



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

OTIMIZAR RECURSOS
GERAR EFICIÊNCIA



Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2021

Setembro de 2020



REPÚBLICA
PORTUGUESA

WWW.ACSS.MIN-SAÚDE.PT

Página intencionalmente em branco

Índice

0.	Nota Prévia	5
1.	Termos de referência para contratualização nos cuidados primários em 2021	6
1.1.	Instruções para o processo negocial nos cuidados de saúde primários	6
1.2.	Contratualização com os cuidados de saúde primários	7
1.3.	Contratualização interna nos cuidados de saúde primários	8
1.4.	Contratualização externa nos cuidados de saúde primários	13
2.	Termos de referência para contratualização nos cuidados hospitalares 2021	17
2.1.	Instruções para o processo negocial nos cuidados hospitalares	17
2.2.	Planeamento estratégico e operacional nos cuidados hospitalares	19
2.3.	Cronograma de negociação com os cuidados hospitalares	19
2.4.	Alocação de recursos financeiros para contratação com Hospitais e Centros Hospitalares	20
2.5.	Contratualização externa nos cuidados hospitalares - regras de contratação e pagamento para 2021	21
2.6.	Contratualização interna nos cuidados hospitalares	54
2.7.	Acompanhamento do processo de contratualização hospitalar	54
2.8.	Avaliação do processo de contratualização hospitalar	55
2.9.	Faturação do Contrato-programa	56
3.	Metodologia de Contratualização com as ULS	57
3.1.	Instruções para o processo negocial nas ULS	57
3.2.	Alocação de recursos financeiros às ULS	57
3.3.	Contratualização externa com as ULS - Regras contratação	57
3.4.	Objetivos de acesso, desempenho assistencial e eficiência nas ULS	59
3.5.	Contratualização interna nas ULS	60
3.6.	Acompanhamento do processo de contratualização com as ULS	60
3.7.	Avaliação do processo de contratualização com as ULS	60
4.	Metodologia de contratualização em Cuidados Continuados Integrados	61
4.1.	Instruções para o processo negocial na RNCCI	61
4.2.	Cronograma de negociação com as unidades da RNCCI	61
4.3.	Fase de negociação da contratualização na RNCCI	62
4.4.	Fase de acompanhamento da contratualização na RNCCI	64
4.5.	Fase de avaliação da contratualização na RNCCI	64

Página intencionalmente em branco

0. NOTA PRÉVIA

Através do presente documento estabelecem-se os princípios orientadores do processo de contratualização de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS) para 2021, no que respeita a atividades, objetivos e resultados a alcançar pelos prestadores de cuidados de saúde do SNS.

Com este processo, pretende-se contribuir para garantir o acesso atempado, a qualidade e a eficiência dos cuidados de saúde que são prestados aos utentes do SNS, com base numa cultura de gestão rigorosa, responsável, transparente e focada na resposta às necessidades em saúde de todos os cidadãos.

O processo de contratualização de cuidados de saúde para o ano de 2021 será executado num contexto de elevada complexidade e incerteza, gerado pelos efeitos da situação de Emergência de Saúde Pública de âmbito Internacional declarada a 30 de janeiro de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19), com posterior declaração de Pandemia decretada a 11 de março de 2020.

As novas exigências associadas à pandemia da COVID-19 que se juntam às restantes necessidades em saúde da população exigem a definição clara das linhas orientadoras para a prestação de cuidados de saúde no ano de 2021, contribuindo assim para que os serviços de saúde possam continuar a ajustar-se progressivamente à evolução epidemiológica registada e ao conhecimento científico acumulado.

Nesta sequência, as orientações que constam deste documento seguem uma linha de continuidade da política de saúde desenvolvida durante o ano de 2020, permitindo a necessária adaptação e flexibilidade regional e local para responder às expectativas e exigências da população e dirigem-se a cada uma das áreas específicas de prestação de cuidados do SNS, nos termos concretos que seguidamente se apresentam.

1. TERMOS DE REFERÊNCIA PARA CONTRATUALIZAÇÃO NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS EM 2021

A componente de cuidados de saúde primários do processo de contratualização representa um compromisso social a favor do cidadão e das comunidades.

A atividade assistencial realizada pelos cuidados de saúde primários é um pilar essencial para a saúde da população, pelo que o processo de contratualização de 2021 continuará a incentivar a melhoria do acesso a este nível de cuidados, nomeadamente às atividades relacionadas com o seguimento de doentes Covid-19, a vigilância de doentes crónicos, os programas de vacinação, de rastreio, de diagnóstico precoce e de saúde materna, infantil, planeamento familiar e dos adultos, assim como todas as outras atividades essenciais para o seguimento dos utentes ao longo do seu trajeto de vida.

É, pois, com este enquadramento, que os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e as suas Unidades Funcionais devem executar o processo de contratualização para 2021, o qual incorpora os contributos da Comissão Técnica Nacional (CTN) que haviam sido definidos para 2020 e os procedimentos técnicos que são detalhados no documento de operacionalização da contratualização nos cuidados de saúde primários para 2021, a publicar pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS).

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

O processo de negociação nos cuidados primários para 2021 tem os seguintes objetivos específicos:

- i. Promover o planeamento em saúde e a sua articulação com o processo de contratualização, através dos Departamentos de Saúde Pública das ARS (Plano Regional de Saúde) e das Unidades de Saúde Pública dos ACES (Plano Local de Saúde) de forma a responder adequadamente às necessidades em saúde da população.
- ii. Priorizar as intervenções em saúde de forma a responder às necessidades já existentes e às que resultam da situação epidemiológica atual, nomeadamente através das Unidades de Saúde Pública dos ACES, que asseguram a aplicação das Normas da Direção Geral da Saúde, assim como a realização dos inquéritos epidemiológicos, do acompanhamento das Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), entre outras intervenções de Saúde Pública na comunidade.
- iii. Aumentar a resposta dos cuidados primários ao longo da vida dos cidadãos e 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.
- iv. Incentivar novas formas de organização e de prestação de cuidados de saúde, conforme preconiza o Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21¹, consagrando períodos dedicados ao atendimento:
 - a. Presencial, com pré-agendamento de toda a atividade assistencial programada, triagem presencial, reorganização dos horários de atendimento e dos espaços.
 - b. Em visitas domiciliárias e respostas comunitárias de proximidade, reforçadas sobretudo para as populações mais vulneráveis, independentemente do seu local de residência.

¹ Acessível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-da-saude-para-o-outono-inverno-2020-2021-pdf.aspx>

- c. Não-presencial, com base no atendimento telefónico qualificado e dedicado, para responder às necessidades dos utentes, com recurso a teleconsulta, telemonitorização e outras vias eletrónicas de comunicação.
- v. Reforçar a governação clínica, a integração de cuidados e os mecanismos de articulação entre os ACES e os Hospitais, de forma a assegurar o trabalho de proximidade e a reservar o acesso aos hospitais para as situações que exijam este nível de intervenção.
- vi. Melhorar a resposta de cuidados paliativos, através da intervenção das Equipas Comunitárias de Suporte de Cuidados Paliativos, constituídas em cada ACES e ULS.
- vii. Incentivar a cultura de partilha de tarefas e de prestação de cuidados em equipa multidisciplinar, nomeadamente em equipa de saúde familiar (médico de família, enfermeiro de família e secretário clínico).
- viii. Reforçar a capacidade resolutive dos cuidados primários, garantindo a avaliação clínica apropriada e o seguimento dos doentes com infeções respiratórias agudas (incluindo COVID-19, gripe e outros vírus respiratórios), assim como o aumento da cobertura nas áreas da saúde oral, visual, psicologia e nutrição, assim como através do apoio complementar em áreas como o envelhecimento ativo e saudável, a saúde mental e a medicina física e de reabilitação.
- ix. Consolidar a articulação com outras respostas de proximidade, nomeadamente com as autarquias e com outras entidades locais, como acontece com o setor social, a proteção civil ou as equipas multidisciplinares constituídas no âmbito da resposta à pandemia Covid-19.
- x. Desenvolver competências de gestão organizacional e de controlo de gestão nos ACES, na área do planeamento em saúde, da gestão financeira e de recursos humanos, promovendo a sua autonomia.

1.2. CONTRATUALIZAÇÃO COM OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O processo de contratualização nos cuidados primários valoriza o desempenho multidimensional das unidades 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 negociação dos Planos de Ação e a assinatura das Cartas de Compromisso.

Os processos de contratualização externa e interna são dinâmicos e interdependentes. A reformulação do processo de contratualização interna das USF e UCSP em 2017², foi alargado a todas as unidades funcionais do ACES continuando a manter-se a sua estrutura matricial para 2021.

O cronograma operacional para o processo de contratualização de 2021 será detalhado na Metodologia de Operacionalização a publicar pela ACSS, devendo a assinatura do Acordo Modificativo ao Contrato-programa dos ACES, assim como das Cartas de Compromisso das Unidades Funcionais, ficar concluída até 18 de dezembro de 2020.

² Portaria n.º 212/2017, de 19 de julho

1.3. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A contratualização interna nos ACES abrange todas as suas unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, nomeadamente as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e as Unidades de Saúde Pública (USP).

1.3.1. NEGOCIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

O processo de negociação da contratualização incide na discussão das medidas e atividades decorrentes das necessidades em saúde identificadas, das prioridades definidas, e de acordo com os recursos disponíveis. Representa assim um compromisso de resultados, processos e recursos.

A avaliação do desempenho das unidades funcionais é operacionalizada pelo Índice de Desempenho Global (IDG) e pelos diferentes Índices de Desempenho Setoriais (IDS), cujas métricas e regras estarão descritas na metodologia de operacionalização da contratualização nos cuidados primários para 2021.

1.3.1.1. NEGOCIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA COM USF E UCSP

A negociação da contratualização interna com as USF e UCSP em 2021 é baseada na discussão do Plano de Ação, centrada no plano de melhoria em áreas específicas, e é operacionalizada por uma matriz multidimensional da atividade destas unidades, através da ferramenta de gestão do Plano de Ação disponível para o efeito no Portal BI CSP³.

³ O BICSP está acessível através do endereço: <https://bicsp.min-saude.pt/>

Para 2021, a matriz multidimensional das USF e UCSP tem as seguintes áreas, subáreas e dimensões:

MATRIZ MULTIDIMENSIONAL DAS USF/UCSP ⁴		
Áreas	Subáreas	Dimensões
Desempenho Assistencial	Acesso	Cobertura ou Utilização
		Personalização
		Atendimento Telefónico
		Tempos Máximos de Resposta Garantidos
		Consulta no Próprio Dia
		Trajetos do Utente na Unidade Funcional
		Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
	Gestão da Saúde	Saúde Infantil e Juvenil
		Saúde da Mulher
		Saúde do Adulto
		Saúde do Idoso
	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus
		Hipertensão Arterial
		Doenças Aparelho Respiratório
		Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
	Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica
		Prescrição MCDT
		Prescrição de Cuidados
	Satisfação de Utentes	Satisfação de Utentes
Serviços	Serviços de Carácter Assistencial	Serviços de Carácter Assistencial
	Serviços de Carácter não Assistencial	Atividades de Governação Clínica no ACES
		Outras Atividades não Assistenciais
Qualidade Organizacional	Melhoria Contínua da Qualidade	Acesso
		Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
	Segurança	Segurança de Utentes
		Segurança de Profissionais
Formação Profissional	Formação Interna	Gestão do Risco
		Participação do Cidadão
	Formação Externa	Formação da Equipa Multiprofissional
		Formação de Internos e Alunos
Atividade Científica	Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	Serviços de Formação Externa
		Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências
	Trabalhos de Investigação	Trabalhos de Investigação

⁴ De forma transversal à elaboração dos seus Planos de Ação, com enfoque no plano de melhoria dirigido a áreas específicas, as USF e UCSP devem implementar medidas articuladas com as restantes Unidades Funcionais, que contribuam para a melhoria da resposta à doença aguda e para o aumento da cobertura nas áreas da saúde oral, visual, psicologia, nutrição, saúde mental e medicina física e de reabilitação, bem como, para o reforço da articulação com os municípios e com outras estruturas da comunidade e para a participação ativa dos cidadãos na definição do funcionamento dos serviços de saúde.

1.3.1.2. NEGOCIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA COM UCC

O processo de contratualização interna com as UCC para 2021 assenta na negociação do seu Plano de Ação, através da seguinte matriz multidimensional:

MATRIZ MULTIDIMENSIONAL DAS UCC ⁵		
Áreas	Subáreas	Dimensões
Desempenho Assistencial	Acesso	Cobertura ou Utilização
		Distribuição da Atividade
		Tempos Máximos de Resposta Garantidos
	Gestão da Saúde	Criança e Adolescência
		Saúde Reprodutiva
		Saúde do Adulto
		Saúde do Idoso
	Gestão da Doença	Reabilitação
		Saúde Mental
		Abordagem Paliativa
		Doença Crónica
Serviços	Intervenção Comunitária	ECCI
		Saúde Escolar
		Intervenção Precoce
		Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
		Núcleo Local de Inserção
		Comissão de Proteção de Jovens em Risco
		Equipa de Prevenção da Violência em Adultos
		Rede Social
	Satisfação de Utentes	Satisfação de Utentes
	Serviços de Carácter Assistencial	Serviços de Carácter Assistencial
Qualidade Organizacional	Serviços de Carácter não Assistencial	Atividades de Governação Clínica no ACES
		Outras Atividades não Assistenciais
	Melhoria Contínua da Qualidade	Acesso
		Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
	Segurança	Segurança de Utentes
		Segurança de Profissionais
		Gestão do Risco
Formação Profissional	Centralidade no Cidadão	Centralidade no Cidadão
	Formação Interna	Formação da Equipa Multiprofissional
		Formação de Internos e Alunos
Atividade Científica	Formação Externa	Serviços de Formação Externa
	Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências
		Trabalhos de Investigação

⁵ De forma transversal à elaboração dos seus Planos de Ação, com enfoque no plano de melhoria dirigido a áreas específicas, as UCC devem implementar medidas articuladas com as restantes Unidades Funcionais, que contribuam para a melhoria da resposta à doença aguda e para o aumento da cobertura nas áreas da saúde oral, visual, psicologia, nutrição, saúde mental e medicina física e de reabilitação, bem como, para o reforço da articulação com os municípios e com outras estruturas da comunidade e para a participação ativa dos cidadãos na definição do funcionamento dos serviços de saúde. Face ao contexto pandémico, deve também ser prevista a integração em equipas multidisciplinares de combate à COVID-19.

1.3.1.3. NEGOCIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA COM AS USP

O referencial de contratualização interna das USP para 2021 assenta na sua matriz de competências, garantindo o cumprimento da “Carteira Básica de Serviços”, sem esquecer o contexto específico da pandemia de COVID-19. A contratualização consiste na negociação do Plano de Ação, da USP, centrado no plano de melhoria dirigido a áreas específicas e na definição da sua atividade dentro da área de influência do ACES, de acordo com a matriz multidimensional:

MATRIZ MULTIDIMENSIONAL DAS USP ⁶		
Áreas	Subáreas	Dimensões
Desempenho Assistencial	Observação do Estado de Saúde e Bem-estar da População	Diagnóstico de Situação de Saúde Monitorização do Estado de Saúde da População e dos seus Determinantes
	Vigilância Epidemiológica e Resposta às Emergências em Saúde Pública	Caracterização das estruturas de apoio das Comunidades Cartas Sanitárias de Risco Planos de Contingência Investigação Epidemiológica
	Proteção da Saúde (Incluindo Ambiental, Ocupacional, Segurança Alimentar e Outros)	Vacinação Saúde Ocupacional Sanidade Internacional Saúde Ambiental Qualidade e Segurança Alimentar
	Promoção da Saúde (Incluindo Determinantes Sociais e Desigualdades)	Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidado Saúde Oral Saúde Escolar Estilos de Vida Saudáveis Ambientes Saudáveis
	Governança para a Saúde e Bem-estar	Planeamento em Saúde Estudos de Impacto na Saúde Informação à População
	Prevenção da Doença	Programas Nacionais Prioritários
	Atividades de Autoridade de Saúde	Lei da Saúde Mental Emissão de atestados Outros
Serviços	Serviços de Carácter Assistencial	Serviços de Carácter Assistencial
	Serviços de Carácter não Assistencial	Atividades de Governação Clínica no ACES Outras Atividades não Assistenciais
Qualidade Organizacional	Melhoria Contínua da Qualidade	Acesso Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
	Segurança	Segurança de Utentes Segurança de Profissionais Gestão do Risco
	Centralidade no Cidadão	Centralidade no Cidadão
Formação Profissional	Formação Interna	Formação da Equipa Multiprofissional Formação de Internos e Alunos
	Formação Externa	Serviços de Formação Externa
Atividade Científica	Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências
	Trabalhos de Investigação	Trabalhos de Investigação

⁶ De forma transversal à elaboração dos seus Planos de Ação, com enfoque no plano de melhoria dirigido a áreas específicas, as USP devem implementar medidas articuladas com as restantes Unidades Funcionais, que contribuam para a melhoria da resposta à doença aguda e para o aumento da cobertura nas áreas da saúde oral, visual, psicologia, nutrição, saúde mental e medicina física e de reabilitação, bem como, para o reforço da articulação com os municípios e com outras estruturas da comunidade e para a participação ativa dos cidadãos na definição do funcionamento dos serviços de saúde.

1.3.1.4. NEGOCIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA COM AS URAP

Durante o ano de 2021 continua-se a acompanhar a atividade e a desenhar o processo de contratualização interna adequado às especificidades e à missão das URAP, o qual deverá passar pela definição de níveis de serviço referentes à sua articulação e colaboração com outras unidades funcionais dos ACES e pela definição de objetivos enquadrados na seguinte matriz multidimensional.

MATRIZ MULTIDIMENSIONAL DAS URAP ⁷		
Áreas	Subáreas	Dimensões
Desempenho Assistencial	Acesso	Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
		Tempos Máximos de Resposta Garantidos
		Trajetória do Utente na Unidade Funcional
	Gestão da Saúde	Saúde Oral
		Outras Atividades de Gestão da Saúde
	Gestão da Doença	Apoio Social
		Saúde Mental
		Medicina Física e Reabilitação
		Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
		Outras Atividades na Gestão da Doença
	Satisfação de Utentes	Satisfação de Utentes
Serviços	Serviços de Carácter Assistencial	Serviços de Carácter Assistencial
	Serviços de Carácter não Assistencial	Atividades de Governação Clínica no ACES
		Outras Atividades não Assistenciais
Qualidade Organizacional	Melhoria Contínua da Qualidade	Acesso
		Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
	Segurança	Segurança de Utentes
		Segurança de Profissionais
		Gestão do Risco
	Centralidade no Cidadão	Centralidade no Cidadão
Formação Profissional	Formação Interna	Formação da Equipa Multiprofissional
		Formação de Internos e Alunos
	Formação Externa	Serviços de Formação Externa
Atividade Científica	Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências
	Trabalhos de Investigação	Trabalhos de Investigação

⁷ De forma transversal à elaboração dos seus Planos de Ação, com enfoque no plano de melhoria dirigido a áreas específicas, as URAP devem implementar medidas articuladas com as restantes Unidades Funcionais, que contribuam para a melhoria da resposta à doença aguda e para o aumento da cobertura nas áreas da saúde oral, visual, psicologia, nutrição, saúde mental e medicina física e de reabilitação, bem como, para o reforço da articulação com os municípios e com outras estruturas da comunidade e para a participação ativa dos cidadãos na definição do funcionamento dos serviços de saúde.

1.3.2. ACOMPANHAMENTO CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

O acompanhamento de cada unidade funcional do ACES é assegurado pelo Conselho Clínico e de Saúde, com o apoio do Departamento de Contratualização da ARS respetiva. Os momentos de acompanhamento devem ser usados para discussão de estratégias, partilha de responsabilidades e reprogramação atempada da alocação de recursos materiais, humanos, financeiros ou outros.

Reforça-se que em 2021 o processo de contratualização interna, nas suas diferentes fases, será sustentado pelo Portal BI CSP, acessível através do seguinte endereço eletrónico: <https://bicsp.min-saude.pt/>.

1.3.3. AVALIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

- AVALIAÇÃO DE INCENTIVOS INSTITUCIONAIS DAS USF E UCSP

A atribuição de incentivos institucionais decorre conforme o disposto na Portaria n.º 212/2017, de 19 de julho.

- ATRIBUIÇÃO DOS INCENTIVOS INSTITUCIONAIS

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

- COMISSÕES DE ACOMPANHAMENTO EXTERNO

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

1.4. CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

No ano de 2021 prosseguir-se-ão os trabalhos tendentes a incrementar a autonomia administrativa dos ACES, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, designadamente através do desenvolvimento de experiências piloto que demonstrem que a autonomia consubstanciada por uma gestão de proximidade é potencialmente geradora de mais eficiência e de melhores resultados em saúde.

1.4.1. NEGOCIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA

PLANO DE DESEMPENHO DOS ACES

O Plano de Desempenho (PD) é o documento estratégico negociado anualmente com o ACES, no qual se caracteriza esta entidade, designadamente através de indicadores populacionais de cariz sociodemográfico, socioeconómico e de resultados em saúde.

A negociação com os ACES é baseada na discussão do PD, centrada no plano de melhoria em áreas específicas, sendo definidas prioridades assistenciais e explicitados os recursos materiais, humanos e financeiros que o ACES tem ao dispor para cumprir a sua missão assistencial. Esta fase é operacionalizada através da ferramenta de gestão PD ACES, disponível para o efeito no Portal BI CSP.

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

Após a negociação do PD ACES é assinado o Contrato-programa, devendo ser enviado para a ACSS que, por sua vez, elabora parecer técnico de suporte à homologação pela Tutela. Posteriormente à homologação, os Contratos-programa devem ser publicitados nas páginas eletrónicas das ARS.

O processo de contratualização nos cuidados de saúde primários, desenvolvido neste capítulo 1, aplica-se igualmente às ULS, conforme é descrito no ponto 3.3.

MATRIZ MULTIDIMENSIONAL DOS ACES

Esta matriz preconiza uma abordagem por áreas e subáreas, que será detalhada no documento de operacionalização da contratualização nos cuidados de saúde primários para 2021, sendo que, para o Índice de Desempenho dos ACES são englobadas duas vertentes distintas, nomeadamente:

- (i) Os resultados acumulados do desempenho das unidades funcionais que compõem o ACES, nomeadamente aqueles que contribuam 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 2021 é:

MATRIZ MULTIDIMENSIONAL DOS ACES ^s		
Áreas	Subáreas	Dimensões
Desempenho Assistencial	Acesso	Cobertura ou Utilização
		Personalização
		Atendimento Telefónico
		Tempos Máximos de Resposta Garantidos
		Consulta no Próprio Dia
		Trajetos do Utente nas Unidades Funcionais
		Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
	Gestão da Saúde	Saúde Infantil e Juvenil
		Saúde da Mulher
		Saúde do Adulto
		Saúde do Idoso
		Saúde Oral
	Gestão da Doença	Doença Aguda
		Doenças Cardiovasculares
		Diabetes Mellitus
		Hipertensão Arterial
		Saúde Mental e Gestão de Problemas Sociais e Familiares
		Doenças Aparelho Respiratório
		Doenças Osteoarticulares
		Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças

^s De forma transversal à elaboração dos Planos de Desempenho, com enfoque no plano de melhoria dirigido a áreas específicas, os ACES devem promover medidas articuladas que contribuam para a melhoria da resposta à doença aguda e para o aumento da cobertura nas áreas da saúde oral, visual, psicologia, nutrição, saúde mental e medicina física e de reabilitação, bem como, para reforçar a articulação com os municípios e com outras estruturas da comunidade, para fomentar a articulação com os hospitais e para assegurar a participação ativa dos cidadãos na definição do funcionamento dos serviços de saúde.

Áreas	Subáreas	Dimensões
	Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica Prescrição MCDT Prescrição de Cuidados
	Satisfação de Utentes	Satisfação de Utentes
Integração de Cuidados	Integração de Cuidados Hospitalares	Referenciação para Cuidados Hospitalares Acompanhamento de Utentes após Alta Hospitalar Internamentos Evitáveis Urgências Evitáveis Telemedicina e Telerastreio Plano Individual de Cuidados Planos Assistenciais Integrados
Qualidade Organizacional	Integração de Cuidados Continuados	Referenciação para Cuidados Continuados Plano Individual de Cuidados
	Melhoria Contínua da Qualidade	Acesso Gestão de Stocks Gestão de Equipamentos Gestão de Recursos Humanos
Formação Profissional	Segurança	Segurança de Utentes Segurança de Profissionais Gestão do Risco
	Centralidade no Cidadão	Participação do Cidadão
	Formação Interna	Formação Interna
Informação e Comunicação	Formação Externa	Formação Externa
	Sistemas de Informação	Sistemas de Informação
	Sistemas de Comunicação	Sistemas de Comunicação
	Recursos Humanos	Ajustamento de Recursos Humanos à População Trabalho Extraordinário
Económica	Medicamentos	Antibióticos Antidiabéticos Antihipertensores Anti-inflamatórios não Esteróides Aparelho Cardiovascular Medicamentos para dislipidémias Psiquiátricos Outros Grupos Farmacológicos
	Meios Complementares de Diagnóstico	Análises Clínicas Anatomia Patológica Cardiologia Medicina Nuclear Endoscopia Gastroenterológica Medicina Física e de Reabilitação Radiologia
	Gestão de Stocks	Medicamentos Consumo Clínico Consumo Geral

CONTRATO-PROGRAMA DOS ACES

O Contrato-programa é o documento que o ACES outorga com a ARS e está alinhado com o Plano de Desempenho, identificando as obrigações e as contrapartidas das partes e as regras de acompanhamento, os recursos financeiros que suportam o contrato e a forma de monitorização e avaliação.

Os objetivos assistenciais expressos no Contrato-programa devem ser abrangentes, não se restringindo aos indicadores disponíveis.

Para o ano de 2021 mantém-se a prorrogação do Contrato-programa 2017/2019.

1.4.2. ACOMPANHAMENTO DA CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA

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.

1.4.3. AVALIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA

A avaliação do ACES realiza-se com base no grau de cumprimento do seu Plano de Desempenho, nos termos especificados na metodologia de operacionalização da contratualização nos cuidados de saúde primários para 2021.

2. TERMOS DE REFERÊNCIA PARA CONTRATUALIZAÇÃO NOS CUIDADOS HOSPITALARES 2021

A componente hospitalar do processo de contratualização constitui-se como uma forma de relacionamento entre financiadores e prestadores, assente numa filosofia contratual, envolvendo uma explicitação da ligação entre o financiamento atribuído e os resultados esperados, regendo-se pelos termos contratuais definidos no Contrato-programa para o triénio 2017/2019, prorrogado para 2020 e que agora se estende a 2021, nomeadamente nas condições específicas previstas na minuta de Acordo Modificativo para 2021.

2.1. INSTRUÇÕES PARA O PROCESSO NEGOCIAL NOS CUIDADOS HOSPITALARES

Para 2021, a negociação dos compromissos assistenciais e económico-financeiros deve centrar-se na discussão da estratégia, das medidas e das atividades a desenvolver pelos serviços hospitalares para dar resposta às necessidades em saúde identificadas, considerando a nova realidade que resulta da situação epidemiológica existente, e bem assim, os objetivos e prioridades da política de saúde vigente, nomeadamente em termos de qualificação do acesso e de melhoria da qualidade e da eficiência.

A fase de negociação nos cuidados hospitalares para 2021 dá continuidade às orientações gerais da política de saúde em vigor nos últimos anos e, em simultâneo, assume que a resposta hospitalar necessita de ser dinâmica, flexível e capaz de uma rápida adaptação em função da evolução epidemiológica a nível nacional, regional e local, pelo que devem ser consideradas as seguintes instruções específicas:

2.1.1. PARA CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE NOS CUIDADOS HOSPITALARES

- i. Realizar o volume de atividade adequado para resposta às necessidades em saúde da população, em termos de atividade programada e não programada, nomeadamente:
 - Aumentar a atividade de 1ª consultas referenciadas pelos cuidados de saúde primários de forma a resolver a Lista de Espera para Consulta (LEC) com mais de 9 meses e aumentar a percentagem de consultas realizadas dentro dos TMRG.
 - Aumentar a atividade cirúrgica de forma a resolver a Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) com mais de 1 ano e aumentar a percentagem de cirurgias realizadas dentro dos TMRG.
 - Reorganizar a atividade assistencial no serviço de urgência e garantir a regularidade do seu funcionamento, nomeadamente o funcionamento das equipas e o cumprimento dos tempos de resposta.
 - Realizar o volume de atividade adequado à resposta aos programas de saúde específicos⁹ e aos programas para doentes a viver com patologias crónicas ou raras¹⁰.

⁹ Programas de: diagnóstico pré-natal; procriação medicamente assistida; redução da taxa de cesarianas; interrupção voluntária da gravidez; tratamento cirúrgico da obesidade; apoio aos rastreios oncológicos de base populacional e sistema de atribuição de produtos de apoio.

¹⁰ Hepatite C; Hipertensão arterial pulmonar; Infecção VIH/Sida; Esclerose múltipla; Cancro mama, colo útero, cólon e reto, próstata, pulmão e mieloma; Tratamento de doentes com dispositivos de PSCI; Doenças lisossomais de sobrecarga; Colocação de implantes cocleares; Programas de telemonitorização; Paramiloidose; Perturbações mentais graves.

- ii. Reforçar a atividade realizada em ambulatório e as respostas de proximidade, nomeadamente:
 - Aumentar o peso da cirurgia eletiva e de ambulatório.
 - Reforçar as respostas de hospitalização domiciliária em todas as entidades do SNS.
 - Consolidar a consultadoria aos cuidados de saúde primários, nomeadamente, através da realização de consultas de especialidade hospitalar nos centros de saúde na área da Pediatria.
 - Definir e fazer cumprir os protocolos de referenciação e de articulação entre os ACES e os hospitais, focados no percurso clínico dos utentes e na resposta programada aos principais problemas de saúde.
 - Redirecionar para os cuidados programados e de proximidade os casos habitualmente triados de cor verde, azul e branca, que ocorrem aos serviços de urgência e que podem ser seguidos nos cuidados primários.
 - Reforçar as respostas de tele saúde, nomeadamente as teleconsultas e telemonitorização (quando aplicável).
- iii. Melhorar a eficiência, a produtividade e a qualidade dos cuidados de saúde:
 - Alargar a disponibilidade de horário para a atividade programada, quer nos dias úteis, quer ao sábado.
 - Generalizar o agendamento com hora marcada para a atividade programada.
 - Integrar a informação para simplificar as marcações, cumprir os critérios de agendamento e reagendamento por antiguidade e prioridade clínica e reduzir a percentagem de cancelamentos de consultas e cirurgias.
 - Reduzir as taxas de infeção nosocomial.
 - Controlar a taxa de absentismo geral.
 - Reforçar o papel das equipas de gestão de altas na execução do processo multidisciplinar da alta, reduzindo o tempo de permanência dos utentes nos hospitais, por razões estritamente sociais.
- iv. Alargar o modelo de organização em Centro de Responsabilidade Integrado (CRI).
- v. Certificar os Centros de Referência (CRe) do SNS, nos termos previstos no Programa Nacional de Acreditação em Saúde, desenvolvido pela Direção-Geral da Saúde (DGS).
- vi. Garantir a implementação da contratualização interna e da contabilidade de gestão.
- vii. Aumentar as receitas extra Contrato-Programa.
- viii. Determinar os mapas de pessoal e os planos de investimento com base nas redes de referenciação hospitalares, evidenciando o custo benefício das diferentes alternativas de gestão.

2.1.2. PARA O DESEMPENHO ECONÓMICO-FINANCEIRO

As instituições elaboram os documentos económico-financeiros previsionais para 2021 de forma a cumprir as instruções previstas no Despacho n.º 395, de 27 de julho de 2020, do Secretário de Estado do Tesouro, com as adaptações definidas para o setor da saúde através do Despacho Conjunto S/N do Secretário de Estado do Tesouro e da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, de 4 setembro de 2020¹¹.

¹¹ Acessível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Despacho-Conjunto_Instrucoes_PAOs_2021_2023.pdf

2.2. PLANEAMENTO ESTRATÉGICO E OPERACIONAL NOS CUIDADOS HOSPITALARES

A atividade assistencial a contratar no âmbito dos Contratos-programa das EPE do SNS para 2021, assim como os níveis de desempenho esperados em termos de acesso, qualidade e eficiência, devem estar integrados nos instrumentos de planeamento estratégico trienal em vigor no Setor Empresarial do Estado (SEE), nomeadamente no Plano de Atividades e Orçamento (PAO)¹² para o triénio 2021-2023, o qual é analisado de forma conjunta pela ACSS e pela UTAM (Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Empresarial do Estado)¹³, considerando o parecer das ARS respetivas.

Sublinha-se a necessidade de garantir o completo alinhamento e coerência entre os dados transmitidos pelas EPE ao Ministério da Saúde, através da submissão do PAO no Portal Sica, e a informação constante nos documentos PAO a submeter ao Ministério das Finanças, através do SiRIEF.

Assim, em 2021, o PAO está alinhado com os Contratos-programa, constituindo o único documento previsional de gestão estratégica trienal, onde as EPE pertencentes ao SNS definem e negociam as suas principais linhas de ação, carteira de serviços, recursos humanos, plano de investimento, níveis de atividade assistencial e projeções económico-financeiras para o triénio, assim como, explicitam os ganhos de eficiência e produtividade que assegurem a sua sustentabilidade a médio e longo prazo.

Alinhados com o PAO trienal, e com o Contrato-programa anual, são celebrados Contratos de Gestão entre os membros do Governo titulares da função acionista das EPE do SNS e cada um dos elementos que compõem os Conselhos de Administração destas EPE, vigorando para o período do seu mandato.

2.3. CRONOGRAMA DE NEGOCIAÇÃO COM OS CUIDADOS HOSPITALARES

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

1. O processo de contratualização hospitalar para 2021 iniciou-se com a preparação do PAO 2021-2023, nos termos previstos no já referido Despacho Conjunto S/N, de 4 setembro de 2020.
2. Até 30 de outubro de 2020 são disponibilizados às entidades, através do Portal SICA, os documentos para recolha da proposta das instituições que suportará a negociação do Contrato-programa para 2021.
3. Os hospitais submetem no Portal SICA a sua proposta até dia 20 de novembro de 2020.
4. As ARS e os hospitais negociam o Contrato-programa até dia 11 de dezembro de 2020, estabelecendo assim o quadro de produção e de desempenho assistencial e económico-financeiro contratado para 2021.
5. Os Contratos-programa para 2021 são assinados até 18 de dezembro de 2020.

¹² Elaborado de acordo com o definido no Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, na sua atual redação, e cumprindo as orientações emanadas no presente documento e no Despacho n.º 395, de 27 de julho de 2020 com as adaptações ao setor da saúde definidas pelo Despacho Conjunto S/N de S.E O Secretário de Estado do Tesouro e S.E. A Secretária de Estado Adjunta e da Saúde.

¹³ Este processo de articulação entre a ACSS e a UTAM, foi alvo de Despacho Conjunto dos Ministérios das Finanças e da Saúde, o qual estabelece os princípios e procedimentos de articulação entre estas entidades, nomeadamente em relação às atividades de planeamento e orçamento, acompanhamento e avaliação das EPE que integram o SNS. Nessa sequência, a ACSS e a UTAM consensualizaram um Relatório de Análise único que avalia as dimensões de funcionamento das EPE e que apresenta à Tutela a proposta de parecer conjunto sobre o PAO.

O incumprimento destes prazos, determina que serão as ARS a definir, unilateralmente, e após auscultação da ACSS, a proposta de produção, as metas dos objetivos de qualidade e eficiência (definidos em função dos valores de referência disponibilizados pela ACSS) e a estrutura de gastos e rendimentos a incluir no Contrato-programa a homologar pelos Ministérios da Saúde e das Finanças.

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

Limites máximos a contratualizar com os Hospitais e Centros Hospitalares EPE, por ARS, em 2021:

ENTIDADE	2021
ARS Norte	1 968 969 245 €
ARS Centro	995 515 978 €
ARS LVT	2 164 026 825 €
ARS Alentejo	93 315 629 €
ARS Algarve	224 506 075 €
Total Nacional para Hospitais/CH	5 446 333 752 €

Não podem ser ultrapassados os limites globais de financiamento alocados a cada ARS para os Contratos-programa de 2021, pelo que devem ser respeitados os valores definidos.

Por outro lado, os valores a afetar às várias instituições que integram a área da influência de cada ARS, no âmbito do processo negocial definido no cronograma apresentado no número anterior, podem ser ajustados, desde que respeitada a dotação global alocada a cada ARS.

2.5. CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA NOS CUIDADOS HOSPITALARES - REGRAS DE CONTRATAÇÃO E PAGAMENTO PARA 2021

O compromisso assistencial a contratualizar para 2021 engloba a atividade realizada aos beneficiários do SNS¹⁴, estando vertido no Acordo Modificativo para 2021 que é negociado entre a ACSS, as ARS territorialmente competentes e as EPE e registado no Portal Sica.

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

A. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS:

- A.1. A pessoas com doença em situação aguda.
- A.2. Em programas de saúde específicos.
- A.3. A doentes a viver com patologias crónicas ou raras.
- A.4. Em Centros de Referência.
- A.5. Em Centros de Responsabilidade Integrados.
- 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 instituições do grupo;
- B.3. À avaliação de resultados na ótica dos utentes.

C. PENALIDADES.

Adicionalmente definem-se outras vertentes do Contrato-programa para 2021, nomeadamente:

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

Nos pontos seguintes são desenvolvidas cada uma destas áreas e princípios orientadores para 2021.

¹⁴ Incluindo os beneficiários da ADSE, SAD-GNR, SAD-PSP, IASFA, Imprensa Nacional Casa da Moeda, Caixa Geral de Depósitos, Migrantes residentes com n.º de utente, Acordo – Brasil, Convenção – Cabo Verde Bolseiros, Evacuados de Angola, Evacuados Cabo-Verde, Evacuados Guiné-Bissau, Evacuados S. Tomé e Príncipe, Evacuados Moçambique, Em situação irregular – Cuidados urgentes e vitais, Menor em situação irregular, Nacionais da Noruega, Dinamarca e Reino Unido, Cidadãos residentes nos Açores e Madeira, Requerentes de Asilo e Estatuto de Refugiado.

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

2.5.1.1. INTERNAMENTO HOSPITALAR

Para 2021, 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.

Manter-se-á a utilização de um ICM único no internamento, para atividade médica e cirúrgica, assim como um único preço base para todas as instituições, que será de 2.759 €.

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 do doente.

Internamento e ambulatório médico e cirúrgico	Preço
Preço base	2.759 €
Internamento de doentes crónicos (diária)	Preço
Psiquiatria *	43 €
Psiquiatria - Reabilitação Psicossocial	43 €
Crónicos ventilados	256 €
Medicina Física e Reabilitação	215 €
Medicina Física e Reabilitação em Centros Especializados	294 €
Hansen	75 €

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

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

2.5.1.2. ATIVIDADE CIRÚRGICA

No âmbito da contratação da atividade cirúrgica, manter-se-á a coexistência, em 2021, de duas medidas que visam aumentar a capacidade de resposta cirúrgica das instituições do SNS, nomeadamente:

- i) *Programa de Incentivo à Realização de Atividade Cirúrgica no SNS, no âmbito da GPRSNS, que funciona de acordo com as regras SIGIC, com antecipação do prazo de transferência para Hospitais de destino, para as situações classificadas em prioridade normal.*

Incentiva-se a utilização do mecanismo de Transferência de Responsabilidade por Acordo previsto no SIGIC, que consiste na transferência de utentes entre instituições públicas do SNS por conveniência justificada do utente ou por iniciativa do hospital de origem, pressupondo a transferência integral da responsabilidade relativa ao plano terapêutico prescrito, incluindo todos os exames, consultas e tratamentos que sejam necessários antes ou após a cirurgia, e respeita os termos explicitados na Circular Informativa n.º 10/2017/UGA/ACSS, de 8 de maio.

A atividade realizada ao abrigo deste mecanismo, é considerada no âmbito da produção do Contrato-programa, para a instituição que a realiza.

ii) *Responsabilização financeira do hospital de origem pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados.*

- ÂMBITO DA RESPONSABILIDADE FINANCEIRA DOS HOSPITAIS DO SNS

a) Os Hospitais, Centros Hospitalares e 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 Lista de Espera Cirúrgica (LIC), respeitando as regras definidas para o SIGIC, plasmadas no respetivo manual (MGIC), em diversa Linhas Diretas publicadas, em Circulares e em outros normativos.

b) O referido na alínea anterior não se aplica aos hospitais em parceria público-privada (PPP) ou aos hospitais privados com acordos no âmbito do SIGIC, mantendo-se a responsabilidade financeira nas ARS.

c) A atividade cirúrgica a contratar com as instituições hospitalares deve considerar a atividade cirúrgica que permita responder à sua LIC, no contexto das orientações específicas emanadas, a realizar internamente ou externamente por terceiros.

d) A atividade cirúrgica realizada por um hospital de destino, na sequência da emissão de uma Nota de Transferência proveniente de outro hospital do SNS (transferência de acordo com as regras do SIGA SNS), não está abrangida pelo Contrato-programa, sendo, nessa medida, considerada uma atividade e um proveito extra Contrato do hospital de destino, e será faturada nos termos seguintes:

- PREÇOS A CONTRATAR

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

f) A atividade realizada e considerada como proveito extra Contrato-programa do hospital de destino é faturada pelo valor do GDH referido na Portaria que define a tabela de preços em vigor no SNS ¹⁵, de acordo com as regras ali constantes.

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

g) A circulação dos utentes, as regras de faturação da atividade e os fluxos financeiros decorrentes da transferência de um utente para outro hospital do SNS, no âmbito do programa SIGIC, regem-se pelas normas e procedimentos previstos na Circular Normativa n.º 16/2018, de 18 de agosto, e na Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, revista pela Portaria n.º 254/2018, de 7 de setembro, com as orientações constantes das Linhas diretas SIGIC que são emanadas pela Unidade de Gestão do Acesso (UGA) da ACSS.

¹⁵ A Portaria n.º 254/2018, de 7 de setembro, que altera a Portaria n.º 207/2017 de 11 de julho, que aprova os Regulamentos e as tabelas de Preços das instituições e serviços integrados no SNS e define os preços e condições em que se pode efetuar a remuneração da produção adicional realizada pelas equipas.

2.5.1.3. 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 calculados com base na produção de 2015.

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

Para 2021 reforçam-se os objetivos de melhoria do seguimento dos doentes crónicos e da articulação entre as entidades do SNS, no sentido de reduzir os internamentos hospitalares evitáveis, nomeadamente aqueles que estão relacionados com internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório, ou seja, com patologias que podem e devem ser prevenidas e/ou tratadas ao nível dos cuidados de primeira linha, mas que acabam por ser tratados em internamento hospitalar (e.g. asma, diabetes, DPOC, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca), originando assim a prestação de cuidados de saúde de internamento hospitalar que seriam evitáveis.

2.5.1.4. CONSULTAS EXTERNAS

A atividade realizada em consulta externa está dependente da complexidade dos serviços prestados por cada instituição, a qual será registada de forma sistematizada no âmbito do projeto de atribuição de códigos de diagnóstico às consultas externas e urgência (ACODCEU).

Para 2021, estará em vigor o princípio de Livre Acesso e Circulação (LAC)¹⁶ dos utentes no SNS, que orienta o acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar referenciada pelos cuidados primários, e que possibilita que o utente, em conjunto com o médico de família responsável pela referenciação, possa optar por qualquer hospital do SNS para realização de uma consulta de especialidade, consultando informação sobre:

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

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

Para além da 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 2021, o agrupamento das entidades em sete grupos de financiamento:

¹⁶ O LAC foi aprovado pelo Despacho n.º 6170-A/2016, de 6 de maio, do Ministro da Saúde.

GRUPO A Hospital Cantanhede Hospital Ovar Hospital Gama Pinto *	GRUPO B Hospital Santa Maria Maior CH Médio Ave CH Póvoa do Varzim /Vila do Conde Hospital Figueira da Foz CH Oeste ULS Castelo Branco ULS Nordeste ULS Guarda ULS Litoral Alentejano	GRUPO C CH Tâmega e Sousa CH Entre Douro e Vouga CH Baixo Vouga CH Universitário Cova da Beira CH Leiria CH Barreiro / Montijo CH Médio Tejo CH Setúbal Hospital Santarém Hospital Sra. da Oliveira ULS Alto Minho ULS Matosinhos ULS Baixo Alentejo ULS Norte Alentejano
GRUPO D CH Vila Nova de Gaia / Espinho CH Trás-os-Montes /AD Hospital de Braga CH Tondela Viseu Hospital Garcia de Orta Hospital Fernando Fonseca Hospital do Espírito Santo Évora CH Universitário do Algarve	GRUPO E CH Universitário do Porto CH Universitário de S. João CH Universitário de Coimbra CH Universitário de Lisboa Central CH Universitário de Lisboa Norte CH Lisboa Ocidental	GRUPO F IPO Porto IPO Coimbra IPO Lisboa
GRUPO G Hospital Rovisco Pais **		
GRUPO PSIQUIÁTRICOS Hospital Magalhães Lemos CH Psiquiátrico de Lisboa		

*O Instituto Gama Pinto é um hospital especializado na área da Oftalmologia.

** O CMR Rovisco Pais é um hospital especializado na área da medicina de reabilitação. Os preços do Grupo G aplicam-se apenas à atividade de ambulatório de Medicina Física e Reabilitação, realizada nos centros especializados de reabilitação integrados no CHUA e no CHVNGE.

Aplica-se, ainda, em 2021, a regra que associa o pagamento das consultas de acordo com um *Índice de Consultas Subsequentes*. 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, nos seguintes termos:

Consultas Subsequentes / Primeira Consultas	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E	Grupo F
Valor do 2º Quartil (Mediana)	1,34	1,93	2,26	2,40	2,85	4,24
Valor do 1º Quartil (Eficiente)	1,17	1,83	1,91	2,27	2,74	3,29

*2015 a 2019

O *Índice de Consultas Subsequentes* não é aplicado ao Grupo F para 2021, devido às elevadas taxas de variação anual e disparidade de valores entre Hospitais do Grupo.

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 de saúde primários através do SIGA, terão o seu preço majorado em 10%, no ano de 2021.

Adicionalmente, as teleconsultas¹⁷ médicas realizadas em tempo real¹⁸, com ou sem a presença do utente (incluindo os casos de teleconsultas sem presença do utente no âmbito das urgências metropolitanas) são majoradas em 10%, independentemente de serem primeiras consultas ou subsequentes. Com particular relevância para esta linha reforça-se que não são aplicáveis critérios de acesso com base na residência do utente, ou seja, o pagamento das teleconsultas não se encontra associado à residência.

Dando cumprimento ao Programa Nacional de Saúde Mental, as consultas de psiquiatria realizadas na comunidade são majoradas em 10%, sejam elas primeiras consultas ou consultas subsequentes.

Para 2021 continuará a ser realizado o acompanhamento da atividade relacionada com as “altas clínicas das consultas externas”, de maneira a fomentar a transferência de cuidados para os níveis mais adequados e obter evidência sobre as práticas de acompanhamento dos doentes nos hospitais.

Consultas Externas	Preço
Grupo A	39 €
Grupo B	42 €
Grupo C	46 €
Grupo D	72 €
Grupo E	75 €
Grupo F	112 €
Grupo G *	117 €
Hospitais Psiquiátricos	104 €

*Atividade de ambulatório que inclui uma consulta médica e, no mínimo, 3 tratamentos de MFR

Não serão contratados episódios de consultas que estejam incluídos em modalidades de pagamento por doente tratado, já que estes episódios são remunerados no âmbito dessas modalidades de pagamento.

2.5.1.5. CONSULTAS HOSPITALARES DESCENTRALIZADAS

A realização de consultas médicas de especialidades hospitalares nos cuidados de saúde primários, nos serviços prisionais ou em outras estruturas na comunidade, 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 oftalmologia, a obstetrícia, a pediatria, a ginecologia, a medicina física e de reabilitação e a infeciologia, por exemplo) e em áreas

¹⁷ Teleconsulta: consulta realizada à distância com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados (inclui videochamada, telefone móvel ou fixo, correio eletrónico e outros meios digitais), com registo opcional no equipamento e obrigatório no processo clínico do utente. A teleconsulta pode ser feita em tempo real com a presença do utente numa outra localização ou em tempo diferido com dados recolhidos na presença do utente, sendo estes enviados para uma entidade recetora que os avaliará e sobre eles se pronunciará posteriormente.

¹⁸ Consulta prestada de forma síncrona por um ou vários profissionais de saúde.

geográficas concretas, obedecendo sempre a protocolos clínicos bem definidos, pelo que se dá continuidade a esta linha de atividade no ano de 2021, majorando os preços praticados.

Consultas Hospitalares Descentralizadas	Preço
Primeiras consultas e subsequentes	Preço do Grupo, com majoração de 20%

2.5.1.6. ATENDIMENTOS URGENTES

Para 2021, e continuando a procurar 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) continuará a efetuar-se de acordo com a modalidade de pagamento introduzida em 2016, que engloba três componentes cumulativas:

A - 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 (SUP, SUMC ou SUB) e a atividade assistencial prevista, considerando a estrutura definida para o respetivo Serviço de Urgência e os valores assistenciais médios expectáveis para cada tipologia, de acordo com a capacidade produtiva e o histórico de atividade realizada.

B - COMPONENTE DE VALOR EM FUNÇÃO DO DESEMPENHO

Mantém-se a atribuição de 5% da componente de valor fixo, a qual fica dependente da avaliação dos seguintes indicadores, efetuada através do Índice de Desempenho do Serviço Urgência, calculado nos moldes técnicos do Índice de avaliação dos incentivos globais do Contrato-programa de 2021:

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

C - COMPONENTE DE VALOR VARIÁVEL

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

Fruto da modalidade de pagamento referida, os preços a pagar em 2021 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	1.470.000 €	1 €
Serviço Urgência Médico-Cirúrgica	100.000 episódios	5.220.000 €	5 €
Serviço Urgência Polivalente	170.000 episódios	17.750.000 €	10 €

* 5% do montante correspondente a disponibilidade de serviço, fica dependente do Índice de Desempenho do Serviço de Urgência.

Os valores apresentados na tabela anterior representam a atividade média expectável para cada tipologia de Serviço de Urgência, considerando a estrutura de oferta definida na Rede de Urgências e Emergências, e o volume de financiamento a atribuir em 2021 a cada instituição na componente de valor fixo corresponde à aplicação do índice que posiciona estes Serviços em relação a estes valores médios.

Durante o ano de 2021 será generalizado o número de protocolos de articulação entre os hospitais e os cuidados de saúde primários para encaminhamento e seguimento de doentes triados com prioridades de atendimento mais baixas (verdes e azuis).

Serão ainda monitorizados os seguintes indicadores de acesso e desempenho assistencial:

- Tempo de permanência no Serviço de Urgência (entre a admissão administrativa e a alta de urgência).
- Taxa de abandono do Serviço de Urgência.
- Taxa de doentes que permanecem no Serviço de Urgência por período > 6 horas.

2.5.1.7. OXIGENAÇÃO POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO)

Em 2021 mantém-se uma modalidade de pagamento específica para o projeto de integração de emergência pré-hospitalar com Centro ECMO para assistência à paragem cardiocirculatória extra-hospitalar refratária em centros de ECMO definidos¹⁹, nomeadamente o Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE, o Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE o Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE e o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE²⁰.

ECMO	Preço
ECMO – Preço Doente	21.606 €

¹⁹ Nos termos do Despacho n.º 9063/2017, publicado em Diário da República, 2.ª série, N.º 198, de 13 de outubro de 2017.

²⁰ Nos termos do Despacho n.º 9731/2018, publicado em Diário da República, 2.ª série, N.º 200, de 17 de outubro de 2018.

2.5.1.8. SESSÕES DE HOSPITAL DE DIA

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

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

Sessões de Hospital de Dia	Preço
Base	21 €
Psiquiatria	32 €
Psiquiatria (Unidade Sócio-Ocupacional)	32 €
Hematologia	309 €
Imunohemoterapia	309 €

2.5.1.9. SESSÕES DE RADIOTERAPIA

Para 2021 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, aos tratamentos IMRT - Radioterapia de Intensidade Modulada e radioterapia exteriorotóxica fracionada), dando assim continuidade à recomendação do Grupo de Trabalho, constituído pela ACSS e por hospitais públicos com esta valência, que propôs que estes tratamentos tivessem uma linha de atividade autónoma.

Sessões de Radioterapia	Preço
Tratamentos simples	110 €
Tratamentos complexos	264 €

2.5.1.10. CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

O desenvolvimento de respostas no domicílio é um dos objetivos a incentivar no SNS, mantendo-se em 2021 a valorização da atividade domiciliária efetuada em duas linhas de produção distintas:

2.5.1.10.1. ATIVIDADE HOSPITALAR NO DOMICÍLIO

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

Serviço domiciliário	Preço
Consultas domiciliárias	40 €

2.5.1.10.2. HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

A hospitalização domiciliária incide sobre a fase aguda da doença ou de agudização de doença crónica, consistindo na prestação de cuidados de intensidade e complexidade equivalentes à do internamento hospitalar, durante um período limitado.

As respostas das Unidades de Hospitalização Domiciliária no SNS²¹, aplicam-se, prioritariamente, a determinadas patologias elegíveis²² e têm de seguir os critérios de inclusão e exclusão de doentes definidos na Norma emitida pela Direção-Geral da Saúde, assegurando a continuidade dos cuidados aos doentes, em articulação com os cuidados de saúde primários, com as respostas da RNCCI, do setor social e da comunidade.

Esta atividade encontra-se regulada em matéria de conceitos, registos administrativos, clínicos e regras de codificação clínica e de faturação, no Modelo de Acompanhamento das Unidades de Hospitalização Domiciliária, divulgado através do Ofício-circular n.º 40187/2020/DPS/ACSS²³, que também define as rotinas de acompanhamento da atividade realizada e os procedimentos e métricas de aferição da qualidade dos cuidados prestados.

	Preço
Hospitalização domiciliária	2.759 € X ICM

Durante o ano de 2021 será prosseguido o objetivo de generalização e certificação das Unidades de Hospitalização Domiciliária, de acordo com o modelo da DGS em vigor, podendo vir a ser refletido no financiamento futuro desta atividade.

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

2.5.2.1. PROGRAMA APOIO HOSPITALAR AOS RASTREIOS BASE POPULACIONAL: COLO DO ÚTERO E CÓLON E RETO

O Despacho n.º 8254/2017, de 18 de setembro, estabelece os critérios técnicos para os rastreios oncológicos de base populacional realizados no SNS, nomeadamente no que diz respeito ao recrutamento e métodos de seleção.

²¹ Nos termos do Despacho n.º 9323-A/2018, publicado em Diário da República, 2.ª série, N.º 191, de 3 de outubro de 2018.

²² Como patologias preferenciais indicam-se: - Patologia infecciosa aguda que requer tratamento antibiótico parentérico: infeção urinária, infeção respiratória, infeção da pele e tecidos moles, colecistite aguda, diverticulite aguda, endocardite, espondilodiscite e outras controláveis no domicílio; - Patologia crónica agudizada: doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, cirrose hepática e outras controláveis no domicílio; - Cuidados no pós-operatório como parte de um protocolo de transição de cuidados, ou no tratamento de patologia médica crónica descompensada no contexto pós-cirurgia; - Doença oncológica ou processo orgânico degenerativo em situação terminal que requer cuidados paliativos intensivos e/ou especializados.

²³ Acessível em <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/07/Modelo-Acompanhamento-Hospitalizacao-Domiciliaria-SNS.pdf>

De forma a sustentar a realização de rastreios de base populacional no SNS, em concreto para as patologias oncológicas do colo do útero e cólon e reto, continua a vigorar em 2021 uma modalidade de pagamento da atividade hospitalar que suporta o funcionamento dos programas de rastreio realizados nos cuidados de saúde primários, assegurando-se a qualidade dos procedimentos realizados no SNS e uniformizando as regras de pagamento da atividade de rastreios a nível nacional.

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

- Cólon e reto - Inclui todos os MCDT envolvidos no rastreio, realizados após resultado positivo da pesquisa de sangue oculto nas fezes;
- Colo do útero – Inclui os MCDT envolvidos no rastreio, implicando a realização de Genotipagem de Papiloma vírus Humano (HPV) por métodos de PCR, sendo excetuada a colheita realizada pelos ACES.

Apoio hospitalar ao rastreio oncológico	Preço
Cancro do Cólon e reto (apoio ao rastreio)	397 €
Cancro do Colo do útero (apoio ao rastreio)	71 €

2.5.2.2. PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

A linha de atividade Diagnóstico Pré-Natal prevê a utilização de centros de referência no acompanhamento das grávidas seguidas nos cuidados primários, através da realização da ecografia da 14.^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), aos quais se aplicam os seguintes preços.

Diagnóstico pré-natal	Preço
Protocolo I	40 €
Protocolo II	104 €*

* Inclui ecografia morfológica do 2º trimestre, realizada em instituições e por profissionais com competência reconhecida.

2.5.2.3. PROGRAMA PARA PROcriação Medicamente Assistida (PMA)

Mantém-se, em 2021, o Programa de Saúde específico, que envolve os hospitais do SNS para melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento da infertilidade, o qual foi estabelecido em conjunto pela ACSS e DGS e considera 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 Primeiras Consultas Médicas de apoio à fertilidade	92 €
Financiamento ciclos IO	140 €
Financiamento ciclos IIU	352 €
Financiamento ciclos FIV	2.203 €
Financiamento de ciclos ICSI	2.423 €
Financiamento ciclos ICSI com espermatozoides recolhidos cirurgicamente	3.084 €

2.5.2.4. BANCO DE GÂMETAS

Em 2021 mantém-se o financiamento de duas linhas de atividade específicas no Contrato-programa, destinadas a financiar a atividade desenvolvida pelo Banco de Gâmetas do SNS, sedado no Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP) e pelos dois Centros Afiliados, instalados no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central e no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

O Banco de Gâmetas sedado no CHUP, com responsabilidade pela gestão global do *stock* de Gâmetas, permite assegurar diversidade de stock, com maior capacidade de resposta a diferentes critérios (raça, tipo de sangue, entre outros), maior aleatoriedade na utilização dos gâmetas e com menores riscos. Por seu lado, os Centros Afiliados permitem aumentar a capacidade de recolha.

Banco de Gâmetas	Preço *
Colheita de Gâmetas Masculinas	1.475 €
Colheita de Gâmetas Femininas	2.966 €

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

2.5.2.5. PROGRAMA PARA A REDUÇÃO DA TAXA DE CESARIANAS

A Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas (CNRTC) propôs a definição de metas para a taxa de cesarianas nos hospitais do SNS, com repercussão no financiamento hospitalar.

Sublinha-se que a realização de uma cesariana pode trazer benefícios de saúde inequívocos para a grávida e para o seu filho, mas a sua utilização abusiva sem motivos clínicos acarreta riscos acrescidos para ambos. Assim, define-se que o pagamento dos episódios de internamento com cesariana (x) é indexado à taxa de cesarianas, nomeadamente:

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

Aos hospitais com taxas de cesariana, em 2020, iguais ou superiores aos limites máximos da fórmula anterior, 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

A ACSS divulga no *microsite* «Monitorização SNS» e no Portal do SNS a informação referente a “Indicadores de qualidade assistencial obstétrica” de cada hospital do SNS.

2.5.2.6. PROGRAMA “NASCER UTENTE”

Em 2021, e na sequência da operacionalização dos projetos “Nascer Utente” e “Notícia Nascimento”²⁴, determina-se que o pagamento dos episódios de parto, estará dependente da confirmação de existência de registo na plataforma “Notícia de Nascimento”, salvo nos casos de exceção previstos.

2.5.2.7. PROGRAMA PARA INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

Ainda no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva é considerada a linha de atividade Interrupção Voluntária da Gravidez até às 10 semanas de gestação, praticando-se em 2021 os seguintes preços.

Interrupção voluntária da gravidez	Preço
IVG medicamentosa até às 10 semanas	297 €
IVG cirúrgica até às 10 semanas	387 €

2.5.2.8. PROGRAMA TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE (PTCO)

A Cirurgia para a Obesidade é uma técnica terapêutica válida para um conjunto de situações bem estabelecidas, sendo essencial assegurar o cumprimento de tempos de resposta adequados.

A abordagem é multidisciplinar envolvendo equipas de gastroenterologia, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, cirurgiões especializados, e requer meios apropriados, existentes em alguns hospitais.

Esta realidade leva à manutenção de um programa de financiamento específico desta atividade, integrado no Contrato-programa 2021, o qual visa garantir o acesso atempado do doente com obesidade grave à necessária prestação de cuidados de qualidade, por um período nunca inferior a três anos.

A Portaria n.º 245/2018, de 3 de setembro, veio aprovar o regulamento que estabelece as condições de acesso de doentes e entidades, bem como os preços e as prestações de saúde a realizar, pelas instituições reconhecidas pela DGS como centro de tratamento cirúrgico de obesidade (CTCO).

- DEFINIÇÃO DE PREÇOS COMPREENSIVOS:

PTCO – Modelo 1	Preço
Pré-avaliação e cirurgia bariátrica (Banda Gástrica)	3.377 €
1º ano de follow-up	563 €
2º ano de follow-up	563 €
3º ano de follow up	1126 €
PTCO – Modelo 2	Preço
Pré-avaliação e cirurgia bariátrica (Bypass Gástrico)	4.295 €
1º ano de follow-up	716 €
2º ano de follow-up	716 €
3º ano de follow up	1432 €

²⁴ O Despacho n.º 6744/2016, de 23 de maio, estabeleceu as disposições sobre o programa de simplificação administrativa no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e do Programa Nacional de Vacinação.

PTCO Outras Técnicas – Modelo 1	Preço
Outras Técnicas (Gastrectomia Linear Vertical)	3.377 €
1º ano de follow-up	563 €
2º ano de follow-up	563 €
3º ano de follow up	1126 €
PTCO Outras Técnicas – Modelo 2	Preço
Outras Técnicas (Derivações Bílio-Pancreáticas e Transposição Duodenal)	4.295 €
1º ano de follow-up	716 €
2º ano de follow-up	716 €
3º ano de follow up	1432 €

2.5.3. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A PESSOAS A VIVER COM PATOLOGIAS CRÓNICAS

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

Para impulsionar estes modelos, definiu-se que a modalidade de financiamento do tratamento de algumas patologias evoluísse para um modelo baseado na unidade "doente em tratamento"²⁵.

Em 2021 dá-se continuidade aos programas de tratamento no âmbito de doenças crónicas e raras, nomeadamente:

2.5.3.1. PROGRAMA DE TRATAMENTO DE DOENTES COM DISPOSITIVOS DE PERFUSÃO SUBCUTÂNEA CONTÍNUA DE INSULINA

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 os dispositivos de perfusão subcutânea contínua de insulina (PSCI).

Em 2021, esta prestação de cuidados mantém-se integrada nos Contratos-programa hospitalares, havendo lugar a contratação com os CT de acordo com as prioridades de atribuição de dispositivos e com a aferição de indicadores de qualidade definidos pelo PND, praticando-se 2 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 de 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.

²⁵ Estas modalidades por "doente em tratamento" caracterizam-se por ser aplicadas em doenças raras e onerosas ou em patologias complexas em que o tratamento implica o percurso por várias linhas de atividade, e em que é possível a "normalização" e tipificação dos cuidados.

- 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
Doentes Novos (Doente Equivalente/Ano)	1.547 €
Doentes em seguimento (Doente Equivalente/Ano)	1.092 €

2.5.3.2. PROGRAMA DE TRATAMENTO AMBULATORIO DE PESSOAS PORTADORAS DE INFEÇÃO PELO VÍRUS HEPATITE C

O tratamento disponível para doentes com hepatite C crónica implica o acesso a terapêuticas dispensadas exclusivamente em farmácia hospitalar e associadas a custos elevados.

Para 2021 pratica-se um preço por doente tratado (indivíduo) que considera apenas a componente terapêutica, abrangendo-se todos os genótipos associados à patologia.

Tratamento Doentes com Hepatite C	Preço
Preço por doente tratado	6.922 €

Entende-se como doente tratado aquele que realizou o tratamento terapêutico completo, independentemente do resultado clínico (RVS ou falência terapêutica). Em caso de necessidade de realização de um novo tratamento, por falência terapêutica do primeiro, aplica-se o mesmo preço.

O valor contratado para 2021 nesta linha de atividade destina-se exclusivamente ao pagamento do tratamento de doentes com esta patologia, não podendo ser utilizado para outro fim, de forma a assegurar a acessibilidade a estes tratamentos a nível nacional.

Sempre que se justificar, este preço poderá ser objeto de reavaliação durante o ano de 2021, devendo para o efeito, a ACSS articular-se com a DGS, o INFARMED e a SPMS.

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

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

A modalidade de pagamento só é aplicável às instituições que seguem pessoas que vivem com VIH de acordo com a Rede Nacional Hospitalar de Referência para a Infeção por VIH e apenas se

consideram como elegíveis para pagamento os doentes devidamente registados no SI.Vida, conforme o disposto no Despacho n.º 8379/2017, de 19 de setembro, praticando-se os seguintes preços.

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

O valor contratado para 2021 nesta linha de atividade destina-se exclusivamente ao pagamento do tratamento de doentes com esta patologia, não podendo ser utilizado para outro fim, de forma a assegurar a acessibilidade a estes tratamentos a nível nacional.

Sempre que se considerar oportuno, este preço poderá ser objeto de reavaliação durante o ano de 2021, devendo para o efeito, a ACSS articular-se com a DGS, o INFARMED e a SPMS.

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

Para 2021, a modalidade de pagamento na área da hipertensão arterial pulmonar mantém um preço por doente tratado para três estadios da patologia: (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 €

2.5.3.5. PROGRAMA DE TRATAMENTO AMBULATORIO DE PESSOAS A VIVER COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

Para 2021, a modalidade de pagamento na área da Esclerose Múltipla mantém um preço por doente tratado ano que considera doentes em tratamento em diferentes estadios 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.

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 €

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

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

Para o cancro da mama, do colo do útero e do colon e reto, são elegíveis no âmbito deste programa, em 2021, as seguintes sete instituições (excetuam-se o colon e reto, onde se consideram também os CRe formalmente aceites): Instituto Português de Oncologia do Porto, de Coimbra e de Lisboa, Centro Hospitalar Universitário de São João, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte e Hospital do Espírito Santo, Évora.

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

Para o cancro da próstata, do pulmão e para o mieloma, são elegíveis no âmbito deste programa, em 2021, o IPO do Porto, de Coimbra e de Lisboa, o Centro Hospitalar Universitário de São João, o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra e o Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Tratamento de novos doentes com patologia oncológica	Preço
Cólon e reto (primeiro ano)/Eq. Ano	11.867 €
Cólon e reto (segundo ano)/Eq. Ano	5.245 €
Colo do útero (primeiro ano)/Eq. Ano	12.624 €
Colo do útero (segundo ano)/Eq. Ano	3.729 €
Mama (primeiro ano)/Eq. Ano	10.318 €
Mama (segundo ano)/Eq. Ano	4.141 €
Mieloma (primeiro ano)/Eq. Ano	26.123 €
Mieloma (segundo ano)/Eq. Ano	11.221 €
Próstata (primeiro ano)/Eq. Ano	6.630 €
Próstata (segundo ano)/Eq. Ano	1.812 €
Pulmão (primeiro ano)/Eq. Ano	17.746 €
Pulmão (segundo ano)/Eq. Ano	4.617 €

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

2.5.3.7. PROGRAMA TRATAMENTO DOENTES COM POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR (PARAMILOIDOSE)

No âmbito do programa para disponibilização do medicamento Tafamidis a doentes com Polineuropatia Amiloidótica Familiar em estadio 1 (PT-PAF1), apenas podem tratar os doentes o Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE e o Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE, 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 €

2.5.3.8. PROGRAMA DE TRATAMENTO A DOENTES PORTADORES DE DOENÇAS LISSOSSOMAS DE SOBRECARGA (DLS)

Para 2021, mantém-se a existência de CRe das DLS, com os quais os centros de tratamento de proximidade (CTP) dos doentes se articulam, devendo depender do ponto de vista clínico e técnico da orientação dos CRe, assim como a prescrição dos medicamentos e monitorização dos consumos deve ser efetuada através de instrumentos eletrónicos no âmbito da Comissão Coordenadora do Tratamento das Doenças Lisossomais de Sobrecarga (CCTDLS).

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

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

As instituições devem assegurar a necessária colaboração para a implementação do presente modelo de articulação e os preços a praticar em 2021 são os seguintes:

Tratamento de doentes DLS em Centros de Referência (doentes do próprio CRe)	Preço
Financiamento FABRY / Eq. Ano	119.485 €
Financiamento POMPE / Eq. Ano	196.668 €
Financiamento GAUCHER / Eq. Ano	181.373 €
Financiamento NIEMANN-PICK / Eq. Ano	74.086 €
Financiamento MPS I – Hurler / Eq. Ano	171.037 €
Financiamento MPS II – Hunter / Eq. Ano	411.356 €
Financiamento MPS VI – Maroteaux Lamy / Eq. Ano	385.325 €

Tratamento de doentes DLS em Centros de Referência (doentes dos CTP)	Preço
Financiamento FABRY / Eq. Ano	117.915 €
Financiamento POMPE / Eq. Ano	195.067 €
Financiamento GAUCHER / Eq. Ano	179.281 €
Financiamento NIEMANN-PICK / Eq. Ano	72.567 €
Financiamento MPS I – Hurler / Eq. Ano	168.147 €
Financiamento MPS II – Hunter / Eq. Ano	408.466 €
Financiamento MPS VI – Maroteaux Lamy / Eq. Ano	382.435 €
Tratamento de doentes DLS em CTP	Preço
Financiamento FABRY / Eq. Ano	1.601 €
Financiamento POMPE / Eq. Ano	1.632 €
Financiamento GAUCHER / Eq. Ano	2.123 €
Financiamento NIEMANN-PICK / Eq. Ano	1.550 €
Financiamento MPS I – Hurler / Eq. Ano	2.921 €
Financiamento MPS II – Hunter / Eq. Ano	2.921 €
Financiamento MPS VI – Maroteaux Lamy / Eq. Ano	2.921 €

2.5.3.9. PROGRAMA PARA COLOCAÇÃO DE IMPLANTES COCLEARES

Considerada a Norma de Orientação Clínica da DGS sobre Rastreio e Tratamento da Surdez com Implantes Cocleares em Idade Pediátrica, mantém-se, em 2021, a modalidade de pagamento por doente tratado que incentiva a implantação coclear, designadamente, a implantação bilateral e simultânea na idade pediátrica.

O valor definido para esta modalidade de pagamento destina-se a financiar o dispositivo eletrónico implantado cirurgicamente, acrescendo à faturação do episódio de GDH cirúrgico, por doente equivalente.

Programa para colocação de implantes cocleares	Preço
Implante coclear unilateral	19.688 €
Implante coclear bilateral	34.125 €

2.5.3.10. PROGRAMA TELEMONTORIZAÇÃO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (DPOC)

Para 2021, mantém-se a modalidade de pagamento para a monitorização remota de doentes com DPOC, que seguem um protocolo domiciliário pré-estabelecido, de acordo com os critérios de inclusão e os objetivos definidos para este Programa.

As Instituições que integram este Programa são definidas pelas ARS respetivas, em conjunto com a ACSS, e os preços a praticar são:

Tratamento de doentes em PPT-DPOC	Preço
Financiamento PPT-DPOC (Elementos Telemonitorização)	1.361 €
Financiamento PPT-DPOC (Doente Eq. Ano)	2.156 €

2.5.3.11. 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.

Mantém-se, em 2021, o Programa de Telemonitorização do *status* pós EAM, tendo como objetivos a prevenção de readmissões hospitalares e a melhoria da sobrevida.

As Instituições que integram este Programa são definidas pelas ARS, em conjunto com a ACSS, praticando-se os seguintes preços:

Tratamento de doentes do status pós EAM	Preço
Financiamento PPT-EAM (Elementos Telemonitorização)	3.561 €
Financiamento PPT-EAM (Doente Eq. Ano)	1.409 €

2.5.3.12. 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. Nesse sentido, continuará a existir, durante o ano de 2021, o Programa de Telemonitorização da ICC. As Instituições que integram este Programa são definidas pelas ARS respetivas, em conjunto com a ACSS, e os preços a praticar são os seguintes:

Tratamento de doentes com insuficiência cardíaca crónica	Preço
Financiamento PPT-ICC (Elementos Telemonitorização)	1.702 €
Financiamento PPT-ICC (Doente Eq. Ano)	1.409 €

2.5.3.13. PROGRAMA PILOTO DE TRATAMENTO DE DOENTES COM PERTURBAÇÃO MENTAL GRAVE

Mantém-se, em 2021, a modalidade de pagamento que estabelece um preço por doente tratado por ano que abrange o internamento, consultas e MCDT (incluindo na comunidade), e medicamentos associados ao tratamento de doentes em consulta e/ou hospital de dia. O programa abrange Psicoses

esquizofrénicas, Psicoses afetivas e Psicoses não orgânicas de acordo com a codificação ICD-10, considerando novos doentes diagnosticados ou doentes já em tratamento com estas patologias.

São excluídos doentes residentes (com tempo de internamento superior a 6 meses) e são elegíveis para 2021 as seguintes instituições piloto: Hospital de Magalhães Lemos, EPE, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE, Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE, e Hospital do Espírito Santo, Évora, EPE e os preços são os seguintes:

Tratamento de Perturbação Mental Grave	Preço
Psicoses esquizofrénicas (Doente Eq. Ano)	1.595 €
Psicoses afetivas (Doente Eq. Ano)	1.087 €
Psicoses não orgânicas (Doente Eq. Ano)	839 €

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

Para o ano de 2021, continuará a vigorar o definido na Circular Normativa n.º 13/2014, de 6 de fevereiro e nas Circulares Informativas n.º 10/2014, de 31 de março e n.º 17/2015, de 27 de abril.

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.

Os preços a praticar no âmbito deste Programa no ano de 2021 são os seguintes:

Tratamento de doentes mentais internados em Instituições do Setor Social	Preço
Preço da diária	43 €

2.5.4. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM CENTROS DE REFERÊNCIA

Os Centros de Referência (CRe) são reconhecidos pelas competências na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência, devido à baixa prevalência da doença, à complexidade no seu diagnóstico ou tratamento ou aos custos elevados da mesma, sendo capazes de conduzir formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas. Considerou-se, para efeitos de contratualização e financiamento, a constituição de 4 grupos:

- (i) Transplantação e ECMO;
- (ii) Oncologia.
- (iii) Doenças raras.
- (iv) Outras áreas médico-cirúrgicas.

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

- PRINCÍPIOS GENÉRICOS DE INCENTIVO

Para 2021, os princípios genéricos de incentivo à atividade realizada nos CRe são:

- Majoração, em 10% do preço das consultas (1ª e subsequentes) realizadas em CRe nas áreas de referência.
- Majoração, em 5%, das linhas de produção de GDH médico e cirúrgico (internamento e ambulatório) realizadas nos CRe, no âmbito das áreas de atividade.
- Redução de 50% do pagamento da atividade inerente às linhas de produção de GDH médico e cirúrgico (internamento e ambulatório) realizada em outros centros de tratamento, no âmbito das áreas de atividade do CRe a apurar no momento da faturação e a considerar em sede de acerto de contas.
- Eliminação progressiva do pagamento da atividade realizada por entidades não CRe.

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

- TRANSPLANTAÇÃO E ECMO

Na área da transplantação e ECMO salienta-se que para além da valorização da atividade realizada nas linhas constantes dos Contratos-programa hospitalares, existem incentivos atribuídos nos termos do Despacho n.º 7215/2015, de 23 de junho.

Assim, o financiamento desta área em 2021 será efetuado nos seguintes moldes:

- Manutenção dos preços atuais da atividade realizada nos CRe constituídos e relacionada com a transplantação, nas linhas dos Contratos-programa hospitalares.
- Redução, em 50%, do valor da atividade realizada em outros centros não reconhecidos como CRe.

- ÁREA ONCOLÓGICA

Na área da oncologia, e para além de um conjunto relativamente alargado de atividade realizada nas várias linhas dos Contratos-programa, o financiamento em 2021 obedece às seguintes regras:

- Aplicação a todas as áreas de intervenção prioritária, com centros de referência reconhecidos, dos princípios genéricos já referidos, exceto no caso do cancro do colón e reto, uma vez que já integra uma modalidade de pagamento por doente tratado naquela área.
- Redução em 50% do valor da atividade, correspondente a áreas de intervenção prioritária, realizada em outros centros não reconhecidos como CRe.

- DOENÇAS RARAS

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

- À manutenção dos preços formados para a paramiloidose familiar para os CRe aprovados.
- À manutenção dos preços formados no âmbito das doenças lisossomais de sobrecarga (integradas nas Doenças Hereditárias do Metabolismo) para os CRe aprovados.
- À redução de 50% no valor da atividade realizada em outros centros de tratamento não reconhecidos como CRe quer no âmbito do PT-PAF1, quer no âmbito das doenças lisossomais de sobrecarga.

- OUTRAS ÁREAS MÉDICO-CIRÚRGICAS

No caso das restantes áreas (epilepsia refratária, cardiologia de intervenção estrutural, cardiopatias congénitas e implantes cocleares) pode haver, à semelhança do que sucede na oncologia, um conjunto alargado de atividade realizada nas linhas constantes dos Contratos-programa hospitalares.

Assim, aplicam-se a estas áreas os princípios genéricos de incentivo referidos no presente capítulo, exceto aos implantes cocleares, em que a prótese já se encontra financiada por linha própria.

2.5.5. PRESTAÇÃO CUIDADOS EM CENTROS RESPONSABILIDADE INTEGRADOS

Durante o ano de 2021 continuará a ser incentivada a criação de novos Centros de Responsabilidade Integrados no SNS²⁶, como nível intermédio de gestão e modelo de organização interno que promove a inovação, a melhoria dos resultados assistenciais e a motivação dos profissionais de saúde.

A atividade realizada em CRI 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) e disponibilidade de urgência com equipas dedicadas.
- Majoração, em 5%, das linhas de produção de GDH médico e cirúrgico (internamento e ambulatório).
- 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).

Os incentivos às equipas para realização de atividade adicional dentro do SNS regem-se pelos critérios definidos no Regulamento das Tabelas de Preços das Instituições e Serviços no âmbito das prestações realizadas em produção adicional para o SNS (anexo II da Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, alterada pela Portaria n.º 254/2018, de 7 de setembro, sem prejuízo de outros que lhe venham a ser aplicados).

²⁶ Nos termos definidos através da Portaria n.º 330/2017, de 31 de outubro, alterada pela Portaria n.º 71/2018, de 8 de março.

2.5.6. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A DOENTES EM SEGUIMENTO POR EQUIPAS ESPECÍFICAS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Para incentivar a prestação de cuidados paliativos no SNS aplicam-se os seguintes princípios para 2021:

- 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.

Os registos de atividade efetuados pelos profissionais da área dos cuidados paliativos, devem respeitar as orientações emanadas na Circular Informativa da ACSS nº 13/2017, de 24 de maio.

2.5.7. 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 dos Contratos-programa estabelecidos no SNS para 2021.

Em 2021 manter-se-ão duas tipologias de incentivo ao desempenho e à eficiência, uma relacionada com o desempenho individual das instituições e outra com benchmarking.

2.5.7.1. INCENTIVOS PARA OS HOSPITAIS E CENTROS HOSPITALARES

Esta componente de incentivo representa 5% do valor do Contrato-programa de 2021, e está associada ao cumprimento dos seguintes objetivos de desempenho assistencial e de eficiência, nas áreas de atividade consideradas prioritárias:

Objetivos	Áreas	Ponderações
A. Acesso		60%
A.1	Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	10%
A.2	Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)	10%
A.3	Percentagem utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG	10%
A.4	Percentagem de doentes operados dentro dos TMRG	10%
A.5	Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	10%
A.6	Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA em tempo adequado (até 2 dias úteis), no total de doentes referenciados para a RNCCI	10%
B. Qualidade		20%
B.1	Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico	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 mortalidade ajustada	4%
B.5	Índice de demora média ajustada	4%
B.6	Demora média antes da cirurgia	3%
C. Eficiência		20%
C.1	Gastos operacionais por doente padrão	5%
C.2	Doente padrão por médico ETC	5%
C.3	Doente padrão por enfermeiro ETC	5%
C.4	Percentagem dos gastos com trabalho extraordinário, suplementos e fornecimentos de serviços externos (selecionados) no total de gastos com pessoal	5%

* 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).

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 que foi negociada. Quando não for possível apurar o resultado de algum indicador, considera-se um grau de cumprimento de 100% para esse indicador, de forma a não afetar negativamente o apuramento do Índice de Desempenho Global.

2.5.7.2. 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
Objetivos	
A. Acesso	60%
A.1. Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	12%
A.2 Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)	12%
A.3 Percentagem utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), neoplasias malignas, dentro do TMRG	12%
A.4 Percentagem de doentes operados dentro dos TMRG	12%
A.5 Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI avaliados/confirmados pela EGA em tempo adequado (até 2 dias úteis), no total de doentes referenciados para a RNCCI	12%
B. Qualidade	20%
B.1. Percentagem doentes saídos com duração de internamento acima limiar máximo	4%
B.2. Variação do número de operados padrão, por neoplasias malignas	4%
B.3. Índice de mortalidade ajustada	4%
B.4. Índice de demora média ajustada	4%
B.5. Demora média antes da cirurgia	4%
C. Eficiência	20%
C.1 Gastos operacionais por doente padrão	5%
C.2 Doente padrão por médico ETC	5%
C.3 Doente padrão por enfermeiro ETC	5%
C.4 Percentagem dos gastos com trabalho extraordinário, suplementos e fornecimentos de serviços externos (selecionados) no total de gastos com pessoal	5%

2.5.7.3. INCENTIVOS PARA OS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

À semelhança do referido para os três Institutos de Oncologia, existem alguns objetivos que estão definidos para os Hospitais e Centros Hospitalares do SNS que não são 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, aplicam-se os seguintes:

Áreas	Ponderações
Objetivos	
A. Acesso	60%
A.1 Percentagem de primeiras consultas médicas no total das consultas médicas	20%
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	40%
B. Qualidade	20%
B.1 Percentagem doentes saídos com duração internamento acima limiar máximo	5%
B.2 % reinternamentos por esquizofrenia	3%
B.3 % reinternamentos por doença bipolar	3%
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%
C. Eficiência	20%
C.1 Gastos operacionais por doente padrão	5%
C.2 Doente padrão por médico ETC	5%
C.3 Doente padrão por enfermeiro ETC	5%
C.4 Percentagem dos gastos com trabalho extraordinário, suplementos e fornecimentos de serviços externos (selecionados) no total de gastos com pessoal	5%

2.5.7.4. INCENTIVOS DE BENCHMARKING

Para 2021 mantém-se a aplicação de um sistema de incentivos ao desempenho hospitalar, que estimula a melhoria contínua, identificando as diferenças de desempenho assistencial e de eficiência que hoje ocorrem em hospitais com características semelhantes, permitindo assim encontrar as alavancas operacionais de gestão corrente que permitam capturar o potencial de melhoria identificado em cada um deles, nas principais áreas de atuação.

Este 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 primeiras consultas médicas no total de consultas médicas
A.2. Peso das consultas externas com registo de alta clínica no total de consultas externas
A.3 Mediana de tempo de espera da LIC, em meses
B. Qualidade
B.1. Percentagem doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo
B.2. Índice de risco e segurança do doente
B.3. Índice PPCIRA
B.4. Percentagem de aquisição de biossimilares (em quotas e por DCI)*
B.5. Demora média antes da cirurgia
C. Eficiência
C.1. Gastos com pessoal por doente padrão
C.2 Gastos com produtos farmacêuticos por doente padrão
C.3 Gastos com material consumo clínico por doente padrão
C.4 Percentagem de embalagens de medicamentos genéricos prescritos, no total de embalagens de medicamentos prescritos

* Deve ser considerado o previsto na Circular normativa conjunta n.º 10/INFARMED/ACSS 2016.

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 destes indicadores o qual posiciona cada hospital em relação aos resultados do seu grupo. O pagamento dos incentivos aos hospitais melhor posicionados neste processo de *benchmarking* será efetuado pelos restantes hospitais que compõem o grupo de comparação.

2.5.7.5. INCENTIVOS À AVALIAÇÃO DE RESULTADOS NA ÓTICA DOS UTENTES

Em 2021 continuarão a ser acompanhados os desenvolvimentos referentes à futura medição de indicadores que permitam avaliar os resultados obtidos na ótica dos utentes, ou seja, em função do estado de saúde do utente e com base na sua própria perceção/experiência, com especial incidência nas áreas da Oftalmologia e da Oncologia.

2.5.8. PENALIDADES ASSOCIADAS AO CONTRATO-PROGRAMA

Procurando aumentar os níveis de exigência e de rigor e prevenir a ocorrência sistemática de situações de incumprimento por parte das instituições, será mantida, em 2021, o sistema de penalidades com consequências no valor do financiamento a aplicar às entidades.

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

Áreas	Obrigação	Penalidades (P)
A. Programas de promoção e adequação do acesso (70%)	A.1 SIGA Resolução da Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) com mais de 1 ano (10%)	Inscritos em LIC com tempo de Espera > 365 dias (1 ano) > 0 P = valor contrato x 3% x 10%
	A.2 SIGA – Redução de cancelamentos de inscritos em LIC, face a 2020, em pelo menos 10% (8%)	Varição do nº de cancelamentos > -10% P = valor contrato x 3% x 8%
	A.3 SIGA – Redução de 25% no número de agendamentos para cirurgia que são cancelados, face a 2020 (8%)	Varição do nº de agendamentos para cirurgia cancelados > -25% P = valor contrato x 3% x 8%
	A.4 SIGA – Resolução da Lista de Espera para Consulta (LEC) com mais de 9 meses (10%)	Inscritos em LEC Com Tempo de Espera > 270 dias (9 meses) > 0 P= valor CP x 3% x 10%
	A.5 SIGA – Redução de 25% no número de pedidos de 1ª consulta recusados, face a 2020 (8%)	Varição, face a 2020, do nº de pedidos recusados > -25% P= valor contrato x 3% x 8%
	A.6 RNCCI – Tempo médio de avaliação das EGA <= 2 dias úteis (8%)	Tempo médio de avaliação das EGA > 2 dias úteis P = valor contrato x 3% x 8%
	A.7 Paliativos – Tempo médio de resposta da EIHSCP <= 48 horas dias úteis (ou 72 h fds) (8%)	Tempo médio de resposta da EIHSCP > 48h P = valor contrato x 3% x 8%
	A.8 Variação dos encargos SNS com medicamentos biológicos , face a 2020 (10%)	Variação dos encargos > Variação média nacional P = valor contrato x 3% x 10%
B. Registo, consulta e partilha de informação (30%)	B.1 RON – Percentagem de registos oncológicos completos no RON (10%)	% de registos oncológicos completos < 85% P = valor contrato x 3% x 10%
	B.2 Percentagem de episódios de urgência com consulta à PDS (4%)	Consultas <75% P = valor contrato x 3% x 4%
	B.3 Percentagem de episódios de consulta externa com consulta à PDS (4%)	Consultas <75% P = valor contrato x 3% x 4%
	B.4 % notícias de nascimento , no total partos (6%)	Notícias <85% P = valor contrato x 3% x 6%
	B.5 Taxa de registo de utilização da "Lista de Verificação Segurança Cirúrgica" (6%)	Taxa de registo < 95% P = valor contrato x 3% x 6%

Nota: A avaliação do cumprimento dos objetivos relacionados com os programas de promoção e adequação do acesso terá em conta eventuais suspensões de atividade decorrente de alteração das circunstâncias epidemiológicas nacionais, regionais ou locais, devidamente justificadas pelas ARS respetivas.

2.5.9. 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 2021 o Programa de Promoção de Investigação e Desenvolvimento, através do qual se pretende premiar e estimular a produção científica realizada pelos hospitais, 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, ensaios clínicos finalizados e artigos científicos publicados em 2020, com as seguintes regras:

- Cada artigo com primeiro autor da instituição hospitalar corresponde ao fator de impacto do *Science Citation Index* (SCI) da respetiva revista científica. O peso relativo da pontuação respeitante aos artigos científicos é obtido tendo em consideração os artigos publicados (usando a data de publicação real);
- Cada artigo em co-autoria de elemento da instituição hospitalar que não como primeiro autor, corresponde a uma pontuação de 25% da pontuação SCI da respetiva revista;
- No caso de vários co-autores, a pontuação dada a cada artigo não pode ultrapassar a pontuação SCI da respetiva revista;
- Cada patente registada no período corresponde a um fator de impacto de 5 para patentes nacionais e de 15 para patentes internacionais.
- Cada ensaio clínico finalizado corresponde a um fator de impacto de 10.

2.5.10. ÁREAS ESPECÍFICAS COM FINANCIAMENTO AUTÓNOMO

Para além destas linhas de atividade, define-se que o Acordo Modificativo ao Contrato-programa 2021 integra o financiamento autónomo das seguintes componentes:

- **Formação dos Médicos Internos** do primeiro e segundo ano do internato médico.
- **Medicamentos de cedência hospitalar obrigatória em ambulatório**, com enquadramento legal, da responsabilidade financeira das instituições.
- **Lar IPO.**
- **Ajudas Técnicas:** financiadas no âmbito do Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA).
- **Programa de incentivo à integração de cuidados (PIIC):** Ajustando o cronograma do Programa de incentivo à integração de cuidados e à valorização dos percursos dos utentes no SNS, definido nos Termos de Referência de 2017, a execução financeira dos projetos aprovados, e não executados até ao final de 2020, ocorrerá durante o ano de 2021, através deste programa de financiamento específico.

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

- **Assistência Médica no Estrangeiro:** assistência médica de grande especialização realizada no estrangeiro, por falta de meios técnicos ou humanos, nos termos do Decreto-Lei n.º 177/92, 13 de agosto.
- **Convenções Internacionais:** engloba os cuidados prestados a cidadãos provenientes da União Europeia, ao abrigo dos Regulamentos Comunitários, e a cidadãos abrangidos por Acordos Bilaterais celebrados com Países Terceiros.
- **Incentivos aos Transplantes:** atribuídos nos termos da legislação específica.
- **Faturação de MCDT realizados por prescrição dos ACES:** engloba a atividade efetuada pelos hospitais a pedido dos ACES, no âmbito da GPRSNS.
- **Patologia oncológica da cabeça e pescoço:** engloba as próteses a aplicar aos doentes com cancro da cabeça e pescoço, nomeadamente para restituição da capacidade de alimentação oral a doentes sem doença oncológica ativa, aplicável em 2021 às seguintes 8 instituições: CHUP, CHUSJ, CHVNGE, IPO Porto, CHUC, IPO Coimbra, CHULN e IPO Lisboa.

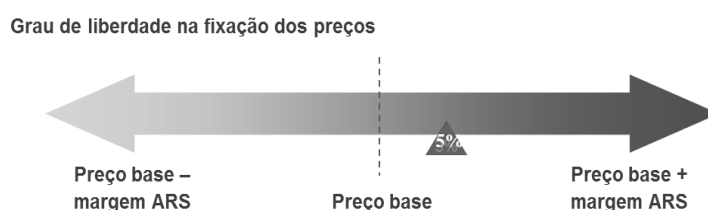
2.5.11. APLICAÇÃO DE FLEXIBILIDADE REGIONAL NA FIXAÇÃO DOS PREÇOS NAS ARS

A flexibilidade regional 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.

Através deste mecanismo, as ARS têm a possibilidade de fazer 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 nacionais (exemplo: introdução de técnicas inovadoras; incremento de valências complexas; reforço de resposta do serviço de urgência; incremento de custos, essencialmente relacionados com os recursos humanos).

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.

Assim, em 2021 e para as linhas de atividade de internamento de doentes agudos e crónicos, hospitalização domiciliária, ambulatório médico e cirúrgico, consultas externas e sessões de hospital de dia, as ARS poderão fazer variar o preço base até 5%. Para tal, devem apresentar memória justificativa à ACSS para análise e aprovação prévia.



2.5.12. CUSTOS DE CONTEXTO

O valor dos custos de contexto a atribuir às instituições para 2021 configura um apoio financeiro destinado a compensar situações extraordinárias que se verificam na entidade quando comparadas com a média nacional das entidades inseridas no mesmo grupo de *benchmarking*. Este valor deve apresentar uma trajetória de decrescimento, ser limitado ao mínimo tempo necessário para adequação da estrutura de custos aos preços e volume de produção contratada e/ou a eliminação dos custos de contexto extraordinários.

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

2.5.13. ORÇAMENTO GLOBAL E PRODUÇÃO MARGINAL

Os contratos programa não podem dar origem a proveitos superiores ao valor estabelecido no contrato como contrapartida da produção contratada, ou seja, a remuneração da atividade contratada é limitada ao valor máximo estabelecido em sede de Contrato-programa – princípio de orçamento-global. Contudo, praticam-se critérios para a faturação de atividade marginal (entre linhas produção), estando o montante global limitado à valorização global da produção contratada.

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

Não têm limite de produção as linhas de produção cirúrgica programada, doentes com esclerose múltipla, doentes com patologia oncológica (mama, colon e reto, colo do útero, próstata, pulmão, mieloma), rastreios oncológicos, doentes com hipertensão arterial pulmonar, doentes com dispositivos PSCI, programa de tratamento cirúrgico da obesidade, programa de tratamento de doentes com perturbação mental grave, banco de gâmetas, sessões de radioncologia, hospitalização domiciliária, implantes cocleares, programa ECMO, programa hepatite C, primeiras consultas referenciadas via CTH, diária de internamento e ambulatório de CRe, doenças lisossomais, PIIC e SAPA, desde que a valorização da produção total faturada não exceda o valor global do contrato-programa sem incentivos.

Caso o volume da produção realizada pelas unidades de saúde, com exceção para a produção cirúrgica programada (capítulo próprio), seja 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, psiquiatria no exterior e permanência em lar (IPO).

- 15% do preço contratado para a consulta (com a exceção da linha de Primeira Consulta referenciada via CTH), serviço domiciliário, hospital de dia, GDH médicos de ambulatório, interrupção da gravidez, doentes em TARC (VIH/Sida), PMA, e DPN.
- De acordo com o preço marginal definido para as linhas de urgência (Serviço de Urgência Básica, 1 €; Serviço Urgência Médico-cirúrgica, 5 € e Serviço de Urgência Polivalente, 10 €).

Para 2021, encontram-se excluídas do princípio de orçamento global, as áreas que têm financiamento específico fora do âmbito do Contrato-programa, referidas no número 2.5.10.

2.5.14. MEDICAMENTOS PRESCRITOS EM AMBIENTE HOSPITALAR E CEDIDOS EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA

Nos últimos anos têm vindo a ser desenvolvidos mecanismos para uma monitorização e controlo da prescrição realizada em ambiente hospitalar, pelo que, para 2021, 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);
- Incentivo, 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, continuarão a ser considerados em 2021 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 das estatinas (incluindo associações fixas de medicamentos contendo estatina)
- **ANTICOAGULANTES ORAIS:**
% Embalagens de antagonistas da vitamina K no total de embalagens de anticoagulantes orais
- **BIOSIMILARES DE INSULINA GLARGINA:**
Quota de unidades de insulina glargina biossimilar no total de insulinas de longa duração
- **ANTIBIÓTICOS:**
% de DDD de largo espectro versus estreito espectro.

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

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

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

2.6. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA NOS CUIDADOS HOSPITALARES

Em 2021, 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. Devem também garantir a implementação da contabilidade de gestão.

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

2.7. 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 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 2021 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?
14-MAI-2021	Reunião de acompanhamento do 1º trimestre.	ARS/UAH
30-JUL-2021	Reunião de acompanhamento do 2º trimestre.	ARS/UAH
24-SET-2021	Reunião de acompanhamento do 3º trimestre.	ARS/UAH

Os momentos de acompanhamento definidos na tabela anterior são promovidos pelas ARS e pela Unidade de Acompanhamento dos Hospitais (UAH) da ACSS, contam com a presença de membros do

Governo e devem ser usados para discussão de estratégias, partilha de responsabilidades e reprogramação das atividades a realizar pelas instituições, assim como para renegociação de metas de indicadores, sempre que se verifiquem alterações relevantes aos pressupostos da contratualização.

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

2.8. 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 o Índice de Desempenho Global (IDG).

No sentido de harmonizar o processo avaliativo a nível nacional, é aplicada a todas as instituições uma metodologia uniforme, para avaliação do cumprimento de metas e atribuição de incentivos institucionais. Esta prática tem por base a aferição da performance total, permitindo caracterizar cada instituição, através de um IDG, em que o resultado de cada indicador contribui para a sua construção, de acordo com os seguintes critérios:

- grau de cumprimento do indicador inferior a 50% => grau de cumprimento ajustado²⁷ = 0%.
- grau de cumprimento do indicador entre 50% e 120% => grau de cumprimento ajustado = próprio valor.
- grau de cumprimento do indicador superior a 120% => grau de cumprimento ajustado = 120%.

Nesta perspetiva, são implementados os seguintes critérios para atribuição do valor de incentivos, de acordo com o Índice de Desempenho Global apurado:

- A avaliação de desempenho é considerada negativa sempre que o índice de desempenho global for inferior a 50%, não havendo lugar a atribuição de qualquer valor de incentivos.
- Para um índice de desempenho global entre 50% e 99,9%, atribuição de incentivos correspondente ao IDG apurado X valor afeto a incentivos.
- Para um índice de desempenho global entre 100% e 120%, atribuição de incentivos correspondente ao IDG apurado X valor afeto a incentivos, condicionado ao facto de o valor total da remuneração não poder ser superior ao valor do contrato-programa estabelecido.

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

²⁷ O grau de cumprimento ajustado corresponde ao grau cumprimento da meta definida, balizado por um limite inferior (50% e superior (120%)

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.

2.9. FATURAÇÃO DO CONTRATO-PROGRAMA

A execução dos Contratos-programa é concretizada através da faturação da atividade efetivamente realizada pelas instituições e que verifica os critérios de faturação definidos.

Para 2021 será publicitada a Circular Normativa que define as condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas no âmbito do Contrato-programa do ano.

Devem ainda ser cumpridas as normas definidas na Circular Normativa nº 6/2019/ACSS de 21 de março, relativas aos registos contabilísticos associados ao Contrato-programa, Programas Verticais e Convenções Internacionais.

O processo de faturação dos Contratos-programa assenta num conjunto de regras presentes na arquitetura de validação da atividade e conferência da faturação das instituições.

Para 2021 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.

3. METODOLOGIA DE CONTRATUALIZAÇÃO COM AS ULS

3.1. 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.

3.2. ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS ÀS ULS

Os limites máximos a contratar com as ULS, em 2021, são:

ENTIDADE	2021*
ULS Alto Minho, EPE	163 627 052 €
ULS Nordeste, EPE	102 348 244 €
ULS Matosinhos, EPE	141 758 503 €
ULS Guarda, EPE	112 477 927 €
ULS Castelo Branco, EPE	75 398 168 €
ULS Norte Alentejano, EPE	90 570 068 €
ULS Baixo Alentejo, EPE	92 649 070 €
ULS Litoral Alentejano, EPE	60 270 192 €
Total ULS	839 099 224 €

* Os montantes apresentados para a capitação das ULS incluem os internos.

3.3. CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA COM AS ULS - REGRAS CONTRATAÇÃO

O processo de contratualização das ULS em 2021 recorre, no essencial, à 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.

3.3.1. ADAPTAÇÕES NO CASO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O processo de contratualização nos cuidados de saúde primários que se descreveu no capítulo 1 deste documento aplica-se na íntegra às ULS.

Assim, o processo de contratualização interna envolve o Conselho de Administração das ULS e os responsáveis não só pela gestão interna, como também 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 a continuidade dos cuidados de saúde que são prestados à população inscrita na área de influência das ULS.

3.3.2. ADAPTAÇÕES NO CASO DOS CUIDADOS HOSPITALARES

Nas ULS aplicam-se as orientações gerais definidas para a contratualização hospitalar em 2021, explanadas no capítulo 2 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.

3.4. OBJETIVOS DE ACESSO, DESEMPENHO ASSISTENCIAL E EFICIÊNCIA NAS ULS

Para a contratualização com as ULS, 10% do valor do Contrato-programa é afeto ao cumprimento de objetivos repartido da seguinte forma:

Objetivos para as ULS	Ponderações
1. Cuidados de Saúde Primários	40%
Esta componente será avaliada através do resultado do Índice de Desempenho Global (%), apurado para a matriz multidimensional dos ACES, face à meta global negociada com a respetiva ARS.	
2. Cuidados Hospitalares	30%
A. Acesso	70%
A.1 Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	12%
A.2 Percentagem de consultas realizadas dentro tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)	12%
A.3 Percentagem utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG	12%
A.4 Percentagem de doentes operados dentro dos TMRG	12%
A.5 Percentagem episódios de urgência atendidos dentro do tempo previsto no protocolo de triagem	12%
A.6 Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA em tempo adequado (até 2 dias úteis), no total de doentes referenciados para a RNCCI	10%
B. Desempenho Assistencial	30%
B.1 Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico	5%
B.2 Percentagem cirurgias em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis*	5%
B.3 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	5%
B.4 Índice de mortalidade ajustada	5%
B.5 Índice de demora média ajustada	5%
B.6 Demora média antes da cirurgia	5%
3. Desempenho Económico-Financeiro	10%
C.1 Gastos operacionais por residente ajustados pela utilização	2,5%
C.2 Doente Padrão por médico ETC	2,5%
C.3 Doente Padrão por Enfermeiro ETC	2,5%
C.4 Percentagem dos gastos com trabalho extraordinário, suplementos e fornecimentos e serviços externos (selecionados) no total de gastos com pessoal	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 não controlada	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 crónicas da diabetes	2%
D.9 % de especialidades (categorias) com protocolos clínicos de referência ascendente e descendente 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%

* 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).

3.5. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA NAS ULS

Em 2021, e à semelhança do que foi definido para os hospitais, 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. Deve ainda assegurar-se que os compromissos e os objetivos são assumidos internamente pela organização e partilhados pelos diferentes departamentos e serviços segundo uma filosofia de prestação de contas a todos os níveis, de avaliação do desempenho e do mérito.

Devem também garantir a implementação da contabilidade de gestão.

3.6. 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 SNS”, acessível a partir do site institucional da ACSS e no Portal do SNS (www.sns.gov.pt).

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

3.7. 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 o mecanismo definido como Índice de Desempenho Global.

À semelhança dos hospitais, parte da 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 2.5.8) são também aplicáveis às ULS.

4. METODOLOGIA DE CONTRATUALIZAÇÃO EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A contratualização do desempenho com as unidades da RNCCI encontra-se inserido no processo já previsto de monitorização, avaliação e aferição da qualidade assistencial determinado pela legislação e pelos Contratos-programa em vigor na RNCCI, sendo concretizado durante o ano de 2021 nos termos que em seguida se enunciam²⁸.

4.1. INSTRUÇÕES PARA O PROCESSO NEGOCIAL NA RNCCI

O processo de contratualização a implementar na RNCCI, deve considerar as seguintes orientações específicas, a observar por todos os intervenientes:

- i. Colocar o utente no centro do processo de cuidados, adotando uma abordagem de saúde e de apoio social baseada na planificação de objetivos partilhados e alcançáveis, assentes num plano individual de intervenção que envolva o utente, a família/cuidador informal e cuidadores formais.
- ii. Incentivar a responsabilização e implicar as unidades da RNCCI num processo de negociação transparente e responsabilizante de objetivos, assegurando a sua monitorização ao longo do tempo e a sua avaliação.
- iii. Estabelecer mecanismos formais de articulação entre as Unidades e Equipas da RNCCI, os ACES e os Hospitais, com especial incidência nas áreas clínica e de gestão administrativa.
- iv. Incentivar a cultura da prestação de cuidados em equipa multidisciplinar, de forma a promover a autonomia funcional dos utentes, estabelecer ou restaurar as suas competências ou capacidades ainda não desenvolvidas ou limitadas e promover estratégias de vida ativa na vertente física, cognitiva, psicossocial ou sensorial e emocional.
- v. Envolver os cidadãos e as comunidades nos processos de reabilitação e reintegração, através de órgãos e de práticas formais e informais, que promovam a participação, a tomada de decisão, o aumento da autoeficácia, a cidadania e o aumento da literacia em saúde.
- vi. Desenvolver competências de gestão organizacional e de controlo de gestão nas Unidades e Equipas da RNCCI, nomeadamente na área da gestão financeira, de recursos humanos, de instalações e equipamentos, de recursos materiais e aprovisionamento, de sistemas de informação, entre outras.

4.2. CRONOGRAMA DE NEGOCIAÇÃO COM AS UNIDADES DA RNCCI

A fase de negociação com as unidades da RNCCI para 2021 e anos seguintes, decorrerá durante o 1º semestre de 2021, nos termos que serão detalhados na metodologia de operacionalização da contratualização nos cuidados continuados integrados a publicar pela ACSS.

²⁸ A concretização integral do processo de contratualização na RNCCI ficou prejudicada durante o ano de 2020, devido à emergência da Pandemia da COVID-19.

A consolidação do processo de contratualização na RNCCI deverá ter um horizonte temporal de três anos, devendo para isso ser estabelecidos compromissos para o final deste período, com metas anuais intercalares devidamente explicitadas e sujeitas a avaliação anual.

Durante o ano de 2021 integrarão este processo de contratualização as unidades que renovem os seus contratos durante o ano, assim como todas as restantes que voluntariamente queiram aderir.

4.3. FASE DE NEGOCIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO NA RNCCI

No âmbito do processo de contratualização na RNCCI, as unidades devem estabelecer um compromisso integrando o Plano de Ação para o triénio, o qual traduz o seu programa de atuação na prestação de cuidados de saúde e de apoio social, os seus objetivos, indicadores e metas a atingir nas suas áreas de atividade.

A realização do processo de contratualização com as unidades da RNCCI não substitui a necessidade de se continuarem a realizar os processos de auditoria e de melhoria contínua da qualidade que estão previstos na RNCCI, nomeadamente aqueles que visam a obtenção da acreditação, mas deve ser complementar a estes e, sempre que possível, utilizar os mesmos instrumentos.

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

A matriz multidimensional de contratualização com as unidades da RNCCI tem as seguintes áreas, subáreas e dimensões:

Área	Sub-Área	Dimensões
Estrutura	Recursos comunitários para reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de colaboração com recursos da comunidade
	Instalações e Equipamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Programas funcionais • Equipamentos
	Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Constituição da Equipa multidisciplinar • Competências da Equipa multidisciplinar • Plano de Formação
	Recursos em Tecnologia de Informação	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão administrativa • Gestão clínica
		<ul style="list-style-type: none"> • Organização do processo de cuidados - PII
Processo	Organização e planeamento dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Organização das equipas de cuidados • Melhoria contínua de processos • Gestão do risco clínico

Área	Sub-Área	Dimensões
		<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos para avaliação do risco (e. g., quedas, feridas, agressividade, suicídio) • Protocolos para ocorrências adversas (e.g., quedas, violência) • Organização do processo de planeamento de cuidados • Protocolo para uso de antibióticos, ansiolíticos e antipsicóticos; • Protocolo de controlo de Infecção • Gestão do circuito dos Resíduos • Gestão do circuito do medicamento • Gestão do circuito da alimentação
	Prestação de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Organização do processo de diagnóstico • Organização do processo de prestação de cuidados • Práticas de inclusão do doente no processo de cuidados • Práticas de inclusão da família/CI no processo de cuidados
	Continuidade de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de reabilitação • Protocolos de manutenção e bem-estar (e.g., higiene e conforto, terapia ocupacional) • Protocolo de agudização • Protocolo de preparação de altas
	Produto final dos cuidados prestados	<ul style="list-style-type: none"> • Demora média (ajustado por tipologia) • Concretização dos Objetivos Terapêuticos – PII • Agudizações (ajustado por tipologia)
Resultados	Resultados em saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Estado funcional (ajustado por tipologia) • Dor (ajustado por tipologia) • Quedas (ajustado por tipologia) • Feridas (ajustado por tipologia)
	Satisfação de padrões e expectativas do doente e família	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação dos Doentes • Satisfação dos familiares

A aferição global do cumprimento de objetivos efetua-se através do cálculo de um IDG, apurado em função dos resultados alcançados por cada instituição no conjunto de indicadores.

4.4. FASE DE ACOMPANHAMENTO DA CONTRATUALIZAÇÃO NA RNCCI

O processo de acompanhamento das unidades da RNCCI deverá decorrer de acordo com o cronograma e a metodologia proposta no documento de operacionalização. Os momentos de acompanhamento são da responsabilidade das ECR e das unidades da RNCCI e devem ser usados para discussão de estratégias, partilha de responsabilidades e reprogramação da alocação de recursos.

4.5. FASE DE AVALIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO NA RNCCI

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

Calendarização da avaliação do desempenho das unidades da RNCCI

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
15-ABRIL (n+1)	Reunião para apresentação e discussão do relatório de avaliação do compromisso assistencial estabelecido	ARS (após a unidade apresentar o Relatório de Atividades)

A avaliação do grau de cumprimento alcançado pelas unidades da RNCCI realiza-se com base na avaliação das dimensões negociadas e dos resultados alcançados, de acordo com a calendarização e a metodologia proposta no documento de operacionalização.

As unidades da RNCCI elaboram um relatório de atividades com base no grau de cumprimento do Plano de Ação trienal que foi negociado, com especial incidência sobre o desempenho nas várias áreas, subáreas e dimensões que foram acordadas.

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

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

1700-063 LISBOA | Portugal



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**

SAÚDE

WWW.ACSS.MIN-SAÚDE.PT