



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

OTIMIZAR RECURSOS
GERAR EFICIÊNCIA



Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2017

novembro de 2016



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**

SAÚDE

WWW.ACSS.MIN-SAUDE.PT

Índice

0.	Nota Prévia	4
1.	Diagnóstico de necessidades em saúde e definição de prioridades assistenciais	6
1.1.	Prioridades definidas no plano nacional de saúde –revisão e extensão 2020.....	6
1.2.	Prioridades definidas nos planos regionais e locais de saúde	6
1.3.	Informação sobre mortalidade	6
1.4.	Informação sobre morbilidade	7
1.5.	Determinantes da saúde e caracterização da população residente.....	8
1.6.	Ferramentas de ajustamento pelo risco	8
1.7.	Gestão do acesso e resposta à procura expressa.....	9
2.	Orientações gerais do processo de contratualização de cuidados no SNS em 2017	9
3.	Termos de referência para contratualização nos cuidados primários em 2017	12
3.1.	Instruções para o processo negocial nos cuidados de saúde primários	12
3.2.	Arquitetura do processo de contratualização nos cuidados primários.....	13
3.3.	Cronograma de negociação com os cuidados de saúde primários	14
3.4.	Contratualização interna nos cuidados de saúde primários	14
3.4.1.	Negociação da contratualização interna	15
3.4.2.	Acompanhamento contratualização interna.....	23
3.4.3.	Avaliação da contratualização interna	23
3.5.	Contratualização Externa nos cuidados de saúde primários	24
3.5.1.	Fase de negociação da contratualização externa.....	24
3.5.2.	Acompanhamento da contratualização externa nos cuidados primários.....	28
3.5.3.	Avaliação da contratualização externa nos cuidados primários.....	29
4.	Termos de Referência para contratualização nos cuidados hospitalares 2017.....	30
4.1.	Instruções para o processo negocial nos cuidados hospitalares	30
4.2.	Cronograma de negociação com os cuidados hospitalares	32
4.3.	Alocação de recursos financeiros para contratação com os Hospitais e Centros Hospitalares	33
4.4.	Contratualização externa nos cuidados hospitalares - regras de contratação e pagamento da produção...33	
4.4.1.	Prestação de cuidados a pessoas com doença em situação aguda.....	34
4.4.2.	Prestação de cuidados no âmbito de programas de saúde específicos	45
4.4.3.	Prestação de cuidados a pessoas a viver com patologias crónicas.....	48
4.4.4.	Prestação de cuidados de saúde em centros de referência (CRe).....	55
4.4.5.	Prestação de Cuidados em Centros de Responsabilidade Integrada (CRI).....	58
4.4.6.	Prestação de cuidados a doentes em seguimento por equipas específicas de cuidados paliativos	59
4.4.7.	Incentivos Institucionais de Desempenho Assistencial e de Eficiência.....	60
4.4.8.	Incentivos de <i>benchmarking</i>	64
4.4.9.	Penalizações associadas ao contrato-programa	64

4.4.10.	Programa de promoção de investigação e desenvolvimento	67
4.4.11.	Áreas Específicas com Financiamento Autónomo	67
4.4.12.	Aplicação de flexibilidade regional na fixação dos preços pelas ARS	68
4.4.13.	EBITDA e Custos de Contexto.....	69
4.4.14.	Orçamento global e produção marginal.....	69
4.4.15.	Medicamentos prescritos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia de oficina	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
5.	Metodologia de Contratualização com as ULS para 2017.....	74
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	76
5.4.	Incentivos nas ULS	76
5.5.	Contratualização interna nas ULS.....	78
5.6.	Acompanhamento do processo de contratualização com as ULS	78
5.7.	Avaliação do processo de contratualização com as ULS	78
6.	Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos utentes no SNS 2017	79
6.1.	Realização de rastreios e de programas de diagnóstico precoce	79
6.1.1.	Rastreios oncológicos de base populacional.....	79
6.1.2.	Rastreio para Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética	79
6.1.3.	Rastreio Tele dermatológico.....	80
6.2.	Redução dos internamentos evitáveis e consultas e urgências hospitalares	80
6.3.	Implementação de programas integrados de apoio domiciliário	81
6.4.	Programas para valorização do Percurso dos Utentes no SNS.....	81
6.5.	Financiamento do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados	81
7.	Metodologia de Contratualização em Cuidados Continuados Integrados 2017.....	83
8.	Avaliação da satisfação dos utilizadores	84
9.	Auditorias, Acreditação e melhoria contínua.....	84

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 2017, 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 processo de contratualização para 2017 pretende contribuir para reforçar o diagnóstico das necessidades em saúde da população e para reforçar a implementação das boas práticas assistenciais e organizacionais que assegurem elevados níveis de acesso, qualidade e eficiência no SNS, colocando os cidadãos e as suas famílias no centro das intervenções de todos os prestadores de cuidados, reforçando a articulação e a coordenação entre estes, valorizando o desempenho dos profissionais e incentivando a Governação Clínica e de Saúde.

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

É um documento que reúne o conjunto de orientações e tarefas para a contratualização nos cuidados de saúde primários, hospitalares, integrados e continuados, sendo a primeira vez que tal acontece de forma integrada no SNS.

A abordagem ao processo de contratualização que se definiu para 2017 segue uma matriz conceptual que valoriza as especificidades da prestação de cuidados de saúde, promovendo que se encontrem soluções concretas e respostas flexíveis e adequadas em função das necessidades, dos recursos e das condições efetivamente existentes para que essa prestação seja assegurada à população, e organiza-se em 5 áreas de análise: desempenho dos prestadores, serviços disponibilizados aos utentes, qualidade dos cuidados prestados, formação dos profissionais e práticas de investigação implementadas.

Para além desta alteração conceptual, e das orientações transversais apresentadas, o processo de contratualização de 2017 permite ainda introduzir melhorias dirigidas a cada uma das vertentes da prestação de cuidados de saúde, destacando-se:

- A profunda reformulação da filosofia que preside à operacionalização do processo nos cuidados de saúde primários, reforçando a sua componente de Governação Clínica e de Saúde

e desmaterializando o foco contratual nos indicadores e nas metas, conduzindo toda a operacionalização do processo para a negociação de práticas clínicas a implementar e de níveis de atividade e de eficiência a alcançar com os recursos existentes;

- O desenvolvimento de novas modalidades de pagamento e contratação de atividade hospitalar, que reforçam a orientação para uma prestação de cuidados com qualidade, eficiência e em tempo adequado, para o desenvolvimento de programas de saúde (como os programas de gestão da doença crónica, o programa de tratamento cirúrgico da obesidade ou o Bancos de Gâmetas na procriação medicamente assistida), para a valorização das melhorias organizacionais (como a criação dos CRe, dos Centros de Responsabilidade Integrada - CRI, das respostas de Cuidados Paliativos ou de TeleSaúde) e para o reforço dos mecanismos de incentivo ao desempenho das instituições hospitalares, baseados no *benchmarking* e na partilha das boas práticas assistenciais e de eficiência que estão implementadas no SNS;

- A definição dos objetivos específicos a alcançar pelas Unidades Locais de Saúde (ULS), enquanto estruturas organizacionais que garantem a prestação integrada dos cuidados à população residente em determinada área geográfica, assim como as adaptações necessárias para assegurar que também nestas entidades são cumpridos os objetivos específicos da área dos cuidados de saúde primários e hospitalares;

- A criação de um inovador Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos utentes no SNS, com a criação de incentivos financeiros à constituição de projetos partilhados por vários serviços do SNS, com o objetivo de fomentar a articulação, coordenação e integração dos cuidados;

O documento que aqui se apresenta é composto por 9 capítulos, que se desenvolvem após a apresentação desta Nota Prévia. Assim, para além do capítulo que reforça a importância de se efetuar um adequado diagnóstico de necessidades em saúde e uma correta definição das prioridades assistenciais, este documento é constituído por mais seis capítulos que expressam as orientações e as regras que devem ser seguidas pelos vários agentes no âmbito do processo de contratualização de cuidados no SNS para 2017 e por dois capítulos finais, referentes à avaliação da satisfação dos utentes e à necessidade de se realizarem auditoras e processos de acreditação, numa ótica de melhoria contínua da resposta em saúde que é prestada à população servida pelo SNS.

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 Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as entidades prestadoras de cuidados, devem considerar as orientações e os objetivos vertidos no Plano Nacional de Saúde (PNS), concorrendo assim para a operacionalização dos quatro eixos estratégicos transversais que o compõem - “*Cidadania em Saúde*”, “*Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde*”, “*Qualidade em Saúde*” e “*Políticas Saudáveis*” -, permitindo o alinhamento do PNS com os vários instrumentos de Governação em Saúde e contribuindo para que a contratualização e o financiamento possam alavancar os objetivos traçados.

Sem prejuízo de serem considerados outros instrumentos, estudos e informações regionais e locais complementares, determina-se que as prioridades assistenciais estabelecidas para o processo de contratualização de cuidados de saúde no SNS em 2017 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 ≤ 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 ≥ 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, os quais identificam e hierarquizam as necessidades da população, estabelecem os objetivos a alcançar e definem as estratégias e as medidas a implementar.

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 22,8%) e, nesta perspetiva, o processo de contratualização de cuidados de saúde para 2017 deve considerar a informação referente à mortalidade em Portugal (geral e prematura), por forma a contribuir para o objetivo global de redução da mortalidade prematura até 2020.

Para obter informação detalhada sobre a mortalidade em Portugal é hoje possível recorrer a várias fontes de informação, com especial destaque para as publicações do Instituto Nacional de Estatística (INE) e da Direção Geral da Saúde (DGS), nomeadamente através dos «*Dashboard da Saúde*», disponíveis no sítio institucional da DGS (www.dgs.min-saude), os quais apresentam dados sobre “mortalidade abaixo dos 70 anos”, “mortalidade geral (todas as causas)”, “mortalidade infantil”, “mortalidade abaixo dos 5 anos” e “mortalidade por acidentes de viação” para todas as regiões do país.

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, rentabilizando-se assim 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 o registo de morbilidade em cuidados de saúde primários e o registo de morbilidade no internamento e ambulatório hospitalar (utilizada no agrupamento de episódios em Grupos de Diagnóstico Homogéneo - GDH).

- REGISTO DE MORBILIDADE EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Encontra-se em execução o plano de codificação da carga de doença ao nível dos cuidados de saúde primários com base na *International Classification of Primary Care (ICPC)*, o qual 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.

Fruto deste trabalho, e do envolvimento dos médicos das várias USF e UCSP dos ACES, a percentagem de consultas médicas presenciais com codificação ICPC é hoje elevada no SNS (94,1% em 2015, quando em 2011 era 69,2%), importando agora dar continuidade a este trabalho em 2017, não só usando a ICPC nas consultas médicas, como também incrementando a utilização da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE) para a atividade de enfermagem.

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 SIARS, informação detalhada 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 em ambulatório cirúrgico, é codificada através de um médico 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 clínicos¹.

A informação codificada é agrupada em GDH, sendo posteriormente remetida para a Base de Dados Nacional de Morbilidade Hospitalar que se encontra alojada na ACSS, a qual é distribuída trimestralmente a todas as ARS, permitindo conhecer a morbilidade hospitalar da população do País.

A 1 de janeiro de 2017 entra em vigor em Portugal o sistema de codificação clínica ICD-10-CM/PCS, substituindo a ICD 9 CM, o que representará 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.

1.5. DETERMINANTES DA SAÚDE E CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE

Conhecer os fatores sociais, comportamentais, culturais, económicos e outros que condicionam positiva ou negativamente o estado de saúde da população contribui para se identificarem as suas necessidades em saúde, nomeadamente pela capacidade de conhecer os fatores de risco presentes na população e 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 que é prestada pelas instituições. Fruto deste trabalho, disponibiliza-se periodicamente às ARS uma Ficha de Caracterização dos principais determinantes em saúde da população, agrupados por ACES e por USF e UCSP.

1.6. FERRAMENTAS DE AJUSTAMENTO PELO RISCO

As ferramentas de ajustamento pelo risco combinam informações sobre diagnósticos, prescrições clínicas, custos e utilização histórica do Sistema de Saúde, entre outras, permitindo a respetiva estratificação da população em função do risco de vir a necessitar de cuidados de saúde, ou seja, permitem explicar uma parte significativa da variabilidade da utilização dos serviços de saúde, assim como a definição de modelos preditivos da necessidade de cuidados e dos custos associados.

¹ 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 sendo 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.

Em 2017 estarão implementadas em Portugal ferramentas de ajustamento pelo risco, que estando articuladas com o processo de contratualização de cuidados de saúde, potenciarão a definição de respostas mais adequadas às necessidades efetivas da população, dado que beneficiarão os profissionais de saúde na sua atividade assistencial e de planeamento em saúde, podendo ainda ser utilizadas para vários fins, de entre os quais se destacam: a seleção de utentes para programas de gestão da doença e de gestão de caso, a investigação em saúde, a alocação de recursos financeiros, a avaliação do desempenho e o pagamento de incentivos, o dimensionamento das listas de utentes e a análise da qualidade e/ou produtividade dos clínicos, em função do risco individual da população.

1.7. GESTÃO DO ACESSO E RESPOSTA À PROCURA EXPRESSA

A melhoria do acesso aos cuidados de saúde é um dos objetivos prioritários do processo de contratualização de cuidados no SNS, seja aos cuidados primários, à resposta hospitalar ou à RNCCI.

A implementação do Sistema Integrado de Gestão do Acesso ao SNS (SIGA SNS) que se iniciou em 2016 visa assegurar o acesso equitativo, atempado e transparente às instituições do SNS, contribuindo para o cumprimento dos TMRG, para alterar o paradigma da oferta de cuidados de saúde e para reorganizar o Sistema em torno do cidadão, das suas necessidades e das suas expectativas.

O SIGA SNS reúne não só informação que se encontrava dispersa por vários sistemas de informação que apoiavam a gestão do acesso ao SNS - designadamente o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), o Sistema de Referência para Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar - designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH) ou o aplicativo da RNCCI -, como abrange também informação relativa a outras áreas que até agora não eram monitorizadas, como sejam os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), as consultas subsequentes de especialidade hospitalar, os cuidados de saúde primários, os serviços de urgência, entre outras.

2. ORIENTAÇÕES GERAIS DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO DE CUIDADOS NO SNS EM 2017

O processo de contratualização de cuidados de saúde pretende contribuir para o objetivo geral do SNS de garantir elevados níveis de acesso, de qualidade e de 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 – contratar o volume e o *mix* de serviços de acordo com as necessidades da população, aproximando a oferta à procura efetiva;
- 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 contratualização de cuidados de saúde de 2017 considera os seguintes **objetivos gerais e transversais** aos vários níveis de cuidados, a observar por todos os intervenientes:

- 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 primária e secundária da doença, com relevo para a intervenção sobre os principais determinantes da saúde, através de estratégias destinadas a diminuir a carga de doença e a 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, indutores do exercício rigoroso da atividade clínica, com eficiência e qualidade;
- iv. Incentivar a responsabilização das entidades do SNS através da negociação das práticas clínicas a desenvolver, dos objetivos e das medidas concretas a implementar, assegurando a monitorização atempada e a avaliação rigorosa, transparente participada;
- v. Promover a autonomia técnica dos profissionais e das instituições do SNS, valorizando a participação de todos na definição e implementação das estratégias para atingir os objetivos acordados, em função dos recursos humanos, técnicos e financeiros 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 os utentes, profissionais, entidades prestadoras, pagadoras e cidadãos em geral;
- viii. Melhorar a interligação e articulação entre os prestadores de cuidados de saúde (primários, hospitalares e continuados), assim como com as estruturas do Setor Social e da Comunidade, ajustando as intervenções em função do risco individual da população e desenvolvendo planos transversais de acompanhamento dirigidos, especialmente, a doentes crónicos e com multimorbilidade;
- ix. Incentivar a cultura da prestação de cuidados em equipas multidisciplinares, procurando melhorar o acesso, a qualidade e a continuidade de cuidados, seja na perspetiva da intervenção personalizada ao utente na doença aguda e crónica, seja envolvendo a família e a comunidade;
- x. Promover a Literacia em Saúde e os Autocuidados, valorizando o percurso dos utentes no SNS, assegurando a definição de Planos de Cuidados que envolvam as necessidades concretas dos utentes e que possam ser acompanhados nos sistemas de informação, em paralelo com os circuitos de referência e com o cumprimento dos TMRG no âmbito do SIGA SNS;
- xi. 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;
- xii. Premiar, através da atribuição de incentivos, as instituições e as equipas com melhor desempenho assistencial e económico-financeiro.

- xiii. 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;
- xiv. 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 de cada instituição, bem como a eficiência calculada através do *benchmarking* em relação a cada instituição e a cada grupo profissional;
- xv. Implementar uma política de utilização racional e eficaz dos medicamentos (fomentando a utilização dos Genéricos e dos Biossimilares, entre outras medidas constantes da Resolução do Conselho de Ministros n.º 56/2016, Diário da República, 1.ª Série, 13 de outubro de 2016), Dispositivos Médicos e de MCDT, conjugando a introdução da inovação com a contenção da despesa;
- xvi. 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), enquanto instrumento indispensável à gestão do acesso com equidade, qualidade e eficiência no SNS;
- xvii. Valorizar a utilização das tecnologias de informação e comunicação para a prestação de cuidados de saúde, fomentando a disseminação das respostas de TeleSaúde (no âmbito do Centro Nacional de TeleSaúde, criado através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 67/2016, de 26 de outubro) que contribuam para a melhoria da equidade no acesso ao SNS, para o aumento da capacidade de diagnóstico e de monitorização em tempo real do Estado de Saúde da população e da eficiência;
- xviii. Auditar processos e resultados, assegurando correspondência entre as práticas e os procedimentos ou critérios preestabelecidos na boa prática em saúde, assim como o registo e a faturação da atividade realizada pelos prestadores de cuidados de saúde.

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

1. **NEGOCIAÇÃO:** abrange os trabalhos preparatórios da negociação até à assinatura dos compromissos entre as partes, aproximando a oferta e a procura e considerando o preconizado pela Política de Saúde, as restrições orçamentais e outros condicionalismos associados à negociação e à partilha do risco. É uma fase que não se limita á troca de propostas, merecendo que estas sejam racionalizadas e justificadas;
2. **MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO** – fase em que se efetua a recolha sistemática da informação sobre o compromisso assumido nas várias dimensões (produção, acesso, qualidade, desempenho assistencial e económico-financeiro, outras), e em que se discutem medidas que permitam 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, os quais deverão ter a capacidade de avaliar de forma objetiva os resultados alcançados, agindo em função dos mesmos. Tem um enorme potencial transformador, contribuindo para alterar comportamentos, atitudes e práticas de gestão.

3. TERMOS DE REFERÊNCIA PARA CONTRATUALIZAÇÃO NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS EM 2017

A componente de cuidados de saúde primários do processo de contratualização de 2017 representa um compromisso social a favor do cidadão e das comunidades, corporizando a reformulação estratégica dinamizada pela Coordenação Nacional para a reforma do SNS na área dos cuidados primários e pelos contributos que foram acrescentados pelo Grupo Técnico criado pelo Despacho n.º 3823/2016, de 4 de março, emanado pelo Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.

A contratualização é um processo longitudinal a todos os níveis da organização, assumindo-se como um instrumento essencial de uma gestão por objetivos, cuja operacionalização é:

- Baseada na identificação das necessidades em saúde e nos Planos Nacional, Regionais e Locais Saúde;
- Na definição de um compromisso de resultados;
- Na promoção do planeamento e na operacionalização da prestação de serviços, com a necessária identificação e alocação dos recursos (humanos e materiais) disponíveis.

A contratualização é um claro exemplo de uma “Política Adaptativa”, dadas as suas características:

- Elevada complexidade, conceptual e metodológica;
- Grande autonomia funcional e elevada diferenciação dos seus atores;
- Um contexto em mudança, exigindo monitorização e avaliação continua e capacidade de se adaptar.

A sua concretização plena exige uma análise estratégica e prospetiva, e deve garantir aos vários atores:

- A inclusão e participação;
- O capacitar para a adaptação e a mudança;
- A promoção da auto-organização e do funcionamento em rede;
- A potenciação a inovação;
- A monitorização contínua e atempada.

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

O processo de negociação nos cuidados primários para 2017 tem os seguintes **objetivos específicos**:

- i. Aprofundar os processos de diagnóstico de necessidades específicas e de planeamento em saúde, através dos Departamentos de Saúde Pública das ARS e das Unidades de Saúde Pública dos ACES, avaliando o alinhamento dos instrumentos de planeamento em saúde com o processo contratualização;
- ii. Estimular, por iniciativa do Conselho Clínico e de Saúde, a implementação de programas de Governação Clínica e de respostas preventivas para as necessidades em saúde da população e de grupos específicos;
- 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 e adequadas à resposta às necessidades em saúde;

- 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 os responsáveis clínicos dos Hospitais, procurando assegurar uma interligação contínua, uma utilização efetiva dos recursos disponíveis e reservando o acesso aos cuidados hospitalares para as situações que exijam este nível de intervenção, criando valor para o utente e para o Sistema de Saúde no global;
- vi. Incentivar a cultura da prestação de cuidados de saúde em equipa de saúde familiar (médico de família e enfermeiro de família), 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 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 psicologia, a oftalmologia, a obstetrícia, a pediatria e a medicina física e de reabilitação;
- viii. Explicitar o modelo de financiamento dos ACES, de acordo com as necessidades em saúde da população e não com base no histórico dos custos incorridos e que culmine na celebração de um contrato-programa;
- ix. Desenvolver competências de gestão organizacional e de controlo de gestão nos ACES, nomeadamente na área do planeamento em saúde, da gestão financeira (melhoria da qualidade do reporte económico-financeiro dos ACES e consequentemente das ARS) e de recursos humanos;
- x. Fomentar o processo de contratualização interna nas diferentes unidades funcionais, reforçando a autonomia e a responsabilidade das equipas e alargando progressivamente o seu âmbito a todas as unidades funcionais que reúnam condições para integrar este processo.

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 respetivos 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 respetivas unidades funcionais, formalizada com a assinatura das Cartas de Compromisso.



Os Diretores Executivos e os Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACES assumem em 2017 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.

É ainda importante garantir uma natural e desejada integração entre o processo de contratualização nos cuidados de saúde primários e o Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP), incluindo o subsistema de Avaliação do Desempenho dos Serviços da Administração Pública (SIADAP 1), e que considere como ponto de referência os compromissos assumidos anualmente pelas ARS em sede de Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR).

3.3. CRONOGRAMA DE NEGOCIAÇÃO COM OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

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

A profunda reestruturação que o processo de contratualização nos cuidados de saúde primários sofreu para o triénio de 2017-2019 exige a revisão da Portaria que até agora o suportava (Portaria n.º 377-A/2013, de 30 dezembro), processo que se encontra a decorrer atualmente.

Face a estas condicionantes opta-se por definir os tempos médios da fase de negociação, ficando a calendarização a ser determinada pela conclusão deste processo. Sem prejuízo desta calendarização, define-se o seguinte cronograma sequencial, que deverá ser cumprido por todos os intervenientes:

- 1.º Submissão do Plano de Ação da Unidade Funcional – Data a definir (deve iniciar-se já o trabalho);
- 2.º Submissão do Plano de Desempenho do ACES – 1 semana;
- 3.º Contratualização Externa – 2 semanas;
- 4.º Contratualização Interna – 4 a 6 semanas (variável, em função da dimensão do ACES);
- 5.º Assinatura Carta de Compromisso e Contratos Programa – 1 a 2 semanas.

Mantém-se o objetivo de iniciar o processo de contratualização de 2017 até final do corrente ano, para o encerrar o mais precocemente possível durante o 1º trimestre de 2017

3.4. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

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

- Está balizado pelo Plano Local de Saúde e pela definição do Perfil de Saúde Local;
- 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 nos seus diversos componentes (negociação, monitorização e acompanhamento, avaliação) 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, mas também 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 2017 é baseada na discussão do Plano de Ação a três anos, com a definição de metas anuais e cujo resultado é operacionalizado por uma matriz multidimensional da atividade destas unidades.

A diversidade dos contextos da prestação de cuidados nas USF e UCSP, assim como dos seus níveis de desenvolvimento e maturidade organizacional, exige uma plasticidade que garantindo a equidade, promova a sua contínua melhoria e diminuição da variação do desempenho.

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

- Estar centrado no doente (pessoa/cidadão), 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 (qualificação do acesso)	Cobertura por médico e enfermeiro de família Tipo de marcação das consultas Tempos de resposta Personalização dos cuidados Distribuição diária da oferta Atividade domiciliária Outras a negociar
	Gestão da Saúde (Gestão de percurso / Plano de Cuidados / Resultados na prevenção e promoção da saúde)	Saúde Infantil Saúde da Mulher Saúde do Adulto Saúde do Idoso Outras a negociar
	Gestão da Doença (Gestão de percurso / Plano de Cuidados / Resultados na gestão da doença aguda e crónica)	Aguda Cardiovascular Diabetes Respiratória Mental Osteoarticular Multimorbilidade Outras a negociar
	Qualificação da Prescrição (Adequação técnico científica, Efetividade,	Prescrição Farmacoterapêutica Prescrição de MCDT

	Eficiência)	Prescrição de Cuidados
Serviços	Satisfação (Grau de satisfação dos utentes)	Satisfação dos utentes
	Internos (Serviços adicionais aos utentes da UF)	Cessação tabágica Abordagem paliativa Outras a negociar
	Externos (Serv. adicionais a utentes não pertencentes à UF)	
	Colaborativos (Elementos da UF com funções fora)	
	Promoção do Acesso	
Qualidade Organizacional	Promoção de Boas Práticas (atendimento, diagnóstico, tratamento)	Processos Assistenciais Integrados
	Segurança	Ambiente interno Comunicação Utentes Profissionais Medicação Controlo infeção Outras a negociar
	Satisfação (Promoção da satisfação)	Utentes Profissionais Clientes internos
	Interna (Para os profissionais da UF)	Equipa Multidisciplinar Internos / Alunos
Formação	Externa	UF/Profissionais como formadores externos
	Atividade Científica	Artigos, Comunicações, Conferências Trabalho de Investigação

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

- Centrados no doente (ex: **Patient Related Outcome Measures**)
- De “Resultado” (ex: internamentos evitáveis, doentes controlados, tempos de espera)
- Indicadores compostos ou índices, nos processos de cuidados complexos que exigem uma leitura e monitorização multidimensional (ex: acesso, eficiência, resultado, adequação técnico científica).

Assim, o processo de negociação da contratualização deve incidir na discussão das medidas e atividades contempladas no Plano de Ação, tendo como referencial o valor do Índice de Desempenho Global que se pretende melhorar e alcançar.

A matriz de indicadores dos cuidados de saúde primários integra todos os indicadores existentes que respeitem os requisitos e critérios definidos, nomeadamente:

- Relevância, robustez técnico-científica, validade, fiabilidade, sensibilidade e exequibilidade;

- Bilhete de Identidade (BI) que descreve de forma clara, inequívoca e simples o que mede, como mede, onde obtém os registos, entre outras especificações técnicas;
- Histórico de pelo menos 2 anos;
- Um resultado esperado e uma variação aceitável, baseada na evidência disponível.

Em relação à matriz de indicadores dos cuidados de saúde primários, as páginas do Portal do SNS e do BI CSP devem garantir o acesso fácil a:

- Listagem dos indicadores que integram a matriz de indicadores, bem como a sua descrição,
- Monitorização dos resultados de todos os indicadores integrantes da referida Matriz, e sua distribuição pelos vários níveis de observação.

Para o ano de 2017 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. Os ACES podem estabelecer processos de contratualização com UCSP que não cumpram estes critérios mínimos.

- CARTEIRA ADICIONAL DE SERVIÇOS

Deverá ser considerado em cada ARS um circuito de definição e aprovação do programa de cada carteira adicional, o qual considere uma fase de apresentação de proposta, outra de análise, de cabimentação e de aprovação da execução da carteira no ACES, assim como o modelo de acompanhamento e avaliação das mesmas (i.e. indicadores de desempenho, calendário de avaliação, critérios de extinção/manutenção da carteira adicional de acordo com níveis mínimos desempenho).

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.

A construção da oferta de serviços de cada UCC deve considerar dois aspetos centrais:

- As recomendações previstas no Plano Nacional de Saúde e nos Planos Regionais de Saúde, prevendo uma abordagem centrada na família e no ciclo de vida e a necessidade de intervir de uma forma mais visível nos problemas de saúde de origem social, priorizando a intervenção nos diferentes *settings*, na comunidade;
- A especificidade da população abrangida pelos serviços da UCC, nomeadamente a realidade de saúde e social da sua área de intervenção, que deve refletir-se na diversidade de programas e projetos a concretizar.

O processo de contratualização interna com as UCC para 2017 assenta na negociação do seu Plano de Ação trienal, ajustado anualmente, o qual segue a seguinte matriz multidimensional:

Matriz multidimensional para UCC		
Área	Subáreas	Dimensões
Desempenho	Acesso (qualificação do acesso)	Cobertura por UCC Cobertura de ECCI Atividade domiciliária Tipo de marcação da atividade Tempos de resposta Admissão /alta de utentes nos programas Outros a negociar
	Gestão da Saúde (Plano de Cuidados / Resultados na prevenção e promoção da saúde)	Saúde Escolar Saúde Reprodutiva Saúde Idoso Percurso clínicos Outros a negociar
	Gestão da Doença (Plano de Cuidados / Resultados na gestão da doença aguda e crónica)	Reabilitação Saúde Mental Abordagem paliativa Doença crónica Outros a negociar
	Intervenção Comunitária (Programas direcionados, literacia, <i>settings</i> específicos)	Programas comunitários regulares Intervenção precoce CPCJ NACJR /EPVA Outros a negociar
	Satisfação	Satisfação dos utentes Satisfação dos cuidadores
Serviços	Internos (Serviços adicionais aos utentes da UF)	Intervenção em <i>settings</i> específicos Eventos da comunidade Promoção da literacia em Saúde Outras a negociar
	Externos (Serviços adicionais a utentes não pertencentes à UF)	Programas para utentes fora de área Outras a negociar
	Colaborativos (Elementos da UF com funções fora da UF)	Articulação com outras estruturas Outras a negociar
Qualidade Organizacional	Promoção de Boas Práticas (atendimento, diagnóstico, tratamento)	Acreditação da qualidade Processos Assistenciais Integrados (PAI) e Normas de Orientação Clínica Outras a negociar
	Segurança	Utentes Profissionais Prevenção e controlo infeções e resistência aos antimicrobianos Notificação, análise e prevenção de incidentes e ocorrências Gestão do Risco Outras a negociar
	Satisfação (Promoção da satisfação)	Utentes Profissionais Clientes Internos
	Formação	Interna (Para os profissionais da UF)
	Externa	UF e Profissionais como formadores externos

	(Para destinatários fora da UF)	Formação a grupos Capacitação dos cuidadores
Atividade Científica	Artigos, Comunicações, Conferências	Multidimensional
	Trabalho de Investigação	Multidimensional

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.

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.

Consideram-se requisitos essenciais para o desempenho adequado de uma USP, que o ACES:

1. Garanta o acesso adequado a um sistema de informação eficaz, a usar pelos profissionais das USP;
2. Proporcione o acesso a formação adequada e ao apoio técnico necessário;
3. Aprove o Regulamento Interno, cuja proposta é da responsabilidade do coordenador da USP;
4. Assegure os recursos humanos, em número e em diferenciação, para responder às suas atribuições;
5. Dote a USP e seus profissionais dos respetivos meios técnicos, materiais e viaturas, adequados às funções que lhes são exigidas e às características de cada USP;
6. Garanta as instalações necessárias ao trabalho da USP.

O referencial de contratualização interna das USP para 2017 assenta na sua matriz de competências:

- a) Monitorizar o estado de saúde e bem-estar da população e seus determinantes, com especial enfoque nos determinantes sociais da saúde e na identificação de desigualdades e iniquidades em saúde;
- b) Manter a vigilância da saúde dos cidadãos, incluindo a vigilância epidemiológica, entomológica e ambiental, assegurando a recolha de dados e medidas de monitorização nas áreas das doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como da saúde escolar, saúde mental, saúde ocupacional e ambiental, ao longo do ciclo de vida;
- c) Proceder à monitorização e avaliação, e colaborar na resposta a riscos e emergências em saúde pública, incluindo riscos químicos, biológicos, radiológicos e nucleares;
- d) Contribuir para assegurar a proteção da saúde nas vertentes ambiental (incluindo climática), ocupacional, alimentar e de outras constantes do Plano Nacional de Saúde;
- e) Promover a saúde de toda a população através de ações sobre os determinantes da saúde, com especial enfoque na identificação de pessoas e populações expostas a diferentes riscos, e na advocacia da saúde, contribuindo para a eliminação de desigualdades e iniquidades;

- f) Atuar na prevenção da doença, através da intervenção nos comportamentos, da vacinação e da participação em programas de deteção precoce;
- g) Assegurar a governança para a saúde e bem-estar, através dos instrumentos de planeamento em saúde, nomeadamente, através da coordenação dos planos regionais e locais de saúde, bem como através de estudos de impacto na saúde;
- h) Assegurar a gestão integrada de programas e projetos nas áreas da proteção e promoção da saúde e prevenção da doença, no quadro do PNS ou dos Planos Regionais e Locais, e participar na sua execução;
- i) Promover a gestão dos recursos financeiros e materiais disponíveis, intervindo no processo de contratualização e auditoria aos serviços de saúde, assegurando que a sua atuação é efetiva, face às principais necessidades de saúde identificadas e aos recursos disponíveis, incluindo os da comunidade;
- j) Promover a literacia em saúde, mantendo e melhorando continuamente a comunicação sobre saúde e a mobilização social para as responsabilidades individuais e coletivas para com a saúde pública, na perspetiva da coprodução de resultados;
- k) Garantir a formação e adequação dos recursos humanos na área da saúde pública;
- l) Desenvolver atividades de investigação em saúde pública, com vista a produzir conhecimento para a elaboração e implementação de políticas de saúde, em articulação com outros serviços de saúde, as comunidades académica e científica e a comunidade em geral.

Neste sentido, as USP devem trabalhar uma “Carteira Básica de Serviços” nas seguintes áreas:

- a) Observatório Local de Saúde
- b) Governança para a saúde e bem-estar
- c) Vigilância Epidemiológica
- d) Saúde Ambiental
- e) Gestão integrada e participação na execução de programas e projetos de saúde (GPROT/GPROM)
- f) Autoridade de Saúde
- g) Formação contínua e formação pré e pós graduada dos diferentes grupos profissionais (FORM)
- h) Investigação em Saúde.

No contexto da Reforma da Saúde Pública que se encontra em curso, no documento “Nova ambição para a Saúde Pública – Focada nos Serviços Locais” (DGS, 2016), recomenda-se “*criar uma rede de Unidades de Saúde Pública – piloto (Serviços de Saúde Pública Locais), com unidades selecionadas pela sua capacidade de adotar um nível elevado de boas práticas, beneficiando de um novo investimento em sistemas informação e de processos de contratualização e acreditação qualificados.*”

Quanto às características destas USP-piloto, são referidas as seguintes:

- a) Ser dotadas de meios adequados, incluindo telemáticos e sistemas de informação atualizados para o desenvolvimento das atividades que lhes permitam atingir um nível superior de desempenho;
- b) Ser objeto, a partir de 2017, de processos de contratualização (que incluam incentivos institucionais e financeiros) e de acreditação qualificados;

- c) Promover o alinhamento dos processos de contratualização dos serviços de saúde com as necessidades de saúde locais e os ganhos em saúde desejados;
- d) Investir na melhoria do processo de planejamento local em saúde, com destaque para os aspectos da comunicação para a saúde, a partir da experiência com os Planos Locais de Saúde e dos resultados do debate sobre novos modelos de ação em saúde pública, proposto pela OMS;
- e) Colaborar na implementação de um modelo de estudo do impacto em saúde, em articulação com as estruturas nacionais e regionais.

Assim, a contratualização interna de 2017 consiste na negociação com as USP do seu Plano de Ação trienal, ajustado anualmente, 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	Observatório Local de Saúde	Diagnóstico de Situação de Saúde Plano Local de Saúde Outras a negociar
	Governança para a saúde e bem-estar (inclui o planejamento em saúde de base populacional)	Plano de Contingência para as Temperaturas Extremas Adversas Outras a negociar
	Vigilância Epidemiológica (inclui a vigilância entomológica)	Doenças de Notificação Obrigatória Outras a negociar
	Saúde Ambiental	A definir
	Autoridade de Saúde	A definir
Serviços	Externos (Serviços adicionais não incluídos na carteira serviços)	A definir
	Colaborativos (Elementos da UF com funções fora da UF)	A definir
Qualidade Organizacional	Gestão integrada e participação em programas e projetos de saúde	A definir
	Promoção de Boas Práticas (atendimento, diagnóstico, tratamento)	A definir
	Segurança	A definir
	Satisfação (Promoção da satisfação)	Satisfação utentes Satisfação profissionais Satisfação "clientes internos"
Formação	Interna (Para os profissionais da UF)	A definir
	Externa	A definir
Atividade Científica	Artigos, Comunicações, Conferências	A definir
	Trabalho de Investigação	A definir

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, e desenvolve a atividade com os seguintes princípios:

- a) Cooperação com as outras unidades funcionais;
- b) Acessibilidade dos cidadãos;
- c) Autonomia técnica;
- d) Rentabilização dos recursos instalados;
- e) Articulação com os hospitais de referência, privilegiando o estabelecimento de protocolos;
- f) Gestão participativa assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os seus profissionais, promotores de ganhos de motivação e satisfação profissional;
- g) Avaliação contínua, objetiva e permanente, que visa a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do plano de ação e a qualidade dos cuidados.

A URAP congrega profissionais com competências diversas, nomeadamente médicos de especialidades, que não de medicina geral e familiar e de saúde pública, os quais já se encontram integrados noutras Unidades funcionais do ACES, 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 2017 continua-se a acompanhar a atividade destas unidades 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 com outras unidades funcionais dos ACES e pela definição de objetivos enquadrados na seguinte matriz multidimensional.

Matriz multidimensional para URAP	
Área	Subáreas
Desempenho	Gestão da Saúde (Gestão de percurso / Plano de Cuidados / Resultados na prevenção e promoção da saúde)
	Gestão da Doença (Gestão de percurso / Plano de Cuidados / Resultados na gestão da doença aguda e crónica)
	Satisfação (Grau de satisfação dos utentes)
Serviços	Internos (Serviços adicionais aos utentes da Unidade)
	Externos (Serviços adicionais aos utentes não pertencentes à Unidade)
	Colaborativos (Elementos da UF com funções fora da UF)
Qualidade Organizacional	Promoção de Boas Práticas (atendimento, diagnóstico, tratamento)
	Satisfação (Promoção da satisfação utentes, profissionais, "clientes internos")
Formação	Interna (Para os profissionais da UF)
	Externa
Atividade Científica	Artigos, Comunicações, Conferências
	Trabalho de Investigação

3.4.2. ACOMPANHAMENTO CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

- PLANO DE ACOMPANHAMENTO INTERNO DAS UNIDADES FUNCIONAIS

Cada unidade funcional deve implementar um plano de acompanhamento interno, integrado na Área “Qualidade Organizacional”, executando assim um processo de autoavaliação, tendo por objetivo chegar à acreditação, especialmente para as USF.

- ACOMPANHAMENTO INTERNO DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO

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

O acompanhamento deve ser efetuado preferencialmente através das funcionalidades eletrónicas, nomeadamente as disponíveis na área da “Contratualização” e da “e-Qualidade”, do BI CSP.

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. As alterações consideradas necessárias, assim como as justificações devem ser apresentadas pelo Diretor Executivo do ACES ao Conselho Diretivo da ARS, e só serão consideradas válidas se forem aprovadas por este último órgão.

Em 2017, o processo de contratualização, nas suas diferentes fases, será sustentado na sua totalidade pelo Portal BI CSP, acessível através do endereço: www.biusf.pt. 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.

Também o novo Portal do SNS (www.sns.gov.pt) se apresenta agora como uma importante ferramenta de monitorização da atividade das Unidades funcionais, ao disponibilizar informação atualizada e útil para utentes e profissionais (sobre o desempenho, os tempos de resposta, as listas espera, ou outras).

3.4.3. AVALIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

- AVALIAÇÃO DE INCENTIVOS INSTITUCIONAIS DAS USF

A atribuição dos Incentivos Institucionais vai ser objeto de Despacho do membro do Governo responsável pela área da Saúde, que garanta a simplificação dos procedimentos e a sua execução em tempo adequado a nível nacional

- 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.

Prioritariamente, o PAII pode ser utilizado pela Unidade Funcional para proporcionar a sua adesão ao programa de acreditação que está instituído para o SNS (nomeadamente pelas USF Modelo B).

- COMISSÕES DE ACOMPANHAMENTO EXTERNO

As comissões de acompanhamento externo do processo de contratualização interna estão sedeadas em cada uma das 5 ARS, sendo constituídas por três elementos efetivos e três elementos suplentes indicados pelas ARS respetivas, e por três elementos efetivos e três suplentes indicados pelos sindicatos de entre os coordenadores de USF que compõem os ACES de cada ARS.

Estas comissões de acompanhamento permitem alargar o âmbito de discussão dos resultados alcançados pelas equipas no processo de contratualização interna e têm as seguintes competências:

- a) Acompanhar o processo de contratualização e apuramento de resultados;
- b) Receber informação e analisar as conclusões do relatório de avaliação anual;
- c) Dirimir e arbitrar eventuais conflitos entre as USF e os ACES, emergentes do processo de contratualização e apuramento de resultados.

3.5. CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

As regras de contratualização com os ACES em 2017 são:

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 (SICA ACES), tal deve ser transmitido 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 das mesmas, devidamente validadas e assinadas pelas partes envolvidas, fazendo estes documentos parte integrante do processo de contratualização.

Depois de assinados entre as partes, os Contratos-Programa devem ser enviados para a ACSS que posteriormente as 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 é um documento estratégico negociado anualmente com o ACES, no qual se caracteriza o ACES, designadamente através de indicadores populacionais de cariz sociodemográfico, socioeconómico e de resultados em saúde. No Plano de Desempenho 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 muito importante para todos os profissionais do ACES e, em particular, para os seus gestores e prestadores clínicos, pelo que deve ser divulgado pelas unidades funcionais do ACES.

O Plano de Desempenho está organizado em nove áreas: (1) Caracterização; (2) Linhas estratégicas; (3) Plano Atividades; (4) Plano Formação; (5) Mapa de Equipamentos; (6) Mapa de Recursos Humanos; (7) Indicadores de Desempenho; (8) Plano de Investimentos e (9) Orçamento-Económico.

- CARATERIZAÇÃO

Esta área do Plano de Desempenho 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 população, preferencialmente utilizando linguagem que permita interpretações objetivas.

- LINHAS ESTRATÉGICAS

Considerando que um plano estratégico deverá ter como período temporal mais lato do que um ano, será de todo conveniente que as linhas estratégicas definidas sejam orientadas para o triénio da contratualização 2017-2019, promovendo a sua revisão periódica. Assim, e considerando os princípios estratégicos, deverão estas linhas ser focalizadas e suficientemente claras mas a compreensão 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.

- 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.

- PLANO DE FORMAÇÃO

Sendo uma área estratégica de contratualização, importa evidenciar um plano de formação de cada ACES, onde sejam enumeradas as diversas ações programadas, com explicitação dos destinatários, assim como todos os dados considerados necessários para quantificar o impacto pretendido com o plano, nomeadamente o número de horas totais de formação.

- 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 doentes e dos profissionais.

- MAPA DE RECURSOS HUMANOS

Uma das principais componentes da fase de negociação da contratualização externa prende-se com o Mapa de Recursos Humanos do ACES, o qual visa identificar o conjunto de profissionais com os quais a instituição conta desenvolver a atividade no período em análise.

Esta identificação de recursos humanos é efetuada em termos de efetivos absolutos, discriminados pelo tipo de vínculo e regime horário semanal praticado (35h, 40h, 42h ou outro) e esta informação continuará a ser recolhida e utilizada no âmbito do processo de contratualização externa 2017.

- ÍNDICE DE DESEMPENHO

A principal alteração preconizada com este novo modelo de contratualização externa 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, ao nível dos ACES, 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 das Unidades funcionais que compõe os 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 2017 é:

Matriz multidimensional para ACES		
Área	Subáreas	Dimensões
Desempenho (associado diretamente ao Desempenho dos ACES)	Acesso (Qualificação do acesso)	Cobertura por médico e enfermeiro de família Cobertura por UCC e ECCI Cobertura por ECSCP Atividade domiciliária Tipo de marcação das consultas Tempos de resposta Personalização dos cuidados Distribuição diária da oferta Outras a negociar
	Gestão da Saúde (Gestão de percurso / Plano de Cuidados Resultados na prevenção e promoção da saúde)	Saúde Infantil Saúde Escolar Saúde da Mulher Saúde do Adulto Saúde do Idoso Outras a negociar
	Gestão da Doença (Gestão de percurso / Plano de Cuidados Resultados na gestão da doença aguda e crónica)	Aguda Cardiovascular Diabetes Respiratória Mental Osteoarticular Multimorbilidade Cuidados paliativos Outras a negociar
	Qualificação da Prescrição (Adequação técnico científica, Efetividade, Eficiência)	Prescrição Farmacoterapêutica Prescrição de MCDT Prescrição de Cuidados Outras a negociar
	Satisfação (Grau de satisfação dos utentes)	Satisfação dos utentes Satisfação dos profissionais
Integração de Cuidados	Hospitalares (Gestão do percurso / Urgências / CTH / MCDT)	Internamentos evitáveis Urgências evitáveis
	Continuados (Gestão do percurso / Referênciação / Acompanhamento)	Apoio domiciliário integrado Continuidade de cuidados
	Promoção de Boas Práticas (<i>Guidelines</i> e referenciais)	A definir
Qualidade Organizacional	Segurança	Utentes Profissionais Gestão do Risco Outras a negociar
	Gestão Organizacional (USF, UCSP, UCC, USP, URAP) (GC)	A definir
	Melhoria Contínua (Acreditação, Certificação, Reconhecimento)	A definir
	Interna (Gestão da formação interna no ACES)	Equipa Multidisciplinar Internos / Alunos
Formação	Externa (Gestão de frequência formativa externa)	UF e Profissionais como formadores externos
	Sistemas de Informação (Gestão de sistemas de informação e todos os recursos associados)	A definir
Informação e Comunicação	Sistemas de Comunicação (Gestão da comunicação interna e externa)	A definir

- 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, seja ele ao nível organizacional ou financeiro.

- ORÇAMENTO ECONÓMICO

Em 2017 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. Esta segregação deve englobar todas as despesas, incluindo a despesa com meios complementares de diagnóstico e terapêutica, medicamentos e outras despesas correntes e de investimento. Devem ser criadas as condições necessárias nas ARS para que esta segregação seja efetuada até ao fim do período previsto para a contratualização.

A negociação do orçamento dos ACES para 2017 deve centrar-se na contenção e racionalização de custos, procurando atingir uma maior eficiência, efetividade e sustentabilidade económico-financeira, aumentando a participação dos responsáveis dos ACES e das unidades funcionais que o compõem no cumprimento dos objetivos de eficiência estipulados para o ano. Adicionalmente desenvolve-se a componente de proveitos dos ACES 2017, efetuando uma aproximação a modelos de financiamento ajustados à realidade dos cuidados primários, que considerem as necessidades em saúde da população.

3.5.1.2. CONTRATO-PROGRAMA

O Contrato-Programa é o documento que o ACES outorga com a ARS e está alinhado o Plano de Desempenho, identificando claramente as obrigações e as contrapartidas de ambas as partes e as regras de acompanhamento, os recursos financeiros que suportam o contrato e a forma de monitorização e avaliação das atividades a desenvolver pelo ACES. Os objetivos assistenciais expressas no Contrato-Programa devem ser tão abrangentes quanto possível, não se restringindo aos indicadores disponíveis.

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 Coordenação Nacional para a reforma do SNS na área dos cuidados primários efetuam também o acompanhamento do desempenho dos ACES em 2017, 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, que posteriormente as envia para homologação), 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, à semelhança do que foi referido para a fase de negociação dos compromissos a alcançar pelos ACES.

3.5.3. AVALIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS

Preconiza-se um momento de avaliação final, calendarizado na tabela seguinte:

Tabela – Calendarização da avaliação do desempenho dos ACES

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
15 abril 2018	Reunião para apresentação e discussão do relatório de atividades do ACES, referente a 2017	ARS
15 maio 2018	ARS informa sobre quais os ACES que têm acesso a incentivos institucionais	ARS

A avaliação do ACES realiza-se com base nos Índices de Desempenho de Área e Sub Áreas no SIARS e no SICA, com data de referência de 31 de dezembro de 2017, sendo que só se poderá considerar o cálculo definitivo após 1 de março de 2018.

- APLICAÇÃO DO ÍNDICE DE DESEMPENHO GLOBAL

Na sequência da matriz definida para o índice de desempenho, serão os ACES avaliados no âmbito das áreas e subáreas definidas. Assim, o Índice Desempenho Global resulta da ponderação dos Índices de Desempenho das Áreas (IDA) que resulta da ponderação dos Índices Desempenho Subáreas (IDsA).

- APLICAÇÃO DOS INCENTIVOS

Os ACES com direito a incentivo em 2017 devem elaborar um Plano para a Aplicação do Incentivo Institucional do ACES (PAII ACES), no máximo até 15 de junho de 2018.

O PAII ACES deve ser remetido pelo Diretor Executivo do ACES (com parecer do Conselho Clínico e de Saúde) para o Conselho Diretivo da ARS e terá impacto no orçamento económico do ACES no ano 2018, após a conclusão do processo de avaliação.

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 deve devolver o documento ao Diretor Executivo do ACES, no máximo até 31 de julho de 2018. Este, com a participação do Conselho Clínico e de Saúde, deve proceder às alterações necessárias e voltar a submetê-lo à aprovação da ARS.

-SICA DOS ACES

O SICA ACES continuará a ter desenvolvimentos em 2017, permitindo estruturar e harmonizar o processo de negociação, acompanhamento e avaliação da contratualização externa com os ACES.

Nesta sequência, a responsabilidade dos vários atores deverá ser plenamente assumida e a informação terá de ser reportada e analisada de forma adequada e atempada, segundo o calendário definido.

4. TERMOS DE REFERÊNCIA PARA CONTRATUALIZAÇÃO NOS CUIDADOS HOSPITALARES 2017

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 novo Contrato-Programa para o triénio 2017-2019, o qual considera um processo de planeamento estratégico trienal onde se definem os objetivos estratégicos, as principais linhas de ação, os planos de investimentos e projeções económico-financeiras para o triénio, bem como se explicitam os ganhos de eficiência e produtividade que assegurem a sustentabilidade a médio prazo das entidades.

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 2017 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 pro ativa e responsável na gestão do seu Estado de Saúde e Bem-Estar;
- ii. Cumprir escrupulosamente os TMRG, gerindo o acesso às consultas, cirurgias e MCDT de forma adequada e atempada, através do SIGA;
- iii. Fomentar a Gestão Partilhada de Recursos no contexto do SNS - a já referida GPRSNS – procurando maximizar a capacidade instalada nas instituições (nomeadamente ao nível do acesso aos MCDT, consultas externas, atividade cirúrgica e utilização dos equipamentos);
- iv. Fomentar a rentabilização dos equipamentos e os 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;
- v. Incentivar a transparência e a cultura da prestação de cuidados de saúde em equipa multidisciplinar e multiprofissional, promovendo a efetiva articulação e coordenação e uma resposta centrada no utente;
- vi. 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, que assegure o acesso, a qualidade e a eficiência e que assim concorre para a sua sustentabilidade;
- vii. Estimular a atividade dos Centros de Referência do SNS (CRe), através dos quais se efetua a concentração de

casuística e recursos para o diagnóstico, tratamento e investigação clínica de um conjunto de patologias, designadamente doenças raras, envolvendo equipas multidisciplinares e um controlo de qualidade e de segurança mais exigente, permitindo a referenciação de doentes com base na hierarquia de competências;

- viii. Consolidar os processos de afiliação e de trabalho em rede colaborativa no SNS, centrando a organização dos cuidados nas necessidades e percursos do utente e incentivando a cooperação entre instituições;
- ix. Privilegiar os cuidados prestados em ambulatório (médico e cirúrgico), incentivando a transferência de cuidados de internamento para o ambulatório;
- x. Estabelecer mecanismos verticais e horizontais de articulação formal e permanente entre os responsáveis clínicos das instituições do SNS, assegurando a utilização efetiva dos recursos disponíveis, reservando o acesso aos cuidados hospitalares para as situações efetivamente necessárias e assegurando o cumprimento do Plano de Contingência para Temperaturas Extremas Adversas - Módulos de Verão e Inverno, da DGS;
- xi. 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;
- xii. 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;
- 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) e acessível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1-1.pdf;
- xv. Aprofundar o processo de contratualização interna, constituindo-se vários Centros de Responsabilidade Integrada (CRI), reforçando a autonomia e a responsabilidade dos serviços e estimulando o compromisso e participação das equipas e dos profissionais.

A atividade assistencial do SNS engloba a atividade realizada aos utentes do SNS, incluindo os beneficiários dos subsistemas da ADSE, SAD da PSP, da GNR e ADM das Forças Armadas, Imprensa Nacional Casa da Moeda e dos cidadãos residentes nas Regiões Autónomas, remetida pelos Hospitais e ULS aos Departamentos de Contratualização das ARS, através do Plano Estratégico 2016/2018, e registada no Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento (SICA).

4.1.2. PARA O DESEMPENHO ECONÓMICO-FINANCEIRO

As instituições elaboram os seus documentos económico-financeiros previsionais para 2017 de forma:

- i. Cumprir o Plano de Contas em POCMS definido para o exercício de 2017, nos termos definidos na Circular Normativa n.º 5/2016/DFI/UOC/ACCS, de 26 de fevereiro;

- ii. Atingir um EBITDA positivo em 2017, suprimindo a acumulação de novos pagamentos em atraso e implementando as medidas de contenção e racionalização dos custos que permitam alcançar este objetivo;
- 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 doentes que se encontram em lista de espera de outros hospitais, identificando de forma rigorosa e exaustiva os utentes beneficiários de sistemas estrangeiros de proteção à saúde, cobrando a atividade realizada a utentes cuja responsabilidade financeira está atribuída a seguradoras ou a 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 inscrito de forma coordenada com a ACSS, de forma a 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. Reduzir os custos com pessoal, através da promoção da mobilidade dos profissionais de saúde entre as instituições do SNS e de 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.

4.2. CRONOGRAMA DE NEGOCIAÇÃO COM OS CUIDADOS HOSPITALARES

O cronograma para a fase de negociação do Contrato-Programa 2017 é o seguinte:

1. Será disponibilizado a partir do dia **11 de novembro de 2016**, no Portal SICA, o Plano Estratégico para recolha da proposta das instituições hospitalares que suportará a negociação do processo de contratualização de 2017;
2. Os hospitais submetem no Portal SICA a sua proposta até dia **22 de novembro de 2016**;

3. As ARS e os hospitais negociam o Contrato Programa para 2017 até dia **15 de dezembro de 2016**. Desta negociação resultará o quadro de produção e de desempenho assistencial previsto para 2017, assim como o valor do financiamento associado ao Contrato Programa de 2017;
4. Os Contrato Programa para 2017 são assinados, impreterivelmente, **até 22 dezembro de 2016**.

O não cumprimento dos prazos aqui definidos determina que será a ACSS, em conjunto com a ARS respetiva, a definir, unilateralmente, a proposta de produção, as metas dos objetivos de qualidade e eficiência (definidos em função dos valores de referência publicados pela ACSS) e a estrutura de custos e proveitos a incluir no Contrato-Programa para 2017 a homologar pela Tutela.

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

Os limites máximos a contratualizar com os Hospitais e Centros Hospitalares, por ARS, em 2017, são:

ENTIDADE	2017
ARS Norte	1.275.403.554 €
ARS Centro	737.353.472 €
ARS LVT	1.488.445.212 €
ARS Alentejo	70.899.640 €
ARS Algarve	187.876.864 €
Total Nacional para Hospitais	3.759.978.743 €

Não podem ser ultrapassados os limites globais de financiamento alocados a cada ARS para os Contratos de 2017, pelo que não serão aceites aqueles que não os cumpram. Por outro lado, os valores podem ser redistribuídos internamente, no âmbito do processo negocial definido no cronograma apresentado no ponto anterior, desde que respeitado o teto alocado a cada ARS.

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

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;
- 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.

C. PENALIDADES.

Adicionalmente definem-se outros princípios orientadores do Contrato para 2017, nomeadamente:

- D. Orçamento global e produção marginal
- E. Aplicação de flexibilidade regional na fixação dos preços pelas ARS
- 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 de oficina.

Nos pontos seguintes são desenvolvidos cada uma destas áreas e princípios orientadores para 2017.

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

4.4.1.1. INTERNAMENTO HOSPITALAR

Para 2017, 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:

- Severidade da doença é entendida como a extensão de uma descompensação fisiológica ou da perda de funções de um órgão, contendo 4 subclasses;
- 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 2017 utilizar-se-á 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 praticado em 2016. 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.

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.

Internamento e ambulatório médico e cirúrgico	Preço
Preço base	2.285 €
Internamento de doentes crónicos (diária)	Preço
Psiquiatria *	39 €
Psiquiatria - Reabilitação Psico-social	39 €
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€

4.4.1.2. ATIVIDADE CIRÚRGICA

No âmbito da contratação da atividade cirúrgica, coexistirão, em 2017, duas medidas que visam aumentar a capacidade de resposta cirúrgica no âmbito das instituições do SNS: introduzir-se-á o Programa de Incentivo à Realização de Atividade Cirúrgica dentro do SNS, no âmbito da GPRSNS, que se manterá a par com a responsabilização financeira do hospital de origem pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados. 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 na criação de um mecanismo competitivo para realização de atividade cirúrgica no SNS, acessível a todas as instituições hospitalares do SNS 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, competindo às ARS efetuar a negociação desta disponibilidade dentro da sua região (cada hospital disponibiliza-se para receber utentes através do mecanismo GPRSNS);
- e) A atividade efetuada pelos hospitais de destino é faturada diretamente à ACSS, extra Contrato-Programa, cumprindo as regras do SIGA SNS, na vertente cirúrgica, competindo à ACSS efetuar o pagamento e proceder, em simultâneo, à retenção de valor idêntico no adiantamento dos hospitais origem;
- f) 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. RESPONSABILIZAÇÃO FINANCEIRA HOSPITAL ORIGEM PELA NÃO PRESTAÇÃO ATEMPADA CUIDADOS CIRÚRGICOS

Aplica-se, em 2017, 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 por este, mensalmente, à ACSS, nos termos descritos nos pontos 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 SIGA, na vertente cirúrgica, de acordo com as regras ali constantes.

- CIRCULAÇÃO DE UTENTES NO ÂMBITO DO SIGA, NA VERTENTE CIRÚRGICA

- g) A circulação de utentes rege-se pelas normas e procedimentos instituídos no âmbito do SIGA SNS;
- h) As transferências para instituições do SNS efetuam-se aos 3 meses, na prioridade normal;

- FATURAÇÃO DA ATIVIDADE REALIZADA PELOS HOSPITAIS DE DESTINO

- i) A atividade realizada por hospitais de destino integrantes do SNS é faturada diretamente à ACSS, fora do Contrato-Programa destas entidades;
- j) A atividade realizada pelas entidades convencionadas é faturada diretamente ao hospital de origem;

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

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

- FLUXO FINANCEIRO DECORRENTE DA TRANSFERÊNCIA DE UM UTENTE PARA OUTRO HOSPITAL DO SNS, NO ÂMBITO DO PROGRAMA SIGA, NA VERTENTE CIRÚRGICA

m) O hospital de destino do SNS, após a conclusão do processo assistencial, fatura à ACSS os cuidados prestados, valorizando-os de acordo com a tabela de preços em vigor;

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

- FLUXO FINANCEIRO DECORRENTE DA TRANSFERÊNCIA DE UM UTENTE PARA UMA INSTITUIÇÃO CONVENCIONADA, NO ÂMBITO DO PROGRAMA SIGA SNS, VERTENTE CIRÚRGICA

o) A entidade convencionada procederá à faturação, ao hospital de origem respetivo, dos procedimentos cirúrgicos efetuados ao preço da tabela SIGA SNS, vertente cirúrgica.

Para 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.

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.

4.4.1.4. CONSULTAS EXTERNAS

A atividade realizada em consulta externa está dependente da complexidade dos serviços prestados por cada instituição. A complexidade das patologias tratadas nas consultas externas será possível de captar de forma sistematizada durante o ano de 2017, quando o projeto de atribuição de códigos de diagnóstico às consultas externas e urgência (ACODCEU) estiver plenamente implementado no SNS.

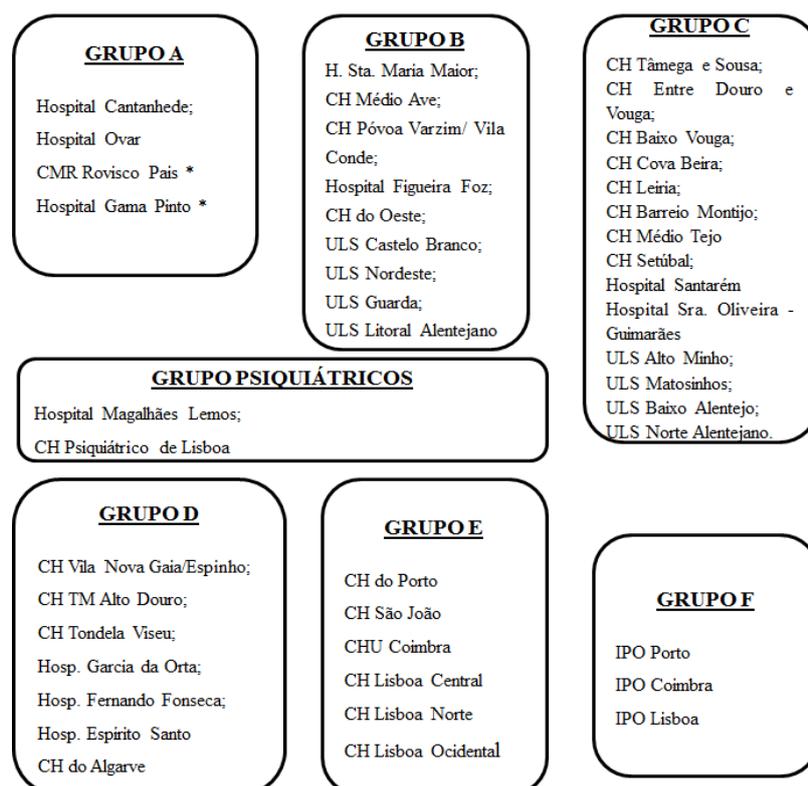
Para 2017 estará em plena aplicação o princípio de LAC dos utentes no acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, referenciada pelos cuidados primários, introduzido pelo Despacho n.º 5911-B/2016), o qual possibilita que o utente, em conjunto com o médico de família responsável pela

referenciação, possa optar por qualquer unidade hospitalar do SNS para realização de uma consulta de especialidade hospitalar, 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, bem como da atividade resultante do acompanhamento ao utente, encontra-se estabelecido no Contrato-Programa celebrado anualmente entre a instituição hospitalar do SNS e a ARS da sua área de influência.

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 2017, 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 2017, a regra que associa o pagamento das consultas de acordo com um *Índice de Consultas Subsequentes*, o qual 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:

Consultas Subsequentes / Primeira Consultas	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E	Grupo F
- C/ Base nos valores médios dos últimos 5 anos * -						
Valor do 2º Quartil (Mediana)	1,27	2,18	2,31	2,32	2,97	4,37
Valor do 1º Quartil (Eficiente)	1,09	1,79	1,90	2,22	2,94	3,38

*2011 a 2015

O *Índice de Consultas Subsequentes* não é aplicado ao Grupo F para 2017, devido às elevadas taxas de variação anual e disparidade de valores entre Hospitais do Grupo.

Para 2017 promove-se também a implementação de medidas que vinculam as instituições e os profissionais do SNS intervenientes na gestão do acesso à consulta hospitalar, com enfoque em medidas transversais a nível nacional, como a implementação do telerastreio dermatológico, na especialidade de 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 SNS, terá o seu preço majorado em 10%, no ano de 2017.

Adicionalmente, as teleconsultas médicas realizadas em tempo real, programadas ou urgentes, são majoradas em 10%, durante o ano de 2017, 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 área de residência dos utentes. 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.

Também para 2017, será realizado o acompanhamento próximo 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.

Consultas Externas	Preço
Grupo A	35 €
Grupo B	38 €
Grupo C	42 €
Grupo D	65 €
Grupo E	68 €
Grupo F	102 €
Hospitais Psiquiátricos	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 introduz esta linha de atividade no ano de 2017.

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

4.4.1.6. ATENDIMENTOS URGENTES

Para 2017, e procurando que o financiamento dos serviços que compõem a Rede de Urgência e Emergência seja um fator indutor do reforço da articulação e da coordenação entre as entidades prestadoras de cuidados de saúde no SNS, no sentido de assegurar uma resposta adequada e atempada à população, valorizando a qualidade dos serviços prestados e dos resultados alcançados, define-se que o pagamento dos Serviços de Urgência Polivalente (SUP), dos Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e dos Serviços de Urgência Básica (SUB) será efetuado de acordo com três componentes:

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

- COMPONENTE DE VALOR FIXO

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

- COMPONENTE DE VALOR EM FUNÇÃO DO DESEMPENHO

Define-se para 2017 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.

- COMPONENTE DE VALOR VARIÁVEL

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

Durante o ano de 2017 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 2017 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 2017 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.

- EXPERIÊNCIAS-PILOTO DE GESTÃO DEDICADA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Para 2017 serão desenvolvidas experiências-piloto de reorganização do funcionamento dos Serviços de Urgência, nomeadamente no CHSJ, CHLO e CH Leiria, entre outros 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 adotarão características específicas de organização e funcionamento dos Serviços de Urgência, que serão adaptadas às condições concretas de cada instituição, mas que no essencial cumprem as seguintes orientações gerais:

- Estrutura autónoma (aproximando-se à filosofia de funcionamento dos CRI), dotada de missão e objetivos claros, de recursos humanos próprios e específicos, recursos logísticos adequados, forte componente de cultura e ética organizacional e garantia da sustentabilidade;
- Otimização dos fluxos de doentes e organização dos circuitos e espaços de acordo com a situação clínica dos doentes (separação de fluxos de doentes agudos/agudizados urgentes dos doentes agudos/agudizados não urgentes, por exemplo), ou com a necessidade expectável de consumo de cuidados, procurando reduzir situações de sobrelotação ou saturação de meios e assim contribuir para a melhoria da acessibilidade e da qualidade da atividade assistencial realizada;
- 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 indicadores das vias verdes;
- Garantia de tempos de resposta adequados para doentes críticos e urgentes, em termos observação médica, cuidados e decisão;
- Interação e partilha com cuidados de saúde primários, com as respostas da RNCCI ou com as respostas do Setor Social e da Comunidade, em termos de prevenção da urgência, resposta e atendimento e 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 -, é criada em 2017 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, o qual envolve o Centro de ECMO do CHSJ, e as VMER do CHSJ, do CHP, do CHVNGE e da ULS Matosinhos.

No âmbito deste projeto-piloto, o financiamento desta atividade em 2017 será efetuado através da Majoração, em 15%, do preço da linha de produção de Internamento cirúrgico urgente, realizada nos ECMO para assistência à paragem cardiocirculatória extra-hospitalar refratária.

Com a implementação de Centros de Referência em ECMO, conforme definido no Despacho n.º 9415/2016, de 14 de julho, do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, a majoração em 15% acima referida será alargada aos casos em que foi utilizado ECMO, independente da razão clínica para a sua utilização, desde que realizada em instituições reconhecidas como CRe.

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, (b) sessão de hospital de dia de psiquiatria e (c) sessão de hospital de dia de Hematologia/Imunohemoterapia e unidades sócio-ocupacionais.

Por definição, todas as sessões de hospital de dia são financiadas ao preço base, sendo praticados preços específicos para sessão de hospital de dia de hematologia/imunohemoterapia, caso sejam realizados um conjunto mínimo de procedimentos e sessão de hospital de dia de psiquiatria.

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

4.4.1.9. SESSÕES DE RADIOTERAPIA

Para 2017 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 por hospitais públicos com esta valência e pela ACSS, 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

Em 2017 a valorização da atividade domiciliária é efetuada em duas linhas de produção distintas:

4.4.1.10.1. ATIVIDADES HOSPITALARES NO DOMICÍLIO

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 outros 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 sua vida ativa e para reduzir as infeções nosocomiais, as quais apresentam valores elevados em Portugal, comparativamente a outros países.

Neste contexto, incentiva-se a criação de respostas integradas de hospitalização domiciliária no SNS, 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 e 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, enquanto as outras respostas no domicílio (nomeadamente nos cuidados primários) se caracterizam pela visita periódica, de baixa intensidade, como alternativa à resposta no ambulatório nos cuidados primários.

Esta resposta de hospitalização domiciliária deve aplicar-se, prioritariamente, a determinadas patologias elegíveis - DPOC, insuficiência cardíaca crónica descompensada, asma aguda, celulites/erisipela, infeções adquiridas na comunidade ou no hospital, infeções por microrganismos MDR, asma aguda, pneumonias (aspirativa, hospitalar e PAC), patologias trombo-embólicas, diverticulitis, neutropénia febril – e tem de seguir critérios de inclusão e exclusão de doentes, assim como de articulação com os cuidados primários, com as respostas da RNCCI, com o setor social e com a comunidade, assim como os mecanismos de controlo e avaliação.

	Preço *
Hospitalização domiciliária	Nº episódios*ICM Internamento* 75% Preço

*Este preço acresce à faturação da linha de produção internamento, aplicando-se após a alta.

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

4.4.2.1. PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

A linha de atividade Diagnóstico Pré-Natal prevê a utilização de centros de referência no acompanhamento das grávidas seguidas em centros de saúde, através da realização da ecografia da 14.^a semana conjugada com o rastreio bioquímico do 1.^o trimestre (Protocolo I) e/ou da ecografia da 22.^a semana e consulta no hospital (Protocolo II), de modo a garantir respostas tecnicamente adequadas à elaboração do diagnóstico pré-natal.

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

4.4.2.2. PROGRAMA PARA PROcriação Medicamente Assistida (PMA)

A infertilidade, reconhecida como uma doença, tem vindo a ganhar importância crescente enquanto problema social e de saúde, estimando-se que, no mundo ocidental, a infertilidade afete cerca de 15% dos casais². Em Portugal, a prevalência da infertilidade ao longo da vida situa-se entre 9% e 10%, não se verificando diferenças regionais.

Recentemente foi publicada a Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, que alarga 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, pratica-se para 2017 um Programa de Saúde específico, que envolve os hospitais EPE e SPA 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.

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

4.4.2.2.1. BANCO DE GÂMETAS

Para 2017 criam-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 Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) e no Centro Hospitalar e Universitário de

² A. Templeton. Infertility and the establishment of pregnancy overview. Br Med Bull 2000;56(3):577-87.

Coimbra (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.

Banco de Gâmetas	Preço *
Colheita de Gâmetas Masculinas	1.405 €
Colheita de Gâmetas Femininas	2.907 €

*O preços a pagar ao CHP será majorado em 20%, pela 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.

4.4.2.3. PROGRAMA PARA A REDUÇÃO DA TAXA DE CESARIANAS

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

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

No âmbito das competências da CNRTC, define-se que os recebimentos decorrentes dos episódios de internamento com cesariana (x) são indexados à taxa de cesarianas, de acordo com o seguinte fórmula:

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

Aos hospitais com taxas de cesariana iguais ou superiores aos limites máximos da fórmula anterior, em 2016, 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 Serviço Nacional de Saúde» 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 as práticas existentes relacionadas com o trabalho de parto.

4.4.2.4. PROGRAMA “NASCER UTENTE”

Na sequência da operacionalização do Despacho n.º 6744/2016, de 23 de maio, do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, que 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, integrando, nomeadamente, os projetos “Nascer Utente” e “Notícia Nascimento”, determina-se que o pagamento da produção referente a episódios de parto ao abrigo do Contrato-Programa, estará, a partir de 1 de janeiro de 2017, dependente da confirmação de existência de registo nas plataformas “Notícia de Nascimento” e “Nascer Utente”.

4.4.2.5. 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.

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

4.4.2.6. 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, que tem em conta indicações crescentes para as técnicas de obesidade, leva à definição de um programa de financiamento específico desta atividade, a integrar no Contrato-Programa 2017, 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

Banda gástrica

Bypass gástrico

- 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 €

*Em 2017 aplica-se apenas a Fase I - pré-avaliação e cirurgia bariátrica.

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 a preocupação de garantir que o acesso a estes cuidados é atempado, realizado no nível mais adequado de cuidados e em entidades prestadoras que respondam com elevados patamares de qualidade e efetividade.

Para impulsionar estes modelos de gestão da doença, definiu-se que a modalidade de financiamento do tratamento de algumas patologias evoluísse para um modelo baseado na unidade "doente em tratamento", o qual permite uma orientação para pagamentos por resolução integrada de problemas de saúde, balizada pelo risco e sujeita a avaliação permanente da qualidade. Estas modalidades caracterizam-se por ser aplicadas em doenças raras e onerosas ou em patologias complexas em que o tratamento implica o percurso entre várias linhas de atividade, e em que é possível a "normalização" e tipificação dos cuidados a prestar.

Para 2017 existirá uma Plataforma de Gestão dos Medicamentos com maior impacto económico nos custos do SNS (denominada Plataforma M20), muitos deles aplicados no tratamento destas doenças crónicas. Esta Plataforma recolhe dados reportados pelos hospitais no âmbito do Código Hospitalar Nacional do Medicamento (CHNM), desenvolvido pelo INFARMED, e da PEM-H (Prescrição Eletrónica Médica nos Hospitais) e possibilitará a monitorização detalhada da utilização destes medicamentos hospitalares, não só por instituição, como também por princípio ativo, por exemplo.

Também em 2017 será reforçada a obrigatoriedade de identificação dos utentes portadores de doenças crónicas e raras, assim como dos registos nos sistemas de informação da atividade que lhes é realizada

nas instituições hospitalares (na Base de Dados das Doenças Raras, por exemplo), de forma a aferir a qualidade dos cuidados prestados e a efetividade das terapêuticas em utilização no SNS.

Estas modalidades de pagamento aplicam-se em 2017 aos seguintes programas de tratamento:

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.

Para 2017, e dando cumprimento ao determinado através do Despacho n.º 13277/2016, de 28 de outubro do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, esta prestação de cuidados será integrada nos Contratos-Programa hospitalares, havendo lugar a contratação com os CT de acordo com as prioridades de atribuição de dispositivos e aferição e indicadores de qualidade definidos pelo PND, sendo praticados 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.

- **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.

Tratamento Doentes com dispositivos PSCI	Preço/doente/mês
Doentes Novos	225 €
Doentes em seguimento	100 €

4.4.3.2. PROGRAMA DE TRATAMENTO AMBULATORIO DE PESSOAS A VIVER COM INFEÇÃO 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, tornando pertinente a criação de um programa de financiamento centralizado, específico para esta patologia, para remunerar os hospitais que tratam esta patologia com os fármacos previstos na legislação. As instituições devem observar as regras definidas pelo INFARMED, no Portal Hepatite C, de forma a poderem faturar à ACSS os custos a reembolsar.

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

Este programa de tratamento abrange o acompanhamento dos doentes e a sua fidelização a protocolos terapêuticos tecnicamente reconhecidos e identificados pelo Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/sida. Este programa considera todos os doentes em tratamento com terapêutica anti retroviral, tendo resultado o preço por doente tratado abaixo estabelecido.

Tratamento ambulatorio de pessoas a viver com infeção VIH/sida	Preço
Doente tratado Equivalente / Ano	9.166 €

Na sequência da introdução de medicamentos genéricos e da compra centralizada de medicamentos antirretrovirais, estima-se uma redução do custo médio mensal do tratamento com terapêutica antirretroviral. De modo a promover uma utilização mais eficiente nesta área, o preço por doente tratado definido na tabela anterior será aplicado, desde que o valor observado no custo com medicamentos por doente seja inferior ao valor correspondente à média do grupo onde o hospital se integra. Caso contrário, o hospital terá uma penalização por doente em tratamento, correspondente a 10% da diferença entre os encargos com medicamentos dispensados em farmácia hospitalar, por doente, e o valor dessa componente na média do grupo a que o hospital pertence.

4.4.3.4. PROGRAMA DE TRATAMENTO AMBULATORIO DE PESSOAS A VIVER COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR

A Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) é uma síndrome caracterizada pelo aumento da pressão nas artérias pulmonares, com conseqüente 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 2017 estabelece um preço por doente tratado mensal para três estadios 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 ambulatorio 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 €

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

- % utilização de bosentano (DDD) no total de medicamentos para HAP (DDD) dispensados em ambulatório hospitalar

Caso o indicador se situe abaixo da média nacional registada no ano, haverá lugar a uma penalização de 1% sobre o valor dos encargos com medicamentos para a HAP (inclui os dispensados em farmácia hospitalar e os consumidos no hospital). Os valores observados serão apurados no final do ano pelo INFARMED.

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 2017 estabelece 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 2017 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.

Tratamento ambulatorio de pessoas a viver com esclerose múltipla	Preço
Doente tratado/Eq. Ano	12.380 €

4.4.3.6. PROGRAMA TRATAMENTO DE DOENTES COM PATOLOGIA ONCOLÓGICA

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.

4.4.3.6.1. PATOLOGIA ONCOLÓGICA DA MAMA, COLO DO ÚTERO E COLON E RETO

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

Para este programa são elegíveis em 2017 as seguintes sete instituições (há exceção do colon e reto, onde se consideram também os CRe): Instituto Português de Oncologia do Porto, de Coimbra e de Lisboa, CHSJ, CHUC, Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) e Hospital do Espírito Santo, Évora.

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

Tratamento de doentes com patologia oncológica	Preço
Cancro do cólon e reto (primeiro ano) (doente tratado/ Eq. Ano)	13.237 €
Cancro do cólon e reto (segundo ano) (doente tratado/ Eq. Ano)	4.957 €
Mama (segundo ano) (primeiro ano) (doente tratado/ Eq. Ano)	11.149 €
Mama (segundo ano) (doente tratado Eq. Ano)	4.822 €
Colo do útero (primeiro ano) (doente tratado/ Eq. Ano)	10.631 €
Colo do útero (segundo ano) (doente tratado/ Eq. Ano)	2.531 €

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 penalizações referidas no ponto 4.4.9. deste documento.

4.4.3.7. PROGRAMA DOENTES COM POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR EM ESTÁDIO 1 (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.

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

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 2017, mantém-se a existência de Centros de Tratamento das DLS com os quais os centros de tratamento dos doentes em regime de proximidade se constituem como afiliados, devendo depender do ponto de vista clínico e técnico da orientação dos Centros de Referência, assim como a prescrição dos medicamentos ser efetuada em 2017 através da PEM – Prescrição Eletrónica Médica e o registo da sua utilização numa plataforma eletrónica no âmbito da Comissão Coordenadora do Tratamento das Doenças Lisossomais de Sobrecarga (CCTDLS):

Tratamento de doentes com doenças lisossomais de sobrecarga	Preço
Financiamento FABRY (Eq. Ano)	158.685 €
Financiamento POMPE (Eq. ano)	244.106 €
Financiamento GAUCHER (Eq. ano)	190.617 €
Financiamento NIEMANN-PICK (Eq. Ano)	39.652 €
Financiamento MPS I – Hurler (Eq. ano)	193.797 €
Financiamento MPS II – Hunter (Eq. ano)	313.750 €
Financiamento MPS VI – Marouteaux Lamy (Eq. ano)	348.669 €

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 Rastreamento e Tratamento da Surdez com Implantes Cocleares em Idade Pediátrica, estabelece-se para 2017 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.

Programa para colocação de implantes cocleares	Preço
Implante coclear bilateral	32.500 €
Implante coclear unilateral	18.750 €

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 2017 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 em 2017 são:

Tratamento de doentes em PPT-DPOC	Preço
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.

Nestes termos, decorrerá em 2017 um Programa de Telemonitorização do status pós EAM, através do qual se pretendem obter objetivos semelhantes aos do Programa referido no ponto anterior. As Instituições que integram este Programa são definidas pelas ARS, em conjunto com a ACSS:

Tratamento de doentes do status pós EAM	Preço
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.

Nestes termos, decorrerá em 2017 um Programa de Telemonitorização da ICC, através do qual se pretendem obter objetivos semelhantes aos do Programa referido no ponto 4.3.3.10. As Instituições que integram este Programa são definidas pelas ARS respetivas, em conjunto com a ACSS, e os preços a praticar em 2017 são os seguintes:

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

4.4.3.13. PROGRAMA DE GESTÃO DOS DOENTES MENTAIS INTERNADOS EM INSTITUIÇÕES DO SETOR SOCIAL

Para o ano de 2017, 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 Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental, sendo a institucionalização de novos doentes efetuada, exclusivamente, por estas instituições.

Durante o ano de 2017, os serviços referenciadores e prestadores deste Programa articulam-se de acordo com os procedimentos administrativos e de referenciação 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 referenciação 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 (CRE)

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

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

Diploma (fixa os critérios específicos)	Áreas de intervenção prioritária	Patologias/Procedimentos	Centros de Referência reconhecidos
Aviso n.º 9657/2015, de 20 de agosto	Doenças Cardiovasculares	Cardiologia de "intervenção estrutural"	CHVNGE; 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 ⁴ ; CHLC
Aviso n.º 8402-N/2015, de 27 de julho	Epilepsia refratária	Epilepsia refratária	CHP; CHSJ; CHUC; CHLN CHLO + CHLC ³
Aviso n.º 8402-F/2015, de 27 de julho	Oncologia de adultos	Cancro do esófago	CHSJ; IPO Porto; CHUC; CHLN; IPO Lisboa; CHP
Aviso n.º 8402-G/2015, de 27 de julho	Oncologia de adultos	Cancro do testículo	CHSJ; 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
Aviso n.º 8402-O/2015, de 27 de julho	Oncologia de adultos	Cancro do reto	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
Aviso n.º 8402-P/2015, de 27 de julho	Oncologia de adultos	Cancro hepatobiliar/pancreático	CHP; CHSJ; IPO Porto; CHUC; CHLC; CHLN; CHEDV; HFF; H Loures; CHL
Aviso n.º 8402-D/2015, de 27 de julho	Oncologia Pediátrica	Doenças hemato-oncológicas; tumores ósseos e cartilagem e outros sarcomas; tumor de Wilms; tumores do Sistema Nervoso Central; neuroblastomas	Centro de Oncologia Pediátrica do Norte: IPO Porto + CHSJ; CHUC; IPO Lisboa + CHLC ¹ + CHLN ²
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-L/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

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. Ner. 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; (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 2017, 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 10% 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 5%, 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

Na área da transplantação salienta-se que para além da atividade realizada nas linhas constantes dos Contratos-Programa hospitalares, existem incentivos atribuídos nos termos do Despacho n.º 7215/2015, de 23.06. Assim, o financiamento desta área em 2017 será efetuado nos seguintes moldes:

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

- ÁREA ONCOLÓGICA

Na área da oncologia, e podendo existir um conjunto relativamente alargado de atividade realizada nas várias linhas dos Contratos-Programa, o financiamento em 2017 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 5% 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 10% no valor da atividade realizada em outros centros de tratamento não reconhecidos como CRe quer no âmbito do PT-PAF1, quer no âmbito das doenças lisossomais de sobrecarga.

- OUTRAS ÁREAS MÉDICO-CIRÚRGICAS

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

4.4.5.PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM CENTROS DE RESPONSABILIDADE INTEGRADA (CRI)

Durante o ano de 2017 serão desenvolvidos projetos-piloto de implementação de CRI no SNS, os quais permitirão reformar a organização interna das instituições hospitalares, adaptando-as à modernidade, tornando-as mais competitivas num mercado global 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, internalizando a prestação de cuidados;
- 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.

Os CRI terão um modelo de trabalho com tempos dedicados a produção, formação e investigação e contratualizam produção base e adicional, criando-se mecanismos de pagamento pelo desempenho, que contribuam para a melhoria da produtividade e para a 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 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 no âmbito do SIGA, através do Despacho n.º 49/2016, de 19 de maio, emanado pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde).

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 na continuidade dos cuidados de saúde, tendo por base os princípios de equidade e de cobertura universal.

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. Deverá ser prevista a realização de consultas programadas e não programadas, permitindo assim um acesso diferenciado em situações de crise, evitando o recurso ao Serviço de Urgência. As EIHSCP devem 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 2017

Visando incentivar a prestação de cuidados paliativos de excelência no SNS, praticam-se os seguintes princípios de financiamento para esta atividade em 2017:

- 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 2017.

Para 2017 são criadas 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 2017, 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
1. Objetivos Nacionais	60%
A. Acesso	15%
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, em tempo adequado e validados pela EGA, no total de doentes referenciados para a RNCCI	3%
B. Qualidade	25%
B.1 Percentagem de 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 dispensados (em unidades, 2017/2016)	6%
C. Eficiência	20%
C.1 Percentagem dos custos com horas extraordinárias, suplementos e fornecimentos de serviços externos III (selecionados) no total de custos com pessoal	5%
C.2 EBITDA	5%
C.3 Acréscimo de dívida vencida (fornecedores externos)	5%
C.4 Percentagem de proveitos operacionais extra Contrato-Programa no total de proveitos operacionais	5%
Objetivos da Região	40%

* 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 Infeções 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 meticilina (MRSA) no total de *Staphylococcus aureus* isolados em amostras invasivas (sangue e liquor); (objetivo: redução de 5% ao ano);

D - Taxa de *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemase no total de *Klebsiella pneumoniae* isoladas em amostras invasivas (objetivo: $\leq 1\%$);

E - Ausência de surto de Enterobacteraeaceae produtora de carbapenemase nesse ano;

F - Implementação de isolamento, rastreamento de doentes com pelo menos um fator de risco de MRSA, conforme Norma anti-MRSA 048/2014, de 9/12/2014, atualizada a 27/4/2015, do PPCIRA/DGS;

G - Taxa de adesão ao feixe de intervenções (*bundle*) de prevenção de infecção de local cirúrgico conforme Norma 020/2015, de 15/12/2015, do PPCIRA/DGS (objetivo: n° de cirurgias com adesão a todas as medidas do feixe/ n° total de cirurgias > 75%)

H - Taxa de adesão ao feixe de intervenções (*bundle*) de prevenção de infecção urinária associada a algália, conforme Norma 019/2015, de 15/12/2015, do PPCIRA/DGS (objetivo: n° de algalias com cumprimento das medidas do feixe / n° 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 infecção relacionada com cateter, de pneumonia associada a ventilador, de infecção de local cirúrgico e de infecção nosocomial da corrente sanguínea (objetivo: cumprimento em pelo menos 9 dos 12 meses).

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
1. Objetivos Nacionais	60%
A. Acesso	20%
A.1. Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	5%
A.2 Percentagem doentes cirúrgicos (neoplasias malignas) inscritos LIC com tempo espera \leq TMRG	5%
A.3 Mediana tempo de espera da LIC para neoplasias malignas, em meses	5%
A.4 Permilagem doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados	5%
B. Qualidade	20%
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 biosimilares dispensados (em unidades 2017/2016)	4%
C. Eficiência	20%
C.1. Percentagem dos custos com horas extraordinárias, suplementos e fornecimentos de serviços externos III (selecionados) no total de custos com pessoal	5%

C.2. EBITDA	5%
C.3. Acréscimo de dívida vencida (fornecedores externos)	5%
C.4. Percentagem de proveitos operacionais extra Contrato-Programa no total de proveitos operacionais	5%
Objetivos da Região	40%

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
1. Objetivos Nacionais	60%
A. Acesso	15%
A.1 Percentagem de primeiras consultas médicas no total consultas médicas	5%
A.2. Cumprimento dos Tempos de Resposta e de Triagem	
A.2.1 Percentagem de Utentes referenciados dos cuidados de saúde primários para consulta externa atendidos em tempo adequado	5%
A.2.2 Permilagem Doentes Sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados	5%
B. Qualidade	25%
B.1 Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo	4%
B.2 % readmissões por esquizofrenia	4%
B.3 % readmissões 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%
C. Eficiência	20%
C.1 Percentagem dos custos com horas extraordinárias, suplementos e fornecimentos de serviços externos III (selecionados) no total de custos com pessoal	5%
C.2 EBITDA	5%
C.3 Acréscimo de dívida vencida (fornecedores externos)	5%
C.4 Percentagem de proveitos operacionais extra Contrato-programa no total de proveitos operacionais	5%
Objetivos da Região	40%

4.4.8. INCENTIVOS DE *BENCHMARKING*

Para 2017 será criado um novo 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 ocorre em hospitais com características semelhantes e assim permitindo 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
A. Acesso
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. Qualidade
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.6. Percentagem de partos por cesariana
C. Eficiência
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 processo (ponderados conforme se apresentou no quadro anterior), 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. PENALIZAÇÕES ASSOCIADAS AO CONTRATO-PROGRAMA

Procurando, por um lado, aumentar os níveis de exigência e de rigor e, por outro lado, prevenir a ocorrência sistemática de situações de incumprimento por parte das instituições, será mantido em 2017 um sistema de penalizações com consequências no valor do financiamento a aplicar às entidades.

O montante global das penalizações aqui referidas será reforçado para 2017, não podendo exceder 2% do valor global do Contrato-Programa estabelecido, e aplicam-se nas seguintes áreas:

Áreas	Obrigações	Penalização (P)
Programas de promoção e adequação do acesso (55%)	A.1 SIGA - Cumprir as regras definidas no Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia (MGIC), de acordo com a metodologia da determinação e contestação das não conformidades publicada pela ACSS, I.P. (10%)	Não haverá lugar a penalidades quando % NC $\leq 5\%$ A penalidade é aplicada pela seguinte fórmula, até ao limite de Valor Contrato x 2% x 10%: P = Valor NC simples + Valor NC grave + Valor NC materiais Valor NC simples = $1/20 \times \text{PBR} \times \text{N}^\circ \text{ NC simples}$ Valor NC graves = $3 \times 1/20 \times \text{PBR} \times \text{N}^\circ \text{ NC graves}$ Valor NC materiais = $1/200 \times 3 \times 1/20 \times \text{PBR} \times \text{N}^\circ \text{ entradas} \times \text{N}^\circ \text{ falhas} \times \text{N}^\circ \text{ NC materiais}$
	A.2 SIGA – Redução do nº de inscritos em LIC de ortopedia, face a dezembro de 2016, em pelo menos 10%. (4%)	Varição da LIC de Ortopedia > -10% P = valor contrato x 2% x 4%
	A.3 SIGA – Redução do número de cancelamentos de inscritos para cirurgia, face ao total de 2016, em pelo menos 10% (4%)	Varição do nº de cancelamentos > -10% P = valor contrato x 1% x 4%
	A.4 SIGA – Gestão dinâmica da Lista de Inscritos em 1ª consulta de Oftalmologia (4%)	Varição, face a 2016, do nº de pedidos não concluídos > -10% (exceto nos casos em que as consultas realizadas dentro TMRG $\geq 85\%$) P = valor contrato x 2% x 4%
	A. 5 SIGA – Redução nº casos cujo intervalo entre o pedido e agendamento da 1ª consulta externa é >5 dias em 20% (4%)	Varição, face a 2016, do nº de casos cujo intervalo entre o pedido e o agendamento é superior a 5 dias > -20% P = valor contrato x 2% x 4%
	A.6 SIGA - Peso das primeiras consultas de dermatologia realizadas por telemedicina no total de primeiras consultas de dermatologia igual ou superior a 50% (5%)*	1ªs consultas dermatologia realizadas por telemedicina (CTH) / total de 1ªs consultas de dermatologia (CTH) < 50% P = valor contrato x 2% x 5%

* No caso das instituições que não têm consulta de dermatologia os indicador A.7 assumem um peso de 10%

A.7 SIGA - Redução nº pedidos 1ª consulta recusados em 25% (4%)	Variação, face a 2016, do nº de pedidos recusados > -25% $P = \text{valor contrato} \times 2\% \times 4\%$
A.8 RNCCI – Tempo médio de avaliação das EGA > 48 horas (5%)	Tempo médio de avaliação da EGA > 48h $P = \text{valor contrato} \times 2\% \times 5\%$
A.9 Paliativos – Tempo médio de resposta da EHS CP < 48 horas dias úteis (ou 72 h fds) (5%)	Tempo médio de resposta da EHS CP > 48h $P = \text{valor contrato} \times 2\% \times 5\%$
A.10 Variação do recurso ao exterior para realização de MCDT (5%)	Variação dos número de MCDT realizados no exterior > -25% $P = \text{valor contrato} \times 2\% \times 5\%$
A.11 Variação dos encargos SNS com medicamentos biológicos, face a 2016, versus a variação média nacional (5%)	Variação dos encargos > Variação média nacional $P = \text{valor contrato} \times 2\% \times 5\%$
B.1 Reporte mensal SICA - % dados com incoerências inferior a 1% (4%)	Relatório qualidade de dados com apuramento incoerências superior a 1% $P = \text{valor contrato} \times 2\% \times 4\%$
B.2 Reporte de informação financeira no SIEF mensalmente até ao dia 10 .. (4%)	Reporte em data posterior ao dia 10 em cada mês de incumprimento $P = \text{valor contrato} \times 2\% \times 4\% \times (1/12)$
B. Reporte e publicação de informação de gestão (16%)	B. 3 Publicação no Portal do SNS dos Instrumentos de gestão obrigatórios (4%) Disponibilização < 90% $P = \text{valor contrato} \times 2\% \times 4\%$
B. 4 RON – Reporte de Informação para o Registo Oncológico Nacional (4%)	Reporte em data posterior ao dia 10 em cada mês de incumprimento $P = \text{valor contrato} \times 2\% \times 4\%$
C.1 Disponibilização das notas de altas médicas dos doentes saídos no período (3%)	Disponibilização < 75% $P = \text{valor contrato} \times 2\% \times 3\%$
C.2 Disponibilização das notas de altas de enfermagem dos doentes saídos no período (3%)	Disponibilização < 75% $P = \text{valor contrato} \times 2\% \times 3\%$
C. Registo, consulta, partilha de informação e desmaterialização de processos (24%)	C.3 Disponibilização das notas de Transferências dos doentes saídos das UCI (3%) Disponibilização < 75% $P = \text{valor contrato} \times 2\% \times 3\%$
C.4 Percentagem de episódios de urgência com consulta à PDS (3%)	Consultas < 75% $P = \text{valor contrato} \times 2\% \times 3\%$
C.5 % episódios com consulta à PDS (3%)	Consultas < 75% $P = \text{valor contrato} \times 2\% \times 3\%$
C.7 % de embalagens prescritas em Receita Sem Papel (RSP) (4%)	RSE < 85% $P = \text{valor contrato} \times 2\% \times 4\%$

C.8 % notícias de nascimento, no total partos (2%)

Notícias <75%

P = valor contrato x 2% x 2%

C.9 Taxa de registo de utilização da "Lista de Verificação Segurança Cirúrgica" (3%)

Taxa de registo < 95%

P = valor contrato x 2% x 3%

E. Cobrança de receita (5%)

E.1. Cobrança efetiva receita

(5%)

Cobrança < 95%

P = valor contrato x 2% x 5%

% NC - Corresponde à percentagem de não conformidades anuais face ao número de entradas efetivas na lista de inscritos para cirurgia, ou seja nº de episódios que entraram na lista de inscritos excluindo as entradas canceladas nesse ano por erro da instituição. PBR - corresponde ao preço base de referência para a atividade cirúrgica no âmbito do Contrato-Programa (2.285,00€)

4.4.10. PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

A componente de investigação e desenvolvimento é essencial para a qualificação e afirmação do SNS. Nesta perspetiva, aplica-se em 2017 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 nos últimos 3 anos (2014/2016), com as seguintes regras:

- Cada artigo com primeiro autor da instituição hospitalar corresponde ao fator de impacto do *Science Citation Index* (SCI) da respetiva revista científica;
- Cada artigo em co-autoria de elemento da instituição hospitalar que não como primeiro autor, corresponde a uma pontuação de 25% da pontuação SCI da respetiva revista;
- No caso de vários co-autores, a pontuação dada a cada artigo não pode ultrapassar a pontuação SCI da respetiva revista;
- Cada patente registada no período corresponde a um fator de impacto de 5 para patentes nacionais e de 15 para patentes internacionais.
- Cada ensaio clínico finalizado corresponde a um fator de impacto de 10.

4.4.11. ÁREAS ESPECÍFICAS COM FINANCIAMENTO AUTÓNOMO

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

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

O Contrato-Programa para 2017 considera adicionalmente os seguintes programas específicos:

- **Ajudas Técnicas:** financiadas no âmbito do Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA), 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;
- **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;
- **Programa de incentivo à integração de cuidados:** nos termos definido no capítulo 6 deste documento.
- **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 2017 às seguintes 8 instituições: CHP, CHSJ, CHVNGE, IPO Porto, CHUC, IPO Coimbra, CHLN e IPO Lisboa.

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

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

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.

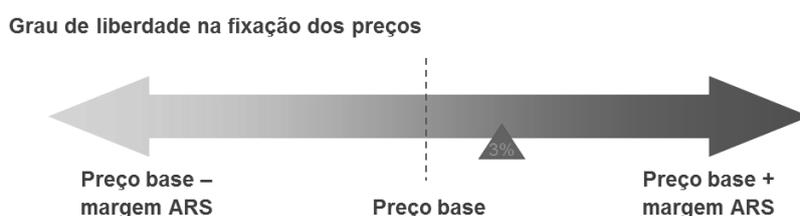
A existência de flexibilidade regional permite que um modelo global seja aplicado a todas as regiões com um mínimo de disrupção, dado que as ARS podem pagar de forma distinta por serviços considerados mais-valias para a região. Através deste mecanismo, as ARS têm a possibilidade de variar os preços das 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 2017 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.



4.4.13. 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 2017.

O valor dos custos de contexto a atribuir às instituições para 2017 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 permitir a 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.

4.4.14. ORÇAMENTO GLOBAL E PRODUÇÃO MARGINAL

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

Contudo, 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 2017, encontram-se excluídos do princípio de orçamento global os programas específicos referidos no ponto 4.3.11.

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

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

Nos últimos anos têm vindo a ser desenvolvidos mecanismos para uma monitorização e controlo da prescrição realizada em ambiente hospitalar, pelo que, para 2017, 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 ambulatório de medicamentos são introduzidos em 2017 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 com genéricos comercializados no total de embalagens de Estatinas, incluindo associações fixas de medicamentos contendo uma estatina.

- **ANTICOAGULANTES ORAIS:**

% Embalagens de antagonistas da vitamina K no total de embalagens de anticoagulantes orais

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% em função dos resultados destes indicadores, nos seguintes termos:

	% de Incentivo	% de Penalização
Cumprido pelo menos 2 indicadores	25%	15%
Não cumprido 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 e rigorosa, e permitem promover a responsabilidade e a autonomia dos profissionais e das equipas, contribuindo assim para aumentar a motivação e o compromisso, 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 transparência.

Em 2017, 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 tal, devem criar um modelo de gestão participada, de proximidade, com definição de objetivos e metas delineadas em função dos meios existentes e dos resultados a obter, que capitalize a experiência e o conhecimento existente nos profissionais e na organização, que incentive o desenvolvimento de competências e de atitudes pró-ativas e que promova a competição por comparação. Devem ainda implementar um plano de comunicação interna 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).

O processo de acompanhamento dos contratos-programa dos hospitais/centros hospitalares para 2017 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-2017	Reunião de acompanhamento do 1º trimestre.	ARS/GAH
15-SET-2017	Reunião de acompanhamento do 2º trimestre.	ARS/GAH
30-OUT-2017	Reunião de acompanhamento do 3º trimestre.	ARS/GAH

Os momentos de acompanhamento definidos na tabela anterior são promovidos pelas ARS e pelo Grupo de Acompanhamento dos Hospitais (GAH) sedado na 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. A ACSS e o INFARMED efetuam também o acompanhamento do desempenho dos hospitais em 2017, articulando com a Tutela.

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 no ano de vigência desses contratos. Para 2017 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 2017 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 2017, o processo de conferência da faturação realizada pelas instituições hospitalares do SNS passará a ser efetuado no Centro Controlo e Acompanhamento 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 2017

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 2017 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, bem assim, 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 2017 são:

ENTIDADE	2017
ULS Alto Minho, EPE	129.545.844 €
ULS Matosinhos, EPE	103.290.417 €
ULS Nordeste, EPE	81.365.869 €
ULS Guarda, EPE	85.394.830 €
ULS Castelo Branco, EPE	63.272.818 €
ULS Litoral Alentejano, EPE	50.588.049 €
ULS Baixo Alentejo, EPE	78.712.341 €
ULS Norte Alentejano, EPE	76.908.447 €
Total ULS	669.078.615 €

Estes valores correspondem ao resultado do modelo de financiamento misto aplicável às ULS para 2017, composto por uma componente de pagamento por capitação ajustada pelo risco, acrescido da componente de pagamento por doente em tratamento, 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 2017 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 pretende incentivar através da criação do Programa de Incentivo à integração de Cuidados que apresenta no capítulo 6 deste documento.

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.

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

5.3.2. ADAPTAÇÕES NO CASO DOS CUIDADOS HOSPITALARES

Nas ULS aplicam-se as orientações gerais definidas para a contratualização hospitalar em 2017, 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
1. Cuidados de Saúde Primários	40%
Objetivos Nacionais	75%
Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	5,0%
Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos idosos	4,0%
Proporção medicam. prescritos, que são genéricos	6,0%
Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	4,0%
Proporção cons. méd. presenciais, com ICPC-2	6,0%
Taxa internam. DCV, entre residentes < 65 A	3,0%
Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	6,0%
Proporção de RN de termo, de baixo peso	1,5%
Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV	2,5%
Incid. amputações major Minf. (DM), em residentes	3,0%
Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	4,0%
Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	16,0%
Despesa MCDT prescrit., por utiliz. (p. conv.)	8,0%
Objetivos Regionais	17%
Objetivos Locais	8%
2. Cuidados Hospitalares	30%
Objetivos Nacionais - Acesso	25%
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	4%
A.3.	Cumprimento dos tempos de resposta e de triagem	3%
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, em tempo adequado e validados pela EGA, no total de doentes referenciados para a RNCCI	3%
Objetivos Nacionais - Desempenho assistencial		35%
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.3	Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	3%
B.4	Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) – para procedimentos ambulatorizáveis	3%
B.5	Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	3%
B.6	Índice de demora média ajustada	4%
B.7	Índice de mortalidade ajustada	4%
B.8	Índice risco e segurança do doente	8%
B.9	Percentagem de embalagens de medicamentos genéricos prescritos, no total de embalagens de medicamentos prescritos	3%
Objetivos Regionais		40%
3. Desempenho Económico-Financeiro		10%
C.1	Percentagem dos custos com horas extraordinárias, suplementos e fornecimentos de serviços externos III (selecionados) no total de gastos com pessoal	2,5%
C.2	EBITDA	2,5%
C.3	Acréscimo de dívida vencida (fornecedores externos)	2,5%
C.4	Percentagem proveitos operacionais extra Contrato-Programa no total proveitos operacionais	2,5%
4. Resultados em internamentos, consultas hospitalares e urgências evitáveis		20%
D.1	Taxa de internamento por complicações agudas da diabetes	2%
D.2	Taxa de internamento por diabetes descompensada	2%
D.3	Taxa de internamento por asma ou DPOC em adultos	2%
D.4	Taxa de internamento por asma em jovens adultos	2%
D.5	Taxa de internamento por hipertensão arterial	2%
D.6	Taxa de internamento por insuficiência cardíaca congestiva	2%
D.7	Taxa de internamento por pneumonia	2%
D.8	Taxa de internamento por complicações agudas da diabetes	2%
D.9	% de especialidades (categorias) com protocolos clínicos de referência ascendente e descende elaborados	2%
D.10	% utilizadores frequentes do serviço de urgência (>4 episódios no último ano) com plano de cuidados estabelecido entre cuidados primários e os hospitais	2%

5.5. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA NAS ULS

Em 2017, 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).

Os momentos de acompanhamento são promovidos pelas ARS e pelo Grupo de Acompanhamento dos Hospitais (GAH) sedado na 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. A ACSS e o INFARMED efetuam também o acompanhamento do desempenho dos hospitais em 2017, articulando com a Tutela

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.

5.7. AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO COM AS ULS

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

À semelhança do que referimos para os hospitais, determina-se que em 2017 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. PROGRAMA DE INCENTIVO À INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS E À VALORIZAÇÃO DOS PERCURSOS DOS UTENTES NO SNS 2017

Em 2017 é criado o Programa de Incentivo à Integração de Cuidados, no montante de 35 milhões de euros, o qual se concretiza através da criação de incentivos financeiros à constituição de projetos partilhados por vários serviços do SNS, com o objetivo de fomentar a articulação, coordenação e integração dos cuidados.

Através deste Programa pretende-se contribuir para o alinhamento entre interesses complementares das instituições, para a aproximação dos instrumentos de gestão e de Governação Clínica e de Saúde e para a definição de programas comuns que alavanquem os níveis de produção e o desempenho global do SNS, adequando o conjunto de cuidados e/ou serviços às necessidades em saúde reais e específicas.

O programa de incentivo à integração de cuidados implica que as entidades envolvidas se articulem efetivamente entre si, e incidem em concreto sobre 4 áreas de intervenção, nomeadamente:

6.1. REALIZAÇÃO DE RASTREIOS E DE PROGRAMAS DE DIAGNÓSTICO PRECOCE

Considerando a sua importância e a necessidade de se aumentar a articulação entre as instituições do SNS para melhorar a resposta à população, elegeram-se três áreas, nomeadamente:

6.1.1. RASTREIOS ONCOLÓGICOS DE BASE POPULACIONAL

O cancro é a principal causa de morte antes dos 70 anos de idade (isto é, a principal causa de morte prematura) e, no conjunto das causas de mortalidade em todas as idades, ocupa o segundo lugar depois das doenças cérebro-cardiovasculares. Na última década, ocorreram progressos significativos na prevenção e tratamento do cancro em Portugal. Os programas de combate às listas de espera para cirurgia foram implementados, com redução das mesmas, e a instalação de novas unidades de radioterapia e o reapetrechamento das já existentes levou também a ganhos significativos.

Em Portugal, os rastreios de base populacional têm progredido de uma forma mais lenta do que o desejável. A sua dinâmica tem sido muito regional e, portanto, muito variável, causando iniquidades no acesso em termos geográficos, nomeadamente no rastreio do cancro da mama, colo do útero e do cólon e reto (os únicos custo-efetivos), pelo que este Programa visa incentivar esta atividade em 2017.

6.1.2. RASTREIO PARA DIAGNÓSTICO SISTEMÁTICO E TRATAMENTO DA RETINOPATIA DIABÉTICA

De acordo com as normas referentes ao Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética, devem ser sujeitos ao diagnóstico sistemático da retinopatia diabética, anualmente, os diabéticos após a puberdade e, trimestralmente, durante a gravidez. O diagnóstico sistemático da retinopatia diabética deve ser simples e dirigido à população diabética identificada, de forma a detetar lesões que possam ser tratadas atempadamente, identificando diabéticos em risco de cegueira, evitando

assim os pedidos de consulta hospitalar e chegando mais rapidamente a um diagnóstico de necessidades dos doentes.

Atualmente existe dificuldade de resposta a nível nacional na especialidade de oftalmologia, sendo que um volume significativo destes pedidos se relaciona com a Retinopatia Diabética, ou seja, muitas das situações que se encontram a aguardar uma consulta da especialidade de oftalmologia devem ser resolvidas no âmbito de rastreios de base populacional, com a existência de retinógrafos e respetivos técnicos de ortóptica, que recolham as imagens nos ACES e enviem as retinografias para leitura nos hospitais, pelo este Programa de Incentivos para 2017 pretende alavancar esta atividade no SNS.

6.1.3. RASTREIO TELEDERMATOLÓGICO

O programa de rastreio teledermatológico (efetuado de acordo com a Norma n.º 5/2014, de 8 de abril da DGS) pretende contribuir para o diagnóstico precoce de lesões dermatológicas e do cancro de pele, assim como para melhorar o acesso às consultas de dermatologia, contribuindo para o cumprimento dos TMRG, monitorizados através do SIGA SNS. Em concreto, este rastreio consiste na inscrição de um pedido de consulta para o rastreio teledermatológico, com anexação de imagem e de dados clínicos relevantes, seguindo-se uma análise por parte do especialista hospitalar que estuda o caso clínico e, em função dessa análise, efetua o diagnóstico e a intervenção terapêutica adequada.

O presente Programa de Incentivos pretende criar condições para que o rastreio teledermatológico possa ser alargado a nível nacional, replicando os bons resultados já alcançados em várias instituições.

6.2. REDUÇÃO DOS INTERNAMENTOS EVITÁVEIS E CONSULTAS E URGÊNCIAS HOSPITALARES

Considerando as alterações que se vêm registando nas necessidades em saúde da população, importa colocar maior enfoque na implementação de medidas articuladas entre os vários prestadores de cuidados de saúde que contribuam para reforçar a autonomia, a responsabilidade e o empoderamento destes cidadãos no controlo e na gestão dos assuntos que dizem respeito à sua saúde e à utilização correta dos serviços de saúde, criando sinergias com outros setores da sociedade.

Para tal, em 2017 serão incentivados projetos conjuntos que permitam reduzir a utilização inadequada dos serviços de saúde ou fomentar a articulação entre estruturas, com destaque para as seguintes áreas:

- Internamentos hospitalares evitáveis, expressa pelos internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório – para 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 - asma, diabetes, DPOC, Hipertensão Arterial, Insuficiência Cardíaca).
- Episódios de urgência e de consulta externa evitáveis;
- Consultoria, de médicos hospitalares, efetuada aos médicos dos cuidados de saúde primários.

6.3. IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE APOIO DOMICILIÁRIO

A implementação de programas integrados de resposta à população no seu domicílio revela-se de grande importância para o desenvolvimento do SNS, considerando não só o aparecimento de respostas de Hospitalização Domiciliária, como também as respostas já existentes ao nível das ECCI, das EIHS e ECSCP, dos domicílios médicos e de enfermagem das USF, UCSP e UCC e das respostas de apoio domiciliário existentes em várias instituições de apoio social e da comunidade.

6.4. PROGRAMAS PARA VALORIZAÇÃO DO PERCURSO DOS UTENTES NO SNS

Acrescentar a gestão dos percursos das pessoas através dos serviços à gestão dos serviços de saúde, é atualmente o principal “ideia transformadora” dos Sistemas de Saúde. No decurso das últimas décadas ocorreram múltiplas circunstâncias que tornaram mais clara e viável a ideia de que é necessário acrescentar a gestão dos percursos das pessoas através dos “serviços” à gestão dos serviços de saúde. A crescente centralidade do cidadão é uma destas circunstâncias. De facto, uma arquitetura do sistema de saúde (e do SNS) orientada para a “gestão vertical” das organizações de saúde não faz grande sentido do ponto de vista das pessoas, interessando-lhes mais poder percorrer o mais facilmente possível os diversos serviços de que necessitam, quando deles carecem, sem barreiras desnecessárias, com razoável conforto, com bons resultados e com um uso inteligente dos recursos comuns.

Gerir percursos em cuidados de saúde significa:

- Identificar os grupos populacionais em relação aos quais há o propósito de atuar de forma integrada na resposta aos seus problemas de saúde, num determinado período de tempo, explicitando os resultados a alcançar, utilizando um dispositivo de notação (“plano”) adequado para o efeito;
- Atuar concertadamente na gestão dos percursos das pessoas identificadas para este efeito, com a colaboração de todos que acrescentam valor a esse processo, não esquecendo que a literacia da pessoa/doente em relação a cada um dos objetivos identificados é um fator crítico para a realização desses objetivos;
- Monitorizar a realização das atividades e dos objetivos adotados através de sistema de informação acessível a todos os participantes;
- Avaliar resultados e aprender com isso.

No ano de 2017 haverá lugar a um número limitado de projetos de gestão de percursos em cuidados de saúde, com a intenção de desenvolver, ensaiar e avaliar, em estreita colaboração com todos os intervenientes neste processo, as abordagens metodológicas e os instrumentos necessários o efeito.

6.5. FINANCIAMENTO DO PROGRAMA DE INCENTIVO À INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

O financiamento deste Programa efetuar-se-á através de mecanismos competitivos de alocação de verbas, onde as melhores propostas de integração tenderão a apresentar um nível relativo de financiamento superior, numa avaliação que tem componentes nacionais e regionais.

Para atribuição do financiamento deste Programa, as entidades interessadas devem apresentar à ACSS - até 31 de março de 2017 - um plano detalhado de implementação para cada uma das áreas a que se pretendem candidatar, cumprindo os seguintes princípios genéricos para avaliação de mérito:

- Acordo conjunto das entidades envolvidas na prestação dos serviços e o plano de ações a implementar;
- Definição de planos locais que visem a criação das respostas propostas;
- Evidência de melhoria da partilha de recursos e de informações entre os prestadores;
- Definição de princípios de partilha de risco;
- Estimativa do impacto das mudanças, em particular nos cuidados agudos e nos ganhos em saúde;
- A criação de sistemas de incentivos internos focalizados na coordenação entre as unidades envolvidas.

O financiamento do Programa constitui um proveito extra Contrato e efetua-se nos seguintes moldes:

Programa Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos no SNS		1,0% CP HH EPE
A. Rastreios e programas de diagnóstico precoce		60%
Rastreio do Cancro do Cólón e Reto	A.1. % de utentes rastreados entre os 50 e os 74 anos	40%
	A.2. % de colonoscopias realizadas no hospital após iPSOF positivo em < 30 dias	
Rastreio da Retinopatia Diabética	A.3. % de diabéticos identificados com rastreio de retinopatia efetuado no último ano	30%
	A.4. % de diabéticos com retinopatia diagnosticada com fotocoagulação por laser	
Rastreio Teledermatológico	A.5. % de consultas de telerastreio realizadas dentro dos TMRG	30%
	A.6. % de consultas de dermatologia realizadas por telerastreio	
B. Resultados em internamentos, consultas hospitalares e urgências evitáveis		30%
	B.1 Taxa de internamento por complicações agudas da diabetes	60%
	B.2 Taxa de internamento por diabetes descompensada	
	B.3 Taxa de internamento por asma ou DPOC em adultos	
	B.4 Taxa de internamento por asma em jovens adultos	
	B.5 Taxa de internamento por hipertensão arterial	
	B.6 Taxa de internamento por insuficiência cardíaca congestiva	
	B.7 Taxa de internamento por pneumonia	
	B.8 Taxa de internamento por complicações agudas da diabetes	
	B.9. Número de ações de consultoria realizadas pelos médicos hospitalares nos CSP	15%
	B.10. % de readmissões não programadas no Serviço de Urgência	25%
C. Programas integrados de apoio domiciliário		10%
	C.1 Rácio entre n.º lugares de internamento domiciliário (HH+CSP) e o n.º camas hospitalares	100%
	C.2 % utentes acompanhados no domicílio com plano de cuidados elaborados de forma integrada (CSP, HH, Setor Social)	
	C.3. % utentes acompanhados no domicílio com programa de telemonitorização	
D. Programas para valorização do Percurso dos Utentes no SNS		10%
	D.1. Número de pessoas, dos grupos populacionais específicos *, com planos de cuidados estabelecidos em colaboração com pelo menos duas unidades de cuidados de saúde, com relatórios de monitorização produzidos pela governação clínica das unidades envolvidas	100%
	D.2. Percentagem das pessoas com planos de cuidados cuja realização dos objetivos expressos nesses planos de cuidados se situa acima dos valores da norma estabelecida para o efeito	

* **Grupo 1** – utilizadores frequentes de cuidados de saúde: utilizadores frequentes (ou muito frequentes) dos serviços de saúde, correspondendo a pessoas com mais do que uma patologia ou disfunção (“multimorbilidade”);

Grupo 2 – Pessoas em risco de deixarem de utilizar cuidados de saúde de que necessitam, por exemplo, pessoas idosas que vivem sós;

Grupo 3 – Pessoas com múltiplos riscos: familiares, físicos, biomédicos, psicológicos/mentais, comportamentais, ocupacionais, ambientais.

7. METODOLOGIA DE CONTRATUALIZAÇÃO EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS 2017

Em construção ...

8. 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.

9. 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 2017 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 2017 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

