutiva Saúde do Adulto Saúde do Idoso
	Gestão da Doença	Reabilitação Saúde Mental Abordagem paliativa Doença crónica Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)
	Intervenção Comunitária	Saúde Escolar Intervenção Precoce Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco Núcleo Local de Inserção Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco Equipa de Prevenção da Violência em Adultos Rede Social
	Satisfação de Utentes	Satisfação dos utentes
Serviços	Serviços de Caráter Assistencial	Serviços de Caráter Assistencial
	Serviços de Caráter não Assistencial	Atividades de Governação Clínica nos ACES Outras Atividades não Assistenciais
Qualidade Organizacional	Melhoria Contínua da Qualidade	Acesso Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
	Segurança	Segurança dos Utentes Segurança dos Profissionais Gestão do Risco
	Centralidade no Cidadão	Centralidade no Cidadão
	Satisfação Profissional	Satisfação Profissional
Formação Profissional	Interna	Formação da Equipa Multiprofissional Formação de Internos e Alunos
	Externa	Serviços de Formação Externa
Atividade Científica	Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências
	Trabalho de Investigação	Trabalho de Investigação

Reforça-se que esta matriz deverá ser ajustada às características regionais e locais em que as UCC desenvolvem a sua atividade, evidenciando a articulação com as diversas unidades funcionais e as parcerias com agentes da comunidade, dando visibilidade aos resultados comuns que são alcançados.

Também para as dimensões desta matriz multidimensional existirão indicadores específicos, que reúnem as mesmas características já elencadas para os indicadores da matriz das USP e UCSP.

Assim, o processo de negociação da contratualização com as UCC para 2018 deve incidir na discussão das medidas e das atividades contempladas no Plano de Ação, tendo como referencial o valor do IDG que se pretende alcançar, assim como dos IDS.

### 3.4.1.3. NEGOCIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA COM AS USP

As USP têm como missão a melhoria da saúde e bem-estar de toda a população da área de abrangência do ACES em que se inserem, promovendo o alinhamento dos esforços sustentados do setor da saúde e da restante sociedade, na proteção e promoção da saúde (incluindo a literacia em saúde), na prevenção da doença e incapacidade, no desenvolvimento de políticas saudáveis e da cidadania.

O referencial de contratualização interna das USP para 2018 assenta na sua matriz de competências, garantindo o cumprimento da sua “Carteira Básica de Serviços”, designadamente nas seguintes áreas:

1. Observatório Local de Saúde;
2. Governação para a saúde e bem-estar;
3. Vigilância Epidemiológica;
4. Saúde Ambiental;
5. Gestão integrada e participação na execução de programas e projetos de saúde (GPROT/GPROM);
6. Autoridade de Saúde;
7. Formação contínua e formação pré e pós graduada dos diferentes grupos profissionais (FORM);
8. Investigação em Saúde.

Assim, a contratualização interna de 2018 consiste na negociação com as USP do seu Plano de Ação, e na definição da sua atividade dentro da área de influência do ACES, devendo efetuar-se de acordo com a seguinte matriz multidimensional:

Matriz multidimensional para USP		
Área	Subáreas	Dimensões
Desempenho	Observação do estado de Saúde e bem-Estar da População	Diagnóstico de Situação de Saúde Monitorização do Estado de Saúde da População e dos Seus Determinantes
	Vigilância Epidemiológica e Resposta às Emergências em Saúde Pública	Caraterização das Estruturas de Apoio das Comunidades Cartas Sanitárias de Risco Planos de Contingência Investigação Epidemiológica



Matriz multidimensional para USP		
Área	Subáreas	Dimensões
	<b>Proteção da Saúde (Incluindo Ambiental, Ocupacional, Segurança Alimentar e Outros)</b>	Vacinação Saúde Ocupacional Sanidade Internacional Saúde Ambiental Autoridade de Saúde Qualidade e Segurança Alimentar
	<b>Promoção da Saúde (Incluindo Determinantes Sociais e Desigualdades)</b>	Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidado Saúde Oral Saúde Escolar Estilos de Vida Saudáveis Ambientes Saudáveis
	<b>Governança para a Saúde e Bem-estar</b>	Planeamento em Saúde Estudos de Impacto na Saúde
	<b>Prevenção da Doença</b>	Programas Nacionais Prioritários
	<b>Satisfação de Utentes</b>	Satisfação dos Utentes
<b>Serviços</b>	<b>Serviços de Caráter Assistencial</b>	Serviços de Caráter Assistencial
	<b>Serviços de Caráter não Assistencial</b>	Atividades de Governação Clínica no ACES Outras Atividades não Assistenciais
<b>Qualidade Organizacional</b>	<b>Melhoria Contínua da Qualidade</b>	Acesso Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
	<b>Segurança</b>	Segurança dos Utentes Segurança dos Profissionais Gestão do Risco
	<b>Centralidade no Cidadão</b>	Centralidade no Cidadão
	<b>Satisfação Profissional</b>	Satisfação profissional
<b>Formação</b>	<b>Interna</b>	Formação da Equipa Profissional Formação de Internos e Alunos
	<b>Externa</b>	Serviços de Formação Externa
<b>Atividade Científica</b>	<b>Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências</b>	Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências
	<b>Trabalho de Investigação</b>	Trabalho de Investigação

Também para as dimensões desta matriz multidimensional existirão indicadores específicos, que reúnem as mesmas características já elencadas para os indicadores da matriz das USF e UCSP.

#### 3.4.1.4. NEGOCIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA COM AS URAP

A URAP presta serviços de consultadoria e assistenciais às unidades do ACES, assim como organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares.

A URAP congrega profissionais com competências diversas, nomeadamente médicos de especialidades, que não de medicina geral e familiar e de saúde pública, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e ainda outros técnicos com competências diferentes das enumeradas, que estejam ou venham a ser integrados no ACES.

Durante o ano de 2018 continua-se a acompanhar a atividade e a desenhar o processo de contratualização interna adequado às especificidades e à missão das URAP, o qual deverá passar pela definição de níveis de serviço referentes à sua articulação e colaboração com outras unidades funcionais dos ACES e pela definição de objetivos enquadrados na seguinte matriz multidimensional.

Matriz multidimensional para URAP		
Área	Subáreas	Dimensões
Desempenho	Acesso	Cobertura Atendimento Telefónico Tempos Máximos de Resposta Garantidos Consulta do Dia Trajeto Distribuição do Dia
	Gestão da Saúde	Saúde Infantil Saúde da Mulher Saúde do Adulto Saúde do Idoso
	Gestão da Doença	Diabetes Hipertensão Doença Respiratória Obesidade Doença Músculo-Esquelética Doença Mental Multimorbilidade
Serviços	Programas Nacionais de Operacionalização Articulada	Cessação Tabágica Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados Equipas de Cuidados Continuados Integrados Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos Rendimento Social de Inserção Sistema Nacional de Intervenção Precoce Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco Equipa de Prevenção da Violência em Adultos
	Satisfação de Utentes	Satisfação de Utentes
	Serviços de Caráter Assistencial	Serviços de Caráter Assistencial
		Atividades de Governação Clínica no ACES
	Serviços de Caráter não Assistencial	Outras Atividades não Assistenciais
Qualidade Organizacional	Melhoria Contínua da Qualidade	Acesso Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
	Segurança	Segurança dos Utentes Segurança dos Profissionais Gestão do Risco
	Centralidade no Cidadão	Centralidade no Cidadão
Formação Profissional	Interna	Formação da Equipa Multiprofissional Formação de Internos e Alunos
	Externa	Serviços de Formação Externa
Atividade Científica	Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências
	Trabalho de Investigação	Trabalho de Investigação

### **3.4.2.ACOMPANHAMENTO CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA**

O acompanhamento interno de cada Unidade Funcional do ACES é assegurado pelo respectivo Conselho Clínico e de Saúde, com o apoio do Departamento de Contratualização da ARS respetiva.

A identificação de desvios e/ou as situações que configurem necessidades de melhoria dos desempenhos obriga à definição de um plano de melhoria, subscrito por ambas as partes.

Os momentos de acompanhamento devem ser usados para discussão de estratégias, partilha de responsabilidades e reprogramação da alocação de recursos materiais, humanos, financeiros ou outros.

Podem ainda ser usados para renegociação de objetivos, sempre que se verifiquem alterações relevantes aos pressupostos da contratualização.

Em 2018, o processo de contratualização, nas suas diferentes fases, será sustentado pelo Portal BI CSP. Esta estratégia tem como objetivo o reforço da participação, da transparência e de partilha de informação no âmbito dos cuidados de saúde primários, possibilitando assim um acompanhamento mais abrangente, tempestivo e equiparável entre as equipas, com maior nível de detalhe e de flexibilidade do que até agora era possível.

### **3.4.3.AVALIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA**

#### **- AVALIAÇÃO DE INCENTIVOS INSTITUCIONAIS DAS USF E UCSP**

A atribuição dos Incentivos Institucionais decorre de acordo com o disposto na Portaria nº 212/2017, de 19 de julho.

#### **- ATRIBUIÇÃO DOS INCENTIVOS INSTITUCIONAIS**

O Plano para a Aplicação do Incentivo Institucional (PAII) deve ser elaborado de forma integrada com o Plano de Ação de cada unidade funcional, e passar a integrar a Carta de Compromisso anual.

#### **- COMISSÕES DE ACOMPANHAMENTO EXTERNO**

As comissões de acompanhamento externo do processo de contratualização interna desenvolvem a sua atividade de acordo com o disposto na Portaria n.º 212/2017, de 19 de julho.

### **3.5. CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

#### **3.5.1.FASE DE NEGOCIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA**

A fase de negociação da contratualização externa é da responsabilidade do Conselho Diretivo da ARS, apoiado pelo seu Departamento de Contratualização. O ACES é representado pelo Diretor Executivo, devendo este ser acompanhado pelos elementos do Conselho Clínico e de Saúde e apoiado pelo Responsável da UAG. A documentação a ser discutida na reunião de negociação deve ser apresentada mutuamente, com pelo menos 48 horas úteis de antecedência. Assim, caso exista contraproposta da ARS à proposta inicial apresentada pelo ACES, esta deve ser transmitida previamente.

As ARS podem convidar representantes de organismos do Ministério da Saúde, nomeadamente da ACSS e DGS, para assistir às reuniões, assim como devem promover a participação das Direções Clínicas dos Hospitais da Região nas reuniões a realizar com os ACES da área de influência daqueles.

No final das reuniões de negociação são lavradas atas, devidamente validadas e assinadas pelas partes envolvidas fazendo, esses documentos, parte integrante do processo de contratualização.

Depois de assinados entre as partes, os Contratos-Programa (CP) devem ser enviados para a ACSS que posteriormente os envia para homologação do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, assim como devem ser publicitados nas páginas da internet de cada uma das ARS depois de homologados.

##### **3.5.1.1. PLANO DE DESEMPENHO**

O Plano de Desempenho (PD) é um documento estratégico negociado anualmente com o ACES, no qual se caracteriza esta entidade, designadamente através de indicadores populacionais de cariz sociodemográfico, socioeconómico e de resultados em saúde. É em sede de PD que são definidas prioridades assistenciais e são explicitados os recursos materiais, humanos e financeiros que o ACES tem ao dispor para cumprir a sua missão assistencial. Trata-se de uma ferramenta de acompanhamento relevante para todos os profissionais do ACES e, em particular, para os seus gestores e prestadores clínicos, pelo que deve ser divulgado pelas várias unidades funcionais.

O PD está organizado em dez áreas: (1) Caracterização e Diagnóstico; (2) Linhas estratégicas; (3) Plano de Atividades; (4) Plano de Formação; (5) Mapa de Equipamentos; (6) Mapa de Recursos Humanos; (7) Matriz Multidimensional; (8) Plano de Investimentos (9) Orçamento-Económico e (10) Plano de Aplicação dos Incentivos Financeiros (PAII-ACES).

##### **(1) CARATERIZAÇÃO**

Esta área do PD pretende que o próprio ACES promova uma caracterização da população da sua área de abrangência, tão detalhada quanto possível, promovendo um “retrato em saúde da sua população”, preferencialmente utilizando linguagem que permita interpretações objetivas.

A informação já disponível nos sistemas de informação será disponibilizada no momento inicial.

## **(2) LINHAS ESTRATÉGICAS**

Considerando que um PD deverá ter como período temporal de três anos, importa que as linhas estratégicas sejam definidas para esse período (atualmente, decorre o triénio de contratualização para 2017-2019), promovendo a sua revisão periódica. Assim, e considerando os princípios estratégicos, estas linhas estratégicas devem estar focadas na definição do “caminho” definido pelo ACES.

Perante a definição do posicionamento estratégico do ACES, importa expressar a [Missão], a [Visão] e os [Valores], assim como explanar uma sintética e focalizada análise [SWOT] que promova uma reflexão sobre a atualidade e efetue um rascunho do caminho possível. Adicionalmente, deverão ser enumerados os objetivos estratégicos assim como os objetivos operacionais, devidamente encadeados, refletindo o alinhamento estratégico do ACES com os Planos de Saúde definidos nos diferentes níveis.

## **(3) PLANO DE ATIVIDADES**

Nesta área, de forma encadeada com as linhas estratégicas anteriormente definidas (objetivos estratégicos e objetivos operacionais), deverão ser expressas todas as atividades a serem promovidas pelo ACES para o ano da contratualização, sendo o período temporal equivalente ao ano civil.

A enumeração das atividades deverá contemplar um cronograma de implementação, enquadrado em trimestres, assim como a indicação da(s) unidade(s) funcional(is) englobadas em cada atividade.

## **(4) PLANO DE FORMAÇÃO**

Sendo uma área estratégica de contratualização, importa estabelecer um plano de formação de cada ACES, com base num diagnóstico de necessidades formativas previamente efetuado, onde sejam enumeradas as ações programadas, com explicitação dos destinatários e dos dados necessários para quantificar o impacto pretendido com o plano, nomeadamente o número de horas totais de formação.

As atividades expressas poderão ser sinalizadas como atividades de formação e, consequentemente concorrem para a elaboração do plano de formação, promovendo o necessário encadeamento.

## **(5) MAPA DE EQUIPAMENTOS**

Compete às ARS, através dos ACES, assegurar a disponibilidade de equipamentos e sistemas médicos suficientes, adequados, atualizados e em boas condições de utilização para dar cumprimento à produção contratada e aos parâmetros de qualidade exigidos.

Para tal, é necessário que as ARS possuam o Inventário de todos os equipamentos e sistemas médicos que estão alocados aos ACES, assim como os respetivos planos de manutenção preventiva e de investimento, para que seja possível garantir a integridade dos equipamentos e eliminar o risco de ocorrência de falhas que possam pôr em causa a segurança dos utentes e dos profissionais.



Perante esta necessidade, será disponibilizada uma lista de equipamentos, de acordo com o Cadastro e Inventário dos Bens do Estado (CIBE), permitindo um carregamento direto da informação disponível ao nível da contabilidade analítica de cada ARS/ACES.

## (6) MAPA DE RECURSOS HUMANOS

Esta é uma das principais componentes da fase de negociação da contratualização externa e visa identificar o conjunto de profissionais com que a instituição conta para desenvolver a sua atividade.

A identificação nominal (e em valores absolutos) tem como fonte inicial a informação disponibilizada pelo sistema de informação RHV, sendo possível a sua alteração consoante determinadas ocorrências que ainda não se encontrem refletidas no processamento salarial, sendo descriminado o tipo de vínculo e o regime horário praticado.

## (7) MATRIZ MULTIDIMENSIONAL

A principal alteração preconizada com o novo modelo de contratualização externa introduzido em 2017 e seguido para 2018 está relacionada com a matriz inerente ao modelo, que desmaterializa o foco contratual nos indicadores e conduz a negociação para a eficiência dos recursos existentes e necessários em cada ACES.

Esta nova matriz preconiza uma abordagem por áreas e subáreas, sendo que para o Índice de Desempenho dos ACES são englobadas duas vertentes distintas:

- (i) O resultado acumulado do desempenho das unidades funcionais que compõem o ACES, o qual passa a contribuir diretamente para a avaliação do ACES.
- (ii) O resultado de serviços e processos chave na esfera de responsabilidade do ACES.

Para a contratualização externa com os ACES, a matriz multidimensional a considerar em 2018 é:

Matriz Multidimensional para ACES		
Área	Subáreas	Dimensões
Desempenho	Acesso	Cobertura e Utilização
		Personalização
		Atendimento Telefónico
		Tempos Máximos de Resposta Garantidos
		Consultas no Próprio Dia
		Trajetos do Utente nas Unidades Funcionais
		Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
	Gestão da Saúde	Saúde Infantil e Juvenil
		Saúde da Mulher
		Saúde do Adulto
		Saúde do Idoso

Matriz Multidimensional para ACES		
Área	Subáreas	Dimensões
	<b>Gestão da Doença</b>	Doença Aguda
		Doenças Cardiovasculares
		Diabetes <i>Mellitus</i>
		Hipertensão Arterial
		Saúde Mental e Gestão de Problemas Sociais e Familiares
		Doenças do Aparelho Respiratório
		Doenças Osteoarticulares
		Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
	<b>Qualificação da Prescrição</b>	Prescrição Farmacoterapêutica
		Prescrição de MCDT
		Prescrição de Cuidados
	<b>Satisfação</b>	Satisfação dos utentes
<b>Integração de Cuidados</b>	<b>Integração de Cuidados Hospitalares</b>	Integração de Cuidados Hospitalares
	<b>Integração de Cuidados Continuados</b>	Integração de Cuidados Continuados
<b>Qualidade Organizacional</b>	<b>Melhoria Contínua da Qualidade</b>	Acesso
		Gestão de Stocks
		Gestão de Equipamentos
		Gestão de Recursos Humanos
	<b>Segurança</b>	Segurança dos Utentes
		Segurança dos Profissionais
		Gestão do Risco
	<b>Centralidade no Cidadão</b>	Centralidade no Cidadão
	<b>Satisfação Profissional</b>	Satisfação Profissional
<b>Formação Profissional</b>	<b>Formação Interna</b>	Formação Interna
	<b>Formação Externa</b>	Formação Externa
<b>Informação e Comunicação</b>	<b>Sistemas de Informação</b>	Sistemas de Informação
	<b>Sistemas de Comunicação</b>	Sistemas de Comunicação

## (8) PLANO DE INVESTIMENTOS

Perante o definido nas linhas estratégicas e no plano de atividades, importa enumerar os diversos investimentos necessários, enquadrados no objetivo da melhoria das condições de prestação de cuidados, assim como mensuração do impacto previsto (organizacional ou financeiro). Os investimentos devem ser sinalizados aquando da enumeração das atividades no respetivo plano.

## (9) ORÇAMENTO ECONÓMICO

Em 2018, a contratualização tem por base o orçamento do ACES na perspetiva de caixa e de contabilidade patrimonial, o qual deve ser segregado, através da contabilidade analítica, dentro do orçamento da ARS. A negociação do orçamento dos ACES para 2018 deve centrar-se na contenção e

racionalização de custos, procurando atingir uma maior eficiência e efetividade, aumentando a participação dos ACES e das unidades funcionais no cumprimento dos objetivos estipulados.

Adicionalmente desenvolve-se a componente de proveitos dos ACES 2018, efetuando uma aproximação a modelos de financiamento ajustados à realidade dos cuidados primários, que considerem as necessidades em saúde da população.

#### **(10) APLICAÇÃO DOS INCENTIVOS**

Os ACES elaboram um Plano para a Aplicação do Incentivo Institucional do ACES (PAII ACES), considerando a probabilidade prévia dessa atribuição, sendo parte constituinte do Plano de Desempenho (à semelhança das unidades funcionais).

Cabe ao Conselho Diretivo da ARS aprovar o PAII ACES, garantindo, assim, a cabimentação orçamental para o valor em causa. Caso o PAII ACES não vá ao encontro da estratégia de saúde definida para a região, o Conselho Diretivo da ARS promover a sua alteração junto do ACES no sentido de poder validar o mesmo no âmbito do PD e, necessariamente, do Contrato-programa.

##### **3.5.1.2. CONTRATO-PROGRAMA**

O Contrato-programa (CP) é o documento que o ACES outorga com a ARS e está alinhado com o PD, identificando as obrigações e as contrapartidas das partes e as regras de acompanhamento, os recursos financeiros que suportam o contrato e a forma de monitorização e avaliação. Os objetivos assistenciais expressos no CP devem ser tão abrangentes, não se restringindo aos indicadores disponíveis. A informação constante do CP deriva da informação constante do PD, sendo possível a sua emissão depois do processo negocial estar consensualizado entre as partes.

##### **3.5.2.ACOMPANHAMENTO DA CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS**

Os momentos de acompanhamento são da exclusiva responsabilidade das ARS e dos ACES e devem ser usados para discussão de estratégias, partilha de responsabilidades e reprogramação da alocação de recursos materiais, humanos ou financeiros. A ACSS, o INFARMED e a CNCSP efetuam também o acompanhamento do desempenho dos ACES em 2018, articulando com a Tutela.

Podem ainda ser utilizados para renegociação dos objetivos (o que a acontecer, tem de ser refletido em alterações aos contratos-programa e enviadas para a ACSS), sempre que se verifiquem alterações relevantes e inesperadas aos pressupostos da negociação inicialmente efetuada. As ARS devem promover a participação das Direções Clínicas dos Hospitais da região nas reuniões de acompanhamento a realizar com os ACES da área de influência daqueles.

##### **3.5.3.AVALIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS**

A avaliação do ACES realiza-se com base no grau de cumprimento do seu Plano de Desempenho.

#### **4. TERMOS DE REFERÊNCIA PARA CONTRATUALIZAÇÃO NOS CUIDADOS HOSPITALARES 2018**

A componente hospitalar do processo de contratualização contribui para a operacionalização das medidas previstas no âmbito da Reforma do SNS para a área dos cuidados hospitalares e encontra-se integrada no Contrato-programa que vigora para o triénio 2017-2019, enquanto instrumento de planeamento estratégico trienal onde se definem os objetivos, as principais linhas de ação, os planos de investimento e as projeções económico-financeiras, bem como se explicitam os ganhos de eficiência e produtividade que assegurem a sustentabilidade a médio prazo das entidades do SNS.

Alinhados com o processo de contratualização hospitalar e com o processo de planeamento estratégico são ainda celebrados Contratos de Gestão entre os membros do Governo que são titulares da função acionista das instituições EPE (Ministério da Saúde e das Finanças) e cada um dos elementos que compõem os Conselhos de Administração destas Entidades, vigorando para o período do seu mandato.

Este alinhamento 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 nos Contratos-Programa e nos Planos Estratégicos das instituições.

##### **4.1. INSTRUÇÕES PARA O PROCESSO NEGOCIAL NOS CUIDADOS HOSPITALARES**

O processo de negociação nos cuidados hospitalares para 2018 tem os seguintes objetivos específicos:

###### **4.1.1. PARA CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE NOS CUIDADOS HOSPITALARES**

- i. Alargar o Livre Acesso e Circulação (LAC) do utente no SNS, diversificando as alternativas e aumentando a sua capacidade de intervir de forma pró ativa e responsável na gestão do seu Estado de Saúde e Bem-Estar;
- ii. Cumprir escrupulosamente o TMRG, gerindo o acesso às consultas, cirurgias e MCDT de forma adequada e atempada, através do SIGA;
- iii. Fomentar a rentabilização dos equipamentos e dos recursos humanos 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;
- iv. Incentivar a cultura da prestação de cuidados em equipa multidisciplinar e multiprofissional, promovendo a articulação e coordenação entre os profissionais e uma resposta centrada no utente e no seu percurso no SNS;
- v. Desenvolver a resposta hospitalar de acordo com as carteiras de serviços previstas nas Redes de Referência Hospitalar, contribuindo para o reforço do SNS enquanto rede colaborativa e estruturada;
- vi. Estimular a atividade realizada nos Centros de Referência do SNS (CRe), através dos quais se efetua a concentração da casuística e dos recursos para o diagnóstico, tratamento e investigação clínica de um conjunto de patologias, designadamente as raras, envolvendo equipas multidisciplinares e um controlo exigente da e da segurança, assim como a referência de doentes com base na hierarquia de competências;

- vii. Consolidar os processos de afiliação e de trabalho em rede colaborativa no SNS, centrando a organização dos cuidados nas necessidades das pessoas e promovendo a cooperação entre instituições;
- viii. Privilegiar os cuidados prestados em ambulatório (médico e cirúrgico), incentivando a transferência de cuidados de internamento para o ambulatório;
- ix. Contribuir para a redução da utilização de cuidados hospitalares que seriam evitáveis, com destaque para os internamentos médicos evitáveis, por se encontrarem associados a patologias ou condições de saúde que podem e devem ser prevenidas e/ou tratadas ao nível dos cuidados programados de primeira linha;
- x. Melhorar a eficácia e a eficiência da resposta às situações de urgência e 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;
- xi. Estabelecer mecanismos verticais e horizontais de articulação formal e permanente entre os responsáveis clínicos das instituições do SNS, assegurando a utilização dos recursos disponíveis, reservando o acesso aos cuidados hospitalares para as situações efetivamente necessárias e assegurando o cumprimento dos Planos de Contingência para Temperaturas Extremas Adversas - Módulos de Verão e Inverno, coordenado pela DGS;
- xii. Incentivar a transferência de consultas subsequentes para os cuidados de saúde primários (nomeadamente na área das doenças crónicas), reorientando a procura para respostas de proximidade e estimulando o recurso à referenciação dos cuidados de saúde primários e à resposta via TeleSaúde;
- xiii. Aumentar a atividade das instituições do SNS na área da diálise, promovendo o aumento dos programas hospitalares de tratamento da insuficiência renal crónica em ambulatório (diálise peritoneal e hemodiálise);
- xiv. Desenvolver as respostas hospitalares previstas na Rede de Cuidados Paliativos, em linha com o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no biénio 2017-2018, apresentado pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) <sup>11</sup>;
- xv. Aprofundar o processo de contratualização interna, nomeadamente através da constituição dos Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) <sup>12</sup>, fomentando uma filosofia de desempenho por objetivos, reforçando a autonomia e a responsabilidade dos serviços e estimulando o compromisso e participação das equipas e dos profissionais na rentabilização da capacidade instalada no SNS.

A atividade assistencial do SNS engloba a atividade realizada aos beneficiários do SNS, incluindo os beneficiários dos subsistemas da ADSE, SAD da PSP, da GNR e ADM das Forças Armadas, Imprensa Nacional Casa da Moeda, Serviços Sociais da Caixa Geral de Depósitos e dos cidadãos residentes nas Regiões Autónomas, remetida pelos Hospitais e ULS aos Departamentos de Contratualização das ARS, através do Plano Estratégico 2017-2019, e registada no SICA.

<sup>11</sup> Acessível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP\\_2017-2018-1-1.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1-1.pdf)

<sup>12</sup> Os CRI foram regulamentados através da Portaria n.º 330/2017, de 31 de outubro.



#### 4.1.2. PARA O DESEMPENHO ECONÓMICO-FINANCEIRO

As instituições elaboram os seus documentos económico-financeiros previsionais para 2018 de forma:

- i. Cumprir o Plano de Contas definido para o exercício de 2018, nos termos a definir pela ACSS;
- ii. Relativamente ao EBITDA, cumprir as regras previstas no Ofício n.º 3708 de 07.08.2017 da Direção-Geral do Tesouro e Finanças<sup>13</sup>;
- iii. 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;
- iv. Aumentar as suas receitas extra Contrato-programa, efetuando protocolos com outras entidades do SNS no âmbito da GPRSNS (para MCDT, principalmente), captando utentes em lista de espera de outros hospitais, identificando de forma rigorosa os utentes beneficiários de sistemas estrangeiros de proteção, cobrando a atividade realizada a utentes cuja responsabilidade financeira seja de seguradoras ou de outras entidades terceiras responsáveis, desenvolvendo ensaios clínicos e projetos de turismo de saúde, entre outras;
- v. Garantir que a receita obtida nos termos do ponto anterior, e proveniente de entidades do SNS é devidamente inscrita de forma coordenada com a ACSS, para assegurar que se considera o mesmo montante na despesa do pagador;
- vi. Registrar (no SICA) os recebimentos que têm origem numa entidade do Programa da Saúde, com a indicação do código do serviço pagador, da entidade pagadora, e do lado dos custos, o código da entidade beneficiária, prevalecendo, em caso de discrepância, os valores indicados pelo pagador;
- vii. Proceder à gestão dos recursos humanos de forma a alcançar níveis de produtividade idênticos aos do melhor do grupo de *benchmarking* em que a instituição se insere;
- viii. Promover a mobilidade dos profissionais de saúde entre as instituições do SNS e implementar medidas de reorganização de serviços e/ou de reafecção de profissionais;
- ix. Manter os custos globais com suplementos remuneratórios e prestações de serviços;
- x. Consolidar uma efetiva política de centralização da aquisição de bens e serviços específicos da área da saúde, nomeadamente medicamentos e dispositivos médicos, nos termos definidos no Despacho n.º 1571-B/2016, de 29 de janeiro, do Senhor Secretário de Estado da Saúde.

A aprovação dos planos de investimento das instituições, no âmbito do processo de planeamento estratégico trienal, está condicionada pela capacidade de financiamento própria, através da geração de *cash flow*, seja em projetos cofinanciados por fundos comunitários ou não, apenas se excetuando os casos em que exista risco de segurança para doentes e profissionais, devendo ser cumpridas as regras estabelecidas no Despacho n.º 10220/2014, de 1 de agosto, do Senhor Secretário de Estado da Saúde, e no Ofício-Circular da ACSS n.º 3271/2017/ACSS, de 28 de março.

<sup>13</sup> Disponível em

<http://www.utam.pt/publicacoes/Instru%C3%A7%C3%B5es%20sobre%20a%20elabora%C3%A7%C3%A3o%20dos%20IPG%202018%20das%20EPR%20Of%C3%ADcio-Circular%203708%20de%2007AGO2017.pdf>

#### 4.2. CRONOGRAMA DE NEGOCIAÇÃO COM OS CUIDADOS HOSPITALARES

O cronograma para a fase de negociação do Contrato-programa 2018 é o seguinte:

1. Será disponibilizado a partir do dia **17 de novembro de 2017**, no Portal SICA, o Plano Estratégico para recolha da proposta das instituições hospitalares que suportará a negociação do processo de contratualização de 2018;
2. Os hospitais submetem no Portal SICA a sua proposta até dia **28 de novembro de 2017**;
3. As ARS e os hospitais negociam o Contrato Programa para 2018 até dia **19 de dezembro de 2017**. Desta negociação resultará o quadro de produção e de desempenho assistencial previsto para 2018, assim como o valor do financiamento associado ao Contrato Programa de 2018;
4. Os Contrato Programa para 2018 são assinados **até 22 dezembro de 2017**.

O incumprimento dos prazos aqui definidos determina que a ACSS, em conjunto com a ARS respetiva, pode 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 Contrato-programa para 2018, a homologar pela Tutela.

Após assinatura dos Contratos Programa as entidades devem submeter no prazo de 30 dias junto da DGTF, com conhecimento da ACSS, os respetivos Planos de Atividades e Orçamento (PAO) conforme previsto na alínea a) do art.º 24.º do Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro acompanhados dos respetivos documentos de suporte.

#### 4.3. ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS PARA CONTRATAÇÃO COM OS HOSPITAIS E CENTROS HOSPITALARES

Limites máximos a contratualizar com os Hospitais e Centros Hospitalares EPE, por ARS, em 2018:

ENTIDADE	2018
ARS Norte	1.337.568.528 €
ARS Centro	767.948.297 €
ARS LVT	1.503.329.664 €
ARS Alentejo	71.608.636 €
ARS Algarve	194.876.754 €
<b>Total Nacional para Hospitais</b>	<b>3.875.331.879 €</b>

Não podem ser ultrapassados os limites globais de financiamento alocados a cada ARS para os Contratos de 2018, pelo que não serão aceites aqueles que impliquem exceder este valor.

Por outro lado, os valores podem ser redistribuídos internamente, pelas várias instituições que integram a área da influência de cada ARS, no âmbito do processo negocial definido no cronograma apresentado no número anterior, desde que respeitado o teto alocado a cada ARS.

#### 4.4. CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA NOS CUIDADOS HOSPITALARES - REGRAS DE CONTRATAÇÃO E PAGAMENTO

As principais linhas de atividade assistencial e modalidades de pagamento agrupam-se em 3 vertentes:

##### A. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS:

- A.1. A pessoas com doença em situação aguda;
- A.2. Em programas de saúde específicos;
- A.3. A doentes a viver com patologias crónicas ou raras;
- A.4. Em Centros de Referência;
- A.5. Em Centros de Responsabilidade Integrada;
- A.6. A doentes em seguimento por equipas específicas de cuidados paliativos.

##### B. INCENTIVOS AO DESEMPENHO:

- B.1. Ao desempenho institucional previsto;
- B.2. Ao desempenho relativo (*benchmarking*) entre instituição do grupo;
- B.2. À avaliação de resultados na ótica dos utentes.

##### C. PENALIDADES.

Adicionalmente definem-se outros princípios orientadores do Contrato para 2018, nomeadamente:

- D. Orçamento global e produção marginal;
- E. Aplicação de flexibilidade regional na fixação dos preços pelas ARS, para as atividades selecionadas;
- F. Áreas específicas com financiamento autónomo;
- G. EBITDA e Custos de Contexto;
- H. Programa de promoção de Investigação e Desenvolvimento;
- I. Medicamentos prescritos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia comunitária.

Nos pontos seguintes são desenvolvidos cada uma destas áreas e princípios orientadores para 2018.

##### 4.4.1. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A PESSOAS COM DOENÇA EM SITUAÇÃO AGUDA

###### 4.4.1.1. INTERNAMENTO HOSPITALAR

Para 2018, a atividade de internamento de doentes agudos é classificada em GDH através do agrupador na versão *All Patient Refined* DRG 31 (APR31) e o *Índice de Case Mix* (ICM) contratado corresponde à produção do ano de 2015.

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, onde:

- A severidade da doença é entendida como a extensão de uma descompensação fisiológica ou da perda de funções de um órgão, contendo 4 subclasses;
- O Risco de mortalidade é a probabilidade de ocorrer a morte do doente, contendo 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, da associação entre si, e da sua relação com o diagnóstico principal, para além da idade, sexo do doente e dos procedimentos realizados.

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

Em 2018 manter-se-á a utilização de um ICM único no internamento, para atividade médica e cirúrgica, assim como um único preço base para todas as instituições, de 2.285 €, tal como em 2017.

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, a possibilidade de *benchmarking* e um maior incentivo à eficiência das organizações. As instituições são diferenciadas em mais detalhe de acordo com o nível de severidade em que o doente for classificado.

A atividade assistencial prestada a doentes queimados graves nos termos do Despacho n.º 9496/2017, de 27 de outubro, é remunerada nos termos do presente capítulo.

<b>Internamento e ambulatório médico e cirúrgico</b>	<b>Preço</b>
Preço base	2.285 €
<b>Internamento de doentes crónicos (diária)</b>	<b>Preço</b>
Psiquiatria *	39,17 €
Psiquiatria - Reabilitação Psico-social	39,17 €
Crónicos ventilados	244 €
Medicina Física e Reabilitação	205 €
Hansen	71 €

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

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

#### **4.4.1.2. ATIVIDADE CIRÚRGICA**

No âmbito da contratação da atividade cirúrgica, manter-se-á a coexistência, em 2018, de duas medidas que visam aumentar a capacidade de resposta cirúrgica no âmbito das instituições do SNS, nomeadamente: o Programa de Incentivo à Realização de Atividade Cirúrgica no SNS, no âmbito da GPRSNS; a responsabilização financeira do hospital de origem pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados.

Estas duas medidas têm as seguintes características:

#### **4.4.1.2.1. PROGRAMA INCENTIVO À REALIZAÇÃO DE ATIVIDADE CIRÚRGICA NO SNS**

Este Programa visa rentabilizar a capacidade cirúrgica instalada na rede de estabelecimentos públicos e consiste num mecanismo competitivo para realização de atividade cirúrgica no SNS, acessível a todas as instituições hospitalares públicas que reúnam condições para responder com eficácia e de forma atempada à população, contendo as seguintes características:

- a) Funciona no âmbito das regras SIGIC, com antecipação do prazo de transferência para estes Hospitais de destino aos 3 meses, para as situações classificadas em prioridade normal;
- b) Considera o volume de cirurgias, por grupo nosológico, que ultrapassam 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 própria lista;
- d) Baseia-se na oferta, pelos hospitais e ULS que participam na GPRSNS, de um volume de cirurgias a disponibilizar por grupo nosológico;
- e) O fluxo de doentes observa as regras previstas para as Notas de Transferência no âmbito do SIGA, vertente cirúrgica, aplicáveis às transferências entre as instituições do SNS.

#### **4.4.1.2.2. RESPONSABILIDADE FINANCEIRA PELA NÃO PRESTAÇÃO ATEMPADA CUIDADOS CIRÚRGICOS**

Aplica-se, em 2018, o princípio de responsabilização financeira do Hospital de origem pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados, o qual conjugado com a criação do programa de incentivo referido no ponto anterior, determina que sejam cumpridos os seguintes 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 SIGA SNS;
- 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 SIGA SNS, na vertente cirúrgica;
- c) A atividade cirúrgica a contratar com as instituições hospitalares deve considerar a atividade cirúrgica que estimam realizar internamente e, ainda, a atividade cirúrgica constante da sua LIC que poderá ser realizada por terceiras entidades, na impossibilidade do Hospital a realizar dentro do TMRG;
- d) 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 SIGA SNS), não está abrangida pelo Contrato-programa, sendo, nessa medida, considerada uma atividade e um proveito extra Contrato do hospital de destino, e será faturada nos termos seguintes.

**- PREÇOS A CONTRATAR**

e) A atividade inscrita no Contrato-programa é contratada de acordo com a metodologia de pagamento comum (doente equivalente\*ICM\*preço unitário/linha de produção);

f) 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 SNS <sup>14</sup>, de acordo com as regras ali constantes;

**- CIRCULAÇÃO DE UTENTES, FATURAÇÃO DA ATIVIDADE E FLUXOS FINANCEIROS NO ÂMBITO DO SIGA, NA VERTENTE CIRÚRGICA**

g) A circulação dos utentes, as regras de faturação da atividade e os fluxos financeiros decorrentes da transferência de um utente para outro hospital do SNS, no âmbito do programa SIGA, na vertente cirúrgica, regem-se pelas normas e procedimentos previstos na Circular Normativa n.º 12/2016/DPS-UGA/ACSS, de 19 de maio.

Durante o triénio 2017-2019 aprofundar-se-á o mecanismo de concorrência na realização de atividade cirúrgica no SNS, substituindo-se progressivamente 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, nos termos explicitados através da Circular Informativa n.º 10/2017/UGA/ACSS, de 8 de maio.

**4.4.1.3. 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 em APR, adotando-se ICM atualizados com a produção de 2015.

Dando continuidade ao objetivo de promoção da atividade cirúrgica em ambulatório, os pesos relativos desta atividade são iguais à atividade realizada em regime de internamento.

Para 2018, reforçam-se os objetivos de melhoria do seguimento dos doentes crónicos e da articulação entre as entidades do SNS, no sentido de reduzir os internamentos hospitalares evitáveis, nomeadamente aqueles que estão relacionados com internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório, ou seja, com patologias que podem e devem ser prevenidas e/ou tratadas ao nível dos cuidados de primeira linha, mas que acabam por ser tratados em internamento hospitalar (e.g. asma, diabetes, DPOC, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca).

<sup>14</sup> A Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho aprova os Regulamentos e as tabelas de Preços das instituições e serviços integrados no SNS, e define os preços e condições em que se pode efetuar a remuneração da produção adicional realizada pelas equipas.

#### 4.4.1.4. CONSULTAS EXTERNAS

A atividade realizada em consulta externa está dependente da complexidade dos serviços prestados por cada instituição, a qual será possível de captar de forma sistematizada em 2018, com a implementação do projeto de atribuição de códigos de diagnóstico às consultas externas e urgência (ACODCEU).

Para 2018 estará em plena aplicação o princípio de LAC dos utentes no acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, referenciada pelos cuidados primários, o qual possibilita que o utente, em conjunto com o médico de família responsável pela referênciação, possa optar por qualquer hospital do SNS para realização de uma consulta de especialidade, consultando informação sobre:

- Instituições hospitalares do SNS disponíveis por especialidade;
- Tempos médios de resposta para primeira consulta hospitalar, por prioridade;
- Tempos médios de resposta para cirurgias programadas, por prioridade;
- Número de quilómetros de distância entre a unidade do médico de família e o hospital do SNS.

O pagamento das consultas aos hospitais no âmbito do LAC, bem como da atividade resultante do acompanhamento ao utente, encontra-se estabelecido no Contrato-programa celebrado anualmente entre a instituição hospitalar do SNS, a ARS da sua área de influência e a ACSS.

Para além desta alteração na circulação de utentes no SNS, e visando aproximar o preço praticado aos diferentes custos incorridos por cada uma das instituições, dada a sua heterogénea tipologia de serviços mantém-se, para 2018, o agrupamento das entidades em sete grupos de financiamento:



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

Aplica-se, ainda, em 2018, a regra que associa o pagamento das consultas de acordo com um *Índice de Consultas Subsequentes*, que se apresenta como promotor de eficiência e das práticas clínicas que



permitam 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 registados na relação entre consultas subsequentes e primeiras consultas nos últimos 5 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 médios dos últimos 5 anos * -</b>						
<b>Valor do 2º Quartil</b> (Mediana)	1,26	2,20	2,39	2,36	2,98	4,43
<b>Valor do 1º Quartil</b> (Eficiente)	1,10	1,84	1,87	2,26	2,88	3,35

\*2012 a 2016

O *Índice de Consultas Subsequentes* não é aplicado ao Grupo F para 2018, devido às elevadas taxas de variação anual e disparidade de valores entre Hospitais do Grupo.

Para 2018 promove-se a implementação de medidas que vinculam as instituições na gestão do acesso à consulta hospitalar, com enfoque em medidas a nível nacional, como a implementação do telerastreio dermatológico, na dermatologia, ou do rastreio da retinopatia diabética, na oftalmologia.

Para além disso, incentiva-se pela via do financiamento a adoção de soluções locais que contribuam para a melhoria dos tempos de resposta, pelo que as primeiras consultas referenciadas pelos cuidados primários através do SIGA, terão o seu preço majorado em 10%, no ano de 2018.

Adicionalmente, as teleconsultas médicas realizadas em tempo real, programadas ou urgentes, são majoradas em 10%, 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, ou seja, o pagamento das teleconsultas não se encontra associado à residência.

Dando cumprimento ao Programa Nacional de Saúde Mental, as consultas de psiquiatria realizadas na comunidade são majoradas em 10%, sejam primeiras consultas ou consultas subsequentes. A mesma majoração se aplica à atividade realizada nos estabelecimentos prisionais.

Também para 2018, continuará a ser realizado o acompanhamento da atividade relacionada com as “altas das consultas externas”, de maneira a fomentar a transferência de cuidados para os níveis mais adequados e obter mais evidência sobre as práticas de acompanhamento dos doentes nos hospitais.

<b>Consultas Externas</b>	<b>Preço</b>
<b>Grupo A</b>	35 €
<b>Grupo B</b>	38 €
<b>Grupo C</b>	42 €
<b>Grupo D</b>	65 €
<b>Grupo E</b>	68 €
<b>Grupo F</b>	102 €
<b>Hospitais Psiquiátricos</b>	94 €

#### 4.4.1.5. CONSULTAS HOSPITALARES DESCENTRALIZADAS NOS CSP

A realização de consultas médicas de especialidades hospitalares nos cuidados de saúde primários contribui para aumentar a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde e incentiva a articulação entre as instituições do SNS, promovendo a proximidade aos utentes e a continuidade dos cuidados.

É uma solução que importa incrementar em algumas especialidades (como a saúde mental, a oftalmologia, a obstetrícia, a pediatria e a medicina física e de reabilitação, por exemplo) e em áreas geográficas concretas, obedecendo sempre a protocolos clínicos bem definidos, pelo que se dá continuidade a esta linha de atividade no ano de 2018, majorando os preços praticados.

<b>Consultas Hospitalares Descentralizadas</b>	<b>Preço</b>
<b>Primeiras consultas e subsequentes</b>	Preço do Grupo, com majoração de 10%

#### 4.4.1.6. ATENDIMENTOS URGENTES

Para 2018, 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:

- Valor fixo, em função da disponibilidade de serviço nas três tipologias de urgência;
- Valor em função do desempenho, aferido através de indicadores de acesso e qualidade;
- 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 prevista, 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 2018 que a atribuição de 5% da componente de valor fixo fica dependente da avaliação de indicadores, efetuada através do Índice de Desempenho do Serviço Urgência, calculado nos moldes técnicos do Índice aplicado na avaliação dos incentivos globais do Contrato-programa dos Hospitais:

- Peso dos episódios de urgência com prioridade atribuída verde/azul/branca;
- Peso dos episódios de urgência com internamento;
- Peso dos utilizadores frequentes (> 4 episódios), no total de utilizadores do Serviço Urgência;
- Rácio entre consultas externas / episódios de urgência.

O pagamento desta componente de desempenho 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”.

#### - COMPONENTE DE VALOR VARIÁVEL

A componente variável corresponde à atividade que vier a ser necessária para além dos valores contratados, e será paga a um preço marginal.

Durante o ano de 2018 irão ser monitorizados 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 2018 são os seguintes:

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

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

Estes valores 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 2018 a cada instituição na componente de valor fixo corresponde à aplicação de um índice que posiciona cada um destes Serviços em relação a estes valores médios.

#### - EQUIPAS DEDICADAS NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Para 2018 serão desenvolvidas experiências-piloto de implementação de CRI nos Serviços de Urgência, em instituições que venham a ser identificados pelas ARS respetivas, visando o aumento da autonomia de gestão, a maximização dos recursos, a otimização dos processos assistenciais e de decisão e o cumprimento integral dos tempos de resposta nos Serviços de Urgência.

Estas experiências-piloto serão adaptadas às condições concretas de cada instituição, cumprindo no essencial as seguintes **orientações gerais**:

- Estrutura autónoma, dotada de missão e objetivos claros, de recursos humanos próprios, recursos logísticos adequados, forte componente de cultura e ética organizacional e garantia da sustentabilidade;

- Otimização dos fluxos e organização dos circuitos de acordo com a situação clínica dos doentes, ou com a necessidade expectável de consumo de cuidados, procurando reduzir situações de saturação de meios e contribuindo para a melhoria da acessibilidade e da qualidade da atividade assistencial;
- Retribuição financeira às equipas e profissionais em função do desempenho;
- Articulação com os meios e estruturas de resposta em situações de emergência pré hospitalar;
- Garantia do cumprimento dos algoritmos e dos protocolos das vias verdes;
- Garantia de tempos de resposta adequados para doentes críticos e urgentes, em termos de observação médica, cuidados e decisão;
- Interação e partilha com cuidados de saúde primários e com as respostas da RNCCI, do Setor Social e da Comunidade, na prevenção das situações de urgência e emergência, na resposta intra hospitalar e na continuidade de cuidados.

#### 4.4.1.7. ECMO

A transplantação de órgãos no dador em paragem cardiocirculatória exige a adoção de medidas de preservação/suporte orgânico o mais precocemente possível, por forma a minimizar os efeitos deletérios da isquemia quente decorrente da paragem circulatória.

A operacionalização de um programa de colheita de órgãos em dador em paragem cardiocirculatória não-controlada pressupõe a existência de recursos técnicos e humanos para a instituição.

Nesta sequência, e considerando (i) a necessidade de aumentar o número de órgãos disponíveis para doação e, conseqüentemente, o número de transplantes em Portugal; (ii) a necessidade de reforçar a coordenação e a rapidez das respostas associadas à ECMO; (iii) a convergência estratégica para reforçar a resposta às situações de paragem cardiocirculatória extra-hospitalar e da colheita de órgãos em dadores em paragem cardiocirculatória não-controlada.

Para 2018, mantém-se uma modalidade de pagamento específica para o projeto-piloto de integração de emergência pré-hospitalar com Centro ECMO para assistência à paragem cardiocirculatória extra-hospitalar refratária em centros de ECMO definidos<sup>15</sup>, nomeadamente o Centro Hospitalar de São João, EPE, o Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE e o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC).

ECMO	Preço
ECMO – Preço Doente	21.606 €

<sup>15</sup> Nos termos do Despacho n.º 9063/2017, publicados em Diário da República, 2.ª série, N.º 198, de 13 de outubro de 2017.

#### 4.4.1.8. SESSÕES DE HOSPITAL DE DIA

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

Por definição, todas as sessões de hospital de dia são financiadas ao preço base, sendo praticados preços específicos para sessão de hospital de dia de hematologia/imunohemoterapia, caso sejam realizados um conjunto mínimo de procedimentos e de sessões de hospital de dia de psiquiatria, não podendo ser contratadas sessões de hospital de dia que estejam incluídas em modalidades de pagamento por doente tratado.

Sessões de Hospital de Dia	Preço
Base	20 €
Psiquiatria	30 €
Psiquiatria (Unidade Sócio-Ocupacional)	30 €
Hematologia	294 €
Imunohemoterapia	294 €

#### 4.4.1.9. SESSÕES DE RADIOTERAPIA

Para 2018 pratica-se o pagamento desta atividade através de preços diferenciados para tratamentos simples (nos quais se incluem os tratamentos simples e tratamentos 3D) e complexos (referentes às técnicas especiais, à irradiação corporal e hemicorporal e aos tratamentos IMRT), dando assim continuidade à recomendação do Grupo de Trabalho, constituído pela ACSS e por hospitais públicos com esta valência, que propôs que estes tratamentos tivessem uma linha de atividade autónoma.

Sessões de Radioterapia	Preço
Tratamentos simples	105 €
Tratamentos complexos	251 €

#### 4.4.1.10. CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

O desenvolvimento de respostas no domicílio é um dos objetivos que se pretende incentivar no SNS, contribuindo para reforçar a tendência para a prestação de cuidados centrada na pessoa e para melhorar a articulação e a continuidade das diferentes soluções atualmente existentes nesta área.

Para 2018, a valorização da atividade domiciliária é efetuada em duas linhas de produção distintas:

##### 4.4.1.10.1. ATIVIDADE HOSPITALAR NO DOMICÍLIO

Esta atividade corresponde ao serviço domiciliário efetuado pelos profissionais dos hospitais, devendo aplicar-se, prioritariamente, aos cuidados prestados a doentes da área da saúde mental e a doentes ventilados, ficando ao critério de cada ARS a inclusão de outras tipologias de doentes.

Serviço domiciliário	Preço
Consultas domiciliárias	38 €

##### 4.4.1.10.2. HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

A família e a comunidade devem ser parceiros ativos do SNS, não apenas para evitar estadas desnecessárias dos doentes nos serviços de internamento dos hospitais por razões alheias ao seu estado de saúde, mas também para potenciar o retorno à vida ativa e para reduzir as infeções nosocomiais, as quais ainda apresentam valores elevados em Portugal, comparativamente a outros países.

Neste contexto, tem vindo a ser incentivada a criação de respostas integradas de hospitalização domiciliária no SNS<sup>16</sup>, centradas nas necessidades dos utentes, que garantam uma resposta segura e adequada às situações de doença aguda e que assegurem a continuidade para os cuidados de saúde primários ou para a RNCCI.

Esta hospitalização domiciliária é diversa das respostas de saúde e de apoio social no domicílio já implementadas no SNS, na medida em que incide sobre a fase aguda da doença, de elevada complexidade e frequência de procedimentos clínicos praticados.

Deve aplicar-se, prioritariamente, a determinadas patologias elegíveis<sup>17</sup> e tem de seguir critérios de inclusão e exclusão de doentes, assim como de articulação com os cuidados primários, com as respostas da RNCCI, do setor social e da comunidade.

	Preço *
Hospitalização domiciliária	1.714 €

\*O preço praticado para a hospitalização domiciliária corresponde a 75% do preço base do internamento programado, independentemente do episódio que deu origem à hospitalização domiciliária (urgência ou internamento).

<sup>16</sup> Destaca-se a criação do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes no SNS, que foi criado em 2017 e que será executado em 2018, onde se promove a Implementação de programas integrados de apoio domiciliário no SNS (<http://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/programas-de-incentivo/>).

<sup>17</sup> Como patologias preferenciais indicam-se a DPOC, insuficiência cardíaca crónica descompensada, asma aguda, celulites/erisipela, infeções adquiridas na comunidade ou no hospital, infeções por microrganismos MDR, pneumonias (aspirativa, hospitalar e PAC), patologias trombo-embólicas, diverticulite, neutropénia febril

#### 4.4.2. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NO ÂMBITO DE PROGRAMAS DE SAÚDE ESPECÍFICOS

##### 4.4.2.1. PROGRAMA APOIO HOSPITALAR AOS RASTREIOS BASE POPULACIONAL: MAMA, COLO DO ÚTERO E CÓLON E RETO

Os rastreios oncológicos de base populacional permitem o diagnóstico precoce, através da identificação de lesões que podem originar situações malignas ou estádios iniciais da doença.

Em 2018 será executado o Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos utentes no SNS, que criou incentivos financeiros para projetos partilhados por vários serviços do SNS, nomeadamente para a realização de rastreios e de programas de diagnóstico precoce.

Também para 2018, encontra-se inscrita no Orçamento de Estado<sup>18</sup> uma verba de 10,3 M€ para o alargamento da atividade de rastreios no SNS, nomeadamente do rastreio do cancro da mama. Adicionalmente, e procurando sustentar a realização de rastreios de base populacional no SNS, em concreto para as patologias oncológicas do colo do útero e cólon e reto, estabelece-se para 2018 uma modalidade de pagamento da atividade hospitalar que suporta o funcionamento dos programas de rastreio<sup>19</sup> que são realizados nos cuidados de saúde primários, assegurando-se assim a qualidade dos procedimentos realizados no SNS e uniformizando os preços e os mecanismos de pagamento da atividade de rastreios a nível nacional.

Assim, os preços a praticar no âmbito de programas de rastreio do cancro colo do útero e do cólon e reto são os que se seguem, de acordo com o seguinte racional:

- Cólon e reto - Inclui todos os MCDT envolvidos no rastreio, realizados após resultado positivo da pesquisa de sangue oculto nas fezes;
- Colo do útero – Inclui os MCDT envolvidos no rastreio, excetuando os atos realizados pelos ACES.

Apoio hospitalar ao rastreio oncológico	Preço
Cancro do Cólon e reto (apoio ao rastreio)	378,41 €
Cancro do Colo do útero (apoio ao rastreio)	67,50 €

##### 4.4.2.2. PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

A linha de atividade Diagnóstico Pré-Natal prevê a utilização de centros de referência no acompanhamento das grávidas seguidas nos cuidados 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), aos quais se aplicam os seguintes preços.

Diagnóstico pré-natal	Preço
Protocolo I	38 €
Protocolo II	65 €

<sup>18</sup> De acordo com a Nota Explicativa do Orçamento de Estado de 2018 – Programa Setorial da Saúde, acessível em <http://www.parlamento.pt/Documents/OE2018/NotaExplicativaMS2018.pdf>

<sup>19</sup> Nos termos definidos no Despacho n.º 8254/2017, de 18 de setembro.



#### 4.4.2.3. PROGRAMA PARA PROcriação MEDICAMENTE ASSISTIDA (PMA)

A infertilidade, reconhecida como uma doença, tem vindo a ganhar importância crescente enquanto problema social e de saúde, estimando-se que, no mundo ocidental, afete cerca de 15% dos casais<sup>20</sup>. Em Portugal, a prevalência da infertilidade ao longo da vida situa-se entre 9% e 10%, não se verificando diferenças regionais.

A publicação da Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, alargou o âmbito dos beneficiários das técnicas de PMA a todas as mulheres, o que representa o reforço deste Programa de PMA no SNS.

Sendo considerada como uma área prioritária na política de saúde, mantém-se, para 2018, um Programa de Saúde específico, que envolve os hospitais do SNS para melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento da infertilidade, o qual foi estabelecido em conjunto pela ACSS e DGS e engloba o financiamento compreensivo de todos os tratamentos associados a problemas de infertilidade, assim como todos os atos médicos associados.

<b>Programa para Procriação Medicamente Assistida</b>	<b>Preço</b>
Financiamento Primeiras Consultas Médicas de apoio à fertilidade	88 €
Financiamento ciclos IO	133 €
Financiamento ciclos IIU	335 €
Financiamento ciclos FIV	2.098 €
Financiamento de ciclos ICSI	2.308 €
Financiamento ciclos ICSI com espermatozoides recolhidos cirurgicamente	2.937 €

#### 4.4.2.4. BANCO DE GÂMETAS

Em 2017 criaram-se duas linhas de atividade específicas no Contrato-programa, destinadas a financiar a atividade desenvolvida Banco de Gâmetas do SNS, sediado no CHP, e pelos dois Centros Afiliados, instalados no CHLC e no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC). O Banco de Gâmetas no CHP, como responsável pela gestão global do *stock* de Gâmetas, permite assegurar diversidade de stock com maior capacidade de reposta a diferentes critérios (raça, tipo de sangue, outros) e maior aleatoriedade na utilização dos gâmetas, menos riscos, enquanto os Centros Afiliados permitem aumentar a capacidade de recolha.

<b>Banco de Gâmetas</b>	<b>Preço *</b>
Colheita de Gâmetas Masculinas	1.405 €
Colheita de Gâmetas Femininas	2.825 €

\*O preço a pagar ao CHP será majorado em 20%, pela dinamização e gestão do Banco de Gâmetas do SNS.

O pagamento global desta atividade fica dependente da capacidade de resposta dos 3 Centros aos voluntários captados, bem como ao tratamento da recolha e estudo de gâmetas, num montante de 10% do valor global anual desta linha de financiamento, a apurar em sede de encerramento de contas finais.

<sup>20</sup> A. Templeton. Infertility and the establishment of pregnancy overview. Br Med Bull 2000;56(3):577-87.

#### 4.4.2.5. PROGRAMA PARA A REDUÇÃO DA TAXA DE CESARIANAS

A Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas (CNRTC) propôs a definição de metas para a taxa de cesarianas nos hospitais do SNS, que tivessem repercussão no financiamento hospitalar, sem que esta medida acarrete riscos acrescidos de saúde para os utentes, aspeto que deverá ser sempre a primeira prioridade na tomada de decisões clínicas. De facto, a realização de uma cesariana pode trazer benefícios de saúde inequívocos para a grávida e para o seu filho, mas a sua utilização abusiva sem motivos clínicos acarreta riscos acrescidos para ambos. Assim, define-se que o pagamento dos episódios de internamento com cesariana (x) é indexado à taxa de cesarianas, nomeadamente:

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

Aos hospitais com taxas de cesariana iguais ou superiores aos limites máximos da fórmula anterior, em 2018, 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 × valor x
- Redução do valor da taxa de cesarianas 7,5% - 9,9% = 0,50 × valor x
- Redução do valor da taxa de cesarianas 10,0% - 12,4% = 0,75 × 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 SNS» e no Portal do SNS a informação referente a “Indicadores de qualidade assistencial obstétrica” de cada hospital do SNS, de forma a informar os cidadãos sobre estas práticas.

#### 4.4.2.6. PROGRAMA “NASCER UTENTE”

Em 2018, e na sequência da operacionalização dos projetos “Nascer Utente” e “Notícia Nascimento”<sup>21</sup>, determina-se que o pagamento dos episódios de parto, estará dependente da confirmação de existência de registo na plataforma “Notícia de Nascimento”, salvo nos casos de exceção previstos.

#### 4.4.2.7. PROGRAMA PARA 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, praticando-se em 2018 os seguintes preços.

Interrupção voluntária da gravidez	Preço
IVG medicamentosa até às 10 semanas	283 €
IVG cirúrgica até às 10 semanas	369 €

<sup>21</sup> O Despacho n.º 6744/2016, de 23 de maio, estabeleceu as disposições sobre o programa de simplificação administrativa no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e do Programa Nacional de Vacinação.

#### 4.4.2.8. PROGRAMA TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE (PTCO)

A Cirurgia para a Obesidade é uma técnica terapêutica válida para um conjunto de situações bem estabelecidas, sendo essencial assegurar o cumprimento de tempos de resposta adequados. A abordagem é multidisciplinar envolvendo equipas de gastroenterologia, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, cirurgiões especializados, e requer meios apropriados, existentes em alguns hospitais.

Esta realidade leva à definição de um programa de financiamento específico desta atividade, a integrar no Contrato-programa 2018, o qual visa garantir o acesso atempado do doente com obesidade grave à necessária prestação de cuidados de qualidade, por um período de tempo nunca inferior a três anos.

São abrangidas por este Programa as instituições reconhecidas pela DGS como centro de tratamento (CT) para o tratamento cirúrgico da obesidade grave.

##### - PROCEDIMENTOS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE NO PROGRAMA

- Incluem-se neste capítulo o conjunto de procedimentos cirúrgicos destinados ao tratamento da obesidade considerados nas normas publicadas pela DGS, quando as ocorrências obedecem a essas normas.
- Todos os episódios de internamento ou ambulatorio, destinados ou enquadrados no tratamento cirúrgico da obesidade que não se enquadrem nas normas em vigor e nesta regulamentação não serão financiados.
- O pagamento da atividade de cirurgia de obesidade enquadra-se no princípio do pagamento por doente tratado e pressupõe a verificação da ocorrência dos eventos clínicos identificados nas normas.
- O financiamento desta atividade contempla 4 fases que decorrem ao longo de 3 anos, nomeadamente:

##### - FASES DO PROGRAMA E PRESTAÇÕES INCLUÍDAS NO FINANCIAMENTO:

- Fase I - Pré-avaliação e cirurgia bariátrica (Consulta pré-operatória de avaliação multidisciplinar; MCDT; balão intragástrico; intervenção cirúrgica; Complicações até 60 dias);
- Fase II - 1º ano de Acompanhamento (duas Consultas de AMTCO; MCDT);
- Fase III - 2º ano de Acompanhamento (duas Consultas de AMTCO; MCDT);
- Fase IV - 3º ano de Acompanhamento (uma ou duas consultas de AMTCO; MCDT).

##### - TEMPOS DE ACESSO

- Consulta pré-operatória de AMTCO (1ª consulta) - 60 dias;
- Cirurgia bariátrica (nível prioridade 1) - 270 dias;

##### - DEFINIÇÃO DE PREÇOS COMPREENSIVOS:

PTCO – Fase I	Preço
Banda gástrica *	3.377 €
Bypass gástrico *	4.295 €
Outras Técnicas	3.377 €
PTCO – Fase II	Preço
Banda gástrica (1º ano follow-up)*	563 €
Bypass gástrico (1º ano follow-up)*	716 €

\*Em 2018 aplicam-se a Fase I e II.

#### 4.4.3. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A PESSOAS A VIVER COM PATOLOGIAS CRÓNICAS

A aplicação de modelos de gestão da doença em Portugal prevê que os cuidados de saúde sejam prestados de forma integrada, com garantias de acesso atempado, com qualidade e efetividade.

Para impulsionar estes modelos, definiu-se que a modalidade de financiamento do tratamento de algumas patologias evoluísse para um modelo baseado na unidade "doente em tratamento"<sup>22</sup>, o qual permite uma orientação para valorizar o acompanhamento adequado ou a resolução integrada de problemas de saúde, balizada pelo risco e sujeita a avaliação permanente da qualidade.

Em 2017 iniciaram-se os trabalhos tendentes ao desenvolvimento de uma Plataforma de Gestão dos Medicamentos com maior impacto económico nos custos do SNS (denominada Plataforma M20), sendo que muitos deles se aplicam ao tratamento destas doenças crónicas, bem como se reforçou a importância de identificação dos utentes portadores de doenças crónicas e raras.

Em 2018, dá-se continuidade a grande parte dos programas de tratamento no âmbito de doenças crónicas e raras, bem como se reviram preços e alargaram os programas de tratamento a outras áreas:

##### 4.4.3.1. PROGRAMA DE TRATAMENTO DE DOENTES COM DISPOSITIVOS PSCI

Em Portugal, a utilização de dispositivos de perfusão subcutânea contínua de insulina (PSCI) para administração da insulina às pessoas com diabetes tipo 1 tem permitido uma melhoria do seu controlo metabólico, com redução das hipoglicemias graves e dos episódios de cetoacidose.

A terapia por perfusão subcutânea contínua de insulina, pelas características da sua utilização, exige que sejam asseguradas condições organizacionais específicas, que garantam uma efetiva experiência com este tipo de terapêutica, o que exige envolvimento dos hospitais nesta matéria.

O Programa Nacional para a Diabetes (PND), em atividade na DGS, define os Centros de Tratamento (CT) e as prioridades de inclusão de utentes elegíveis para tratamento com estes dispositivos.

Em 2018, esta prestação de cuidados mantém-se integrada nos Contratos-Programa hospitalares<sup>23</sup>, havendo lugar a contratação com os CT de acordo com as prioridades de atribuição de dispositivos e com a aferição de indicadores de qualidade definidos pelo PND, praticando-se dois preços distintos:

- **Um preço por novo doente em Programa**, que se aplica aos 12 primeiros meses de tratamento do doente e que inclui as seguintes componentes:

- Dispositivo e PSCI e respetivos consumíveis, para 12 meses de tratamento;
- Todas as consultas e MCDT relacionados com o regular acompanhamento dos doentes elegíveis, de acordo com protocolo definido pela DGS.

<sup>22</sup> Estas modalidades por "doente em tratamento" caracterizam-se por ser aplicadas em doenças raras e onerosas ou em patologias complexas em que o tratamento implica o percurso por várias linhas de atividade, e em que é possível a "normalização" e tipificação dos cuidados a prestar.

<sup>23</sup> Dando assim cumprimento ao determinado através do Despacho n.º 13277/2016, de 28 de outubro.

- Um preço por doente em seguimento, após 12 primeiros meses tratamento, com as componentes:

- Consumíveis para 12 meses de tratamento;
- Todas as consultas e MCDT relacionados com o regular acompanhamento dos doentes elegíveis, de acordo com protocolo definido pela DGS.

<b>Tratamento Doentes com dispositivos PSCI</b>	<b>Preço</b>
Doentes Novos (Doente Equivalente/Ano)	2.700 €
Doentes em seguimento (Doente Equivalente/Ano)	1.200 €

#### **4.4.3.2. PROGRAMA DE TRATAMENTO AMBULATORIO DE PESSOAS PORTADORAS DE INFEÇÃO PELO VÍRUS HEPATITE C**

A hepatite C é uma doença do fígado, contagiosa, que resulta da infeção com o vírus da hepatite C e que pode conduzir à cirrose, insuficiência hepática e cancro. O tratamento disponível para doentes com hepatite C crónica implica o acesso a terapêuticas dispensadas exclusivamente em farmácia hospitalar, e associadas a custos elevados, tendo sido decidido, em 2018, integrar a presente atividade nos contratos-programa hospitalares.

Para o efeito considera-se apenas a componente terapêutica, abrangendo-se todos os genótipos associados à patologia e praticando-se o seguinte preço por doente tratado (indivíduo).

<b>Tratamento Doentes com Hepatite C</b>	<b>Preço</b>
Preço por doente tratado	6 922 €

Em caso de necessidade de se tratar de novo o doente, por falha do primeiro tratamento, deve ser aplicado o mesmo preço. O valor contratado para 2018 nesta linha de atividade destina-se exclusivamente ao pagamento do tratamento de doentes com esta patologia, não podendo ser utilizado para outro fim, de forma a assegurar a acessibilidade a estes tratamentos a nível nacional.

Considerando as evoluções previstas para o mercado terapêutico, este preço deverá ser objeto de reavaliação trimestral durante o ano de 2018, devendo para o efeito, a ACSS articular-se com a DGS, o INFARMED e a SPMS.

#### **4.4.3.3. PROGRAMA DE TRATAMENTO AMBULATORIO DE PESSOAS A VIVER COM INFEÇÃO VIH/SIDA**

O programa de tratamento ambulatorio de pessoas a viver com infeção VIH/ 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.

Considerado o hiato de tempo de cerca de dez anos volvido entre a criação da modalidade de pagamento e o momento atual, as mudanças no mercado farmacológico e as alterações de paradigma entretanto havidas, o preço por doente tratado para 2018 foi revisto e atualizado às práticas clínicas.

A modalidade de pagamento só é aplicável às instituições que seguem pessoas que vivem com VIH de acordo com a Rede Nacional Hospitalar de Referência para a Infecção por VIH, e apenas se considerarão como elegíveis para pagamento os doentes devidamente registados no SI.Vida, conforme o disposto no Despacho n.º 8379/2017, de 19 de setembro, praticando-se os seguintes preços.

Tratamento ambulatorial de pessoas a viver com infeção VIH/SIDA	Preço
Doente Equivalente / Ano	5.997 €

O valor contratado para 2018 nesta linha de atividade destina-se exclusivamente ao pagamento do tratamento de doentes com esta patologia, não podendo ser utilizado para outro fim, de forma a assegurar a acessibilidade a estes tratamentos a nível nacional.

Considerando as evoluções previstas para o mercado terapêutico, este preço deverá ser objeto de reavaliação trimestral em 2018, devendo a ACSS articular-se com a DGS, o INFARMED e a SPMS.

#### **4.4.3.4. PROGRAMA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL DE PESSOAS A VIVER COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR**

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

O tratamento disponível para doentes com HAP implica o acesso a terapêuticas inovadoras e dispendiosas, tornando necessária a criação de um programa de financiamento específico para esta patologia, com o intuito de promover a qualidade de vida e acesso atempado dos doentes às respetivas terapêuticas.

Acresce que, considerado o reduzido número de doentes adultos, 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 para 2018 mantém um preço por doente tratado mensal para três estádios da patologia em adultos:

- (a) seguimento 1º ano;
- (b) seguimento após 1º ano CF<=III;
- c) seguimento após 1º ano CF IV, conforme se pode verificar no quadro seguinte:

Tratamento ambulatorial de pessoas a viver com hipertensão arterial pulmonar	Preço
Seguimento 1º ano (doente tratado/ Eq. Ano)	8.408 €
Seguimento após 1º ano CF<=III (doente tratado / Eq. Ano)	22.555 €
Seguimento após 1º ano CF IV (doente tratado/ Eq. Ano)	162.563 €

#### 4.4.3.5. PROGRAMA DE TRATAMENTO AMBULATORIO DE PESSOAS A VIVER COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

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

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

A modalidade de pagamento para 2018 mantém um preço mensal por doente tratado que considera doentes em tratamento em diferentes estádios da doença:

- (a) EDSS<3,5, até um surto por ano;
- (b) EDSS<3,5, até dois surtos por ano;
- (c) 4<EDSS<6,5;
- (d) 7<EDSS<8 .

Para 2018 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 ambulatório de pessoas a viver com esclerose múltipla</b>	<b>Preço</b>
Doente tratado/Eq. Ano	12.380 €

#### 4.4.3.6. PROGRAMA TRATAMENTO DE NOVOS DOENTES COM PATOLOGIA ONCOLÓGICA DA MAMA, COLO DO ÚTERO, COLON E RETO, PRÓSTATA, PULMÃO E MIELOMA

O cancro é a principal causa de morte antes dos 70 anos de idade e, no conjunto das causas de mortalidade em todas as idades, ocupa o segundo lugar depois das doenças cérebro-cardiovasculares.

A modalidade de pagamento para a área oncológica estabelece um preço por doente tratado/mês para um tratamento de 24 meses, sendo consideradas seis patologias: mama, colo do útero e colon e reto, próstata, pulmão e o mieloma.

Para o cancro da mama, do colo do útero e do colon e reto, são elegíveis no âmbito deste programa, em 2018, as seguintes sete instituições (excetuam-se o colon e reto, onde se consideram também os CRe formalmente aceites): Instituto Português de Oncologia do Porto, de Coimbra e de Lisboa, CHSJ, CHUC, CHLN e Hospital do Espírito Santo, Évora, EPE (HESE).

Em caso de indicação, são incluídas a reconstrução mamária e a reconstrução de trânsito intestinal.



Para o cancro da próstata, do pulmão e para o mieloma, são elegíveis no âmbito deste programa, em 2018, o Instituto Português de Oncologia do Porto, de Coimbra e de Lisboa, o CHSJ, o CHUC e o CHLN.

<b>Tratamento de novos doentes com patologia oncológica</b>	<b>Preço</b>
Cólon e reto (primeiro ano) (Eq. Ano)	11.302 €
Cólon e reto (segundo ano) (Eq. Ano)	4.995 €
Colo do útero (primeiro ano) (Eq. Ano)	12.023 €
Colo do útero (segundo ano) (Eq. Ano)	3.551 €
Mama (segundo ano) (primeiro ano) (Eq. Ano)	9.827 €
Mama (segundo ano) (Eq. Ano)	3.944 €
Mieloma (segundo ano) (primeiro ano) (Eq. Ano)	24.879 €
Mieloma (segundo ano) (Eq. Ano)	10.687 €
Próstata (segundo ano) (primeiro ano) (Eq. Ano)	6.314 €
Próstata (segundo ano) (Eq. Ano)	1.726 €
Pulmão (segundo ano) (primeiro ano) (Eq. Ano)	16.901 €
Pulmão (segundo ano) (Eq. Ano)	4.397 €

Para efeitos de acompanhamento da presente modalidade de pagamento será recolhida, através do Registo Oncológico Nacional, a informação para avaliação dos resultados deste programa, assim como serão aplicadas as penalidades referidas neste documento.

#### **4.4.3.7. PROGRAMA TRATAMENTO DOENTES COM POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR (PARAMILOIDOSE)**

A Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF), também designada como Paramiloidose, é uma doença hereditária, rara, causada por uma mutação genética associada à proteína transtirretina, com consequente deposição de substância amiloide nos tecidos, provocando um comprometimento neurológico degenerativo, bem como, atingimento cardíaco, nefrológico e oftálmico.

O transplante hepático alterou de forma significativa a sobrevida dos doentes com PAF, tendo sido, durante os últimos anos, o tratamento de eleição para estes doentes.

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 CHLN e CHP ou os centros de referência que venham a ser constituídos no âmbito do tratamento desta patologia, excluindo-se qualquer hipótese de duplicação de doentes em tratamento com Tafamidis.

<b>Tratamento de doentes com paramiloidose</b>	<b>Preço</b>
Doentes com paramiloidose/Eq. Ano	58.359 €

Considerando as evoluções previstas para o mercado terapêutico, este preço deverá ser objeto de reavaliação trimestral em 2018, devendo a ACSS articular-se com a DGS, o INFARMED e a SPMS.

#### 4.4.3.8. PROGRAMA DE TRATAMENTO A DOENTES PORTADORES DE DOENÇAS LISOSSOMAS 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 2018, mantém-se a existência de CRe das DLS, com os quais os centros de tratamento de proximidade (CTP) dos doentes se articulam, devendo depender do ponto de vista clínico e técnico da orientação dos CRe, assim como a prescrição dos medicamentos e monitorização dos consumos deve ser efetuada através de instrumentos eletrónicos no âmbito da Comissão Coordenadora do Tratamento das Doenças Lisossomais de Sobrecarga (CCTDLS).

As instituições que tratam doentes portadores de DLS devem articular-se de forma a que a responsabilidade clínica e financeira pela prescrição e dispensa do fármaco seja exclusiva do CRe. Por sua vez, o CRe deve assegurar o acompanhamento integrado dos seus doentes, bem como dos doentes de CTP que, anualmente devem ser ali avaliados.

Assim, a remuneração de cada CRe terá dois preços por patologia, nos seguintes termos. Um preço para os doentes seguidos diretamente pelo CRe, outro preço para os doentes seguidos em CTP mas na esfera de responsabilidade do CRe. Por sua vez, o CTP poderá contratar a atividade decorrente do seguimento dos doentes a seu cargo, excluindo a componente farmacológica, a cargo dos CRe.

As instituições devem assegurar a necessária colaboração para a implementação do presente modelo de articulação e os preços a praticar em 2018 são os seguintes

<b>Tratamento de doentes DLS em Centros de Referência (doentes do próprio CRe)</b>	<b>Preço</b>
Financiamento FABRY (Eq. ano)	119.4845 €
Financiamento POMPE (Eq. ano)	196 668 €
Financiamento GAUCHER (Eq. ano)	181 373 €
Financiamento NIEMANN-PICK (Eq. ano)	74 086 €
Financiamento MPS I – Hurler (Eq. ano)	171 037 €
Financiamento MPS II – Hunter (Eq. ano)	411 356 €
Financiamento MPS VI – Maroteaux Lamy (Eq. ano)	385 325 €
<b>Tratamento de doentes DLS em Centros de Referência (doentes dos CTP)</b>	<b>Preço</b>
Financiamento FABRY (Eq. ano)	117 915 €
Financiamento POMPE (Eq. ano)	195 067 €
Financiamento GAUCHER (Eq. ano)	179 281 €
Financiamento NIEMANN-PICK (Eq. ano)	72 567 €
Financiamento MPS I – Hurler (Eq. ano)	168 147 €
Financiamento MPS II – Hunter (Eq. ano)	408 466 €
Financiamento MPS VI – Maroteaux Lamy (Eq. ano)	382 435 €

<b>Tratamento de doentes DLS em CTP</b>	<b>Preço</b>
Financiamento FABRY (Eq. ano)	1.601 €
Financiamento POMPE (Eq. ano)	1 632 €
Financiamento GAUCHER (Eq. ano)	2 123 €
Financiamento NIEMANN-PICK (Eq. ano)	1 550 €
Financiamento MPS I – Hurler (Eq. ano)	2 921 €
Financiamento MPS II – Hunter (Eq. ano)	2 921 €
Financiamento MPS VI – Marouteaux Lamy (Eq. ano)	2 921 €

#### **4.4.3.9. 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. 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 assim desenvolver a linguagem verbal como forma de comunicação. Considerada a NOC da DGS sobre Rastreio e Tratamento da Surdez com Implantes Cocleares em Idade Pediátrica, mantém-se, em 2018, 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.

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

#### **4.4.3.10. PROGRAMA TELEMONITORIZAÇÃO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (DPOC)**

Um dos objetivos principais no tratamento da DPOC é a prevenção de readmissões hospitalares, assim como a melhoria da sobrevida. A deteção atempada dos sintomas de agudização previne as hospitalizações ao permitir identificar as potenciais complicações numa fase precoce, antes que elas possam ter consequências graves em termos de prognóstico e de custos associados a estes doentes.

Para 2018 aplica-se uma modalidade de pagamento para a monitorização remota de doentes com DPOC, que seguem um protocolo domiciliário pré-estabelecido, de acordo com os critérios de inclusão e os objetivos definidos para este Programa. As Instituições que integram este Programa são definidas pelas ARS respetivas, em conjunto com a ACSS, e os preços a praticar são:

<b>Tratamento de doentes em PPT-DPOC</b>	<b>Preço</b>
Financiamento PPT-DPOC (Elementos Telemonitorização )	1.296 €
Financiamento PPT-DPOC (Doente Eq. Ano)	2.053 €

#### 4.4.3.11. PROGRAMA TELEMONITORIZAÇÃO DO STATUS PÓS ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO (EAM).

À semelhança da DPOC, também o adequado tratamento e seguimento dos EAM permite reduzir as readmissões e os internamentos hospitalares evitáveis, assim como melhorar a sobrevida dos doentes.

Decorrerá em 2018 um Programa de Telemonitorização do status pós EAM, através do qual se pretendem obter objetivos de prevenção de readmissões hospitalares e de melhoria da sobrevida. As Instituições que integram este Programa são definidas pelas ARS, em conjunto com a ACSS:

<b>Tratamento de doentes do status pós EAM</b>	<b>Preço</b>
Financiamento PPT-EAM (Elementos Telemonitorização )	3.391 €
Financiamento PPT-EAM (Doente Eq. Ano)	1.342 €

#### 4.4.3.12. PROGRAMA TELEMONITORIZAÇÃO INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÓNICA (ICC)

À semelhança da DPOC e do EAM, também o adequado tratamento e seguimento da ICC permite reduzir as readmissões e os internamentos evitáveis, assim como melhorar a sobrevida dos doentes.

Em 2018 existirá um Programa de Telemonitorização da ICC que visa alcançar objetivos de prevenção de readmissões hospitalares e de melhoria da sobrevida. As Instituições que integram este Programa são definidas pelas ARS respetivas, em conjunto com a ACSS, e os preços a praticar são os seguintes:

<b>Tratamento de doentes com insuficiência cardíaca crónica</b>	<b>Preço</b>
Financiamento PPT-ICC (Elementos Telemonitorização)	1.621 €
Financiamento PPT-ICC (Doente Eq. Ano)	1.342 €

#### 4.4.3.13. PROGRAMA PILOTO DE TRATAMENTO DE DOENTES COM PERTURBAÇÃO MENTAL GRAVE

O tratamento das perturbações mentais graves implica o seguimento do doente, de forma contínua ao longo dos anos, com o intuito de reduzir o número de internamentos e de episódios de urgência, sendo relevante garantir que o financiamento favorece as melhores práticas em saúde mental, incentivando a articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, incluindo esses cuidados na comunidade e acautelando que o financiamento promove a integração dos cuidados de saúde mental.

A modalidade de pagamento para 2018 estabelece um preço por doente tratado por ano que abrange o internamento, consultas e MCDT (incluindo a comunidade), e medicamentos intrínsecos ao tratamento de doentes em consulta e/ou hospital de dia. O programa abrange Psicoses esquizofrénicas, Psicoses afetivas e Psicoses não orgânicas de acordo com a codificação ICD-10, excluindo doentes residentes

(ie, doentes com um tempo de internamento superior a 6 meses). São elegíveis no âmbito deste programa, para 2018, as seguintes instituições piloto: Hospital de Magalhães Lemos, EPE, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE (CHLO), CHUC, CHSJ e HESE e os preços são os seguintes:

<b>Tratamento de Perturbação Mental Grave</b>	<b>Preço</b>
Psicoses esquizofrénicas (Doente Eq. Ano)	1.519 €
Psicoses afetivas (Doente Eq. Ano)	1.035 €
Psicoses não orgânicas (Doente Eq. Ano)	799 €

#### **4.4.3.14. PROGRAMA DE GESTÃO DOS DOENTES MENTAIS INTERNADOS EM INSTITUIÇÕES DO SETOR SOCIAL**

Para o ano de 2018, continuará a vigorar 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, ambas abordando este Programa.

No âmbito deste Programa, a gestão dos doentes mentais internados em Unidades do Setor Social é assegurada por instituições hospitalares que integram a Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental, sendo a institucionalização de novos doentes efetuada, exclusivamente, por estas instituições.

Durante o ano de 2018, os serviços referenciadores e prestadores deste Programa articulam-se de acordo com os procedimentos administrativos e de referência clínica estipulados entre si, obedecendo a um quadro conceptual que respeite a equidade no acesso a estes serviços, que esteja adequado à evolução das práticas clínicas no âmbito da saúde mental e que garanta o cumprimento ágil e atempado do processo de referência e internamento destes doentes, sem descurar as questões referentes à responsabilidade financeira que estão explanadas nas Circulares.

#### **4.4.4. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM CENTROS DE REFERÊNCIA**

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<sup>24</sup>.

Atualmente encontram-se já reconhecidos vários CRe, em áreas identificadas como prioritárias:

<b>Diploma (fixa os critérios específicos)</b>	<b>Áreas de intervenção prioritária</b>	<b>Patologias/Procedimentos</b>	<b>Centros de Referência reconhecidos</b>
Aviso n.º 9657/2015, de 20 de agosto	Doenças Cardiovasculares	Cardiologia de "intervenção estrutural"	CHNGE; CHSJ; CHUC; CHLC; CHLN; CHLO
Aviso n.º 9658/2015, de 20 de agosto	Doenças Cardiovasculares	Cardiopatias congénitas	CHSJ; CHUC; CHLC CHLO + CHLN + HCVP
Aviso n.º 8402-B/2015, de 27 de julho	Doenças Raras	Paramiloidose familiar	CHP CHLN
Aviso n.º 9764/2015, de 20 de agosto	Doenças Raras	Doenças hereditárias do metabolismo	CHP; CHSJ; CHUC; CHLN; H Guimarães <sup>4</sup> ; CHLC

<sup>24</sup> Conforme referido no Despacho N.º 3653/2016, de 7 de março, publicado no Diário da República n.º 50/2016, de 11 de março,

Aviso n.º 8402-N/2015, de 27 de julho	Epilepsia refratária	Epilepsia refratária	CHP; CHSJ; CHUC; CHLN CHLO + CHLC3
Aviso n.º 8402-F/2015, de 27 de julho	Oncologia de adultos	Cancro do esófago	CHSJ; IPO Porto; CHUC; CHLN; IPO Lisboa; CHP CHSJ;
Aviso n.º 8402-G/2015, de 27 de julho	Oncologia de adultos	Cancro do testículo	IPO Porto + CHP CHUC; IPO Lisboa
Aviso n.º 8402-I/2015, de 27 de julho	Oncologia de adultos	Sarcomas das Partes Moles e Ósseos	CHP; IPO Porto; CHUC; CHLN; IPO Lisboa CHVNGE; CHP; CHSJ; H Braga; IPO Porto; CHUC; CHLC; CHLN; CHLO; Centro Integrado Hospitais CUF Lisboa; H Luz; HFF; IPO Lisboa; H Loures; CHA; IPO Coimbra; HGO; H Santarém CHP; CHSJ; IPO Porto; CHUC; CHLC; CHLN; CHEDV; HFF; H Loures; CHL
Aviso n.º 8402-O/2015, de 27 de julho	Oncologia de adultos	Cancro do reto	Centro de Oncologia Pediátrica do Norte: IPO Porto + CHSJ; CHUC; IPO Lisboa + CHLC1 + CHLN2
Aviso n.º 8402-P/2015, de 27 de julho	Oncologia de adultos	Cancro hepatobiliar/pancreático	
Aviso n.º 8402-D/2015, de 27 de julho	Oncologia Pediátrica	Doenças hemato-oncológicas; tumores ósseos e cartilagem outros sarcomas; tumor de Wilms; tumores do Sistema Nervoso Central; neuroblastomas	
Aviso n.º 8402-C/2015, de 27 de julho	Onco-oftalmologia	Retinoblastoma e Melanoma ocular	CHUC
Aviso n.º 8402-A/2015, de 27 de julho	Transplante	Hepático	CHP; CHUC; CHLC
Aviso n.º 8402-E/2015, de 27 de julho	Transplante	Cardíaco (idade pediátrica)	N/A
Aviso n.º 8402-H/2015, de 27 de julho	Transplante	Cardíaco (adultos)	CHUC; CHLC; CHSJ; CHLO
Aviso n.º 8402-J/2015, de 27 de julho	Transplante	Renal (idade pediátrica)	CHP; CHLN
Aviso n.º 8402-K/2015, de 27 de julho	Transplante	Pâncreas	CHP; CHLC
Aviso n.º 8402/2015, de 27 de julho	Transplante	Renal (adulto)	CHP; CHSJ; CHUC; CHLC; CHLO; CHLN
Aviso n.º 8402-M/2015, de 27 de julho	Transplante	Pulmonar	CHLC
Aviso n.º 15955-D/2016, de 22 de dezembro	Técnicas/Procedimentos	ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorporeal)	CHSJ CHLC CHLN
Aviso n.º 15955-E/2016, de 22 de dezembro	Doenças Raras	Coagulopatias Congénitas	CHP; CHSJ; CHUC; CHLC CHLN
Aviso n.º 15955-F/2016, de 22 de dezembro	Doenças Raras	Fibrose Quística	CHP; CHSJ; CHUC; CHLC CHLN
Aviso n.º 15955-G/2016, de 22 de dezembro	Técnicas/Procedimentos	Implantes Cocleares	CHUC+CHP+CHLN+CHVNG E CHLO+CHLC+CUF (Infante Santo) CHLN CHP+CHSJ CHLC CHUC CHVNGE CHLO+HGO
Aviso n.º 15955-H/2016, de 22 de dezembro	Técnicas/Procedimentos	Neurorradiologia de intervenção na Doença Cerebrovascular (NIDC)	

#### Legenda

Centro Integrado Hospitais CUF Lisboa  
CHA  
CHEDV  
CHL  
CHLC  
CHLN  
CHLO  
CHP  
CHSJ  
CHUC  
CHVNGE  
CNCR  
IPO  
H Braga  
HCVP  
HFF  
HGO  
H Loures  
H Luz

Hospital CUF Infante Santo SA e Hospital CUF Descobertas  
Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.  
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E.  
Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.  
Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E.  
Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.  
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.  
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.  
Centro Hospitalar de São João, E.P.E.  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.  
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.  
Comissão Nacional para os Centros de Referência  
Instituto Português de Oncologia  
Hospital de Braga, P.P.P.  
Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa  
Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, E.P.E.  
Hospital Garcia de Orta, E.P.E.  
Hospital Beatriz Ângelo, P.P.P.  
Hospital da Luz

#### Notas

1. IPO Lisboa + CHLC --> Oncologia Pediátrica
2. IPO Lisboa + CHLN --> Tumores Sist. Nerv. Central
3. CHLO + CHLC --> O CHLC na pediátrica
4. H Guimarães como CR apenas para as DLS

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

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

#### **- PRINCÍPIOS GENÉRICOS DE INCENTIVO**

Para 2018, os princípios genéricos de incentivo à atividade realizada nos CRe são:

- Majoração, em 10% do preço das consultas (primeiras e subsequentes) realizadas em CRe no âmbito das áreas de referência;
- Redução de 50% do preço das consultas (primeiras e subsequentes) realizadas nas áreas de atividade, em outros centros 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 ambatório) realizadas nos CRe, no âmbito das áreas de atividade;
- Redução de 50%, da atividade inerente às linhas de produção de GDH médico e cirúrgico (internamento e ambatório) 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;
- Eliminação progressiva do pagamento da atividade realizada pelas entidades não CRe.

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

#### **- TRANSPLANTAÇÃO E ECMO**

Na área da transplantação e ECMO 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 desta área em 2018 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 50%, 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 várias linhas dos Contratos-Programa, o financiamento em 2018 obedece 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 naquela área.
- Redução em 50% do valor da atividade realizada em outros centros 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 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 50% 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, cardiopatias congénitas e implantes cocleares) 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, exceto aos implantes cocleares, em que a prótese já se encontra financiada por linha própria.

### 4.4.5. PRESTAÇÃO CUIDADOS EM CENTROS RESPONSABILIDADE INTEGRADOS

Durante o ano de 2018 serão implementados os CRI no SNS<sup>25</sup>, contribuindo para reformar a organização interna das instituições hospitalares, adaptando-as à modernidade, tornando-as mais competitivas e mais efetivas na criação de valor para os utentes e para a sociedade.

Os CRI deverão ser constituídos, preferencialmente, em instituições hospitalares com elevado grau de diferenciação e especialização técnica e tecnológica, aproveitando sinergias e complementaridade das especialidades e permitindo assim uma resposta integrada e em tempo útil ao cidadão.

Nesta conformidade, a constituição de um CRI visa cumprir os seguintes **objetivos específicos**:

- i. Melhorar a acessibilidade e os tempos de resposta do SNS aos cidadãos;
- ii. Aumentar a eficiência e rentabilizar a capacidade instalada na rede pública do SNS;
- iii. Racionalizar despesas, através da redução dos encargos com atividade realizada no exterior do SNS;
- iv. Contribuir para a complementaridade e articulação entre os diversos serviços e instituições;
- v. Incrementar os níveis de produtividade e de satisfação dos profissionais do SNS, associando a atribuição de incentivos institucionais e financeiros ao desempenho efetivamente alcançado;
- vi. Promover a autonomia, o envolvimento e a responsabilização dos profissionais na gestão dos recursos, incentivando-os a desenvolver, exclusivamente, a sua atividade no SNS;
- vii. Incentivar um modelo de competição saudável entre os serviços e as instituições do SNS.

<sup>25</sup> Nos termos regulamentados através da Portaria n.º 330/2017, de 31 de outubro

Os CRI têm um modelo de trabalho com tempos dedicados a produção, formação, ensino e investigação, contratualizam produção base e adicional e incentivam o pagamento pelo desempenho, contribuindo para a melhoria da produtividade e redução dos tempos de resposta no SNS.

Nos CRI serão prestados cuidados com elevados padrões de acesso, qualidade, efetividade e eficiência e a atividade aqui realizada será remunerada às instituições do SNS nos mesmos moldes dos princípios genéricos de incentivo à atividade realizada nos CRe, nomeadamente:

- Majoração, em 10% do preço das consultas (primeiras e subsequentes) realizadas nos CRI;
- Majoração, em 5%, das linhas de produção de GDH médico e cirúrgico (internamento e ambulatório) realizadas nos CRI;
- Aplicação dos preços constantes na tabela do SNS para faturação a entidades terceiras (nomeadamente às ARS para os MCDT e aos restantes hospitais, nos termos aplicáveis) da atividade não faturável no âmbito dos Contratos-Programa (proveitos extra Contrato, obtidos através do Sistema de Compensação de Créditos e Débitos entre as entidades do SNS, criado através do Despacho n.º 49/2016, de 19 maio).

#### **4.4.6. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A DOENTES EM SEGUIMENTO POR EQUIPAS ESPECÍFICAS DE CUIDADOS PALIATIVOS**

A prestação de cuidados aos doentes com doenças graves e/ou avançadas e progressivas com o objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida é um elemento qualitativo essencial do sistema de saúde, devendo garantir-se o seu adequado desenvolvimento no SNS.

Para operacionalizar esta visão, criou-se a Rede Nacional de Cuidados Paliativos funcional, plenamente integrada no SNS e implementada em todos os níveis de cuidados de saúde, que permita a equidade no acesso a cuidados paliativos de qualidade, adequados às necessidades multidimensionais (físicas, psicológicas, sociais e espirituais) e preferências dos doentes e famílias e desenvolveu-se o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no biénio 2017-2018, apresentado pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP).

No âmbito desta estratégia, definiu-se que todos os hospitais do SNS deverão ter uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos no biénio 2017-2018 e que os hospitais dos grupos E e F, pelo menos, deverão ter Serviços de Cuidados Paliativos de Referência, com Unidade de internamento (UCP), Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) com consulta externa, hospital de dia e consulta domiciliária, se nos ACES da região não houver ECSCP.

##### **- EQUIPAS INTRA-HOSPITALARES DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS (EIHSCP)**

As EIHSCP são equipas multidisciplinares específicas de cuidados paliativos, dotadas de recursos próprios, que exercem a sua atividade prestando consultadoria a toda a estrutura hospitalar onde se encontram integradas.

As EIHSCP devem desenvolver uma consulta de cuidados paliativos e uma resposta de hospital de dia (permitindo a realização de procedimentos terapêuticos, nomeadamente administração de fármacos, realização de pensos, paracenteses...), para assegurar o acompanhamento dos doentes que tiveram alta do internamento hospitalar ou para doentes referenciados por outras equipas dos cuidados de saúde primários, de outros hospitais e da RNCCI.

Estas equipas devem realizar consultas programadas e não programadas, permitindo assim um acesso diferenciado em situações de crise, evitando o recurso ao Serviço de Urgência.

As EIHSCP devem ainda disponibilizar atendimento telefónico aos doentes, familiares/cuidadores e profissionais de saúde.

Quando não houver na área ECSCP, as EIHSCP devem estender a sua atividade de consultadoria aos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários e Equipas/Unidades da RNCCI da área de influência da instituição onde estão integradas.

#### **- UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS (UCP)**

*As UCP “são serviços específicos de cuidados paliativos, em unidades hospitalares, dispõem de espaço físico independente e recursos próprios, nomeadamente médicos e enfermeiros a tempo inteiro e destinam-se ao acompanhamento dos doentes com necessidades paliativas mais complexas, em situação de descompensação clínica ou emergência social, como seja a exaustão grave do cuidador”.*

O número de camas deve ser adaptado às necessidades estimadas da população que servem e às condições estruturais das instituições em que estão inseridas.

As UCP podem diferenciar-se em função de patologias específicas (i.e. oncológicas, neurológicas, VIH/SIDA) e desenvolver atividades de docência e investigação, devendo neste caso estar sediadas em hospitais centrais ou universitários.

#### **- PREÇOS A PRATICAR EM 2018**

Visando incentivar a prestação de cuidados paliativos de excelência no SNS, praticam-se os seguintes princípios de financiamento para esta atividade em 2018:

- Majoração, em 10% do preço das consultas (primeiras e subsequentes) realizadas por equipas específicas de cuidados paliativos;
- Majoração, em 5%, das linhas de produção de GDH médico de internamento, realizadas nas unidades de internamento de cuidados paliativos;
- Majoração, em 20% do preço base das sessões de hospital de dia realizadas por equipas específicas de cuidados paliativos.

#### 4.4.7. INCENTIVOS INSTITUCIONAIS DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL E DE EFICIÊNCIA

A contratualização das medidas que visem a melhoria do desempenho assistencial e da eficiência tem inerente o aumento dos níveis de exigência e de responsabilização dos prestadores, pelo que existe uma componente do financiamento que está associada ao cumprimento dos objetivos de desempenho e de eficiência nos Contratos-Programa estabelecidos no SNS para 2018.

Em 2018 manter-se-ão duas tipologias de incentivo ao desempenho e à eficiência, nomeadamente:

##### 4.4.7.1. INCENTIVOS PARA OS HOSPITAIS E CENTROS HOSPITALARES

Esta componente de incentivo representa 5% do valor do Contrato-programa de 2018, e está associada ao cumprimento de objetivos de desempenho assistencial e de eficiência em determinadas áreas de atividade consideradas prioritárias, sendo que 60% está associado a objetivos institucionais comuns a nível nacional e 40% a objetivos institucionais de cada região de saúde, nomeadamente os seguintes:

Áreas	Ponderações
<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 Peso das consultas externas com registo de alta no total de consultas externas	3%
A.3 Mediana de tempo de espera da LIC, em meses	3%
A.4 Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	3%
A.5 Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA até 2 dias antes da alta, no total de doentes referenciados para a RNCCI	3%
<b>B. Qualidade</b>	<b>25%</b>
B.1 Percentagem doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo	3%
B.2 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis *	3%
B.3 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	3%
B.4 Índice de risco e segurança do doente	2%
B.5. Índice PPCIRA**	8%
B.6 Variação % de utilização de biossimilares (em quotas e por DCI, 2018/2017)***	6%
<b>C. Eficiência</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 Custos com pessoal por doente padrão, face ao melhor do grupo	5%
C.3 Custos com produtos farmacêuticos por doente padrão, face ao melhor do grupo	5%
C.4 Custos com material consumo clínico por doente padrão, face ao melhor do grupo	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).

\*\* O índice de qualidade PPCIRA” (Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência Antimicrobiana) foi criado pelo Despacho n.º 3844-A/2016, de 10 de março, emanado pelo Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, criado, e é composto pelas seguintes variáveis, em relação às quais se definem objetivos para o triénio 2017-2019:

- 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 metilina (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 Enterobacteriaceae 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: n.º de cirurgias com adesão a todas as medidas do feixe/ n.º 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: n.º de algalias com cumprimento das medidas do feixe / n.º total de algalias > 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 em pelo menos 9 dos 12 meses).

\*\*\* Indicador condicionado à verificação e uma quota mínima de Biossimilares de 20%, conforme previsto na Circular normativa conjunta n.º 10/INFARMED/ACSS e aplicável às DCI infliximab, etanercept e rituximab.

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 nacional.

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

#### 4.4.7.2. INCENTIVOS PARA OS IPO

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

Áreas	Ponderações
<b>1. Objetivos Nacionais</b>	<b>60%</b>
<b>A. Acesso</b>	<b>20%</b>
<b>A.1.</b> Percentagem primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	5%
<b>A.2</b> Percentagem doentes cirúrgicos (neoplasias malignas) inscritos LIC com tempo espera $\leq$ TMRG	5%
<b>A3</b> Mediana tempo de espera da LIC para neoplasias malignas, em meses	5%
<b>A.4</b> Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA até 2 dias antes da alta, no total de doentes referenciados para a RNCCI	5%

<b>B. Qualidade</b>	<b>20%</b>
B.1. Percentagem doentes saídos com duração de internamento acima limiar máximo	4%
B.2. Índice de risco e segurança do doente	4%
B.3. Índice PPCIRA	4%
B.4. Variação do número de operados padrão, por neoplasias malignas	4%
B.5. Variação % de utilização de biossimilares (em quotas e por DCI, 2018/2017)*	4%
<b>C. Eficiência</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 Custos com pessoal por doente padrão, face ao melhor do grupo	5%
C.3 Custos com produtos farmacêuticos por doente padrão, face ao melhor do grupo	5%
C.4 Custos com material consumo clínico por doente padrão, face ao melhor do grupo	5%
<b>Objetivos da Região</b>	<b>40%</b>

\* Aplicável apenas à DCI rituximab.

#### 4.4.7.3. INCENTIVOS PARA OS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

À semelhança do que foi referido para os três Institutos de Oncologia, existem alguns objetivos 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, pelo que se aplicam os seguintes:

Áreas	Ponderações
<b>1. Objetivos Nacionais</b>	<b>60%</b>
<b>A. Acesso</b>	<b>15%</b>
A.1 Percentagem de primeiras consultas médicas no total consultas médicas	7,5%
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	7,5%
<b>B. Qualidade</b>	<b>25%</b>
B.1 Percentagem doentes saídos com duração internamento acima limiar máximo	4%
B.2 % reinternamentos por esquizofrenia	4%
B.3 % reinternamentos por doença bipolar	4%
B.4 Relação entre dias internamento completo e sessões internamento parcial	3%
B.5 Relação entre dias de internamento agudo e sessões de hospital dia	3%
B.6 Relação entre dias de internamento agudo e dias de internamento residentes e reabilitação psicossocial	3%
B.7 Percentagem de embalagens de medicamentos genéricos prescritos, no total de embalagens de medicamentos prescritos	4%
<b>C. Eficiência</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 Custos com pessoal por doente padrão, face ao melhor do grupo	5%
C.3 Custos com produtos farmacêuticos por doente padrão, face ao melhor do grupo	5%
C.4 Custos com material consumo clínico por doente padrão, face ao melhor do grupo	5%
<b>Objetivos da Região</b>	<b>40%</b>

#### 4.4.8. INCENTIVOS DE *BENCHMARKING*

Para 2018 aplica-se um sistema de incentivos ao desempenho hospitalar, que valoriza a comparação e a competição positiva entre as instituições, identificando as diferenças de desempenho assistencial e de eficiência que hoje ocorrem em hospitais com características semelhantes, permitindo assim encontrar as alavancas operacionais de gestão corrente que permitam capturar o potencial de melhoria identificado em cada um deles, nas principais áreas de atuação.

Este novo mecanismo considera um conjunto de objetivos que são utilizados para efetuar comparações de desempenho entre os hospitais do SNS, organizados em grupos de *benchmarking*, incidindo sobre as áreas do acesso, da qualidade e da eficiência, nos termos que em seguida se apresentam:

Áreas
<b>A. Acesso</b>
A.1. Percentagem de utentes referenciados dos cuidados de saúde primários para consulta externa atendidos em tempo adequado
A.2. Percentagem doentes cirúrgicos inscritos em LIC com tempo de espera $\leq$ TMRG
<b>B. Qualidade</b>
B.1. Percentagem reinternamentos 30 dias, na mesma grande categoria diagnóstico
B.2. Índice de mortalidade ajustada
B.3. Índice de demora média ajustada
B.4. Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) – para procedimentos ambulatorizáveis
B.5. Demora média antes da cirurgia
<b>C. Eficiência</b>
C.1. Custos Operacionais por doente padrão
C.2. Doente padrão por Médico ETC
C.3. Doente padrão por Enfermeiro ETC
C.4. Percentagem de embalagens de medicamentos genéricos prescritos, no total de embalagens de medicamentos prescritos

A atribuição de incentivos neste processo de *benchmarking* efetua-se através do cálculo de um Índice de Desempenho Comparado, apurado em função dos resultados alcançados por cada hospital no conjunto de indicadores que constituem este, o qual posiciona cada hospital em relação aos resultados do grupo em que se insere.

O pagamento dos incentivos aos hospitais melhor posicionados neste processo de *benchmarking* será efetuado pelos restantes hospitais que compõem o grupo de comparação.

#### 4.4.9. INCENTIVOS À AVALIAÇÃO DE RESULTADOS NA ÓTICA DOS UTENTES

Em 2018 iniciar-se-ão os trabalhos tendentes à medição de indicadores que permitam avaliar os resultados obtidos na ótica dos utentes, ou seja, em função do estado de saúde do utente e com base na sua própria perceção/experiência. Estes trabalhos incidirão nas áreas da Oftalmologia e Oncologia e decorrerão em instituições do SNS determinadas pela ACSS.



#### 4.4.10. PENALIDADES ASSOCIADAS AO CONTRATO-PROGRAMA

Procurando aumentar os níveis de exigência e de rigor e prevenir a ocorrência sistemática de situações de incumprimento por parte das instituições, será mantida, em 2018, a prossecução do sistema de penalidades com consequências no valor do financiamento a aplicar às entidades.

O montante global das penalidades aqui referidas não pode exceder **3% do valor global do Contrato-programa estabelecido**, e aplicar-se-á, essencialmente, nas seguintes áreas:

Áreas	Obrigação	Penalidades (P)
Programas de promoção e adequação do acesso (36%)	<b>A.1 SIGA</b> – Redução da % da LIC > TMRG face a 31 de dezembro de 2017, em pelo menos 10% <b>(3%)</b>	Variação da % da LIC > TMRG > -10% <b>P</b> = valor contrato x 3% x 3%
	<b>A.2 SIGA</b> – Redução do nº de inscritos em LIC, face a 31 de dezembro de 2017, em pelo menos 5% <b>(3%)</b>	Variação da LIC de Ortopedia > -5% <b>P</b> = valor contrato x 3% x 3%
	<b>A.3 SIGA</b> – Redução da % cancelamentos de inscritos para cirurgia, face a 2017, em pelo menos 10% <b>(3%)</b>	Variação do nº de cancelamentos > -10% <b>P</b> = valor contrato x 3% x 3%
	<b>A.4 SIGA</b> – Redução de 25% no número de cirurgias canceladas, face a 2017 <b>(3%)</b>	Variação do nº de cirurgias canceladas > -25% <b>P</b> = valor contrato x 3% x 3%
	<b>A.5 SIGA</b> – Redução de 25% no número de consultas externas canceladas, face a 2017 <b>(3%)</b>	Variação do nº de consultas canceladas > -25% <b>P</b> = valor contrato x 3% x 3%
	<b>A. 6 SIGA</b> – Cumprimento do prazo de 5 dias para a triagem dos pedidos de 1ª consulta <b>(3%)</b>	Tempo médio de triagem > 5 dias <b>P</b> = valor contrato x 3% x 3%
	<b>A.7 SIGA</b> - Peso das primeiras consultas de dermatologia realizadas por telemedicina no total de primeiras consultas de dermatologia igual ou superior a 50% <b>(3%)*</b>	1ªs consultas dermatologia realizadas por telemedicina (CTH) / total de 1ªs consultas de dermatologia (CTH) < 50% <b>P</b> = valor contrato x 3% x 3%
	* No caso das instituições que não têm consulta de dermatologia os indicador A.8 assumem um peso de 10%	
	<b>A.8 SIGA</b> – Redução de 25% no número de pedidos de 1ª consulta recusados <b>(3%)</b>	Variação, face a 2017, do nº de pedidos recusados > -25% <b>P</b> = valor contrato x 3% x 3%
	<b>A.9RNCCI</b> – Tempo médio de avaliação das EGA =< 2 dias <b>(3%)</b>	Tempo médio de avaliação das EGA > 2 dias <b>P</b> = valor contrato x 3% x 3%
	<b>A.10 Paliativos</b> – Tempo médio de resposta da EIHSCP =< 48 horas dias úteis (ou 72 h fds) <b>(3%)</b>	Tempo médio de resposta da EIHSCP > 48h <b>P</b> = valor contrato x 3% x 3%
	<b>A.11</b> Variação do recurso ao exterior para <b>realização de MCDT</b> <b>(3%)</b>	Variação dos número de MCDT realizados no exterior > -25% <b>P</b> = valor contrato x 3% x 3%
	<b>A.12</b> Variação dos encargos SNS com <b>medicamentos biológicos</b> , face a 2017 <b>(3%)</b>	Variação dos encargos > Variação média nacional <b>P</b> = valor contrato x 3% x 3%

<b>B. Reporte e publicação de informação de gestão (10%)</b>	<b>B.1</b> Reporte mensal <b>SICA</b> - % dados com incoerências inferior a 1% (2%)	Relatório qualidade de dados em cada mês com apuramento incoerências superior a 1%, <b>P</b> = valor contrato x 3% x 2% (1/12)
	<b>B.2</b> Reporte de informação financeira no <b>SIGEF</b> mensalmente até ao dia 10 (2%)	Reporte em data posterior ao dia 10 em cada mês de incumprimento <b>P</b> = valor contrato x 3% x 2% x (1/12)
	<b>B.3</b> Reporte de informação sobre <b>Contabilidade Analítica de 2017</b> (2%)	Reporte em data posterior ao encerramento de contas de 2017 <b>P</b> = valor contrato x 3% x 2%
	<b>B.4</b> Publicação no <b>Portal do SNS</b> dos Instrumentos de gestão obrigatórios (2%)	Disponibilização < 90% <b>P</b> = valor contrato x 3% x 2%
	<b>B.5 RON</b> – Reporte mensal de Informação para o <b>Registo Oncológico Nacional</b> (2%)	Reporte em data posterior ao dia 10 em cada mês de incumprimento <b>P</b> = valor contrato x 3% x 2% (1/12)
<b>C. Registo, consulta, partilha de informação e desmaterialização de processos (20%)</b>	<b>C.1</b> Utilização do sistema de <b>registo biométrico</b> por parte dos profissionais (Despacho n.º 9397/2017) (2%)	Utilização > 75% <b>P</b> = valor contrato x 3% x 2%
	<b>C.2</b> Registo de encargos mensais processados com <b>prestadores de serviços</b> efetuados no sistema RHV (Despacho n.º 140/2016) (2%)	Registo = <b>100%</b> <b>P</b> = valor contrato x 3% x 2%
	<b>C.3</b> Disponibilização das notas de <b>altas médicas</b> dos doentes saídos no período (2%)	Disponibilização < 75% <b>P</b> = valor contrato x 3% x 2%
	<b>C.4</b> Disponibilização das <b>notas de altas</b> de enfermagem dos doentes saídos no período (2%)	Disponibilização < 75% <b>P</b> = valor contrato x 3% x 2%
	<b>C.5</b> Disponibilização das notas de transferências dos doentes saídos das <b>UCI</b> (2%)	Disponibilização < 75% <b>P</b> = valor contrato x 3% x 2%
	<b>C.6</b> Percentagem de episódios de urgência com consulta à <b>PDS</b> (2%)	Consultas < 75% <b>P</b> = valor contrato x 3% x 2%
	<b>C.7</b> Percentagem de episódios de consulta externa com consulta à <b>PDS</b> (2%)	Consultas < 75% <b>P</b> = valor contrato x 3% x 2%
	<b>C.8</b> Percentagem de embalagens prescritas em Receita Sem Papel ( <b>RSP</b> ) (2%)	RSE < 95% <b>P</b> = valor contrato x 3% x 2%
	<b>C.9</b> % <b>notícias de nascimento</b> , no total partos (2%)	Notícias < 85% <b>P</b> = valor contrato x 3% x 2%
	<b>C.10</b> Taxa de registo de utilização da " <b>Lista de Verificação Segurança Cirúrgica</b> " (2%)	Taxa de registo < 95% <b>P</b> = valor contrato x 3% x 2%
<b>D. Cobrança de receita (4%)</b>	<b>D.1. Cobrança efetiva receita</b> (2%)	Cobrança < 95% <b>P</b> = valor contrato x 3% x 2%
	<b>D.2. Compras</b> (conta 31) / <b>Consumos</b> (conta 61) (2%)	Rácio menor ou igual a 1 <b>P</b> = valor contrato x 3% x 2%
<b>E. Desvio nos resultados financeiros (30%)</b>	<b>E. Valor do EBITDA</b> com desvio (positivo ou negativo) inferior a 5% face ao valor contratado	Valor do EBITDA com desvio (positivo ou negativo) superior a 5% face ao valor contratado <b>P</b> = valor do contrato x 3% x 30%

#### 4.4.11. PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO 2018

A componente de investigação e desenvolvimento é essencial para a qualificação e afirmação do SNS. Nesta perspetiva, aplica-se em 2018 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€, distribuída pelo peso relativo da pontuação alcançada para o conjunto das patentes registadas e artigos científicos publicados em 2017, 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. O peso relativo da pontuação respeitante aos artigos científicos é obtido tendo em consideração os artigos publicados nos últimos três anos (usando a data de publicação real);
- 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 de 5 para patentes nacionais e de 15 para patentes internacionais.
- Cada ensaio clínico finalizado corresponde a um fator de impacto de 10.

#### - CENTROS DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA – GESTÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

A investigação clínica constitui uma das missões dos hospitais, desempenhando um papel preponderante na melhoria do conhecimento, no desenvolvimento da prática clínica e na prestação de cuidados aos utentes, pelo que é importante promover a melhoria contínua das competências dos centros de investigação clínica dos hospitais, tornando-os cada vez mais efetivos e eficientes, nomeadamente no que se refere aos ensaios clínicos.

Entre os atuais centros de investigação disponíveis para acolher ensaios clínicos, poderão começar a ser desenvolvidos em 2018, por iniciativa de cada instituição, e após a aprovação das respetivas ARS, modelos de organização e funcionamento desses centros que considerem, no todo ou em parte, as seguintes orientações gerais:

- a) Capacitação dos centros através de profissionais e lideranças motivadas para a prossecução da missão;
- b) Identificação de um interlocutor único que seja facilitador e gestor da relação com os promotores.
- c) Agilização dos processos no sentido de conseguir uma otimização dos tempos regulamentares;
- d) Implementação de um processo formal de contratualização interna, com identificação dos meios técnicos e humanos afetos, e a definição de objetivos e metas mensuráveis e conhecidas por todos os profissionais;
- e) Retribuição financeira às equipas e profissionais em função do desempenho, podendo ser utilizados os recursos captados pela instituição através do Programa de Investigação e Desenvolvimento;

- f) Competição por ensaios, através da promoção e reconhecimento do centro junto de promotores mundiais, devendo para isso ser identificados, apurados e divulgados um conjunto de KPI:
- N° de ensaios clínicos concluídos
  - Taxa de recrutamento de doentes para ensaios clínicos
  - Tempo de tramitação interna dos processos até à assinatura do contrato
  - Tempo desde a assinatura do contrato até à visita de iniciação do ensaio
  - Tempo desde a visita de iniciação do ensaio até ao primeiro doente
- g) Articulação em rede com outras instituições, nacionais e internacionais, no sentido de maximizar recursos, ganhar escala, ter uma resposta mais efetiva e aceder a mais oportunidades de financiamento.

#### 4.4.12. ÁREAS ESPECÍFICAS COM FINANCIAMENTO AUTÓNOMO

Para além destas linhas de atividade, define-se que o Contrato-programa para 2018 integra o financiamento autónomo das seguintes componentes:

- **Formação dos Médicos Internos** do primeiro e segundo ano do internato médico.
- **Medicamentos de cedência hospitalar obrigatória em ambulatório**, com enquadramento legal, da responsabilidade financeira das instituições.
- **Lar IPO**
- **Ajudas Técnicas**: financiadas no âmbito do Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA) <sup>26</sup>.
- **Programa de incentivo à integração de cuidados (PIIC)**: Dando cumprimento ao cronograma do Programa de incentivo à integração de cuidados e à valorização dos percursos dos utentes no SNS, nos termos definidos nos Termos de Referência de 2017, a execução financeira dos projetos aprovados ocorrerá durante o ano de 2018 através de um programa de financiamento específico.

Existem ainda áreas que têm financiamento específico fora do Contrato-programa, nomeadamente:

- **Assistência Médica no Estrangeiro**: assistência médica de grande especialização realizada no estrangeiro, por falta de meios técnicos ou humanos, nos termos do Decreto-Lei n.º 177/92, 13 de agosto;
- **Convenções Internacionais**: engloba os cuidados prestados a cidadãos provenientes da União Europeia, ao abrigo dos Regulamentos Comunitários, e a cidadãos abrangidos por Acordos Bilaterais celebrados com Países Terceiros;
- **Incentivos aos Transplantes**: atribuídos nos termos da legislação específica.
- **Faturação de MCDT realizados por prescrição dos ACES**: engloba a atividade efetuada pelos hospitais a pedido dos ACES, no âmbito da GPRSNS;
- **Patologia oncológica da cabeça e pescoço**: engloba as próteses a aplicar aos doentes com cancro da cabeça e pescoço, nomeadamente para restituição da capacidade de alimentação oral a doentes sem doença oncológica ativa, aplicável em 2018 às seguintes 8 instituições: CHP, CHSJ, CHVNGE, IPO Porto, CHUC, IPO Coimbra, CHLN e IPO Lisboa.

<sup>26</sup> Definido através do Despacho n.º 10909/2016, de 8 de setembro, dos Gabinetes dos Ministros das Finanças, da Educação, do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, publicado em Diário da República, 2ª Série, N.º 173.

#### 4.4.13. APLICAÇÃO DE FLEXIBILIDADE REGIONAL NA FIXAÇÃO DOS PREÇOS NAS ARS

A flexibilidade regional é um mecanismo que confere às ARS a possibilidade de modificarem os preços praticados de acordo com a realidade dos seus hospitais – valências, ensino e investigação, serviços diferenciados – permitindo o seu ajustamento face a eventuais características que os preços ou grupos de financiamento não estejam a captar.

Este mecanismo incrementa o nível de responsabilidade das ARS, permitindo-lhes variar o financiamento por hospital, de acordo com o cumprimento de requisitos bem definidos e que devem ser do conhecimento de todos os hospitais da região.

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

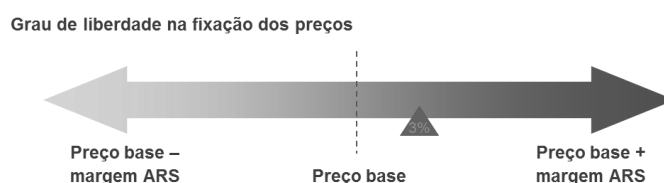
Através deste mecanismo, as ARS têm a possibilidade de variar os preços das linhas de produção de alguns hospitais para os compensar de custos extras que estes tenham de incorrer para dar resposta a solicitações das ARS, nomeadamente:

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

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

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

Assim, em 2018 e para as linhas de atividade de internamento de doentes agudos, ambulatório médico e cirúrgico, consultas externas e sessões de hospital de dia, as ARS poderão fazer variar o preço base em 3%. Para tal, devem apresentar memória justificativa à ACSS para análise e aprovação.



#### 4.4.14. EBITDA E CUSTOS DE CONTEXTO

As instituições apresentam uma Demonstração Resultados Previsional equilibrada (EBITDA positivo ou nulo), acompanhada do Balanço Previsional e Demonstração Previsional de Fluxos de Caixa.

É obrigatório que cada instituição apresente as medidas quantificadas e calendarizadas que assegurem a trajetória necessária para atingir um EBITDA positivo em 2018.

O valor dos custos de contexto a atribuir às instituições para 2018 configura um apoio financeiro destinado a realizar uma compensação por força de situações extraordinárias que se verificam na entidade quando comparadas com a média nacional das entidades inseridas no mesmo grupo de *benchmarking*.

Este valor deve ser limitado ao mínimo tempo necessário para adequação da estrutura de custos aos preços e volume de produção contratada e/ou a eliminação dos custos de contexto extraordinários.

A atribuição do valor relativo aos custos de contexto está dependente de pedido expresso do Conselho de Administração da instituição validado pela respetiva ARS, acompanhado de um plano de ajustamento viável, como definido no plano estratégico trienal.

#### 4.4.15. ORÇAMENTO GLOBAL E PRODUÇÃO MARGINAL

Os contratos programa 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, praticam-se critérios para a faturação de atividade marginal (entre linhas produção) estando o montante global limitado à valorização global da produção contratada.

Esta possibilidade de “transferência” de financiamento entre linhas de produção permite aumentar a flexibilidade da gestão do Contrato-programa e adaptar a resposta hospitalar a eventuais alterações da procura inicialmente prevista, assegurando-se assim a resposta às necessidades de saúde dos cidadãos.

Caso o volume da produção realizada pelas unidades de saúde, com exceção para a produção cirúrgica programada (capítulo próprio) for superior ao volume contratado, cada unidade produzida acima deste volume, até ao limite máximo de 10% será valorizada, da seguinte forma:

- 10% do preço contratado para o internamento de GDH médicos, de GDH cirúrgicos urgentes, internamento de doentes crónicos e permanência em lar (IPO);
- 15% do preço contratado para a consulta e serviço domiciliário;
- 10% do preço contratado para a urgência;
- 15% do preço contratado para o hospital de dia, GDH médicos de ambulatório.

Para 2018, encontram-se excluídos do princípio de orçamento global os programas específicos referidos no número 4.4.12.

#### 4.4.16. MEDICAMENTOS PRESCRITOS EM AMBIENTE HOSPITALAR E CEDIDOS EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA

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

Nos últimos anos têm vindo a ser desenvolvidos mecanismos para uma monitorização e controlo da prescrição realizada em ambiente hospitalar, pelo que, para 2018, **aplica-se o seguinte mecanismo de incentivos aos Hospitais, Centros Hospitalares e ULS:**

- 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 em 2018 os seguintes indicadores da terapêutica para a Diabetes, para as dislipidemias e para a utilização de Anticoagulantes Orais;

- **DIABETES:**  
% Embalagens de sulfonilureias e metformina no total de embalagens de antidiabéticos orais
- **ESTATINAS:**  
% Embalagens de Estatinas no total de embalagens de Estatinas (consideram-se as associações.
- **ANTICOAGULANTES ORAIS:**  
% Embalagens de antagonistas da vitamina K no total de embalagens de anticoagulantes orais
- **BIOSIMILARES DE INSULINA GLARGINA:**  
Quota de unidades de insulina glargina biossimilar no total de insulinas de longa duração
- **ANTOBIÓTICOS:**  
% de DDD de largo espectro versus estreito espectro

Os indicadores identificados consideram-se cumpridos caso se situem acima da média nacional. O mecanismo de penalização ou incentivo acima descrito terá uma variação de 5 p.p. em função dos resultados destes indicadores, nos seguintes termos:

	% de Incentivo	% de Penalização
Cumprir pelo menos 2 indicadores	25%	15%
Não cumprir pelo menos 2 indicadores	15%	25%

\*percentagem a aplicar à diferença entre o valor correspondente à variação média nacional e o valor observado

Destaca-se ainda que 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, 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.

#### **4.5. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA NOS HOSPITAIS**

Os processos de contratualização interna integram-se numa cultura de gestão moderna, responsável, transparente 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 e para a redução das ineficiências e do desperdício nas instituições 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.

Assim, a valorização da negociação interna dos objetivos, dos processos e dos resultados, numa lógica de melhoria contínua, contribuirá para o reforço da autonomia organizativa e de gestão dos departamentos e serviços, para um fortalecimento do alinhamento e para uma maior rentabilização da capacidade instalada no SNS.

Em 2018, todos os hospitais/centros hospitalares devem ter implementados processos de contratualização interna que valorizem a Governação Clínica, o desempenho assistencial e a eficiência dos serviços e das instituições e que assegurem que os compromissos e os objetivos são assumidos internamente pela organização e desagregados pelos diversos serviços numa filosofia de prestação de contas, de avaliação do desempenho e do mérito.

Para o efeito, 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.

No âmbito desses processos de contratualização interna, devem ser estabelecidos entre as partes (conselho de administração e responsáveis dos departamentos ou serviços respetivos) os compromissos assistenciais e económico-financeiros acordados para o ano, os quais ser vertidos num Contrato-programa interno, que deve ser publicitados nas páginas da internet de cada instituição, assim como no Portal do SNS.

Devem ainda implementar um plano de comunicação interna que envolva os profissionais contratualização interna.

#### 4.6. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR

Toda a atividade contratada com os hospitais/centros hospitalares 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 SNS”, alojado no sítio institucional da ACSS e no Portal do SNS ([www.sns.gov.pt](http://www.sns.gov.pt)).

O processo de acompanhamento dos contratos-programa dos hospitais/centros hospitalares para 2018 deverá decorrer de acordo com o cronograma e a metodologia proposta na tabela seguinte.

**Tabela - Acompanhamento do desempenho hospitais/centros hospitalares**

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
15-MAIO-2018	Reunião de acompanhamento do 1º trimestre.	ARS/UAH
15-SET-2018	Reunião de acompanhamento do 2º trimestre.	ARS/UAH
30-OUT-2018	Reunião de acompanhamento do 3º trimestre.	ARS/UAH

Os momentos de acompanhamento definidos na tabela anterior são promovidos pelas ARS e pela Unidade de Acompanhamento dos Hospitais (UAH) da ACSS e devem ser usados para discussão de estratégias, partilha de responsabilidades e reprogramação das atividades a realizar pelas instituições, 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.

#### 4.7. AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR

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 objetivos selecionados, avaliado de acordo com mecanismo definido como Índice de Desempenho Global.

A verba proveniente dos incentivos deve ser utilizada pelos responsáveis das instituições hospitalares para, preferencialmente, premiarem os departamentos e serviços que alcançaram os objetivos definidos em termos de contratualização interna, procedendo à aquisição de informação técnica, promovendo a participação dos profissionais em conferências, simpósios, colóquios, formações e seminários, no apoio à investigação, no aumento das amenidades ou no desenvolvimento de processos de melhoria da qualidade e de acreditação destes departamentos e serviços.

#### 4.8. FATURAÇÃO DO CONTRATO-PROGRAMA

A execução dos Contratos-Programa é concretizada através da faturação da atividade efetivamente realizada pelas instituições e que verifica os critérios de faturação definidos, no ano de vigência desses contratos.

Para 2018 será publicitada a Circular Normativa que define as condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas no âmbito do Contrato-programa deste ano.

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

- No processo de validação da produção – validação de toda a produção que é faturada pelas instituições, obedecendo a um conjunto de verificações que permitem assegurar o cumprimento das regras definidas anualmente através das Circulares Normativas;
- No ciclo de faturação – 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;
- 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 (até ao dia 21 de cada mês).

Para 2018 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.

A partir de 2018, iniciar-se-á o trabalho tendente a que o processo de conferência da faturação realizada pelas instituições hospitalares do SNS passe a ser efetuado no Centro Controlo e Monitorização do SNS, o que constitui uma alteração estrutural e profunda do atual processo de faturação e conferência da atividade hospitalar.

## 5. METODOLOGIA DE CONTRATUALIZAÇÃO COM AS ULS PARA 2018

As ULS são estruturas organizacionais que garantem a realização das prestações de saúde necessárias à promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação do estado de saúde da população residente na sua área abrangência, de forma integrada, eficiente e sustentável.

As ULS devem maximizar a eficiência, a qualidade técnica e a efetividade dos cuidados, garantindo a satisfação dos utentes e perspetivando a obtenção de ganhos em saúde, cabendo-lhe:

- a) Identificar corretamente a população residente na sua área de abrangência, designadamente, conhecer as suas características sociais, culturais e epidemiológicas, bem como as necessidades em saúde;
- b) Estabelecer parcerias com as entidades locais com intervenção nas determinantes sociais em saúde;
- c) Fomentar a participação da sociedade civil na promoção de estilos de vida saudáveis;
- d) Envolver o utente na gestão da sua saúde em estreita colaboração com o seu médico de família;
- e) Ajustar os recursos disponíveis às necessidades de saúde;
- f) Promover o acesso dos utentes aos serviços de saúde;
- g) Garantir o contínuo de cuidados, com níveis acrescidos de qualidade e de satisfação dos utentes;
- h) Promover ganhos de eficiência e a sustentabilidade da ULS, assim como o seu desenvolvimento social.

### 5.1. INSTRUÇÕES PARA O PROCESSO NEGOCIAL NAS ULS

A atividade a contratar com as ULS deve assegurar a prestação integrada dos cuidados de saúde, sustentada nos cuidados primários e na sua capacidade para gerir o Estado de Saúde da população garantindo, desta forma, a prestação dos cuidados no nível mais adequado e efetivo, pelo que processo de negociação com as ULS para 2018 tem os seguintes **objetivos específicos**, cumulativos com aqueles que se aplicam aos cuidados primários e aos hospitais e centros hospitalares:

- i. Fomentar a transferência efetiva de cuidados tradicionalmente prestados em ambiente hospitalar para cuidados de proximidade, nomeadamente, cuidados de saúde primários e cuidados continuados, em ambulatório e na comunidade, fruto do aprofundamento do nível de coordenação com outras instituições de saúde e do fortalecimento interno do nível de integração vertical de cuidados;
- ii. Promover a acessibilidade dos utentes aos níveis de prestação de cuidados, sustentada na intervenção da equipa de saúde familiar e na adoção de procedimentos facilitadores da referenciação institucional;
- iii. Fortalecer a coordenação entre os cuidados de saúde primários, equipas de gestão de altas hospitalares e as respostas da RNCCI, assegurando o acompanhamento dos utentes que necessitem de cuidados após a alta, com o objetivo de garantir a continuidade da prestação e gestão eficiente dos serviços hospitalares;
- iv. Otimizar os recursos pela operacionalização de instrumentos de Governação Clínica e de Saúde, que permitam a prestação criteriosa, responsável e efetiva dos cuidados, para obtenção de ganhos em saúde;
- v. Incentivar a realização de atividades/programas de saúde em ambientes específicos: escolas, locais de trabalho e desenvolvimento de projetos de parceria, por exemplo no âmbito da promoção da saúde.

## 5.2. ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS ÀS ULS

Os limites máximos a contratualizar com as ULS em 2018 são:

ENTIDADE	2018
ULS Alto Minho, EPE	134 126 918 €
ULS Matosinhos, EPE	84 505 530 €
ULS Nordeste, EPE	107 574 835 €
ULS Guarda, EPE	88 576 355 €
ULS Castelo Branco, EPE	65 741 711 €
ULS Litoral Alentejano, EPE	79 501 805 €
ULS Baixo Alentejo, EPE	81 378 717 €
ULS Norte Alentejano, EPE	52 241 669 €
<b>Total ULS</b>	<b>693 647 540 €</b>

Estes valores correspondem ao resultado do modelo de financiamento misto aplicável às ULS para 2018, composto por uma componente de pagamento por capitação ajustada pelo risco, acrescido da componente de pagamento por doente tratado, o qual está associado à prestação de cuidados em áreas de elevado risco financeiro para os prestadores, como é o caso do tratamento das patologias crónicas que exigem elevados custos, dificilmente acomodáveis no pagamento capitacional.

## 5.3. CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA COM AS ULS - REGRAS CONTRATAÇÃO

O processo de contratualização das ULS em 2018 replica, no essencial, a contratualização que se encontra definida para os cuidados de saúde primários e para os hospitais, assim como incorpora a filosofia de contratualização de serviços integrados que se pretendeu incentivar através da criação do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados iniciado em 2017.

### 5.3.1. ADAPTAÇÕES NO CASO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O processo de contratualização nos cuidados de saúde primários que se descreveu no capítulo 3 deste documento aplica-se na íntegra às ULS. Assim, o processo de contratualização interna envolve o Conselho de Administração das ULS e os responsáveis pela gestão interna e pela prestação de cuidados ao nível dos cuidados de saúde primários, respeitando os princípios da autonomia técnica própria dos cuidados de saúde primários, da delegação de competências no âmbito das ULS e da responsabilização dos profissionais, com o objetivo de garantir o alinhamento dos objetivos específicos deste nível de cuidados e da ULS e de assegurar o *continuum* dos cuidados à população.

### 5.3.2. ADAPTAÇÕES NO CASO DOS CUIDADOS HOSPITALARES

Nas ULS aplicam-se as orientações gerais definidas para a contratualização hospitalar em 2018, explanadas no capítulo 4 deste documento, particularmente no que se relaciona com as regras gerais

para a atividade a realizar neste nível de cuidados, para o reforço da autonomia associada à criação dos CRI, dos CRe e da prestação de cuidados paliativos.

Assim, o processo de contratualização interna das ULS envolve o Conselho de Administração e os responsáveis pela gestão intermédia dos seus serviços hospitalares, respeitando os princípios da autonomia técnica própria desses serviços, da delegação de competências e da responsabilização dos profissionais, com o objetivo de garantir o alinhamento dos objetivos específicos deste nível de cuidados e da ULS como um todo e de assegurar o contínuo dos cuidados à população.

#### 5.4. INCENTIVOS NAS ULS

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

Indicadores para as ULS	Ponderações
<b>1. Cuidados de Saúde Primários</b>	<b>40%</b>
Esta componente será avaliada através do resultado do Índice de Desempenho Global (%) apurado para a matriz multidimensional dos ACES no âmbito da contratualização dos cuidados primários.	
<b>2. Cuidados Hospitalares</b>	<b>30%</b>
<b>Objetivos Nacionais - Acesso</b>	<b>25%</b>
A.1 Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	3%
A.2 Peso consultas externas com registo alta no total consultas externas	3%
A.3. Cumprimento dos tempos de resposta e de triagem	
A.3.1 Percentagem de utentes referenciados dos cuidados de saúde primários para consulta externa atendidos em tempo adequado	4%
A.3.2 Percentagem de doentes cirúrgicos (neoplasias malignas) inscritos em LIC com tempo de espera $\leq$ TMRG	4%
A.3.3 Mediana de tempo de espera da LIC, em meses	4%
A.3.4 Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	4%
A.3.5 Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA até 2 dias úteis após a referenciação, no total de doentes referenciados para a RNCCI	3%
<b>Objetivos Nacionais - Desempenho assistencial</b>	<b>35%</b>
B.1 Percentagem reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico	4%
B.2 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> Custos com pessoal por doente padrão, face ao melhor do grupo	2,5%
<b>C.3</b> Custos com produtos farmacêuticos por doente padrão, face ao melhor do grupo	2,5%
<b>C.4</b> Custos com material consumo clínico por doente padrão, face ao melhor do grupo	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% 2%
<b>D.2</b> Taxa de internamento por diabetes não controlada	2% 2%
<b>D.3</b> Taxa de internamento por asma ou DPOC em adultos	2% 2%
<b>D.4</b> Taxa de internamento por asma em jovens adultos	2% 2%
<b>D.5</b> Taxa de internamento por hipertensão arterial	2% 2%
<b>D.6</b> Taxa de internamento por insuficiência cardíaca congestiva	2% 2%
<b>D.7</b> Taxa de internamento por pneumonia	2% 2%
<b>D.8</b> Taxa de internamento por complicações crónicas da diabetes	2% 2%
<b>D.9</b> % de especialidades (categorias) com protocolos clínicos de referência ascendente e descendente elaborados	2% 2%
<b>D. 10</b> % utilizadores frequentes do serviço de urgência (>4 episódios no último ano) com plano de cuidados estabelecido entre cuidados primários e os hospitais	2% 2%

### 5.5. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA NAS ULS

Em 2018, e à semelhança do que foi definido para os hospitais, define-se que todas as ULS devem ter implementados processos de contratualização interna que valorizem a Governação Clínica e de Saúde, o desempenho assistencial e a sustentabilidade económico-financeira dos serviços e da instituição de forma global, assegurando 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.



## 5.6. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO COM AS ULS

Toda a atividade contratada com as 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 SNS”, alojado no sítio institucional da ACSS e no Portal do SNS ([www.sns.gov.pt](http://www.sns.gov.pt)).

Os momentos de acompanhamento são promovidos pelas ARS e pela ACSS e devem ser utilizados para discussão de estratégias, partilha de responsabilidades e reprogramação das atividades a realizar pelas instituições, assim como podem ser usados para renegociação de metas de indicadores, sempre que se verifiquem alterações relevantes aos pressupostos da contratualização.

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.

## 5.7. AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO COM AS ULS

O valor dos incentivos institucionais na componente hospitalar, económico-financeira e de resultados em internamento, consultas e urgências evitáveis 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.

À semelhança do que referimos para os hospitais, determina-se que em 2018 a verba proveniente dos incentivos deve ser utilizada pelos responsáveis das ULS para, preferencialmente, premiarem os departamentos e serviços que alcançaram os objetivos definidos em termos de contratualização interna, procedendo à aquisição de informação técnica, promovendo a participação dos profissionais em conferências, simpósios, colóquios, formações e seminários, no apoio à investigação, no aumento das amenidades ou no desenvolvimento de processos de melhoria da qualidade e de acreditação.

As penalidades aplicáveis aos hospitais (conforme ponto n.º 4.4.9.) são também aplicáveis às ULS.

## 6. METODOLOGIA DE CONTRATUALIZAÇÃO EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A RNCCI promove uma cultura que incentiva a implementação de novos modelos organizacionais, incorporando assim novos paradigmas orientados para a prestação de cuidados de saúde e de apoio social, numa ótica global e de satisfação das necessidades das pessoas que apresentam dependência e que exigem respostas de natureza multidisciplinar.

Através do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, e do artigo 28.º da Portaria 174/2014, de 10 de setembro, alterada e republicada pela Portaria 50/2017, de 2 de fevereiro, foi aprovado o modelo de contratualização a praticar no âmbito da RNCCI, resultando daí a celebração dos contratos-programa que estipulam as obrigações das diversas entidades envolvidas na atividade realizada no âmbito da RNCCI, designadamente das ARS e do Instituto de Segurança Social, IP (ISS), e das entidades promotoras e gestoras.

Ainda no âmbito do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, é estabelecido que uma das competências das equipas de coordenação a nível regional (ECR) é a *“promoção da avaliação da qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados das unidades e equipas e propor medidas consideradas convenientes”*, bem como a competência a nível local (ECL), de *“Apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos (...)”*.

A obrigação de monitorizar e avaliar os processos e os resultados da atividade desenvolvida pelas unidades da RNCCI está identificada na alínea d), do n.º 1, da Cláusula VII dos contratos-programa estabelecidos com as entidades prestadoras, enquanto competência das ARS e do Instituto de Segurança Social, IP (ISS).

Por sua vez, através da Cláusula VIII, n.º 1 dos contratos-programa, a instituição obriga-se a cumprir normas e orientações, que globalmente concorrem para o regular funcionamento da unidade, com condições de segurança e qualidade, assegurando a prossecução dos objetivos previstos para a tipologia de unidade, encontrando-se igualmente previsto nos contratos. Adicionalmente, a monitorização e avaliação, bem como as auditorias técnicas e financeiras já estão também previstas nos contratos-programa (Cláusulas X e XI).

Nesta perspetiva, a implementação gradual de um processo estruturado de monitorização e avaliação do desempenho das unidades da RNCCI, integrado na contratualização já existente, é um objetivo comum do Ministério da Saúde, através da ACSS e da Coordenação Nacional para a Reforma do SNS na área dos cuidados continuados integrados (CNCCI), e do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, através do ISS.

Na sequência deste exercício relacional de planeamento conjunto, a realizar entre as entidades promotoras e as gestoras de unidades da RNCCI, definem-se as orientações, as responsabilidades e as tarefas concretas que todos os agentes envolvidos no processo de monitorização e avaliação do

desempenho das unidades da RNCCI devem cumprir, priorizando a análise das intervenções relacionadas com os processos chave da organização, nomeadamente: agudizações, obtenção dos objetivos terapêuticos, avaliação da dor, avaliação social, controlo de infeção, evolução do grau de autonomia dos utentes, quedas, úlceras de pressão e índice de massa corporal, plano individual de intervenção, recursos humanos, segurança das instalações, entre outras.

### 6.1. INSTRUÇÕES PARA O PROCESSO NEGOCIAL NA RNCCI

O processo de monitorização e avaliação do desempenho a implementar na RNCCI para o biénio 2018-2019, a definir até ao final do 1º semestre de 2018, através do trabalho conjunto a realizar pela CNCCI, pela ACSS, pelo ISS e pelos representantes das entidades promotoras e gestoras de unidades da RNCCI, deve considerar as seguintes **orientações específicas**, a observar pelos intervenientes:

- i. Colocar o utente no centro dos cuidados prestados, adotando uma abordagem de saúde e de apoio social baseada na planificação de objetivos partilhados e alcançáveis num determinado período de tempo, assentes num plano individual de intervenção que responsabilize os profissionais e que envolva o utente, a família/cuidadores formais e informais;
- ii. Incentivar a prestação de cuidados de acordo com os princípios e valores da RNCCI, nomeadamente a prestação individualizada e humanizada de cuidados, a continuidade, a equidade, a proximidade, a flexibilidade, a multi e a interdisciplinaridade, a complementaridade e o trabalho em equipa transdisciplinar e pluridimensional;
- iii. Estimular a responsabilização das unidades da RNCCI através da negociação transparente e responsabilizante de objetivos, assegurando a sua monitorização ao longo do tempo e a sua avaliação;
- iv. Promover a autonomia técnica das unidades da RNCCI e a participação dos profissionais na definição e implementação das estratégias para atingir os objetivos acordados, em função dos recursos humanos, técnicos e financeiros que estão efetivamente disponíveis;
- v. Potenciar a partilha de boas práticas e o *benchmarking* nas unidades da RNCCI, induzindo ganhos de eficácia e eficiência, maior equidade no acesso e transparência da informação disponível para todas as partes, nomeadamente utentes, profissionais, entidades prestadoras e pagadoras e cidadãos em geral;
- vi. Estabelecer mecanismos formais de articulação entre as Unidades e Equipas da RNCCI, os Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACES, as Direções Clínicas dos Hospitais, o Setor Social e a Comunidade;
- vii. Incentivar a cultura da prestação de cuidados em equipa multidisciplinar, de forma a promover a autonomia funcional dos utentes, estabelecer ou restaurar as suas perícias ou capacidades ainda não desenvolvidas ou limitadas, promover estratégias de vida ativa (na vertente física, cognitiva, psicossocial ou sensorial), respeitar a sua intimidade, privacidade, confidencialidade, entre outras;
- viii. Envolver os cidadãos e as comunidades, através de órgãos e de práticas formais e informais, que promovam a participação, o voluntariado e a cidadania em saúde e que incentivem a educação do doente para a autogestão e o autocuidado informado;

- ix. Desenvolver competências de gestão organizacional e de controlo de gestão nas Unidades e Equipas da RNCCI, nomeadamente na área da gestão financeira, de recursos humanos, de instalações e equipamentos, de recursos materiais e aprovisionamento, de sistemas de informação, entre outras;
- x. Fomentar a integração e a partilha de informação entre os sistemas de informação e continuar a melhorar o rigor e a fiabilidade dessa mesma informação.

Este processo negocial do desempenho das unidades da RNCCI encontra-se inserido no processo já previsto de monitorização, avaliação e aferição da qualidade assistencial determinado pela legislação e pelos contratos-programa em vigor na RNCCI, não estando associado a nenhum tipo de incentivo financeiro específico.

## 6.2. ARQUITETURA DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO NA RNCCI

O processo de monitorização e avaliação do desempenho assistencial das unidades da RNCCI, a definir para o biénio 2018-2019, deve ser conduzido pelas ARS, em cooperação com o ISS, através dos Centros Distritais de Segurança Social, e deve envolver as entidades promotoras e gestoras das unidades de internamento da Rede.

A consolidação do processo de contratualização na RNCCI deverá aplicar-se aos novos contratos assinados a partir de 2018 e ter um horizonte temporal coincidente com período de vigência dos contratos-programa trienais estabelecidos com as entidades promotoras e gestoras da Rede, devendo para isso ser estabelecidos compromissos para o final deste período, com metas anuais intercalares devidamente explicitadas e assumidas pelas partes enquanto objetivos assistenciais a alcançar.

A realização do processo de contratualização com as entidades promotoras e gestoras das unidades de internamento da RNCCI não substitui a necessidade de se continuarem a realizar os processos de auditoria e de melhoria contínua da qualidade que estão previstos na RNCCI, nomeadamente aqueles que visam a obtenção da acreditação.

### - MATRIZ DE ATIVIDADES E PRÁTICAS CONTRATUALIZADAS COM AS UNIDADES DA RNCCI

Os objetivos definidos para a contratualização com as unidades da RNCCI devem ser dirigidos a áreas da prestação de cuidados consideradas prioritárias em termos de monitorização e avaliação da evolução de processos de prestação de cuidados ou dos resultados dos ganhos em saúde e bem-estar, nomeadamente.

Área	Subáreas	Dimensões
<b>Desempenho</b> (associado diretamente ao Desempenho das Unidades da RNCCI)	<b>Acesso</b> (Qualificação do acesso)	Duração de internamento na RNCCI Avaliação social Outras
	<b>Gestão dos Cuidados</b> (Gestão de percurso / Plano de Cuidados)	Grau de funcionalidade Avaliação da dor Plano Individual de Intervenção

		Quedas Úlceras de Pressão Agudizações Índice de Massa Corporal Qualidade de vida Outras
	<b>Qualificação da Prescrição</b> (Adequação técnico científica, Efetividade, Eficiência)	Medicamentação Medicação anti psicótica e ansiolíticos Outras
	<b>Satisfação</b> (Grau de satisfação utentes)	Satisfação dos utentes e cuidadores
<b>Integração de Cuidados</b>	<b>Interna</b> (Gestão percurso / Trabalho multidisciplinar / articulação família e cuidadores)	Instrumento Avaliação Funcionalidade Outras
	<b>Externa</b> (Gestão do percurso / Referenciação / Acompanhamento)	Altas Articulação com Equipas específicas de Cuidados Paliativos Articulação e complementaridade entre e/ou com outros Serviços
<b>Qualidade Organizacional</b>	<b>Promoção de Boas Práticas</b> ( <i>Guidelines</i> e referenciais)	Risco de Quedas Outras
	<b>Segurança</b>	Controlo de infeção e gestão de resíduos Outras
	<b>Gestão Organizacional</b> (Gestão interna da Unidade)	Procedimentos implementados Outras
	<b>Sistemas de Informação</b> (Gestão sistemas informação e recursos afins)	
	<b>Melhoria Contínua</b>	Acreditação Certificação Reconhecimento Outras
<b>Serviços</b>	<b>Prestações oferecidas fora da carteira de serviços</b>	Organização e acessibilidade Valor acrescentado para os cuidados
<b>Formação</b>	<b>Interna</b> (Gestão da formação interna na unidade)	
	<b>Externa</b> (Gestão de frequência formativa externa)	

Reforça-se que a matriz de atividades e práticas contratualizadas com as unidades da RNCCI definem as áreas, sub áreas e dimensões que se pretendem valorizar em termos de desempenho das unidades da RNCCI, sendo estes aferidos através de indicadores, que não esgotam o âmbito de atuação das unidades, e que serão definidos através do trabalho conjunto a realizar pela CNCCI, pela ACSS, pelo ISS e pelos representantes das entidades promotoras e gestoras de unidades da RNCCI.

## 7. AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTILIZADORES

A avaliação da satisfação dos utilizadores de qualquer unidade de saúde é reconhecida como sendo um indicador de qualidade que visa medir diretamente a qualidade percebida pelos utilizadores e indiretamente a adequação da oferta de serviços perante as necessidades sentidas de cada utilizador.

Embora reúnam itens de cariz mais técnico e itens integrados num contexto de interação pessoal entre profissionais e utentes, com uma componente emoção-razão incontornável, os indicadores de satisfação sobre os cuidados prestados revelam a diferença entre as expectativas dos utentes e o nível de serviços que recebem. Constituem uma ferramenta preciosa para a melhoria contínua dos serviços.

A medição da satisfação é uma ferramenta importante para uma adequada política de melhoria contínua da qualidade e para o processo de contratualização que se desenvolve no SNS, estando explicitamente assumida nos contratos estabelecidos anualmente nos vários níveis de cuidados.

## **8. AUDITORIAS, ACREDITAÇÃO E MELHORIA CONTÍNUA**

No contexto de uma definição de objetivos e metas delineadas em função dos meios existentes e dos resultados a obter, surge a necessidade de se desenvolverem mecanismos de auditoria sistemática que permitam avaliar a correspondência entre os procedimentos realizados e os critérios preestabelecidos.

É neste enquadramento que se irá operacionalizar em 2018 um plano de auditorias à atividade relacionada com os indicadores contratualizados nos cuidados de saúde primários, que contribua para a melhoria contínua dos processos e registos efetuados pelos profissionais e equipas dos cuidados de saúde primários e que assim possa reforçar a responsabilidade, a transparência, a avaliação que é efetuada neste nível de cuidados. Este trabalho permitirá a implementação plena de um processo de auditorias nos cuidados de saúde primários, que contribua para aferir a grau de adequação das práticas dos profissionais de saúde às normas estabelecidas, para avaliar a qualidade dos cuidados que são prestados à população e para incentivar a melhoria contínua do desempenho assistencial e económico-financeiro das unidades funcionais dos ACES

Adicionalmente serão ainda realizadas pela ACSS várias auditorias à execução dos contratos-programa dos hospitais e ULS, não só na componente referente à codificação clínica e aos dados administrativos presentes na base de dados de GDH (aleatórias e dirigidas), como também na vertente da atividade efetivamente faturada no âmbito desses contratos-programa.

Para 2018 fomenta-se ainda o desenvolvimento de processos de acreditação das instituições do SNS, numa ótica de melhoria contínua da resposta em saúde que é prestada à população.



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

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

1700-063 LISBOA | Portugal



**REPÚBLICA  
PORTUGUESA**

Termos de Referência para Contratação de Cuidados de Saúde no SNS para 2015

**SAÚDE**

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