



OTIMIZAR RECURSOS
GERAR EFICIÊNCIA



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

**Termos de Referência para a Contratualização de Cuidados de
Saúde no SNS para 2025**

Novembro 2024



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE

Página intencionalmente em branco

Índice

Nota prévia à contratualização.....	5
1. Termos de referência para contratualização de cuidados de saúde em 2025	7
1.1. Planeamento estratégico e operacional	8
1.2. Instruções para o processo negocial.....	10
1.2.1. Para as carteiras de serviços	10
1.2.2. Para o desempenho assistencial	11
1.2.3. Para os resultados económico-financeiros	14
1.3. Cronograma da contratualização 2025	15
2. Contratualização externa	16
2.1 Metodologia de apuramento do valor do Contrato Programa.....	17
2.2. Regras de contratação da atividade.....	19
2.2.1. Contratação da atividade em cuidados de saúde primários.....	19
2.2.2. Contratação da atividade em cuidados hospitalares	20
2.3. Modelos Organizativos Internos para a Prestação de cuidados de saúde.....	24
2.4. Indicadores de desempenho das ULS	25
2.5. Acompanhamento do processo de contratualização.....	26
2.6. Avaliação na componente de incentivo ao desempenho	26
2.7. Avaliação na componente de prémio de desempenho	27
2.8. Faturação do Contrato-Programa	27
2.9. Alocação de recursos financeiros às ULS.....	28
2.10. Áreas específicas.....	29
3. Termos de referência para contratualização de cuidados de saúde com IPO	30
3.1 Contratação da atividade com os IPO.....	31
3.2. Avaliação na componente de incentivo institucional aos IPO	34
3.3. Avaliação na componente de prémio de desempenho aos IPO.....	35
3.4. Indicadores de desempenho para os IPO	35
3.5. Faturação do Contrato-Programa dos IPO	36
3.6. Alocação de recursos financeiros aos IPO	36
4. Contratualização Interna	38
5. Síntese final	39
6. Anexos	40

Página intencionalmente em branco

NOTA PRÉVIA À CONTRATUALIZAÇÃO

A qualidade dos cuidados e dos serviços prestados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), deve avaliar-se pelos resultados em saúde, traduzidos em índices de desempenho global que acompanhem as melhores práticas nos termos da contratualização e em cumprimento das recomendações dos organismos que regulam o setor da saúde em Portugal.

A criação de Unidades Locais de Saúde (ULS) em todo o território continental no ano de 2024, organizadas por base populacional e com um financiamento local ajustado pelo risco, motivou a necessidade de reinventar a contratualização centrada nas necessidades em saúde das populações e no percurso horizontal do cidadão no sistema de saúde, com especial atenção às entidades do SNS, continuando a manter a especialização do Instituto Português de Oncologia (IPO).

Depois de publicado o Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que suporta as ULS, estas iniciaram o seu exercício formalmente a 1 de janeiro de 2024, prosseguem a reorganização das estruturas que as compõem, nas componentes de serviços de apoio e de serviços de suporte à prestação de cuidados, nos serviços e unidades responsáveis pela organização da oferta assistencial de cuidados, enquanto serviços promotores da eficiência, associada às boas práticas de partilha de recursos e de responsabilidade, no respeito pela qualificação dos meios e experiência das equipas, em cada área de gestão interna da nova entidade criada.

Assim, pretende-se que a negociação externa, o acompanhamento e a monitorização dos resultados em saúde, bem como a respetiva atividade contratada com as ULS, contribuam para o sucesso da organização, designadamente no compromisso da prestação de cuidados de saúde ao cidadão, famílias e comunidade.

Nesse processo, o ambiente de confiança e transparência são essenciais para as melhores negociações externas e negociações internas da contratualização, em que o cidadão e os profissionais expressem a sua perceção de satisfação e promovem o alinhamento da cultura organizacional, específica para cada uma das linhas de cuidados das ULS.

É nesse contexto que a contratualização com as ULS deve promover uma cultura interna forte, desenvolvida a partir da comunicação em dois sentidos e de expressões como “nós” e “nossa”: nós ULS e nossa equipa. Estas premissas geram ambientes favoráveis à negociação interna e faz-se refletir na fase da negociação externa da contratualização.

Em cada ano de contratualização são elaborados dois instrumentos estruturantes, designados Termos de Referência (TR) e de Operacionalização (TO). Ambos têm como finalidade estabelecer os princípios orientadores dos processos de contratualização e colocar em funcionamento as regras definidas na metodologia de contratualização.

Os princípios da contratualização, vertidos nesses documentos, evoluíram e a negociação de metas contratadas fez o seu caminho para uma negociação de objetivos de acessibilidade, qualidade e eficiência e de integração de cuidados, avaliados em resultados do desempenho das equipas, na contratualização interna e resultados de desempenho da ULS, na contratualização externa, suportados pelos Planos de Desenvolvimento Organizacional (PDO).

Concorrem para esses resultados as boas práticas de governação em saúde, governação clínica e governação institucional, estabelecidas para cada uma das áreas prioritárias, definidas nos Planos Locais de Saúde (PLS) e que se encontram alinhados com o Plano Nacional de Saúde (PNS).

Os IPO dão cumprimento à metodologia de contratualização, com a especificidade que caracteriza a sua organização e prestação de cuidados, relacionados com o percurso estabelecido para a doença oncológica. O modelo de contratualização de 2025 para os IPO procura aproximar-se da metodologia aplicada às ULS.

Os Conselhos de Administração das ULS e IPO, na sua autonomia gestionária, assumem os compromissos em todo o processo de contratualização e garantem todas as fases previstas na metodologia de planeamento, contratualização e acompanhamento para 2025.

1. TERMOS DE REFERÊNCIA PARA CONTRATUALIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM 2025

A relação entre a entidade financiadora e a entidade prestadora de cuidados fica expressa na contratualização, através do compromisso firmado no Contrato Programa (CP) 2024-2026 e incorpora explicitamente o valor do financiamento atribuído às ULS e IPO para os resultados esperados no ano civil em sede do Acordo Modificativo 2025, como adenda ao CP em vigor de 3 anos.

A metodologia de cálculo para o financiamento das ULS e IPO, resulta de um conjunto de variáveis de controlo interno e de controlo externo, com atribuição de incentivos institucionais associados aos resultados dos objetivos de desempenho de acesso, qualidade e eficiência e de integração. Este modelo pretende maximizar os resultados em saúde a alcançar na população abrangida, nomeadamente no que dependem do desempenho das organizações, esperados pela melhor prestação de serviços e de cuidados, por parte das unidades e equipas que as integram.

Conforme estabelecido no Despacho n.º 11241-D/2024, de 24 de setembro, o financiamento das ULS para 2025 considera as seguintes componentes: Capitação, Programas específicos, Fluxo de utentes in/out, Acordos de cooperação, Diferenciação e Incentivos institucionais. Para além destas componentes, o financiamento global de 2025 conta ainda com um Prémio de desempenho, que será atribuído unicamente às ULS que superem os objetivos contratualizados.

No controlo interno, importa dar especial atenção aos resultados de estrutura, através dos recursos disponíveis e do investimento necessário às melhores práticas de governação institucional e de sustentabilidade financeira, para consolidação de resultados económico-financeiros positivos, que se esperam obter em cada ano de contratualização.

A contratualização, na procura de um acordo centrado nos resultados, envolve as partes interessadas nas prioridades estabelecidas para cada área da governação, com o acompanhamento da alocação de recursos institucionais disponíveis e outros que envolvam a rede de parceiros locais, as comunidades intermunicipais ou de outros setores da sociedade interessados na saúde das populações, na lógica do locus de controlo externo sobre os fatores que influenciam o estado de saúde da população, em alinhamento com o estabelecido no artigo 13º- Sistemas locais de saúde, Secção II- Organização e funcionamento, Capítulo II- Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, Decreto-Lei nº 52/2022 de 4 de agosto.

As ULS e os IPO, enquanto Entidades Públicas Empresariais (EPE), constituem-se como pessoa coletiva de direito público e natureza empresarial, são dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor empresarial do estado.

No âmbito da legislação nacional em vigor, as ULS têm como objeto principal a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos em geral, aos utentes do SNS, aos cidadãos estrangeiros não residentes e às entidades externas com quem contratualizam a prestação de cuidados.

Têm ainda no seu objeto assegurar as atividades dos serviços operativos de saúde pública e a sua função de observatório do estado de saúde da população, assim como os meios necessários ao exercício da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida e desenvolver atividades de investigação, formação e ensino.

As suas atribuições e obrigações estão previstas nos Estatutos das ULS, são objeto de regulamentação em sede de Regulamento Interno, acompanhadas pela contratualização, nomeadamente no cumprimento das orientações para a contratualização interna.

1.1. PLANEAMENTO ESTRATÉGICO E OPERACIONAL

A otimização dos princípios do bom governo nas ULS é acompanhada pela contratualização, no sentido de uma governação integrada da saúde, para que os resultados sejam medidos na população através da morbilidade em Cuidados de Saúde Primários (CSP) e morbilidade em Cuidados Hospitalares (CH), através da otimização da governação clínica, conforme orientações dos programas de saúde. Esta deverá ser avaliada através dos índices de desempenho global (IDG) e setorial (IDS) em cada área de prestação de cuidados e, na permanência em CH, para um melhor resultado dos doentes tratados ou acompanhados em doença prolongada através de equipas domiciliárias de cuidados paliativos e através de equipas de cuidados continuados integrados no domicílio. Consideram-se ainda os projetos específicos de intervenção da saúde em grupos e na comunidade, com a participação na rede de parceiros locais, conforme estabelecidos na rede social local.

A metodologia de contratualização, suportada no planeamento em saúde, considera quatro fases do seu desenvolvimento: i) preparação, ii) negociação, iii) acompanhamento e iv) avaliação com prestação de contas. Cada uma destas fases corresponde a um marco ao longo de cada ano de contratualização.

A fase da preparação da contratualização é fundamental para o sucesso das negociações. Nesta fase, são analisados os resultados obtidos e as componentes do contexto que concorreram para atingir ou superar os resultados ou as que, justificadamente os impactaram. Durante esta fase, são ainda apresentadas as prioridades do SNS para cada ano de contratualização, permitindo à entidade ajustar e alinhar o seu planeamento estratégico à realidade da ULS.

Para 2025, na preparação da contratualização e na elaboração dos PDO, as ULS e os IPO devem envolver as estruturas internas, com a participação efetiva das equipas das Unidades Funcionais (UF) e/ou Serviços.

Alinhadas com a estratégia nacional do Quadro Global de Referência do SNS (QGR) 2024-2026, as ULS devem ter como finalidade a integração das diferentes linhas de cuidados que acompanham o percurso do utente, organizadas em proximidade às populações locais e de acordo com a economia de meios.

São consideradas quatro linhas transversais de cuidados com estrutura interna própria: CSP, CH, Cuidados Paliativos (CP) e Cuidados Continuados Integrados (CCI).

Considerando a prioridade de estabelecer a linha de cuidados de Saúde Mental na prevenção primária, prevenção secundária, reabilitação e reinserção social, torna-se necessário estabelecer compromissos para o acesso a esta linha de cuidados nos diferentes contextos, em conformidade com as recomendações do PNS.

Os objetivos gerais e específicos devem considerar ainda um objetivo estrutural de investimento efetivo e aumentar a capacidade resolutive das equipas que asseguram os CSP, quer no acesso do cidadão aos serviços de saúde, no que se refere a atividade não programada (como é o caso da doença súbita e a agudização da doença), quer no caso de doença crónica, através da antecipação da resposta e aproximação ao local de porta de entrada no SNS, que são os CSP.

No respeito pela autonomia das entidades do SNS, é desejável que as ULS estabeleçam os objetivos específicos (de acesso, qualidade assistencial, qualidade da prescrição, qualidade na referenciação e integração, económico-financeiros, ou de satisfação do cidadão e dos profissionais) para a atividade em contratualização, enquadrados no seu PDO.

A qualificação do acesso, em todas as componentes de prestação de cuidados, deve ter como referência a boa prática recomendada pela Direção Geral de Saúde (DGS) e Entidades que regulam a prestação de serviços de saúde no País.

O desempenho global, a contratualizar no âmbito do Acordo Modificativo ao CP 2024-2026 das ULS, assim como os resultados esperados em termos de acesso, qualidade, eficiência, integração de cuidados e organização de cuidados, estão integrados nos instrumentos de planeamento estratégico trienal em vigor no Setor Empresarial do Estado (SEE), nomeadamente o plano de governação designado no PDO¹ para o triénio 2024-2026, o qual foi analisado de forma conjunta pela Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) e pela Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Empresarial do Estado (UTAM)².

¹ 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 252/2022/SET de 18 de agosto, 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.

² 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.

Sublinha-se a necessidade de garantir o completo alinhamento e coerência entre os dados reportados pelas ULS, através da submissão do PDO 2025 nos sistemas de informação, e a informação constante nos documentos a submeter ao Ministério das Finanças, através do SiRIEF.

Em 2025, o PDO alinha-se com o CP 2024-2026, constituindo o único documento previsional de gestão estratégica, onde as ULS definem e negociam as suas principais linhas de ação, carteira de serviços, recursos humanos, plano de investimento, níveis de atividade assistencial e revisão das 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, conforme previsto no seu Plano de Negócios. As ULS devem incorporar na negociação externa as propostas negociadas na contratualização interna, assumidas em compromisso com as equipas das UF e inscritas nos seus Planos.

1.2. INSTRUÇÕES PARA O PROCESSO NEGOCIAL

A negociação dos compromissos para os resultados em saúde e resultados económico-financeiros, deve alinhar a estratégia da ULS nas áreas da governação estabelecidas, com análise e discussão dos resultados do estado de saúde da população, os resultados do desempenho das equipas que desenvolvem a sua atividade num modelo de governação clínica e que situam a ULS em resultados que evidenciam as melhores práticas.

Em matéria de serviços integrados de suporte e apoio à prestação de cuidados, a negociação deve ser conduzida pela análise e discussão de recursos necessários às equipas, para atingirem os resultados contratualizados, acompanhar a inovação tecnológica, as novas áreas do conhecimento e o desenvolvimento organizacional, a par da resolução dos problemas de saúde emergentes.

Na negociação devem ser consideradas as condições necessárias ao desenvolvimento das equipas e a sua participação na investigação, formação e inovação em saúde, tendo como referência o quadro das recomendações para os diferentes grupos profissionais. As linhas de investigação devem ser transversais nas ULS e devem ser orientadas para ajudar a resolver os problemas de saúde da população. A ligação ao ensino deve ficar em compromisso, com evidência da participação dos profissionais na formação inicial e nas especialidades em contexto clínico e não clínico, sendo necessário estabelecer o grau de dedicação a esta atividade seja em tutoria ou atividade docente integrada em ensino superior.

1.2.1. PARA AS CARTEIRAS DE SERVIÇOS

As carteiras de serviços do SNS são estabelecidas de acordo com a tipologia de cuidados em cada linha de cuidados de saúde, primários, hospitalares, paliativos e cuidados continuados de proximidade. Sempre que necessário, há lugar a referenciação interna e externa nas ULS, de acordo com os critérios definidos para cada situação clínica do cidadão, no quadro das regras de referenciação.

As ULS assumem o compromisso de atualizar as carteiras de serviço e manter registos atualizados nos Sistema de Informação de acordo com o contratualizado, sendo da sua responsabilidade os resultados associados à informação que disponibilizam.

1.2.2. PARA O DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Para 2025, o compromisso assistencial integra as componentes do desempenho global, que resulta da prestação de cuidados em ambiente das unidades de saúde, do domicílio, da comunidade e que compromete as ULS em :

- i. Assumir o planeamento em saúde a partir dos PLS, onde ficam determinadas as prioridades estabelecidas com base nas necessidades em saúde satisfeitas e/ou não satisfeitas, na morbilidade em CSP e na morbilidade hospitalar, para adequar a intervenção dos serviços de saúde através da resposta antecipada, em tempos de espera clinicamente aceitáveis e tempos de espera de qualidade percecionados em satisfação pela população;
- ii. Conduzir as ULS para um modelo de organização interna inovador e consistente de boas práticas de prestação de cuidados de saúde, que concorram para diminuir o excesso de morbilidade e mortalidade nos períodos sazonais, através de medidas antecipatórias definidas no quadro normativo da DGS, para o Verão e para o Inverno;
- iii. Garantir o acesso a cuidados paliativos à população abrangida pelas ULS de acordo com os critérios de sinalização e referenciação para as equipas de suporte em cuidados paliativos e garantir resultados de qualidade e eficiência de desempenho dos serviços e equipas;
- iv. Garantir o acesso a cuidados continuados integrados sempre que se verifique a sinalização e referenciação para unidades e equipas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).
- v. Dar cumprimento à implementação do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) com especial atenção ao investimento previsto para a reforma dos CSP e novos equipamentos médicos e garantir o atingimento das metas previstas para os objetivos de cada medida e concretizar os marcos (*milestones*) que evidenciam a transformação associada ao investimento;
- vi. Conduzir a medidas que promovam a qualidade e conforto dos espaços dedicados aos utentes e profissionais e que acompanhem o percurso do cidadão nos serviços de saúde;
- vii. Contribuir para que mais cidadãos tenham acesso a informação em saúde, para que se apropriem da sua equipa de saúde como contacto privilegiado no sistema de saúde e conheçam a disponibilidade dos seus profissionais, sempre que deles necessitem na prevenção ou tratamento de cuidados de saúde;
- viii. Privilegiar a atividade em ambulatório e as respostas em proximidade ao local de residência e, sempre que se aplique, ao domicílio e à comunidade, com a adaptação da resposta integrada nas diferentes áreas de

cuidados das ULS;

- ix. Melhorar a eficiência dos serviços, com modelos organizativos internos orientados para equipas dedicadas, disponibilidade de horários adequados aos fluxos populacionais, atividade programada e de acordo com o quadro legal em vigor, garantir em tempo a aplicação dos incentivos que premeiam as boas práticas, promovendo a satisfação tanto dos cidadãos como dos profissionais.

Para o compromisso do desempenho assistencial é essencial atender ao Despacho nº11241-D/2024, em que os PDO 2025-2027, a elaborar pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS, que detenham a forma jurídica dos estabelecimentos E. P. E., devem incluir todas as áreas elencadas nas alíneas a) a h) do n.º 2 do artigo 67.º-B do [Decreto-Lei n.º 52/2022](#), de 4 de agosto, na sua redação atual.

Assim, os PDO referidos no número anterior devem ser construídos tendo por base os seguintes documentos, para além de incluírem referências às disposições do número seguinte:

- a) Plano Nacional de Saúde 2030;
- b) Planos Regionais e Locais de Saúde;
- c) Perfis Regionais e Locais de Saúde;
- d) Plano de Emergência e Transformação da Saúde;
- e) Quadro Global de Referência do Serviço Nacional de Saúde, aprovado em anexo ao Despacho n.º 6770/2024.

Deve também estar vertido, em anexo, ao PDO 2025-2027 da E.P.E:

- a) Análise crítica ao Plano de Desenvolvimento Organizacional 2024-2026 já aprovado;
- b) Lista de medidas a implementar com definição de objetivos específicos realistas e mensuráveis associados a metas a atingir anualmente, que permitam efetuar um exercício de revisão da despesa, ao longo do triénio, com principais enfoques para a otimização de recursos, para o controlo da despesa com medicamentos e para o controlo da despesa com o transporte de doentes;
- c) Proposta de Sistema Local de Saúde, na ótica do artigo 13.º do [Decreto-Lei n.º 52/2022](#) de 4 de agosto, na sua redação atual, para a área de influência direta da E. P. E., cuja entrada em funcionamento deve ser prevista para o segundo semestre do ano de 2025, promovendo-se a articulação com os parceiros, de todos os setores, com enfoque principal:

- i) No reforço da cobertura vacinal contra o Tétano, contra a Difteria, contra a Gripe e contra a COVID-19 na população com 60 ou mais anos;
 - ii) No reforço da cobertura vacinal contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* na população que, nos termos de Norma da Direção-Geral da Saúde, tem acesso a vacinação gratuita;
 - iii) Na prevenção e controlo de doenças neurodegenerativas e oncológicas, onde se incluem os rastreios em âmbito comunitário;
 - iv) No combate e controlo da obesidade;
 - v) Na promoção do apoio médico a doentes em lares;
 - vi) No aumento da capacidade de resposta em camas de retaguarda;
- d) Projeto local para a redução do número de atendimentos nos serviços de urgência triados com cor verde, azul e branca;
- e) Projeto local, a implementar em 2025, para regularização e contenção das Listas de Inscritos para Cirurgia e das Listas de Espera para Consulta fora dos Tempos Máximos de Resposta Garantida;
- f) Projeto local, a implementar até 2027, de descentralização das consultas de especialidade hospitalar para as unidades de cuidados de saúde primários;
- g) Projeto local de alargamento da Hospitalização Domiciliária, a implementar até 2027, onde também se deve prever a domiciliação de cuidados continuados integrados;
- h) Projeto local de alargamento dos Centros de Responsabilidade Integrados na instituição, a implementar até 2027;
- i) Projeto local de criação de um Centro de Atendimento Clínico para as situações de menor complexidade e urgência clínica, podendo este estar integrado, ainda que parcialmente, nas respostas das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e das Unidades de Saúde Familiar, no âmbito da estratégia "consulta no dia seguinte", a implementar a partir do 2.º semestre de 2025;
- j) Projeto local de implementação/alargamento de teleconsulta com recurso a vídeo, a implementar em 2025;
- k) Projeto local de redução do número de consultas presenciais não realizadas no âmbito dos cuidados de saúde primários, com particular enfoque, para as consultas de tipologia "ordem médica";
- l) Projeto local de desenvolvimento/aprofundamento de cuidados de saúde mental no domicílio, a implementar até 30 de junho de 2026;

- m) Projeto local para a implementação da monitorização à distância do doente crónico, a implementar até 2027;
- n) Planos de Auditoria e Controlo Internos para o ano de 2025;
- o) Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações conexas com medidas concretas a implementar em 2025;
- p) Plano de Aquisição de Bens e Serviços e de Pagamentos para os anos de 2025 a 2027, inclusive, que deve:
 - i) Identificar, por ano e por bem/serviço, aquelas aquisições cujo custo estimado seja igual ou superior a 750 000 € (sem IVA), em formato de folha de cálculo;
 - ii) Incluir uma parte dedicada às normas internas de pagamentos de bens e serviços, à reconciliação de contas de clientes e de dívidas a receber, bem como a lógica de circularização de saldos;
 - iii) Constar uma proposta de bens/serviços cuja aquisição poderá ser centralizada através da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E.
- q) Plano de Produção Adicional Interna a realizar no ano de 2025.

1.2.3. PARA OS RESULTADOS ECONÓMICO-FINANCEIROS

As instituições elaboram os documentos económico-financeiros previsionais para 2024-2026 de modo a cumprir as instruções previstas no Orçamento de Estado de 2025 e devem assumir os seguintes compromissos:

- a) Qualificar a despesa pública da ULS e IPO que evidencie controlo dos custos, através de análise mensal dos custos fixos e variáveis que permitam identificar a despesa excessiva garantindo a qualidade dos serviços prestados;
- b) Implementar medidas para qualificar a prescrição na ULS e IPO e estabelecer regras de cumprimento das Normas de Orientação Clínica e Normas Organizacionais, na prescrição dos MCDT e Medicamentos relativa aos grandes grupos de patologias, acomodada nos processos assistenciais integrados;
- c) Utilizar os instrumentos de gestão orçamental na componente económica e financeira para identificar as áreas clínicas e não clínicas que representam maiores custos nas ULS nas quatro linhas de

cuidados, com prioridade para os MCDT na Medicina Física e Reabilitação e Gastroenterologia, para os medicamentos prescritos de venda na farmácia comunitária e para a área da diálise;

- d) Otimizar a simplificação dos processos promovendo o foco dos profissionais em atividades mais relevantes e estabelecer medidas que maximizem a rentabilidade dos recursos físicos disponíveis.

1.3. CRONOGRAMA DA CONTRATUALIZAÇÃO 2025

O cronograma para a fase de negociação do Acordo Modificativo para 2025 é o seguinte:

- a) o processo de contratualização tem início com a fase da preparação de 2025, depois de apurados os resultados do terceiro trimestre;
- b) as propostas para a fase de negociação são submetidas no SICA até **30 de novembro**;
- c) prossegue a preparação e negociação do acordo modificativo ao PDO 2024-2026, nos termos previstos dos Despachos n.º 11241-C/2024 e n.º 11241-D/2024, de 24 de setembro e as ULS / IPO submetem um documento provisório do PDO para 2025 até **30 de novembro**;
- d) as reuniões de negociação são realizadas até 15 de dezembro, no quadro da contratualização externa entre a Direção Executiva do SNS e o Conselho de Administração da ULS / IPO, em conjunto com a ACSS;
- e) das reuniões de negociação da contratualização externa resultam os compromissos assumidos para assinatura do Acordo Modificativo 2025, sendo assinados os CP até **31 de dezembro**;
- f) as ULS submetem a versão final do PDO até **10 de janeiro de 2025**, dando início à fase do acompanhamento trimestral;
- g) o ano de contratualização encerra-se com a fase de avaliação e prestação de contas no **primeiro trimestre de 2026**.

A falta de acordo, nos valores a negociar, determina que será a DE-SNS a definir unilateralmente a proposta de produção, as metas dos objetivos de acesso, qualidade e eficiência e integração (definidos em função dos valores de referência disponibilizados pela ACSS) e a estrutura de gastos e rendimentos a incluir no Acordo Modificativo 2025 a homologar pelos titulares das pastas das Finanças e da Saúde.

2. CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA

Os resultados, objeto de contratualização com as ULS, devem evidenciar os processos de integração de cuidados nas áreas da gestão da saúde e gestão da doença, com especial atenção à vulnerabilidade e risco da população.

O modelo de financiamento para 2025 é um modelo misto, incluindo várias componentes, que visa maximizar os resultados em saúde através de uma abordagem populacional, integrada e coordenada, promovendo a colaboração entre os diferentes contextos de prestação de cuidados e incentivando práticas centradas no cidadão.

Os objetivos estratégicos do modelo de financiamento são os seguintes:

- Promover a Continuidade e Qualidade dos Cuidados: A continuidade dos cuidados entre cuidados primários, hospitalares, saúde mental, social, comunitário é um pilar essencial para o sistema de saúde. Este modelo promove a articulação dos prestadores, melhorando a qualidade e segurança dos cuidados prestados.
- Alinhar Incentivos para a Eficiência e Sustentabilidade: O modelo incentiva o uso eficiente dos recursos e a racionalização dos serviços. Ao recompensar práticas que evitam duplicações e desperdícios, promove-se a sustentabilidade financeira e o bom uso dos recursos públicos.
- Focar na Prevenção e Gestão Proactiva da Saúde: Ao incentivar abordagens promotoras de saúde, preventivas e a gestão proactiva de condições crónicas, o modelo procura reduzir a necessidade de internamentos e intervenções hospitalares evitáveis, melhorando a saúde da população.
- Estimular a Melhoria Contínua e a Inovação: O modelo fomenta uma cultura de melhoria contínua e incentiva práticas inovadoras que melhorem a eficácia e a experiência dos utentes, dando autonomia às entidades para encontrar as soluções que melhor se adequem ao seu contexto.

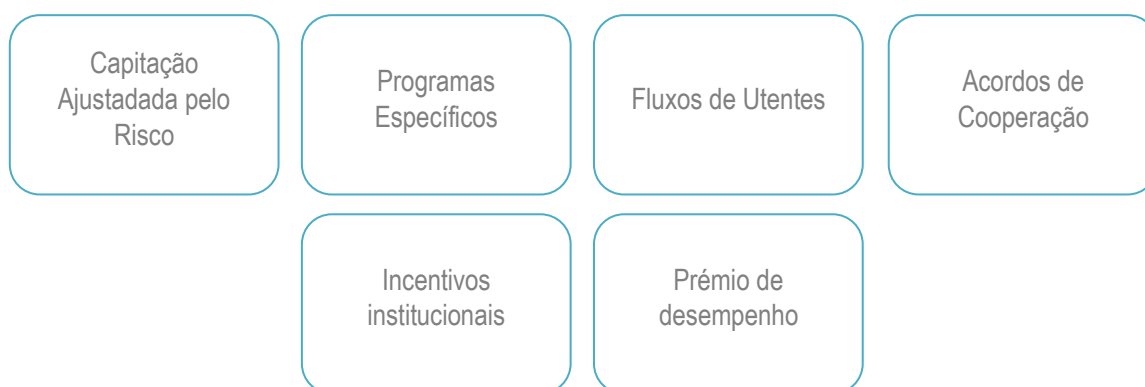
A componente de pagamento por desempenho traduz-se num conjunto de resultados a determinar pela concretização dos objetivos a negociar com as ULS, representativos dos seus principais eixos de atuação (acesso, desempenho assistencial e económico-financeiro e qualidade), a que se juntam os eixos de integração de cuidados (onde se pretende promover sinergias próprias do modelo ULS) e de qualidade do desempenho organizacional (com o objetivo de induzir comportamentos conducentes à transformação da organização e de modo a incorporar progressivamente planos de melhoria para as práticas e atividades consideradas prioritárias).

O processo de contratualização com as ULS, em 2025, incorpora um compromisso e uma prática assistencial e gestionária integrada, assente na:

- contratação de um volume de atividade realizada e adequada à resposta necessária à população servida pelas ULS para o ano 2025, acompanhada mensalmente ao nível interno, evidenciada nos sistemas de informação e acompanhada trimestralmente, conforme previsto na metodologia de contratualização em cuidados de saúde.
- possibilidade das ULS terem acesso a financiamento, através do incentivo pelo desempenho, aferido de acordo com o resultado do Índice de Desempenho Global (IDG) e mediante plano de investimento em recursos humanos, recursos físicos, incluindo equipamentos, que evidenciam alinhamento com as propostas de incentivos institucionais das equipas e, dessa forma, potenciar melhores resultados;
- possibilidade de alocação de um prémio de desempenho a instituições com IDG superior a 100%;
- manutenção da exigência de uma resposta adequada às necessidades em saúde da população, pela qual o volume de atividade pode ser objeto de penalização, se a atividade realizada for inferior a 90% da produção contratada com a ULS.

2.1 METODOLOGIA DE APURAMENTO DO VALOR DO CONTRATO PROGRAMA

O modelo de financiamento cumpre o estipulado no Despacho n.º 11241-D/2024, de 24 de setembro, publicado no Diário da República n.º 185/2024, Suplemento, Série II de 24 de setembro de 2024, assentando nas componentes:



1. Capitação ajustada (por ULS) - resulta da multiplicação da capita nacional apurada, pelo número de inscritos em determinada ULS e pelo valor do Índice de Risco Ajustado (IDRA) resultante da estratificação pelo risco da população inscrita com médico de família atribuído em cada ULS. O IDRA traduz o risco de cada população necessitar de cuidados de saúde, tendo em consideração informação relativa à produção, morbilidade e custos nos CSP e nos CH, bem como medicamentos dispensados em farmácia comunitária, idade e sexo dos inscritos. Todos os valores utilizados para o apuramento da verba reportam

a 31 de dezembro de 2023. Os valores do IDRA, utilizados para o cálculo da verba a atribuir a cada ULS, encontram-se no Anexo I.

2. Fluxo dos utentes *in/out* - calculado tendo em conta a ULS de inscrição do cidadão (a 31 de dezembro de 2023), os fluxos consideram as transações entre entidades. Estes abrangem a produção realizada em internamento, ambulatório, consultas externas e consulta nos CSP. O resultado dos fluxos é calculado pela diferença entre os Fluxos de Entrada (*in*) e os Fluxos de Saída (*out*).
3. Programas Específicos - consideram-se os seguintes programas a financiar:
 - Medicamentos de cedência hospitalar obrigatória em ambulatório, com enquadramento legal, da responsabilidade financeira das instituições, para tratamento das condições clínicas, sem prejuízo do disposto no ponto seguinte;
 - Medicamentos incluídos em programas de tratamento de condições clínicas:
 - Programa de tratamento ambulatório de pessoas a viver com infeção VIH/SIDA;
 - Programa de tratamento ambulatório de pessoas a viver com esclerose múltipla;
 - Programa de tratamento ambulatório de pessoas portadoras de infeção pelo vírus hepatite C;
 - Programa de tratamento ambulatório de pessoas a viver com hipertensão arterial pulmonar;
 - Programa tratamento de novos doentes com patologia oncológica da mama, colo do útero, colon e reto, próstata, pulmão e mieloma;
 - Programa terapêutico da polineuropatia amiloidótica familiar (PAF1);
 - Doenças raras.
 - Internamento de doentes crónicos de psiquiatria em instituições do SNS;
 - Redes de Urgência Metropolitana;
 - Formação de Médicos Internos – considerou-se o ano de formação geral e o primeiro ano de formação especializada.
4. Acordos de Cooperação - considerou-se o montante associado às atividades prestadas no âmbito dos acordos com o setor privado e social, anteriormente centralizados nas Administrações Regionais de Saúde (ARS), na área de influência de cada ULS. A partir de 2025, cabe a cada ULS o encargo associado a essas prestações. Para os acordos que cessam em 2024, as entidades poderão decidir internalizar essa prestação, manter os acordos com estas Entidades ou fazer acordos com outras. Para esta finalidade, decidiu-se distinguir os acordos em vigor até 2026, cuja despesa se encontra autorizada através de Resolução do Conselho de Ministros, e os acordos que cessam em 2024.

5. Diferenciação - foi incorporada através do Índice de *Casemix* total (que contempla internamento e ambulatório) de cada ULS (valores a 31 dezembro de 2023) - conforme Anexo I.

No Despacho supracitado é também referido que, sem prejuízo da promoção do aumento de eficiência da instituição e, globalmente, do SNS, os montantes a financiar devem ser adaptados à dotação global disponível, nunca reduzindo o financiamento face a 2024, pelo que se fez um ajuste à dotação financeira disponível.

Para além destas componentes, 10% do financiamento corresponde a incentivos, associados ao cumprimento de objetivos institucionais. Os incentivos estão englobados no CP e serão adiantados no duodécimo, em 2025, sendo posteriormente o valor acertado aquando do fecho do CP.

Prevê-se ainda a atribuição de um prémio de desempenho, no início de 2026, para as ULS que venham a atingir um valor superior a 100% das metas relativas aos objetivos contratualizados em 2025. O valor desse prémio corresponde, no máximo, a 5% do valor dos incentivos institucionais de cada entidade, sendo proporcional ao cumprimento das metas pelas ULS.

Finalmente, parece-nos importante ressaltar que o modelo de financiamento continuará a ser aperfeiçoado de modo prospetivo, de forma a colmatar as limitações identificadas e ainda existentes.

2.2. REGRAS DE CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE

Embora o financiamento da prestação alargada de cuidados de saúde nas ULS obedeça a um modelo misto de financiamento que inclui uma forte componente de capitação, a realização de um Quadro Mínimo de Produção (QMP) associado ao volume de atividade assistencial mínimo, adequado às necessidades da população, deve permanecer no processo de contratualização.

2.2.1. CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

No âmbito dos cuidados de saúde primários preconiza-se atividade associada a:

- Consultas médicas e de enfermagem de saúde familiar, que se traduzem em índices de desempenho de acesso aos cuidados de saúde prestados pelas equipas de saúde familiar e consultas médicas e de enfermagem realizadas ao abrigo dos programas de intervenção comunitária e respostas em vigilância epidemiológica da saúde pública, nas componentes da cobertura, resposta à doença aguda, tempos máximos de resposta garantida em regime de consulta presencial e/ou não presencial, conforme critério clínico de resposta qualificada para cada resolução do problema de saúde identificado;
- Consultas médicas e de enfermagem que se traduzem em índices adequados de vigilância de saúde de grupos vulneráveis e de risco conforme determinado pela DGS;

- Consultas médicas e de enfermagem por motivo de doença aguda e de resolução em CSP; Consultas de outros profissionais de saúde por referênciação como, consultas de medicina oral e higiene oral, consultas de psicologia, consultas de nutrição e consulta social, dirigida a grupos populacionais identificados com risco e que se traduzem em indicadores de acesso para cada área de referênciação, monitorização dos tempos de resposta e de resolução e alta para a consulta da equipa de saúde familiar;
- Consultas domiciliárias, realizadas em ambiente de residência do utente, de acordo com os critérios estabelecidos para o acesso a cuidados domiciliários e acesso a intervenções em saúde em grupos da comunidade.

Desta atividade resulta um Quadro Mínimo de Produção a contratar:

Consultas
Nº de Consultas Médicas Presenciais
Nº Consultas Médicas Não Presenciais (CSP)
Serviços Domiciliários
Nº Visitas Domiciliárias Médicas (CSP)
Nº Visitas Domiciliárias Enfermagem (CSP)
Outras Consultas por Pessoal Não Médico
Nº Consultas de Enfermagem (CSP)
Nº Consultas de Outros Profissionais (CSP)

De acordo com a Circular Normativa n.º 4/2024/ACSS de 15 de fevereiro, mantêm-se todas as necessidades e regras relativas à utilização da Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários - Segunda Edição – ICPC 2E.

2.2.2. CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE EM CUIDADOS HOSPITALARES

No âmbito dos cuidados de saúde hospitalares preconiza-se a atividade associada a:

- Consultas médicas e de enfermagem em cada especialidade e subespecialidade, conforme carteira de serviços e por referênciação das diferentes áreas da prestação de cuidados
- Consultas de psicologia, nutrição, social, podologia, por referênciação das especialidades em carteira de serviços;
- Consultas descentralizadas em proximidade às áreas de inscrição da população residente e em especialidades, em consultoria aos CSP, com prioridade para as consultas de medicina física e

reabilitação (linhas de orientação comum nos grandes grupos de patologia e respetivo plano de sessões de fisioterapia, relatórios circunstanciais disponíveis nos sistemas de informação clínica e que justificam a continuidade do plano de sessões) e saúde mental comunitária;

- Consultas de equipa multiprofissional de preparação pré-operatória;
- Episódios cirúrgicos e médicos programadas em ambulatório, (permanência até 24 horas).
- Episódios de ambulatório médico e cirúrgico - sempre que aplicável privilegiar a atividade cirúrgica em ambulatório e aumentar a atividade cirúrgica realizada dentro dos TMRG.
- Episódios cirúrgicos e médicos em regime de internamento, por cada área de prestação de cuidados hospitalares;
- Sessões de tratamento em áreas das especialidades previstas em hospital de dia. Considerar as três tipologias (a) sessão de hematologia/imunoterapia; (b) sessão de hospital de dia de psiquiatria e unidades sócio ocupacionais e (c) sessão de hospital de dia base;
- Sessões de quimioterapia (ver integração com sessões do hospital de dia). A estas sessões, aplica-se igualmente a codificação clínica em ICD10CM/PCS, e consequente agrupamento de GDH;
- Sessões de radioterapia (atividade que inclui tratamentos simples e complexos). A estas sessões, aplica-se igualmente a codificação clínica em ICD10CM/PCS, e consequente agrupamento de GDH;
- Episódios de urgência urgentes e emergentes, estabelecidos para cada tipologia de serviço de urgência, serviço de urgência básica, médica e cirúrgica e polivalente, em contínuo com as equipas das viaturas de Suporte Imediato de Vida e das Viaturas Médicas de Emergência a atuar no território da ULS;
- Episódios de urgência com internamento;
- Episódios de internamento em unidade de cuidados paliativos;
- Episódios com alta para hospitalização domiciliária, com prioridade para a saúde mental e utentes com necessidade de ventilação não invasiva no domicílio; doença prolongada com necessidade de cuidados paliativos;
- Episódios com alta para cuidados continuados domiciliários;
- Episódios de internamento com alta para cuidados paliativos domiciliários;
- Episódios de internamento considerados evitáveis por causas ou determinantes modificáveis não controlados em contexto de vigilância em CSP, seja doença aguda ou doença considerada crónica ou

doença prolongada (diabetes, hipertensão; doença pulmonar obstrutiva, asma; insuficiência cardíaca; tratamento paliativo);

- Episódios transferidos pelo serviço de urgência pela rede de referência de urgência e emergência.

Desta atividade resulta um Quadro Mínimo de Produção a contratar:

Cuidados Hospitalares
Consultas Externas
Nº Total Consultas Médicas
Primeiras Consultas
Primeiras Consultas com origem nos CSP referenciadas via CTH
Primeiras Consultas Descentralizadas
Primeiras Consultas
Consultas Subsequentes
Consultas Subsequentes Descentralizadas
Consultas Subsequentes
Internamento
Doentes Saídos - Agudos
D. Saídos - GDH Médicos (Total)
D. Saídos - GDH Cirúrgicos
D. Saídos - GDH Cirúrgicos Programados (Total)
D. Saídos - GDH Cirúrgicos Urgentes (Total)
Urgência
Urgência - Total Atendimentos
Total de Atendimentos SU Polivalente
Total de Atendimentos SU Médico-Cirúrgica
Total de Atendimentos SU Básica
N.º de Atendimentos (sem Internamento)
Total de Atendimentos SU Polivalente
Total de Atendimentos SU Médico-Cirúrgica
Total de Atendimentos SU Básica
Hospital de Dia
Hematologia / Imuno - hemoterapia
Psiquiatria e Unidades Sócio - Ocupacionais
Base (Pediatría + Pneumologia + Oncologia s/ Quimioterapia + Outros)
Serviços Domiciliários
Total de Domicílios

Hospitalização Domiciliária
GDH Ambulatório
GDH Médicos de Ambulatório (Total)
GDH Cirúrgicos de Ambulatório (Total)
Sessões de Radioncologia
Tratamentos Simples
Tratamentos Complexos
Sessões de Quimioterapia
Quimioterapia
Rastreios - N.º de Rastreios
Rastreio do Cancro da Mama
Rastreio do Cancro do Colo do Útero
Rastreio do Cancro do Cólon e Reto
Rastreio da Retinopatia Visual
Rastreio Visual Infantil

Para 2025, a atividade codificada em ICD10CM/PCS é classificada em GDH pelo agrupador versão *All Patient Refende* DRG 31 (APR31) e o Índice de *Case Mix* Total (ICM Internamento + Ambulatório) utilizado para efeitos de diferenciação corresponde à produção do ano de 2023.

De acordo com as Circulares Normativas n.º 4/2024/ACSS de 15 de fevereiro, n.º 12/2024/ACSS de 27 de maio e a alínea a) do ponto 8 do Despacho n.º 12986/2023 de 19 de dezembro, mantêm-se:

- todas as necessidades e regras relativas à codificação clínica pela *International Classification of Diseases - Clinical Modification/Procedures Coding System* - ICD10CM/PCS (ICD10CM/PCS), devendo as unidades reforçar esta atividade de forma a encurtar o prazo entre a alta do episódio e a conclusão da codificação clínica bem como reforçar a atividade de auditoria interna à codificação clínica;
- todas as necessidades e regras relativas à utilização da ICD10CM/PCS no âmbito da gestão de inscritos em cirurgia;
- todas as necessidades relativas à utilização da ICD10CM para registos de diagnósticos no âmbito das Consultas Externas e Urgências hospitalares.

Neste âmbito, salienta-se a importância da codificação clínica em ICD10CM/PCS no caso de produção agrupada em GDH, bem como no registo de códigos de diagnóstico ICD10CM nas consultas externas e urgências, permitindo assim uma efetiva caracterização da morbilidade hospitalar e a correta caracterização do perfil de saúde de cada utente, que permitirá a adequada estratificação da população pelo risco.

2.3. MODELOS ORGANIZATIVOS INTERNOS PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

As ULS estão obrigadas a dar cumprimento à legislação aplicável aos modelos organizacionais previstos para os CSP, que prevê a criação de Unidades Funcionais, com equipas altamente diferenciadas para a prestação de cuidados de saúde familiar, saúde comunitária e saúde pública. A estas UF (sejam USF, UCC, USP) deve ser garantida uma estrutura multiprofissional de governação clínica e de saúde e esta suportada por serviços de gestão que garantem os meios necessários à qualidade dos cuidados prestados, sendo acautelado o investimento necessário aos resultados contratualizados.

Os CH, sempre que aplicável, constituem-se Centros de Referência (CRe) e 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 promover formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas. Para 2025, consideram-se os CRe reconhecidos e publicados no sítio eletrónico da ACSS.

Durante o ano de 2025, as ULS prosseguem o modelo de organização de CH, com incentivo à criação de novos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) no SNS, com autonomia de gestão de nível intermédio e com um modelo de organização interna que promove a inovação, o trabalho em equipa, a melhoria dos resultados assistenciais e a motivação dos profissionais de saúde.

Constituem-se prioridade, os CRI Hospitalização Domiciliária, CRI Gastro, CRI Urgência, CRI Saúde Mental com especial atenção à psiquiatria comunitária, CRI Medicina Interna, CRI Pediatria, CRI Dermatologia, CRI Medicina Física e Reabilitação com especial atenção à consulta de Medicina Física descentralizada e de suporte às equipas de reabilitação que atuam nas ECCI, em ambiente de CSP, CRI Doença Pulmonar Tuberculose, CRI Hemodiálise, com especial atenção à resposta em unidades mistas de hemodiálise domiciliária e aumento do número de utentes em telemonitorização no domicílio.

O número de CRI a contratualizar deve atender às metas estabelecidas no Plano de Emergência e Transformação da Saúde, mediante o número de CRI já implementados em cada uma das ULS, mediante conforme previsto no [Decreto lei 118/2023](#).

Os incentivos institucionais e ou financeiros, devidos às equipas pelos resultados do seu desempenho ou por adicional, regem-se pelos critérios definidos no regime de incentivos para cada área, conforme publicado em normativo legal.

2.4. INDICADORES DE DESEMPENHO DAS ULS

Na contratualização com as ULS, 10% do valor do Contrato-Programa está afeto ao cumprimento de objetivos repartido da seguinte forma:

Objetivos para as ULS	Ponderações
A. Acesso	30%
A.1 IDE Acesso*	6%
A.2. Cobertura rastreio C. Mama (ID45**)	3%
A.3. Cobertura rastreio C. Colo de Útero (ID45**)	3%
A.4. Cobertura a rastreio C. Colon e Reto (ID46**)	3%
A.5. Proporção de utentes em lista de espera para consulta hospitalar dentro de TMRG referenciados CSP	5%
A.6. Percentagem de utentes em lista de inscritos para cirurgia (LIC) oncológica dentro dos TMRG	5%
A.7. Percentagem de utentes em lista de inscritos para cirurgia (LIC) não oncológica dentro dos TMRG	5%
B. Qualidade Assistencial	30%
B.1. IDE Gestão da Saúde*	5%
B.2. IDE Gestão da Doença*	5%
B.3. Taxa de ocupação das ECCI	5%
B.4. Demora média ajustada	5%
B.5. Percentagem de doentes saídos em hospitalização domiciliária (GDH) no total de doentes saídos (GDH)	4%
B.6. Percentagem cirurgias em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	3%
B.7. Mortalidade ajustada	3%
C. Eficiência	10%
C.1. Gastos operacionais por inscrito	6%
C.2. IDE Qualificação da Prescrição em CSP *	4%
D. Integração de Cuidados	30%
D.1. IDE Integração de cuidados *	6%
D.2. Taxa de internamento para amputação do membro inferior em pessoas com Diabetes (ajustada para uma população padrão) (ID360**)	6%
D.3. Proporção de utentes referenciados pelo SNS 24 para os CSP, com consulta médica na UF de inscrição no tempo definido no fluxograma de referenciação (ID 476**)	6%
D.4. Taxa de internamentos evitáveis na população adulta (ajustada para uma população padrão) (ID 365**)	6%
D.5. Índice de Desempenho na Qualidade Organizacional CSP (ID 503**)	6%

*Conforme definido na Portaria 411-A/2023 de 5 de dezembro

**Conforme bilhete de identidade definido no SDM da ACSS

2.5. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO

Toda a atividade contratada com as ULS pode ser objeto de monitorização mensal através da plataforma BI CSP, 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).

A negociação da contratualização interna é baseada na discussão do plano de desempenho das unidades funcionais ou serviços da ULS, centrada em planos de melhoria em áreas específicas, e é operacionalizada por uma matriz multidimensional da atividade destas unidades e serviços, através da ferramenta de gestão designada Plano de Ação da Unidade Funcional (PAUF) disponível para o efeito no Portal BI CSP.³

Os momentos de acompanhamento devem ser utilizados para análise da execução das atividades, assim como da sua taxa de execução previsto em cronograma e conforme vertido nos planos de melhoria. A análise dos resultados impactados em cada dimensão dos cuidados pode ter eventual revisão.

2.6. AVALIAÇÃO NA COMPONENTE DE INCENTIVO AO DESEMPENHO

Os incentivos estão associados ao cumprimento de objetivos e correspondem a 10% do valor do CP. Considerando que o montante previsto para incentivos está incluído no duodécimo a atribuir em 2025, nas situações em que não sejam cumpridos a 100% ou não realizem o quadro mínimo de produção a estabelecer no âmbito do Contrato-Programa (CP) para 2025, no momento do fecho do CP existirá um acerto de contas correspondente à devolução da verba adiantada no CP, na proporção do **QUE** não for atingido.

Os resultados que dão origem ao pagamento de incentivos serão objeto de validação com o Índice de Desempenho Global (IDG) das ULS.

No sentido de harmonizar o processo avaliativo a nível nacional, é aplicada a todas as instituições uma metodologia uniforme para avaliação do cumprimento do contratualizado. 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 ajustado⁴ = 0%;
- grau de cumprimento do indicador entre 50% e 100% => grau de cumprimento ajustado = próprio valor.

³ O BICSP está acessível em <https://bicsp.mim-saude.pt/>

⁴ O grau de cumprimento ajustado corresponde ao grau cumprimento da meta definida, balizado por um limite inferior (50%) e superior (100%)

Nesta perspetiva, são implementados os seguintes critérios para atribuição do valor de incentivos, de acordo com o IDG 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 100% atribuição de incentivos correspondente ao IDG apurado afeto a incentivos.

2.7. AVALIAÇÃO NA COMPONENTE DE PRÉMIO DE DESEMPENHO

Considerando a determinação de promoção de aumento de eficiência da instituição e do SNS, para além da rubrica de incentivos institucionais, prevê-se a atribuição de um prémio de desempenho institucional, no início de 2026, para as Unidades Locais de Saúde que conseguem evidenciar o cumprimento dos objetivos contratualizados no âmbito dos indicadores de desempenho assistencial e de eficiência, em 2025, acima de 100% e até um máximo de 120%. O valor do prémio a atribuir corresponde, no máximo, a 5% do valor dos incentivos institucionais de cada entidade e é proporcional ao valor atingido pelo cumprimento das metas contratualizadas no ano de 2025.

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

2.8. FATURAÇÃO DO CONTRATO-PROGRAMA

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

Na sequência do apuramento do grau de cumprimento do QMP para as ULS, o volume de atividade pode ser objeto de penalização, se a atividade realizada for inferior a 90% da produção contratada com a ULS no CP2025.

Para 2025 será publicitada a Circular Normativa que define as condições e procedimentos de conferência das prestações de saúde realizadas no âmbito do Contrato-Programa do ano.

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 2025 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.

2.9. ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS ÀS ULS

Os limites máximos a contratualizar com as entidades ULS para o ano de 2025 são:

ULS	Financiamento a atribuir (CP) - 2025
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	319 254 456 €
ULS Tâmega e Sousa	415 309 599 €
ULS Entre Douro e Vouga	257 414 514 €
ULS São João	728 195 826 €
ULS Santo António	683 069 464 €
ULS Arrábida	252 429 474 €
ULS Lisboa Ocidental	454 746 897 €
ULS Arco Ribeirinho	183 046 418 €
ULS Nordeste	157 028 856 €
ULS Matosinhos	218 308 261 €
ULS Alto Minho	255 965 168 €
ULS Alto Ave	305 416 873 €
ULS Barcelos/Esposende	108 105 863 €
ULS Braga	434 944 055 €
ULS Póvoa Varzim/Vila Conde	115 298 149 €
ULS Médio Ave	181 315 756 €
ULS Vila Nova Gaia/Espinho	442 384 816 €
ULS Guarda	173 967 896 €
ULS Castelo Branco	121 164 833 €
ULS Baixo Mondego	98 926 018 €
ULS Cova Beira	122 587 455 €
ULS Dão-Lafões	315 290 692 €
ULS Leiria	328 631 714 €
ULS Coimbra	851 648 295 €
ULS Aveiro	316 907 601 €
ULS Amadora/Sintra	466 571 212 €
ULS Almada-Seixal	382 823 352 €
ULS Lezíria	207 469 568 €
ULS Estuário Tejo	192 854 130 €
ULS Loures-Odivelas	230 800 590 €
ULS Santa Maria	700 685 554 €

ULS	Financiamento a atribuir (CP) - 2025
ULS São José	701 411 079 €
ULS Oeste	217 456 503 €
ULS Médio Tejo	204 566 570 €
ULS Alto Alentejo	133 427 041 €
ULS Baixo Alentejo	141 435 658 €
ULS Litoral Alentejano	92 611 977 €
ULS Alentejo Central	197 856 140 €
ULS Algarve	471 186 774 €
TOTAL	12 182 515 096 €

Não podem ser ultrapassados os limites globais de financiamento alocados a cada entidade ULS em 2025, pelo que devem ser respeitados os valores definidos.

2.10. ÁREAS ESPECÍFICAS

Para além destas linhas de atividade, existe um conjunto de **Áreas com 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.
- **Programa Vertical:** medicamentos para o tratamento da atrofia muscular espinal.

3. TERMOS DE REFERÊNCIA PARA CONTRATUALIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE COM IPO

Considerando a especificidade da atividade do Instituto Português de Oncologia, importa assegurar a metodologia de contratualização, sendo remetida para o conjunto de instruções e regras específicas inscritas neste documento.

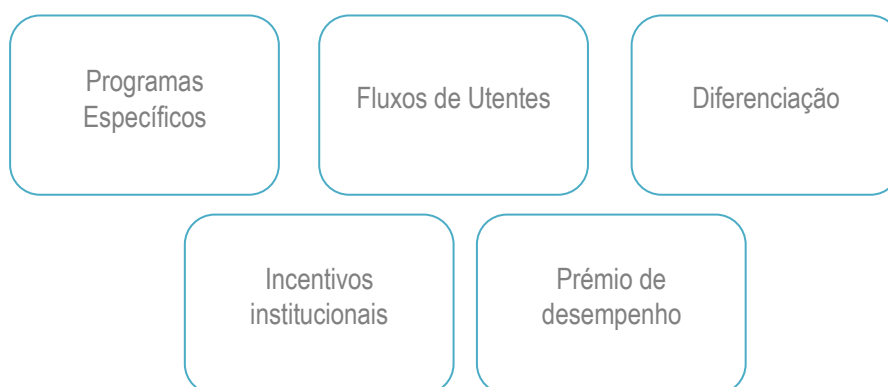
Os objetivos são definidos para o IPO, em função da especialização do respetivo tipo de cuidados atentos aos objetivos estabelecidos na Estratégia Nacional da Luta contra o Cancro para 2021-2030, aprovada no Despacho n.º 13227/2023, de 27 de dezembro, concretizada em quatro pilares estratégicos: o pilar da prevenção, o pilar da deteção precoce, o pilar do diagnóstico e tratamento e o pilar dos sobreviventes.

O modelo de financiamento estabelecido para 2025 pretende ser simplificado e orientado para a organização da atividade contratada.

Para 2025, a atividade codificada em ICD10CM/PCS é classificada em GDH pelo agrupador versão *All Patient Refende* DRG 31 (APR31) e o *Índice de Case Mix Total* (ICM Internamento + Ambulatório) contratado corresponde à produção do ano de 2023.

É considerado um único preço base para todas as instituições. O preço praticado para o internamento cirúrgico urgente corresponde ao preço da atividade cirúrgica programada.

No que respeita aos IPO, conforme Despacho n.º 11241-D/2024, de 24 de setembro, serão financiados, em 2025, tendo em conta um orçamento global que inclui os seguintes eixos do modelo de financiamento:



1. Programas específicos: os IPO mantêm os Programas de tratamento de novos doentes com patologia oncológica da mama, colo do útero, colon e reto, próstata, pulmão e mieloma e a Formação de internos;
2. Fluxos de utentes: parte do financiamento dos IPO provem dos fluxos de cuidados realizados no IPO de utentes inscritos nos cuidados primários das ULS;

3. Diferenciação: esta componente permite compensar as limitações do apuramento do valor monetário dos fluxos.

No referido despacho é também indicado, no que respeita aos IPO, que, sem prejuízo da promoção do aumento de eficiência da instituição e, globalmente, do SNS, os montantes a financiar devem ser adaptados à dotação global disponível, nunca reduzindo o financiamento face a 2024, pelo que houve lugar a um ajuste às disponibilidades financeiras.

Para além destas componentes, 10% do financiamento corresponde a incentivos, associados ao cumprimento de objetivos institucionais. Os incentivos estão englobados no CP e serão adiantados no duodécimo, em 2025, sendo posteriormente o valor acertado aquando do fecho do CP.

Para além da rubrica de incentivos institucionais de desempenho assistencial e de eficiência, prevê-se ainda a atribuição de um prémio de desempenho, no início de 2026, para os IPO que venham a atingir um valor superior a 100% das metas relativas aos objetivos contratualizados em 2025. O valor desse prémio corresponde, no máximo, a 5% do valor dos incentivos institucionais de cada entidade, sendo proporcional ao cumprimento das metas pelos IPO.

3.1 CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE COM OS IPO

No âmbito dos cuidados prestados pelo IPO preconiza-se a atividade associada a:

- Consultas médicas e de enfermagem nas diferentes áreas da consulta para a doença oncológica em ambulatório e de acordo com os critérios de referência;
- Consultas de psicologia, nutrição e consulta social para a doença oncológica;
- Episódios de internamento para tratamento da doença oncológica e por referência das ULS;
- Episódios de ambulatório médico e cirúrgico - sempre que aplicável privilegiar a atividade cirúrgica em ambulatório e aumentar a atividade cirúrgica realizada dentro dos TMRG.
- Sessões de hospital de dia – garantir as tipologias: sessão de hematologia/imunoterapia; sessão de hospital de dia base;
- Sessões de quimioterapia (ver integração com sessões do hospital de dia). A estas sessões, aplica-se igualmente a codificação clínica em ICD10CM/PCS, e consequente agrupamento de GDH;
- Sessões de radioterapia (atividade que inclui tratamentos simples e complexos). A estas sessões, aplica-se igualmente a codificação clínica em ICD10CM/PCS, e consequente agrupamento de GDH

Hospitalização domiciliária e consultas domiciliárias – sempre que se aplique dar acesso a hospitalização domiciliária durante a fase da doença, consistindo na prestação de cuidados de intensidade e complexidade equivalentes à do internamento hospitalar;

- Cuidados Paliativos – garantir o número adequado de camas para cuidados paliativos e aumentar o acesso a cuidados paliativos no domicílio;
- Cuidados Continuados – garantir o acesso a cuidados continuados no domicílio e a referenciação para unidades da RNCCI.

De acordo com as Circulares Normativas n.º 4/2024/ACSS de 15 de fevereiro, n.º 12/2024/ACSS de 27 de maio e a alínea a) do ponto 8 do Despacho n.º 12986/2023 de 19 de dezembro, mantêm-se:

- todas as necessidades e regras relativas à codificação clínica pela *International Classification of Diseases - Clinical Modification/Procedures Coding System* - ICD10CM/PCS (ICD10CM/PCS), devendo as unidades reforçar esta atividade de forma a encurtar o prazo entre a alta do episódio e a conclusão da codificação clínica bem como reforçar a atividade de auditoria interna à codificação clínica;

- todas as necessidades e regras relativas à utilização da ICD10CM/PCS no âmbito da gestão de inscritos em cirurgia;

- todas as necessidades relativas à utilização da ICD10CM para registos de diagnósticos no âmbito das Consultas Externas.

Neste âmbito, salienta-se a importância da codificação clínica em ICD10CM/PCS no caso de produção agrupada em GDH, bem como no registo de códigos de diagnóstico ICD10CM nas consultas externas e urgências, permitindo assim uma efetiva caracterização da morbilidade hospitalar e a correta caracterização do perfil de saúde de cada utente, que permitirá a adequada estratificação pelo risco da população inscrita em cada ULS e tratada no IPO.

Desta atividade resulta um Quadro Mínimo de Produção a contratar para os IPO:

Consultas Externas

Nº Total Consultas Médicas

Primeiras Consultas

Primeiras Consultas com origem nos CSP referenciadas via CTH
Primeiras Consultas Telemedicina em tempo real
Primeiras Consultas Centros Referência
Primeiras Consultas Cuidados Paliativos
Primeiras Consultas

Consultas Subsequentes

Consultas Subsequentes Telemedicina em tempo real

Consultas Subsequentes Centros Referência

Consultas Subsequentes Cuidados Paliativos

Consultas Subsequentes

Internamento

Doentes Saídos - Agudos

D. Saídos - GDH Médicos (Total)

GDH Médicos

GDH Médicos Int. Centros Referência

GDH Médicos Int. Cuidados Paliativos

GDH Cirúrgicos

D. Saídos - GDH Cirúrgicos Programados (Total)

GDH Cirúrgicos Programados

GDH Cirúrgicos Int. Centros Referência

Doentes Tratados Residentes/Crónicos

Lar de Doentes (IPO)

Dias de Internamento Doentes Residentes/Crónicos

Lar de Doentes (IPO)

Hospital de Dia

Hematologia

Imuno-hemoterapia

Base (Pediatria + Pneumologia + Oncologia s/ Químio + Outros)

Serviços Domiciliários

Total de Domicílios

Hospitalização Domiciliária

GDH Ambulatório

GDH Médicos de Ambulatório (Total)

GDH Médicos

GDH Médicos Amb. Centros Referência

GDH Cirúrgicos de Ambulatório (Total)

GDH Cirúrgicos

GDH Cirúrgicos Amb. Centros Referência

Sessões de Radioncologia

Tratamentos Simples

Tratamentos Complexos

Sessões de Quimioterapia

Quimioterapia

Patologia Oncológica Doentes Equivalente/Ano

Cancro da Mama - N.º Doentes em Tratamento

Cancro da Mama - N.º Doentes em Tratamento - 1º ano

Cancro da Mama - N.º Doentes em Tratamento - 2º ano

Cancro do Colo do Útero - N.º Doentes em Tratamento

Cancro do Colo do Útero - N.º Doentes em Tratamento - 1º ano

Cancro do Colo do Útero - N.º Doentes em Tratamento - 2º ano

Cancro do Cólon e Reto - N.º Doentes em Tratamento

Cancro do Cólon e Reto - N.º Doentes em Tratamento - 1º ano
Cancro do Cólon e Reto - N.º Doentes em Tratamento - 2º ano

Cancro do Pulmão - N.º Doentes em Tratamento

Cancro do Pulmão - N.º Doentes em Tratamento - 1º Ano
Cancro do Pulmão - N.º Doentes em Tratamento - 2º Ano

Cancro da Próstata - N.º Doentes em Tratamento

Cancro da Próstata - N.º de Doentes em Tratamento - 1º Ano
Cancro da Próstata - N.º Doentes em Tratamento - 2º Ano

Mieloma - N.º Doentes em Tratamento

Mieloma - N.º Doentes em Tratamento - 1º Ano
Mieloma - N.º Doentes em Tratamento - 2º Ano

Rastreios - N.º de Rastreios

Rastreio do Cancro do Colo do Útero
Rastreio do Cancro do Cólon e Reto

3.2. AVALIAÇÃO NA COMPONENTE DE INCENTIVO INSTITUCIONAL AOS IPO

Os incentivos estão associados ao cumprimento de objetivos e correspondem a 10% do valor do CP. Considerando que o montante previsto para incentivos está incluído no duodécimo a atribuir em 2025, nas situações em que não sejam cumpridos a 100% ou não realizem o quadro mínimo de produção a estabelecer no âmbito do Contrato-Programa (CP) para 2025, no momento do fecho do CP existirá um acerto de contas correspondente à devolução da verba adiantada no CP, na proporção do que não for atingido.

Os resultados que dão origem ao pagamento de incentivos serão objeto de validação com o Índice de Desempenho Global (IDG) do IPO.

No sentido de harmonizar o processo avaliativo a nível nacional, é aplicada a todas as instituições uma metodologia uniforme para avaliação do cumprimento do contratualizado. 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 ajustado⁵ = 0%;
- grau de cumprimento do indicador entre 50% e 100% => grau de cumprimento ajustado = próprio valor.

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

⁵ O grau de cumprimento ajustado corresponde ao grau de cumprimento da meta definida, balizado por um limite inferior (50%) e superior (100%).

- 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 100% atribuição de incentivos correspondente ao IDG apurado afeto a incentivos.

Para um índice de desempenho global superior a 100% o IPO encontra-se em condições de receber o prémio de desempenho.

3.3. AVALIAÇÃO NA COMPONENTE DE PRÉMIO DE DESEMPENHO AOS IPO

Considerando a determinação de promoção de aumento de eficiência da instituição e do SNS, para além da rubrica de incentivos institucionais, prevê-se a atribuição de um prémio de desempenho institucional, no início de 2026, para os Institutos Portugueses de Oncologia que conseguem evidenciar o cumprimento dos objetivos contratualizados no âmbito dos indicadores de desempenho assistencial e de eficiência, em 2025, acima de 100% e até um máximo de 120%. O valor do prémio a atribuir corresponde, no máximo, a 5% do valor dos incentivos institucionais de cada entidade e é proporcional ao valor atingido pelo cumprimento das metas contratualizadas no ano de 2025.

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

3.4. INDICADORES DE DESEMPENHO PARA OS IPO

Na contratualização com os IPO, 10% do valor do Contrato-Programa está afeto ao cumprimento de objetivos repartido da seguinte forma:

Objetivos para os IPO	Ponderações
A. Acesso	60%
A.1. Percentagem de primeiras consultas de Centros de Referência	10%
A.2. Percentagem de primeiras consultas de Cuidados Paliativos	10%
A.3. Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)	10%

A.4. Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	10%
A.5. Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), neoplasias malignas, dentro dos TMRG	10%
A.6. Percentagem de doentes operados dentro dos TMRG	10%
B. Qualidade e Eficiência	40%
B.1. Percentagem cirurgias em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	6%
B.2. Índice de demora média ajustada	6%
B.3 Demora média antes da cirurgia	6%
B.4. Percentagem de doentes saídos em hospitalização domiciliária (GDH) no total de doentes saídos (GDH)	5%
B.5. Percentagem doentes saídos com duração de internamento acima limiar máximo	6%
B.6. Índice de mortalidade ajustada	5%
B.7. Gastos operacionais por doente padrão	6%

3.5. Faturação do Contrato-Programa dos IPO

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

Na sequência do apuramento do grau de cumprimento do QMP para os IPO, o volume de atividade pode ser objeto de penalização, se a atividade realizada for inferior a 90% da produção contratada com os IPO no CP 2025.

Para 2025 será publicitada a Circular Normativa que define as condições e procedimentos de conferência das prestações de saúde realizadas no âmbito do Contrato-Programa do ano.

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 2025 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.

3.6. ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS AOS IPO

Os limites máximos a contratualizar com as entidades IPO para o ano de 2025 são:

Entidade	Financiamento a atribuir (CP) - 2025
Instituto Português de Oncologia de Coimbra	83 587 446 €
Instituto Português de Oncologia de Lisboa	207 803 274 €
Instituto Português de Oncologia do Porto	205 064 449 €
TOTAL	496 455 169 €

Não podem ser ultrapassados os limites globais de financiamento alocados a cada entidade IPO em 2025, pelo que devem ser respeitados os valores definidos.

4. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

O processo de contratualização interna envolve os Conselhos de Administração no compromisso com as equipas, respeitando os princípios da autonomia técnica própria dos serviços, da delegação de competências e da responsabilização dos profissionais, como garantia do alinhamento dos objetivos específicos de cada linha de cuidados assegurando os cuidados à população.

Todas as entidades devem ter implementados os processos de contratualização interna que valorizem a Governação Clínica e de Saúde no desempenho assistencial, a Governação Institucional através da sustentabilidade económico-financeira dos serviços e da instituição de forma global, com a integração de cuidados e a melhoria do desempenho organizacional. Deve ainda assegurar-se que os compromissos e os objetivos são assumidos internamente pela organização e partilhados pelos diferentes centros de gestão intermédia, serviços e unidades funcionais, segundo uma metodologia de prestação de contas a todos os níveis, pela avaliação do desempenho e do mérito associado aos resultados obtidos pela equipa que se traduz em investimento proposto pelos incentivos institucionais. Para este efeito será elaborado o documento de Operacionalização da contratualização.

As ULS devem também garantir a implementação da contabilidade de gestão em consonância com as orientações nacionais emanadas pela ACSS.

5. SÍNTESE FINAL

Os Termos de Referência para 2025 pretendem introduzir alterações na forma de avaliar o desempenho das Entidades colocando o foco nos resultados que expressam a qualidade dos cuidados prestados no SNS.

Estabelecidos os princípios orientadores e as regras da metodologia de contratualização, dos quais faz parte a metodologia de cálculo de financiamento das ULS e IPO, estão reunidas as condições para dar início ao processo de contratualização de 2025, de que fazem parte as reuniões de negociação.

Espera-se que o cumprimento de todas as fases da contratualização contribua para um envolvimento mais efetivo dos profissionais, e que estes se apropriem do seu contributo para o sucesso das suas equipas, das ULS e IPO.

Os compromissos assumidos em sede de negociação são firmados em Contrato-Programa.

O Contrato-Programa deve refletir o compromisso assistencial também assumido pelos profissionais na contratualização interna e incorporados na sua prática clínica promovendo a diferenciação.

O prémio de desempenho a atribuir em 2026, relativo à superação dos resultados dos objetivos contratualizados, no âmbito dos indicadores de desempenho assistencial e de eficiência de 2025, resulta do esforço das equipas e das estruturas que constituem as Entidades e dessa forma contribuem para o melhor posicionamento do SNS no Sistema de Saúde Português.

Este documento, elaborado em colaboração com a Direção Executiva do SNS e com o Gabinete da Secretaria de Estado da Gestão da Saúde, prossegue o desenvolvimento e modelo de contratualização do SNS, exigente e transparente, com reforço da autonomia das Entidades, suportado em princípios de sustentabilidade económico-financeira e que premeia as melhores práticas de governação em saúde.

6. ANEXOS

Tabela 1. - Valor do IDRA de cada ULS.

Valor apurado para os utentes com médico de família atribuído. Valor do IDRA utilizado no modelo de financiamento do ano de 2024 apurado com base em valores de 2019. Valor do IDRA utilizado para o modelo de financiamento do ano de 2025 apurado com base em valores de 2023.

Designação ULS	IDRA c/ MF (2024)	IDRA c/ MF (2025)
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	1,1070	1,0887
ULS Tâmega e Sousa	1,0559	1,0588
ULS Entre Douro e Vouga	1,0165	0,9951
ULS São João	1,0348	1,0715
ULS Santo António	1,1227	1,0652
ULS Nordeste	1,1311	1,1948
ULS Matosinhos	1,0742	1,1670
ULS Alto Minho	1,0914	1,0604
ULS Alto Ave	1,0305	1,0609
ULS Barcelos/Esposende	0,9989	1,0105
ULS Braga	0,9602	1,0709
ULS Póvoa Varzim/Vila Conde	1,0606	1,0486
ULS Médio Ave	1,0251	1,0585
ULS Vila Nova Gaia/Espinho	1,0327	1,0307
ULS Guarda	0,9839	0,9836
ULS Castelo Branco	1,1806	1,0488
ULS Baixo Mondego	1,2709	1,1782
ULS Cova Beira	1,1270	1,0664
ULS Dão-Lafões	1,0795	0,9909
ULS Leiria	1,0334	0,9933
ULS Coimbra	1,0667	1,0437
ULS Aveiro	1,0423	0,9969
ULS Arrábida	0,9601	0,8604
ULS Lisboa Ocidental	0,8922	0,9306
ULS Arco Ribeirinho	0,8561	0,8957
ULS Amadora/Sintra	0,8308	0,9944
ULS Almada-Seixal	0,9907	0,9598
ULS Lezíria	1,0514	1,0648
ULS Estuário Tejo	0,8744	0,8272
ULS Loures-Odivelas	0,7471	0,8853
ULS Lisboa Norte	0,8592	0,8143
ULS Lisboa Central	0,9266	0,8978
ULS Oeste	1,0243	1,0132

Designação ULS	IDRA c/ MF (2024)	IDRA c/ MF (2025)
ULS Médio Tejo	1,0841	1,0939
ULS Alto Alentejo	1,0707	0,9848
ULS Baixo Alentejo	1,0912	0,9549
ULS Litoral Alentejano	0,9947	0,8863
ULS Alentejo Central	1,0369	0,9499
ULS Algarve	0,8727	0,8276

Tabela 2. - Índice de *casemix* total de cada ULS. Valor apurado com base na produção de 2023.

Designação da ULS	ICM ULS (2024)
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	0,9105
ULS Tâmega e Sousa	0,9332
ULS Entre Douro e Vouga	0,8610
ULS São João	1,1695
ULS Santo António	1,0569
ULS Arrábida	0,8702
ULS Lisboa Ocidental	1,1544
ULS Arco Ribeirinho	0,8777
ULS Nordeste	0,9370
ULS Matosinhos	0,9068
ULS Alto Minho	0,9213
ULS Alto Ave	0,8639
ULS Barcelos/Esposende	0,7604
ULS Braga	1,0768
ULS Póvoa Varzim/Vila Conde	0,7718
ULS Médio Ave	0,8168
ULS Vila Nova Gaia/Espinho	1,0357
ULS Guarda	0,9515
ULS Castelo Branco	0,9968
ULS Baixo Mondego	0,7791
ULS Cova Beira	0,9433
ULS Dão-Lafões	0,9169
ULS Região Leiria	0,8977
ULS Coimbra	1,0652
ULS Região Aveiro	0,8443
ULS Amadora/Sintra	1,0032
ULS Almada-Seixal	0,9932
ULS Lezíria	0,9037
ULS Estuário Tejo	0,7995
ULS Loures-Odivelas	0,9806
ULS Santa Maria	1,1906
ULS São José	0,9809
ULS Oeste	0,9189
ULS Médio Tejo	0,8097
ULS Alto Alentejo	0,9266
ULS Baixo Alentejo	0,8161
ULS Litoral Alentejano	0,8942
ULS Alentejo Central	0,8812
ULS Algarve	0,9128