

Visto.

Homologo.

**Termos de Referência para a  
Contratualização de Cuidados de Saúde no  
SNS para 2026**

abril 2026

Página intencionalmente em branco

## ÍNDICE

Nota prévia à contratualização.....	5
1. Termos de referência para contratualização de cuidados de saúde em 2026 .....	6
1.1. Planeamento estratégico e operacional .....	7
1.2. Instruções para o processo negocial.....	8
1.2.1. Para as carteiras de serviços.....	8
1.2.2. Para o desempenho assistencial .....	9
1.2.3. Para os resultados económico-financeiros .....	10
1.3. Cronograma da contratualização 2026 .....	11
2. Contratualização externa .....	13
2.1. Metodologia de apuramento do valor do Contrato Programa.....	14
2.2. Regras de contratação da atividade.....	18
2.2.1. Contratação da atividade em cuidados de saúde primários.....	18
2.2.2. Contratação da atividade em cuidados hospitalares .....	19
2.3. Modelos Organizativos Internos para a Prestação de cuidados de saúde.....	25
2.4. Indicadores de desempenho das ULS .....	25
2.5. Avaliação na componente de incentivo ao desempenho .....	27
2.6. Avaliação na componente de prémio de desempenho .....	27
2.7. Faturação do Contrato-Programa .....	28
2.8. Alocação de recursos financeiros às ULS.....	28
2.9. Áreas específicas.....	29
3. Termos de referência para contratualização de cuidados de saúde com IPO em 2026 .....	31
3.1 Contratação da atividade com os IPO.....	33
3.2. Avaliação na componente de incentivo institucional aos IPO .....	35
3.3. Avaliação na componente de prémio de desempenho aos IPO.....	36
3.4. Indicadores de desempenho para os IPO .....	36
3.5. Faturação do Contrato-Programa .....	37
3.6. Alocação de recursos financeiros aos IPO .....	37
4. Contratualização Interna .....	39
5. Síntese final .....	40
6. Anexos.....	41
Lista de Siglas e Abreviaturas Utilizadas .....	46

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 de base populacional e com um financiamento local ajustado pelo risco para os utentes inscritos e não inscritos, motivou a necessidade de continuar a ajustar a metodologia de contratualização centrada nas necessidades em saúde das populações e no percurso do cidadão no sistema de saúde, com especial atenção às entidades do SNS, continuando a manter a especialização dos 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. Prossegue, desde então, o processo de integração das estruturas que as compõem, abrangendo as componentes de serviços de apoio, serviços de suporte à prestação de cuidados e serviços e unidades responsáveis pela organização da oferta assistencial de cuidados. Estes constituem-se motores da eficiência e por isso devem associar as 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 ULS. Assim, pretende-se que a atividade contratada em sede da negociação externa, o acompanhamento e a monitorização dos resultados em saúde, contribuam para o sucesso da organização, designadamente no compromisso da prestação de cuidados de saúde ao cidadão, famílias e comunidade.

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

Os princípios da contratualização, vertidos nesses documentos, continuam a sua evolução e a negociação do desempenho mantém 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, através da contratualização interna e resultados de desempenho da ULS, através da 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 de intervenção, definidas nos Planos Locais de Saúde (PLS) e que se encontram alinhados com o Plano Nacional de Saúde (PNS). 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 contratualização para 2026.

## 1. TERMOS DE REFERÊNCIA PARA CONTRATUALIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM 2026

A relação entre a entidade financiadora e as entidades prestadoras 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 aos IPO para os resultados esperados no ano civil em sede do Acordo Modificativo 2026, como adenda ao CP em vigor.

A metodologia de cálculo para o financiamento das ULS e dos IPO, resulta de um conjunto de variáveis que pretende maximizar os resultados esperados em saúde a alcançar na população abrangida, nomeadamente no que depende do desempenho das equipas que integram as Unidades e Serviços.

Conforme estabelecido no Despacho n.º 11241-D/2024, de 24 de setembro, o financiamento das ULS para 2026 considera as seguintes componentes: Capitação ajustada pelo risco, Fluxos de utentes in/out, Nível diferenciação, Programas específicos e Acordos de Cooperação (se aplicável). Para além destas componentes, o financiamento global de 2026 conta ainda com os Incentivos Institucionais e foi estabelecido um Prémio de Desempenho que será atribuído unicamente às ULS que superem os objetivos contratualizados.

No controlo interno, importa dar especial atenção aos valores do investimento, assim como aos valores de sustentabilidade financeira, de forma a consolidar os resultados económico-financeiros positivos, que se esperam obter em cada ano de contratualização.

A contratualização, orientada para a obtenção de resultados, promove o envolvimento das partes interessadas na definição de prioridades para cada área da governação. Este processo inclui o acompanhamento da afetação dos recursos institucionais disponíveis e de outros provenientes da rede de parceiros locais, das comunidades intermunicipais ou de outros setores da sociedade com interesse na saúde das populações.

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

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, que também são assegurados por 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 assegurar 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, que são objeto de regulamentação em sede de Regulamento Interno, acompanhadas pela contratualização, nomeadamente no que respeita ao 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. Pretende-se que os resultados sejam medidos na população através da morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e nos Cuidados Hospitalares (CH), através da otimização da governação clínica, conforme orientações dos programas de saúde. A avaliação do desempenho faz-se através dos índices de desempenho global (IDG) e setorial (IDS) em cada área de prestação de cuidados, incluindo a análise da permanência em CH. Esta avaliação visa melhorar os resultados dos doentes tratados ou acompanhados em doença prolongada, nomeadamente através das equipas domiciliárias de cuidados paliativos e através das equipas de cuidados continuados integrados no domicílio. Considera-se ainda necessário avaliar o desempenho das equipas de projetos específicos de intervenção da saúde, dirigidos a grupos populacionais ou à 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 2026, a contratualização e a elaboração dos PDO, as ULS e os IPO devem envolver as suas estruturas internas, com a participação efetiva das equipas das Unidades Funcionais (UF) e/ou dos Serviços nos resultados de desempenho a obter no final do ano.

Alinhadas com a estratégia nacional do Quadro Global de Referência do SNS (QGR) 2025-2027, as ULS devem ter como objetivo 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.

Os objetivos gerais e específicos devem considerar ainda o objetivo estrutural de aumentar a capacidade resolutive das equipas que asseguram os CSP, quer no acesso do cidadão aos serviços de saúde, quer 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 à porta de entrada no SNS, que devem ser os CSP.

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 SEE, nomeadamente o plano de governação designado no PDO para o triénio 2025-2027.

Sublinha-se a necessidade de garantir o completo alinhamento e coerência entre os dados reportados pelas ULS, através da submissão do PDO 2026 nos sistemas de informação, e a informação constante nos documentos a submeter ao Ministério das Finanças, através do SiRIEF.

O PDO é o 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. As ULS devem incorporar na negociação externa a compatibilização com a contratualização interna, articulando entre si as propostas e necessidades identificadas pelas equipas das unidades funcionais e inscritas nos seus Planos de Ação.

## **1.2. INSTRUÇÕES PARA O PROCESSO NEGOCIAL**

A negociação dos compromissos para os resultados em saúde e resultados económico-financeiros devem alinhar-se com a estratégia da ULS, articulando as áreas de governação com o objetivo de posicionar a ULS em níveis de excelência, sustentados por boas práticas e por uma avaliação contínua dos resultados alcançados.

No âmbito dos serviços de suporte à prestação de cuidados, a negociação deve considerar os recursos necessários para cumprir metas contratualizadas, acompanhar a inovação tecnológica e responder a novos desafios organizacionais e emergentes em saúde. Devem também integrar-se condições que promovam o desenvolvimento das equipas e a sua participação em investigação, formação e inovação, garantindo o envolvimento dos profissionais no ensino e definindo o grau de dedicação às atividades de tutoria ou docência em contexto clínico e académico.

### **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 utente, no quadro das regras de referenciação.

As ULS assumem o compromisso de atualizar as carteiras de serviço e manter registos atualizados nos Sistemas 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 2026, o compromisso assistencial integra todas as componentes do desempenho global, que resulta da prestação de cuidados **em ambiente das unidades de saúde, do domicílio e da comunidade** e que compromete as ULS em:

- i. Assumir o planeamento em saúde a partir dos Planos Locais de Saúde (**PLS**) **atualizados em tempo à preparação da contratualização**, onde ficam determinadas as prioridades estabelecidas com base nas necessidades em saúde satisfeitas e/ou não satisfeitas, para adequar a intervenção dos serviços de saúde através da resposta antecipada, em tempos de espera clinicamente aceitáveis e tempos de espera de qualidade percebidos 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** e a outros eventos adversos previsíveis, através de medidas antecipatórias definidas no quadro normativo da DGS;
- 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 verifiquem necessidades de sinalização e referenciação do doente para unidades e equipas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).
- v. Dar cumprimento à **conclusão do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR)** com especial atenção ao investimento previsto para a reforma dos CSP e novos equipamentos pesados hospitalares, de forma a garantir o cumprimento 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 para a 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 disponibilidade de horários adequados aos fluxos populacionais, atividade programada 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;
- x. Reforçar os mecanismos de controlo e gestão na área do medicamento e tendo em vista:
- Racionalidade e segurança na prescrição**, assegurando o alinhamento com as orientações clínicas e terapêuticas definidas pela Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) e com o Formulário Nacional de Medicamentos (FNM);
  - Equidade no acesso** ao medicamento, promovendo a **uniformização de critérios clínicos e financeiros** e o alinhamento com as políticas nacionais de acesso;
  - Sustentabilidade financeira**, incentivando a **seleção das alternativas menos onerosas** entre as **cl clinicamente equivalentes** identificadas pela CNFT, garantindo uma utilização eficiente dos recursos públicos

Neste contexto, os PDO 2026 devem ser atualizados tendo por base os seguintes documentos:

- Plano Nacional de Saúde 2030;
- Planos Locais de Saúde;
- Plano de Emergência e Transformação da Saúde;
- Quadro Global de Referência do Serviço Nacional de Saúde, aprovado em anexo ao Despacho n.º 14012/2025, de 25 novembro.

Deve também estar vertido, em anexo, ao PDO 2026 das entidades do SNS:

- Lista de medidas a contratualizar, com definição de objetivos específicos realistas e mensuráveis associados a metas a atingir no ano de 2026, que permitam assegurar uma redução da despesa nas áreas previstas no projeto *Spending Review*<sup>1</sup> Hemodiálise, Medicina Física e Reabilitação de ambulatório, Medicamentos e bem como o controlo da despesa com o transporte de doentes;
- Plano de Produção Adicional Interna a realizar no ano de 2026.

### 1.2.3. PARA OS RESULTADOS ECONÓMICO-FINANCEIROS

---

<sup>1</sup> *Spending Review, Revisão da Despesa Pública, Decreto-Lei n.º 87/2025, de 25 de julho*

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

- Assegurar a redução do ritmo de crescimento global da despesa, em linha com o previsto no Quadro Global de Referência;
- Implementar medidas para reforço dos níveis de eficiência económica, nomeadamente ao nível da despesa com a prescrição dos MCDT e Medicamentos
- 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, Nefrologia e Gastroenterologia**, assim como para os **Medicamentos** prescritos de dispensa hospitalar e de venda na farmácia comunitária;
- Otimizar a simplificação dos processos promovendo o foco dos profissionais em atividades mais relevantes da gestão e prestação de cuidados e estabelecer medidas que maximizem a rentabilidade dos recursos físicos disponíveis.

### 1.3. CRONOGRAMA DA CONTRATUALIZAÇÃO 2026

O cronograma da contratualização desenvolve-se durante o ano de 2026 conforme as dadas a seguir indicadas para definição do Acordo Modificativo de 2026:

1. O processo de contratualização teve início com a **fase da preparação** desde o início de 2026 e com os resultados apurados do ano de 2025;
2. Os **mapas SICA** para apoio à fase de negociação são submetidos pelas ULS/IPO **até 08 de maio de 2026**;
3. Prossegue a **preparação do acordo modificativo** de 2026 para as ULS/IPO **até 15 de maio de 2026**;
4. As **reuniões de negociação** são realizadas **até 19 de junho de 2026**, no quadro da contratualização externa entre a Direção Executiva do SNS e o Conselho de Administração da ULS/IPO em conjunto com a ACSS;
5. Das reuniões de negociação da contratualização externa resultam os compromissos assumidos para **assinatura do Acordo Modificativo 2026, sendo assinados até 10 de julho**;
6. As ULS/IPO submetem a **versão final do PDO** de 2026 **até 31 de julho de 2026**;

7. O ano de contratualização de 2026 encerra-se com a **fase de avaliação e prestação de contas no primeiro trimestre de 2027;**
8. As ULS/IPO comprometem-se no **acompanhamento trimestral da execução do PDO e dos resultados do desempenho conforme contratualizado para 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 2026 a homologar pelos titulares das pastas das Finanças e da Saúde.

## 2. CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA

O modelo de financiamento para 2026 é um modelo que integra várias componentes e 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 Integração, Continuidade e Qualidade dos Cuidados: a integração e 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 Económica: o modelo ULS 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.
- Foco na Prevenção e Gestão Proactiva da Saúde: ao incentivar abordagens promotoras de saúde, preventivas e a gestão proativa 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 2026, 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 2026, acompanhada mensalmente ao nível interno, evidenciada nos sistemas de informação e acompanhada trimestralmente, conforme previsto na metodologia de contratualização em cuidados de saúde;

- 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 95% da produção contratada com a ULS.
- 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%;

## 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, de 24 de setembro, assenta nas componentes que contribuem para o financiamento:



### i. Capitação ajustada pelo risco

O valor de capitação relativo a utentes inscritos e não inscritos resulta do ajustamento da capita pelo risco destes utentes em termos de consumo de cuidados de saúde.

O ajustamento tem em consideração a estratificação pelo risco de 3 grupos distintos de população:

- a) utentes inscritos em CSP;
- b) utentes não inscritos com condição financeira SNS

- c) utentes não inscritos com condição financeira terceiro pagador (excluindo utentes de países abrangidos pelos Regulamentos Comunitários e utentes de países abrangidos por outros acordos).

O risco de cada população é traduzido no Índice de Risco Ajustado – IDRA.

Espera-se com este método contribuir para a integração de cuidados, desejada no modelo organizativo de gestão empresarial dos cuidados de saúde, em ULS. Assim, foi calculado um valor de capitação ajustado, por ULS, em três vertentes:

- a) Uteses inscritos por ULS: através do produto da capita nacional, pelo número de inscritos a 31 dezembro de 2024 (com médico de família), pelo índice de risco ajustado (IDRA) dos utentes inscritos (total), conforme expressão infra:

$$\text{Capitação ajustada}_{ULS i} = \text{Capita Nacional} \times N.^{\circ} \text{Inscritos}_{ULS i} \times \text{IDRA Inscritos}_{ULS i}$$

- b) Uteses não inscritos com condição financeira SNS por ULS: através do produto da capita nacional, pelo número de não inscritos com condição financeira SNS a 31 dezembro de 2024, pelo índice de risco ajustado (IDRA) resultante destes utentes, conforme expressão infra:

$$\begin{aligned} \text{Capitação ajustada}_{ULS i} &= \text{Capita Nacional} \times N.^{\circ} \text{não Inscritos com condição financeira SNS} \\ &\times \text{IDRA Não inscritos com condição financeira SNS}_{ULS i} \end{aligned}$$

- c) Uteses não inscritos com condição financeira terceiro pagador por ULS: através do produto da capita nacional, pelo número de utentes não inscritos com condição financeira terceiro pagador a 31 dezembro de 2024, pelo índice de risco ajustado (IDRA) resultante destes utentes, conforme expressão infra:

$$\begin{aligned} \text{Capitação ajustada}_{ULS i} &= \text{Capita Nacional} \\ &\times N.^{\circ} \text{não Inscritos com condição financeira terceiro pagador} \\ &\times \text{IDRA Não inscritos com condição financeira terceiro pagador}_{ULS i} \end{aligned}$$

## ii. Fluxos doentes IN / OUT

A responsabilidade financeira na gestão da saúde da população é de cada uma das ULS, na qual o cidadão está inscrito e do cidadão que não estando inscrito, aí recorre aos serviços de saúde. Contudo, atento o funcionamento do SNS em rede, conforme previsto no número 2, da Base 20, da Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, em determinados momentos, os cidadãos poderão ser referenciados para outras entidades do SNS. Neste sentido, o

dinheiro deve seguir o cidadão e, por conseguinte, os fluxos<sup>2</sup> representam essa prestação específica que não pode ser assegurada pela ULS de origem (fluxo out); a utilização de fluxos, é, portanto, uma forma de compensar os prestadores que prestam cuidados a cidadãos não inscritos na sua ULS, mas sim noutras (fluxo in).

Assim, este ajustamento considera o saldo entre:

### Fluxos IN - Fluxos OUT

Produção realizada em ULS:

- a produção classificada em Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH) - episódios de internamento e ambulatório hospitalar;
- as consultas externas hospitalares (incluindo consulta e MCDT associados);
- as consultas realizadas nos cuidados de saúde primários;
- os episódios de urgência;
- os episódios de radioterapia de ambulatório;

Produção realizada noutras instituições:

- a produção classificada em GDH realizada em instituições com acordos SIGIC - episódios de internamento e de cirurgia de ambulatório;
- os MCDT prescritos nas ULS e realizados no sector convencionado (considerando fluxos IN-OUT);
- os medicamentos aviados em farmácias comunitárias (considerando fluxos IN-OUT);
- os episódios de hemodiálise realizados no sector convencionado

De tal forma que:

$$\text{Fluxo de Utentes} = \text{Fluxos In (Entrada)} - \text{Fluxos Out (Saída)}$$

Também são considerados como fluxo out aqueles que ocorram para o Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, para o IPO de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E., para o IPO de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. e para o IPO do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

A valorização dos fluxos de utentes teve em consideração os preços em vigor na Portaria do SNS, acrescidos de uma atualização de 2,4% (IPC).

---

<sup>2</sup> De acordo com a alínea b) do número 11 do Despacho n.º 11241-D/2024, de 24 de setembro, o ajustamento do financiamento pelos fluxos de utentes é um dos eixos do financiamento das Unidades Locais de Saúde, tendo em conta a ULS de inscrição do cidadão, para o respetivo apuramento.

**iii. Programas Específicos - consideram-se os seguintes programas a financiar:**

- a) 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;
- b) 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 de tratamento de doentes com patologia oncológica;
  - Programa terapêutico da polineuropatia amiloidótica familiar (PAF1);
  - Doenças raras/lisossomais.
- c) Internamento de doentes crónicos de psiquiatria em instituições do SNS;
- d) Urgências das ULS e Redes de Urgência Metropolitana

**iv. Formação**

Na formação de médicos considerou-se para efeitos de cálculo dos valores a financiamento os valores relativos ao ano de 2025 de formação geral e o primeiro ano de formação da especialidade.

**Acordos de Cooperação**

Os acordos de cooperação para a prestação de cuidados de saúde específicos, têm o objetivo de assegurar em complementaridade ao SNS a prestação de serviços de saúde à população e são regulados por instrumentos jurídicos celebrados entre a ACSS ou as ULS com o setor social e/ou privado. Esses acordos permitem que os recursos disponíveis, sejam utilizados pelo SNS, sempre que excecionalmente e justificada a sua necessidade, visando manter o acesso, a qualidade, a eficiência e a continuidade dos cuidados de saúde.

Em 2026, não serão efetuadas transferências de Acordos de Cooperação para as ULS, restituindo para a ACSS, em articulação com a DE-SNS, a responsabilidade de contratação, gestão e financiamento dos Acordos celebrados em continuidade ao ano de 2025, a aplicar em 2026, com o acerto financeiro no contrato programa das ULS da respetiva origem dos utentes.

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 2026, sendo posteriormente o valor acertado aquando do fecho do CP.

Prevê-se ainda a atribuição de um prémio de desempenho, após o fecho do ano de 2026, para as ULS que venham a atingir um valor superior a 100% das metas relativas aos objetivos contratualizados nesse ano (IDG). 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.

Sem prejuízo da promoção do aumento de eficiência da instituição e, globalmente, do SNS, os montantes a financiar são adaptados à dotação global disponível no Orçamento de Estado de 2026 para as ULS e IPO, sem redução de financiamento face ao contrato programa inicial de 2025. Simultaneamente, nenhuma entidade pode aumentar o seu orçamento previsto para 2026 em mais de 10% face ao contrato programa inicial do ano anterior, para maior equidade entre EPE. O orçamento global previsto e a necessidade de adequar o modelo às regras instituídas determinou, assim, a realização de um ajuste final à dotação financeira disponível para 2026.

## **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 negociação de um Quadro Mínimo de Produção (QMP) associado ao volume de atividade assistencial mínimo, adequado às necessidades da população, irá manter-se no processo de contratualização em 2026 com ajustamento ao modelo de financiamento das ULS e IPO.

### **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 enfermagem, realizadas no âmbito dos programas de saúde familiar e em índices de desempenho da vigilância de grupos vulneráveis e de risco, conforme normas de orientação clínica e em consonância com os planos e programas da DGS e na resposta à doença aguda de resolução em cuidados de saúde primários;
- Consultas médicas, enfermagem, psicologia, nutrição, e outras, realizadas no âmbito dos cuidados na comunidade e por referenciação interna;
- Consultas domiciliárias, médicas, enfermagem, psicologia e nutrição, 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;

- Consultas domiciliárias realizadas no âmbito da rede de cuidados continuados e cuidados paliativos.

Desta atividade resulta um Quadro Mínimo de Produção (QMP) para o âmbito da atividade assistencial realizada pelos **Cuidados de Saúde Primários** que contribui para a produção transversal na ULS, incluindo a atividade contratualizada com USF C e Médicos de Família em Convenção.

#### **A atividade assistencial realizada no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários a estabelecer para o Quadro Mínimo de Produção:**

<b>Consultas</b>
<b>Nº de Consultas Médicas</b>
Presenciais
Não Presenciais
<b>Nº de Consultas de Outros Profissionais de Saúde</b>
Nº Consultas Enfermagem
Nº Consultas de Psicologia
Nº Consultas de Nutrição
<b>Consultas Domiciliárias</b>
Nº Consultas Domiciliárias Médicas
Nº Consultas Domiciliárias Enfermagem

As regras de contratação do QMP devem seguir as necessidades estimadas de consultas na população, conforme definido nos programas de saúde, nas normas de orientação clínica e nas orientações técnicas. O não cumprimento das metas contratualizadas por atividade assistencial não realizada, com desvio superior a 5% do contratualizado, aplica-se a penalização correspondente ao valor das consultas e domicílios não realizados.

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 seguinte atividade associada ao Quadro Mínimo de Produção da ULS:

- Consultas médicas em cada especialidade e subespecialidade, conforme carteira de serviços e por referência das diferentes áreas da prestação de cuidados;

- Consultas de enfermagem, psicologia, nutrição e farmacêuticas, por referência interna das especialidades em carteira de serviços;
- Consultas descentralizadas por especialidade em proximidade às áreas de inscrição da população residente e em consultoria aos CSP, com prioridade para as consultas de reabilitação na especialidade de medicina física e reabilitação e saúde mental na comunidade;
- Episódios de internamentos médicos e cirúrgicos, por cada área de prestação de cuidados hospitalares;
- 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 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, a estas sessões, aplica-se igualmente a codificação clínica em ICD10CM/PCS, e consequente agrupamento de GDH;
- Sessões de radioterapia que inclui tratamentos simples e complexos;
- Episódios de urgência urgentes e emergentes, estabelecidos para cada tipologia de serviço de urgência, serviço de urgência básica, médica e cirúrgica e polivalente;
- 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;
- Episódios com alta para cuidados continuados domiciliários;
- Episódios de internamento com alta para cuidados paliativos domiciliários;
- Episódios de internamentos evitáveis.

A atividade assistencial realizada no âmbito dos **Cuidados de Saúde Hospitalares** a incluir no Quadro Mínimo de Produção para 2026:

**Consultas Externas**

**Nº Total Consultas Médicas (primeiras e subsequentes)**

Nº Consultas externas

Nº Consultas descentralizadas

Nº Consultas Telemedicina em tempo real

**Nº Total Consultas de Outros Profissionais de Saúde**

- Nº Consultas de Enfermagem
- Nº Consultas de Psicologia
- Nº Consultas de Nutrição
- Nº Consultas Farmacêuticas

**Internamento (Total de GDH)**

**Doentes Saídos**

**D. Saídos - GDH Médicos (Total)**

- D. Saídos - GDH Médicos hospitalização domiciliária
- D. Saídos - GDH Médicos

**D. Saídos - GDH Cirúrgicos (Total)**

- D. Saídos - GDH Cirúrgicos Programados
- D. Saídos - GDH Cirúrgicos Hospitalização Domiciliária
- D. Saídos - GDH Cirúrgicos Urgentes

**Ambulatório (Total GDH)**

**GDH Médicos de Ambulatório (Total)**

- Quimioterapia (GDH Médico ambulatório)
- Outros (GDH Médico ambulatório)

**GDH Cirúrgicos de Ambulatório (Total)**

**Urgência - Total Atendimentos**

- Total de Atendimentos SU Polivalente
- Total Atendimentos SU Médico-Cirúrgica
- Total de Atendimentos SU Básica

**Hospital de Dia**

- Sessões Hematologia / Imuno – hemoterapia
- Sessões Psiquiatria e Unidades Sócio – Ocupacionais
- Sessões Base (Pediatria + Pneumol+ Oncologia s/ Quimiot + Outros)

**Sessões de Radioterapia**

- Tratamentos Simples
- Tratamentos Complexos

**Rastreios (continuidade em ambiente hospitalar após rastreio) \***

- Rastreio do Cancro da Mama (1as consultas)
- Rastreio do Cancro do Colo do Útero (1as consultas)
- Rastreio do Cancro do Cólon e Reto (Colonoscopia)
- Rastreio da Retinopatia Visual (1as consultas)
- Rastreio de Saúde Visual Infantil (1as consultas)

**Notas:**

\*O número de primeiras consultas (ou exames do colon e reto) a utentes que já realizaram rastreio

As regras de contratação do QMP devem seguir as necessidades estimadas de consultas externas, episódios de internamento, episódios cirúrgicos, episódios de urgência, quimioterapia e radioterapia, sessões de hospital de dia, na população da ULS, conforme definido para os cuidados hospitalares.

A opção pelas linhas de produção, foi alinhar o QMP com os resultados do desempenho assistencial e permitir contratualizar um volume de produção conforme a melhoria gradual esperada no ano de 2026, em evolução aos resultados do triénio 2025-2027. Assim, estão identificadas as linhas de atividade assistencial que devem apresentar um cumprimento da atividade com desvio não superior a 5% do contratualizado. O não cumprimento das metas contratualizadas por atividade assistencial não realizada, inferior a 95% ao contratualizado, aplica-se a penalização correspondente ao valor da atividade não realizada.

A atividade assistencial realizada no âmbito dos **Cuidados de Saúde Hospitalares para 2026 apresenta também uma metodologia específica para os Serviços de Urgência (SU)** com o objetivo de promover, a continuidade da disponibilidade dos SU e a responsabilidade.

Os Serviços de Urgência são uma função crítica do SNS, assegurando a resposta imediata em situações agudas e de emergência. A sua disponibilidade contínua constitui um requisito fundamental para a confiança dos cidadãos e para a adequada articulação com os restantes níveis de cuidados.

Assim, em 2026, procede-se à autonomização explícita desta componente no contrato-programa, sem alteração do envelope global, mas tomando visível o financiamento das urgências, com três objetivos principais:

- Previsibilidade financeira: garantir recursos estáveis para a manutenção da disponibilidade dos SU;
- Neutralidade produtiva: assegurar que o financiamento não depende do número de episódios efetivamente realizados, mas sim de volumes normativos de referência e diferenciação da oferta;
- Promoção da responsabilidade: introduzir mecanismos de monitorização e penalização proporcionais à disponibilidade real dos SU.

Visando assegurar a responsabilização das ULS pela disponibilidade efetiva dos Serviços de Urgência, o financiamento da disponibilidade de serviço é composto por uma componente fixa de 75% e uma componente variável de 25% sendo assim criado um mecanismo que garanta que o financiamento das urgências não se limita à inscrição de um valor contratual, mas depende da manutenção da disponibilidade contínua dos SU.

A tabela infra apresenta os valores que refletem a atividade média prevista para cada tipologia de Serviço de Urgência, com base na estrutura de oferta definida na Rede de Urgências e Emergências. Estes valores determinam o montante de financiamento fixo a atribuir em 2026, sendo o valor correspondente a cada instituição calculado através da aplicação de um índice que posiciona os respetivos serviços face aos valores médios nacionais.

a) Componente de disponibilidade (preços de referência) e volumes de referência normativos

Tipologia	Valor médio anual (€)	Nº médio de episódios/ano	Preço/episódio (€)
<b>SUB</b>	1 529 500	35 000	43,70
<b>SUMC</b>	5 450 000	100 000	54,50
<b>SUP</b>	18 530 000	170 000	109,00

Para cada ULS, os valores mensais normativos são fixados em função dos SU existentes na Rede de Urgência e Emergência, de acordo com o seguinte esquema, para cada SU:

- Serviço de Urgência Básica (SUB):  $93\% \times (\text{n}^\circ \text{ episódios/mês } 2025) \times \text{€}43,7$
- Serviço de Urgência Médico Cirúrgica (SUMC):  $95\% \times (\text{n}^\circ \text{ episódios/mês } 2025) \times \text{€}54,5$
- Serviço de Urgência Polivalente (SUP):  $97\% \times (\text{n}^\circ \text{ episódios/mês } 2025) \times \text{€}109,0$

Estes valores são independentes da produção realizada. Apenas se alteram por decisão formal de abertura, encerramento ou reclassificação, com efeitos *pró-rata temporis* (na proporção do tempo).

b) Aplicação da disponibilidade de serviço

A componente variável será calculada em função da (in)disponibilidade do serviço, de acordo com os seguintes pressupostos:

Disponibilidade do SU (mês n)	Financiamento Componente variável (%)
<b>Sem encerramentos</b>	100%
<b>Encerramento até 12h*</b>	70%
<b>Encerramento &gt; 12h – 36h*</b>	50%
<b>Encerramento &gt; 36h – 72h*</b>	30%
<b>Encerramento &gt; 72h*</b>	0%

\*Seguidas ou interpoladas

A aplicabilidade da componente variável considera também as distintas tipologias dos Serviços de Urgência:

- **Urgências Gerais** - SUP, SUMC ou SUB - cujas valências obrigatórias se encontram definidas por lei, o incumprimento total ou parcial de qualquer valência implica a aplicabilidade supra apresentada.
- **Urgência Pediátrica** - o incumprimento total ou parcial implica a aplicabilidade supra apresentada.
- **Urgência de Ginecologia/Obstetrícia**
  - bloco de partos encerrado para o exterior - aplicabilidade da componente variável a 30% (nível 1);
  - bloco de partos encerrado - aplicabilidade da componente variável a 20% (nível 2);
  - urgências encerrada - aplicabilidade da componente variável a 10% (nível 3);

- serviço / especialidade encerrada para o exterior e internamente - aplicabilidade da componente variável a 0% (nível 4).

À componente fixa relativa à disponibilidade do serviço, adiciona-se a ponderação do Índice de Oferta por tipologia e Serviço de Urgência de cada ULS, calculado com base no valor médio nacional do número de especialidades disponíveis por tipologia, ponderado pelo número de profissionais médicos ETC que compõem a equipa de SU em cada especialidade não obrigatória.

A inoperacionalidade da VMER deve ser considerada um encerramento parcial imputável à ULS, ser considerada como uma valência obrigatória.

Até ao desenvolvimento de um automatismo intrínseco ao SDM, a avaliação do cumprimento desta medida será efetuada pela DE-SNS.

c) Reconfigurações estruturais

Qualquer alteração (abertura, encerramento ou reclassificação de SU) implica atualização dos volumes de referência e da respetiva componente financeira, com efeitos *pró-rata temporis* a partir da data da decisão.

d) Urgências centralizadas

As Urgências Centralizadas, bem como outras situações específicas definidas pela tutela, seguem regras próprias e acrescem ao valor calculado, repartindo-se o seu financiamento pelas ULS envolvidas, de acordo com a repartição da responsabilidade pelas equipas de urgência.

Para 2026, a atividade codificada em ICD10CM/PCS é classificada em GDH pelo agrupador *All Patient Refined DRG* na versão igualmente em vigor e o Índice de Case Mix Total (ICM Internamento + Ambulatório) utilizado para efeitos de diferenciação corresponde à produção do ano de 2024.

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 acutelado o investimento necessário aos resultados contratualizados.

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 promover formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas. Para 2026, consideram-se os CRe reconhecidos e publicados no sítio eletrónico da ACSS.

### 2.4. INDICADORES DE DESEMPENHO DAS ULS

Na contratualização com as ULS, 10% do valor do Contrato-Programa está afeto ao cumprimento de objetivos de acesso, qualidade assistencial, eficiência e integração de cuidados, repartido da seguinte forma:

Objetivos para as ULS	Ponderações
<b>A. Acesso</b>	<b>40%</b>
A.1 IDE Acesso*	4%
A.2 Prop. mulheres [30-69] anos c/ teste HPV 5A (ID 449)	4%

A.3 Prop. mulheres [45; 74] A, c/ mamografia rastreio (ID 450)	4%
A.4 Prop. utentes [50; 75] A, c/ rastreio cancro CR PSOF (ID 451)	4%
A.5 Percentagem de primeiras consultas de especialidade hospitalar referenciadas pelos CSP no total de consultas	3%
A.6 Rácio de consultas médicas realizadas face ao contratualizado no QMP	3%
A.7 Rácio de cirurgias realizadas face ao contratualizado no QMP	3%
A.8 Percentagem utentes com médico família atribuído	3%
A.9 Percentagem de pedidos em lista de espera (LEC) para consulta hospitalar dentro de TMRG	4%
A.10 Percentagem de utentes em lista de inscritos para cirurgia (LIC), neoplasias malignas, dentro dos TMRG	4%
A.11 Percentagem de utentes em lista de inscritos para cirurgia (LIC), não oncológica, dentro dos TMRG	4%
<b>B. Qualidade Assistencial</b>	<b>25%</b>
B.1 IDE Gestão da Saúde*	4%
B.2 IDE Gestão da Doença*	4%
B.3 Percentagem de cirurgias em ambulatório para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	3%
B.4 Taxa de ocupação das ECCI	3%
B. 5 Percentagem de falecidos em episódios de internamento com Risco de Mortalidade Menor a Moderado	4%
B. 6 Percentagem de episódios de internamento com Severidade Menor a Moderada, com tempo de internamento acima do limiar superior	4%
B.7 Percentagem de episódios de consulta externa com registo do diagnóstico	3%
<b>C. Eficiência</b>	<b>20%</b>
C.1 Gastos operacionais por utente inscrito	4%
C.2 IDE Qualificação da Prescrição em CSP *	4%
C.3 Custo médio por doente tratado (faturado) em MFR no setor convencionado	3%
C.4 Custo médio unitário para DCI com bioequivalentes	3%
C.5 Evolução da despesa com transporte de doentes não urgentes (SGTD)	3%
C.6 Percentagem de doentes saídos em hospitalização domiciliária (GDH) no total de doentes saídos (GDH)	3%
<b>D. Integração de Cuidados</b>	<b>15%</b>
D.1. IDE Integração de cuidados *	5%
D.2. Taxa de internamentos evitáveis na população adulta (ajustada para uma população padrão) (ID 365**)	5%
D.3. Índice de Desempenho na Qualidade Organizacional CSP (ID 503**)	5%

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

\*\* Conforme bilhete de identidade definido no SDM/ACSS/SPMS

## 2.5. AVALIAÇÃO NA COMPONENTE DE INCENTIVO AO DESEMPENHO

Os incentivos estão associados ao cumprimento de objetivos que integram o Índice de Desempenho Global (IDG) e correspondem a 10% do valor do CP. Considerando que o montante previsto para incentivos está incluído no duodécimo a atribuir em 2026, nas situações em que não sejam cumpridos a 100% ou não realizem o quadro mínimo de produção a estabelecer no âmbito do Contrato-Programa para 2026, no momento do encerramento do CP existirá um acerto de contas correspondente à devolução da verba adiantada no CP, na proporção do que não for atingido.

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% => sem incentivo
- grau de cumprimento do indicador entre 50% e 100% => grau de cumprimento ajustado<sup>3</sup> = incentivo proporcional ao IDG, no próprio valor apurado. 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% a atribuição de incentivos corresponde ao IDG apurado afeto a incentivos.

## 2.6. 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, durante ano de 2027, para as Unidades Locais de Saúde que conseguirem evidenciar o cumprimento dos objetivos contratualizados no âmbito dos indicadores apurados para o IDG da instituição, em 2026, 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 2026.

A verba proveniente do prémio de desempenho pode ser utilizada pelos responsáveis das entidades para, preferencialmente, premiarem os departamentos e serviços que superaram os objetivos definidos em termos de contratualização interna, procedendo à aquisição de informação técnica, promovendo a participação dos

<sup>3</sup> O grau de cumprimento ajustado corresponde ao grau de cumprimento da meta definida, balizado por um limite inferior (50%) e superior (100%)

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.

## 2.7. FATURAÇÃO DO CONTRATO-PROGRAMA

A Circular Normativa nº 16/2025/ACSS “Boas práticas e procedimentos de especialização contabilística”, estabelece que cada instituição deverá emitir uma fatura mensalmente numa percentagem de 1/12 do valor de contrato-programa contratualizado e reconhecê-la contabilisticamente nas seguintes contas: 72.01.1.6.5 – Valor Capicional (Unidade Local de Saúde - ULS) e 72.01.1.6.4 – Incentivos Institucionais (CP), assim fiquem estabelecidos os termos do Acordo Modificativo de 2026.

A execução dos Contratos-Programa é concretizada através da validação da atividade assistencial efetivamente realizada e eu verifica os critérios de validação 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 95% da produção contratada com a ULS no CP 2026.

O processo de conferência de registos da atividade assistencial do QMP dos Contratos-Programa assenta num conjunto de regras presentes na arquitetura de validação da atividade e validação de registos das instituições.

Para 2026 será publicitada a Circular Normativa que define as condições e procedimentos de registo para conferência das prestações de saúde realizadas no âmbito do Contrato-Programa em referência.

## 2.8. ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS ÀS ULS

Os limites máximos a contratualizar com as entidades ULS para o ano de 2026 são:

ULS/IPO	Financiamento a atribuir (CP) 2026
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	355 299 851,71 €
ULS Tâmega e Sousa	468 606 853,99 €
ULS Entre Douro e Vouga	329 664 993,87 €
ULS São João	792 437 421,95 €
ULS Santo António	740 809 222,96 €
ULS Arrábida	279 051 998,79 €
ULS Lisboa Ocidental	516 619 871,74 €
ULS Arco Ribeirinho	211 062 473,86 €
ULS Nordeste	175 234 291,93 €
ULS Matosinhos	240 498 912,63 €

ULS Alto Minho	292 301 674,27 €
ULS Alto Ave	338 309 144,20 €
ULS Barcelos/Esposende	125 816 551,85 €
ULS Braga	478 792 339,82 €
ULS Póvoa Varzim/Vila Conde	132 572 971,03 €
ULS Médio Ave	209 517 170,81 €
ULS Vila Nova Gaia/Espinho	496 223 092,86 €
ULS Guarda	195 583 743,44 €
ULS Castelo Branco	132 805 837,70 €
ULS Baixo Mondego	116 311 240,45 €
ULS Cova Beira	136 910 777,48 €
ULS Dão-Lafões	359 360 674,96 €
ULS Região Leiria	373 384 668,24 €
ULS Coimbra	934 655 007,90 €
ULS Região Aveiro	351 806 186,07 €
ULS Amadora/Sintra	524 145 184,33 €
ULS Almada-Seixal	424 835 113,00 €
ULS Lezíria	234 641 163,18 €
ULS Estuário Tejo	213 385 884,89 €
ULS Loures-Odivelas	255 916 488,25 €
ULS Santa Maria	759 906 538,08 €
ULS São José	767 478 723,46 €
ULS Oeste	242 488 655,88 €
ULS Médio Tejo	230 813 988,87 €
ULS Alto Alentejo	146 877 693,96 €
ULS Baixo Alentejo	153 891 831,59 €
ULS Litoral Alentejano	102 091 163,84 €
ULS Alentejo Central	214 267 465,69 €
ULS Algarve	526 778 838,76 €
<b>TOTAL ULS</b>	<b>13 581 155 708,27 €</b>

Não podem ser ultrapassados os limites globais de financiamento alocados a cada entidade ULS em 2026, pelo que devem ser respeitados os valores definidos.

## 2.9. ÁREAS ESPECÍFICAS

Para além destas linhas de atividade, existe um conjunto de **áreas específicas com financiamento autónomo fora do âmbito do Contrato-Programa:**

- **Incentivos aos transplantes:** atribuídos nos termos da legislação específica
- **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.
- **Programa Vertical:** medicamentos para o tratamento da atrofia muscular espinal (Circular conjunta n.º 23/2024/ACSS/INFARMED, de 23 setembro).

### 3. TERMOS DE REFERÊNCIA PARA CONTRATUALIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE COM IPO EM 2026

Considerando a especificidade da atividade dos Institutos Portugueses de Oncologia (IPO), importa assegurar a continuidade da metodologia de contratualização, remetendo-se para o conjunto de instruções e regras específicas inscritas no presente documento.

Os objetivos são definidos para os IPO, têm em conta a natureza especializada dos cuidados prestados e estão alinhados com os 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: prevenção, deteção precoce, diagnóstico e tratamento e sobrevivência.

O modelo de financiamento estabelecido para 2026 pretende ser simplificado e orientado para a organização da atividade contratada, considerando que:

- Para 2026, a atividade codificada em ICD10CM/PCS é classificada em GDH pelo agrupador All Patient Refined na versão legalmente em vigor;
- O Índice de Case Mix Total (ICM Internamento + Ambulatório) contratado corresponde à produção do ano de 2024;
- É considerado um único preço base e o preço praticado para o internamento cirúrgico urgente corresponde ao preço da atividade cirúrgica programada.

No que respeita aos Institutos Portugueses de Oncologia, conforme Despacho n.º 11241-D/2024, de 24 de setembro, serão financiados, em 2026, tendo em conta um orçamento global que inclui os seguintes eixos do modelo de financiamento:



- i. Orçamento financeiro atribuído aos IPO
- ii. **Financiamento dos IPO pelos fluxos das ULS:** Sendo a responsabilidade das ULS a gestão do financiamento que lhe é devido, para assegurar a prestação de cuidados de saúde à população, atentas ao funcionamento da rede de prestadores no SNS, conforme previsto no número 2, da Base 20, da Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, em determinados momentos os cidadãos devem ser referenciados para outras entidades do SNS, especializadas em determinadas áreas da saúde. No sentido, em que o dinheiro deve seguir o percurso do cidadão, os fluxos para os IPO representam essa prestação específica e que não pode ser assegurada pela ULS de origem (fluxo *out*); a utilização de fluxos, é, portanto, uma forma de financiar os IPO sempre que o utente necessita de cuidados nas áreas da doença oncológica (fluxo *in*).  
  
No que respeita ao fluxo de utentes provenientes das ULS, estes foram valorizados tendo em conta as os preços em vigor no SNS acrescidos de 2,4%, considerando as seguintes linhas:
  - a) a produção classificada em Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH) - episódios de internamento e ambulatório hospitalar, incluindo produção SIGIC;
  - b) as consultas externas hospitalares (incluindo consulta e MCDT associados);
  - c) os episódios de radioterapia de ambulatório
- iii. **Programas Específicos** - Os programas específicos estão relacionados com o tratamento de determinadas patologias e que consideram os custos com medicamentos. No que respeita aos IPO, são considerados como Programas Específicos no âmbito do financiamento para 2026 os medicamentos associados a Programas terapêuticos e de tratamento de determinadas condições clínicas. Na linha dos medicamentos associados a programas, esta linha é, na sua generalidade, um conjunto de *bundled payments* que contém uma componente de produção (consulta) e medicamentos dispensados para tratar a patologia em questão.
- iv. **Formação** - Na formação de médicos considerou-se para efeitos de financiamento os valores relativos ao ano de 2025 de formação geral e o primeiro ano de formação da especialidade.

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 2026, 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 2027, para os IPO que venham a atingir um valor superior a 100% das metas relativas aos objetivos contratualizados em 2026. 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.

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 ao valor inicial do contrato programa de 2025, pelo que houve lugar a um ajuste final às disponibilidades financeiras.

### 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 referenciação;
- Consultas de psicologia e nutrição para a doença oncológica;
- Produção GDH - Episódios de internamento para tratamento da doença oncológica e por referenciação das ULS;
- Produção GDH 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 conseqüente agrupamento de GDH;
- Sessões de radioterapia (atividade que inclui tratamentos simples e complexos).
- 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.

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.

A atividade assistencial realizada no âmbito dos **Cuidados de Saúde Hospitalares dos IPO** a incluir no Quadro Mínimo de Produção para 2026:

<b>Consultas</b>
<b>Nº Total Consultas Médicas</b>
Nº Consultas
Nº Consultas Telemedicina em tempo real
Nº Consultas Centros de Referência
<b>Nº Total Consultas de outros profissionais de saúde</b>
Nº Consultas Enfermagem
Nº Consultas Psicologia
Nº Consultas Nutrição
<b>Internamento (Total de GDH)</b>
<b>Doentes Saídos</b>
D. Saídos - GDH Médicos (Total)
D. Saídos - GDH Cirúrgicos (Total)
<b>Ambulatório (Total GDH)</b>
<b>GDH Médicos de Ambulatório (Total)</b>
Quimioterapia (GDH Médico ambulatório)
Outros (GDH Médico ambulatório)
<b>GDH Cirúrgicos de Ambulatório (Total)</b>
<b>Sessões de Radioterapia</b>
Tratamentos Simples
Tratamentos Complexos
<b>Patologia Oncológica</b>
Cancro da Mama - N.º Doentes em Tratamento (1º e 2º ano)

Cancro do Colo do Útero - N.º Doentes em Tratamento (1º e 2º ano)  
Cancro do Cólon e Reto - N.º Doentes em Tratamento (1º e 2º ano)  
Cancro do Pulmão - N.º Doentes em Tratamento (1º e 2º ano)  
Cancro da Próstata - N.º Doentes em Tratamento (1º e 2º ano)  
Mieloma - N.º Doentes em Tratamento (1º e 2º ano)

**Rastreios (apoio ao rastreio em ambiente hospitalar)**

Rastreio do Cancro do Colo do Útero (1as consultas)  
Rastreio do Cancro do Cólon e Reto (Colonoscopia)

As regras de contratação do QMP devem seguir as necessidades estimadas de consultas, episódios de internamento, episódios cirúrgicos, quimioterapia e radioterapia, sessões de hospital de dia, na população, conforme definido para os IPO.

A opção pelas linhas de produção, foi alinhar o QMP com os resultados do desempenho assistencial e permitir contratualizar um volume de produção conforme a melhoria gradual esperada no ano de 2026 em evolução aos resultados do triénio 2025-2027. Ao não cumprimento das metas contratualizadas por atividade não realizada inferior a 95%, aplica-se a penalização correspondente ao valor da atividade não realizada.

### 3.2. AVALIAÇÃO NA COMPONENTE DE INCENTIVO INSTITUCIONAL AOS IPO

Os incentivos estão associados ao cumprimento de objetivos e correspondem a 5% do valor do CP. Considerando que o montante previsto para incentivos está incluído no duodécimo a atribuir em 2026, 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 2026, 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, finda a execução e apuramento dos dados do ano 2026.

No sentido de harmonizar o processo avaliativo a nível nacional, é aplicada a todas as instituições uma metodologia uniforme para avaliação do cumprimento dos indicadores de desempenho contratualizados. 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% => sem incentivo
- grau de cumprimento do indicador entre 50% e 100% => grau de cumprimento ajustado<sup>4</sup> = incentivo proporcional ao IDG. Nesta perspetiva, são implementados os seguintes critérios para atribuição do valor de incentivos, de acordo com o IDG apurado:

<sup>4</sup> O grau de cumprimento ajustado corresponde ao grau 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% a atribuição de incentivos corresponde ao IDG apurado afeto a incentivos, ou seja, valor financeiro corresponde à percentagem.

Para um índice de desempenho global superior a 100% o IPO encontra-se em condições de receber o prémio de desempenho, finda a execução e apuramento dos dados do ano 2026.

### **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 2027 para os Institutos Portugueses de Oncologia que conseguem evidenciar o cumprimento dos objetivos contratualizados no âmbito dos indicadores apurados para o IDG da instituição, em 2026, 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 2026.

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:

<b>Objetivos para os IPO</b>	<b>Ponderações</b>
<b>A. Acesso</b>	<b>50%</b>
A.1. Percentagem de primeiras consultas de Centros de Referência (CRe)	5%
A.2 Percentagem de primeiras consultas de cuidados paliativos	5%
A.3 Rácio de consultas médicas realizadas face ao contratualizado no QMP	10%
A.4 Rácio de cirurgias realizadas face ao contratualizado no QMP	10%
A.5 Percentagem de pedidos em lista de espera (LEC) para consulta hospitalar dentro de TMRG	10%
A.6 Percentagem de utentes em lista de inscritos para cirurgia (LIC), neoplasias malignas, dentro dos TMRG	10%

<b>B. Qualidade e Eficiência</b>	<b>50%</b>
B.1 Percentagem de episódios de internamento com Severidade Menor a Moderada, com tempo de internamento acima do limiar superior	5%
B.2 Percentagem de doentes saídos em hospitalização domiciliária (GDH) no total doentes saídos (GDH)	5%
B.3 Taxa de internamentos evitáveis na população adulta (ajustada para uma população padrão)	5%
B.4 Percentagem de falecidos em episódios de internamento com Risco de Mortalidade Menor a Moderado	5%
B.5 Percentagem de episódios de consulta externa com registo do diagnóstico	5%
B.6 Percentagem de cirurgias em ambulatório para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	5%
B.7. Gastos operacionais por doente padrão	10%
B.8. Custo médio unitário para DCI com biossimilares	10%

### 3.5. FATURAÇÃO DO CONTRATO-PROGRAMA

A Circular Normativa nº 16/2025/ACSS “Boas práticas e procedimentos de especialização contabilística”, estabelece que cada instituição deverá emitir uma fatura mensalmente numa percentagem de 1/12 do valor de contrato-programa contratualizado e reconhecê-la contabilisticamente nas seguintes contas: 72.01.1.6.5 – Valor Capitação (Unidade Local de Saúde - ULS) e 72.01.1.6.4 – Incentivos Institucionais (CP), assim fiquem estabelecidos os termos do Acordo Modificativo de 2026.

A execução dos Contratos-Programa é concretizada através da validação da atividade assistencial efetivamente realizada e que verifica os critérios de validação definidos. O processo de conferência de registos da atividade assistencial do QMP dos Contratos-Programa assenta num conjunto de regras presentes na arquitetura de validação da atividade e validação de registos das instituições.

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 95% da produção contratada com a ULS no CP 2026.

Para 2026 será publicitada a Circular Normativa que define as condições e procedimentos de registo e conferência das prestações de saúde realizadas no âmbito do Contrato-Programa do ano em referência.

### 3.6. ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS AOS IPO

Os limites máximos a contratualizar com as entidades IPO para o ano de 2026 não podem ser ultrapassados os limites globais de financiamento alocados a cada entidade IPO, sendo respeitados os valores definidos:

<b>ULS</b>	<b>Financiamento a atribuir (CP) 2026</b>
IPO Coimbra	88 878 531 €
IPO Lisboa	220 957 221 €
IPO Porto	218 045 029 €
<b>Total IPO</b>	<b>527 880 781 €</b>

#### 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 também aprovado o documento de “Operacionalização da Contratualização Interna 2026”.

## 5. SÍNTESE FINAL

Os Termos de Referência para 2026 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 2026, 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 2026, 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, 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. - Nº de inscritos, não inscritos condição SNS, não inscritos condição Não SNS e valor do IDRA de cada ULS (31/12/2024).

ULS	Nº inscritos 31/12/2024	IDRA com MF 31/12/2024	Nº Não inscritos 31/12/2024 (condição SNS)	IDRA_Não Inscritos SNS (Total) 31/12/2024	Nº Não inscritos 31/12/2024 (sem condição SNS)	IDRA_Não Inscritos Não SNS (Total) 31/12/2024
ULS Trás-os-Montes e Alto Douro	262 806	1,1311	10 104	0,2091	778	0,1364
ULS Tâmega e Sousa	484 569	1,1093	6 519	0,2572	709	0,2778
ULS Entre Douro e Vouga	332 986	1,0825	5 054	0,1897	777	0,2141
ULS São João	348 510	1,1816	8 153	0,2832	1 950	0,3219
ULS Santo António	356 031	1,113	6 954	0,2945	1 264	0,2666
ULS Arrábida	244 117	0,9168	7 558	0,2635	1 876	0,1537
ULS Lisboa Ocidental	481 890	1,0063	15 361	0,2894	2 075	0,2832
ULS Arco Ribeirinho	235 605	0,9481	6 328	0,2094	3 252	0,173
ULS Nordeste	126 924	1,2267	6 171	0,2673	436	0,1562
ULS Matosinhos	177 276	1,2181	2 234	0,2794	729	0,2416
ULS Alto Minho	251 292	1,1019	10 615	0,2643	595	0,3412
ULS Alto Ave	288 927	1,196	5 474	0,2876	844	0,304
ULS Barcelos/Esposende	161 899	1,0881	2 324	0,1935	536	0,3207
ULS Braga	325 427	1,0758	5 709	0,2566	2 041	0,1929
ULS Póvoa Varzim/Vila Conde	157 825	1,1398	2 594	0,2318	229	0,2195
ULS Médio Ave	243 178	1,16	3 238	0,2334	623	0,2464
ULS Gaia/Espinho	352 331	1,1327	4 697	0,2137	979	0,2923
ULS Guarda	140 428	0,9932	6 175	0,2549	236	0,1176
ULS Castelo Branco	100 810	1,1117	3 903	0,2886	314	0,2078
ULS Baixo Mondego	109 058	1,2834	2 367	0,3068	362	0,1839
ULS Cova da Beira	84 344	1,0155	3 312	0,3015	649	0,2311
ULS Dão-Lafões	275 714	1,0881	6 292	0,2173	1 662	0,1494
ULS Leiria	402 189	0,9915	8 551	0,2614	2 129	0,2676
ULS Coimbra	407 796	1,0901	9 607	0,3245	1 681	0,3282
ULS Região de Aveiro	338 377	1,0544	6 198	0,2349	1 614	0,2811
ULS Amadora/Sintra	549 988	1,0509	20 602	0,3478	5 749	0,3148
ULS Almada-Seixal	370 452	1,0466	7 982	0,2667	3 743	0,2374
ULS Lezíria	200 578	1,112	4 724	0,28	1 302	0,2224
ULS Estuário Tejo	239 147	0,9049	5 691	0,198	807	0,1356
ULS Loures-Odivelas	234 067	1,0111	7 865	0,3075	2 909	0,2789
ULS Lisboa Norte	349 247	0,9006	17 778	0,2536	4 396	0,1844
ULS Lisboa Central	431 857	0,9616	18 921	0,2675	7 514	0,1609
ULS Oeste	249 780	1,0317	5 906	0,2618	2 740	0,1552
ULS Médio Tejo	181 835	1,1231	4 425	0,2902	912	0,2333

ULS Alto Alentejo	110 136	1,0316	3 996	0,3591	180	0,1668
ULS Baixo Alentejo	122 067	0,9597	2 535	0,2222	757	0,2542
ULS Litoral Alentejano	103 055	0,9044	3 980	0,2026	1 348	0,2375
ULS Alentejo Central	165 456	1,0105	3 839	0,185	173	0,1646
ULS Algarve	530 699	0,8617	16 752	0,2243	4 921	0,246

Tabela 2. - Índice de casemix total de cada ULS. Valor apurado com base na produção de 2024.

ULS/IPO	ICM_GLB_APR31 (2024)
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	0,9097
ULS Tâmega e Sousa	0,9119
ULS Entre Douro e Vouga	0,8685
ULS São João	1,1567
ULS Santo António	1,0627
ULS Arrábida	0,8491
ULS Lisboa Ocidental	1,1534
ULS Arco Ribeirinho	0,8793
ULS Nordeste	0,9347
ULS Matosinhos	0,9373
ULS Alto Minho	0,9250
ULS Alto Ave	0,8689
ULS Barcelos/Esposende	0,7604
ULS Braga	1,0948
ULS Póvoa Varzim/Vila Conde	0,7658
ULS Médio Ave	0,8076
ULS Gaia/Espinho	1,0325
ULS Guarda	1,0321
ULS Castelo Branco	0,9527
ULS Baixo Mondego	0,7741
ULS Cova Beira	0,9037
ULS Dão-Lafões	0,9315
ULS Região Leiria	0,9246
ULS Coimbra	1,0473
ULS Região Aveiro	0,8568
ULS Amadora/Sintra	0,9814
ULS Almada-Seixal	1,0126
ULS Lezíria	0,9145
ULS Estuário Tejo	0,8245
ULS Loures-Odivelas	0,9931
ULS Santa Maria	1,1967
ULS São José	0,9655
ULS Oeste	0,8943
ULS Médio Tejo	0,8221
ULS Alto Alentejo	0,9430
ULS Baixo Alentejo	0,7901
ULS Litoral Alentejano	0,8823
ULS Alentejo Central	0,8821
ULS Algarve	0,9041
IPO Coimbra	0,9242

IPO Lisboa	1,1851
IPO Porto	1,1098

## Anexo - Indicadores para criação e/ou monitorização no ano de 2026

---

- Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas
- Percentagem de cirurgias em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis
- Percentagem de falecidos em episódios de internamento com Risco de Mortalidade Menor a Moderado
- Taxa de referenciação hospitalar para a RNCCI
- Mortalidade por causas tratáveis (óbitos p/ 100.000 habitantes)
- Cobertura rastreio C. Mama (ID44\*\*)
- Cobertura rastreio C. Colo de Útero (ID45\*\*)
- Cobertura a rastreio C. Colon e Reto (ID46\*\*)
- Nº atendimentos em CAC (Centros Atendimento Clínico)
- ID476 - Proporção de utentes referenciados para os CSP com consulta médica da unidade funcional de inscrição no tempo definido do fluxograma de referenciação
- Mortalidade 30 dias por Enfarte Agudo do miocárdio
- Mortalidade AVC Hemorrágico 30 dias
- Mortalidade AVC Isquémico 30 dias
- Mortalidade 30 a 90 dias após cirurgia colon /ou reto
- Mortalidade hospitalar por tipo de cancro
- Proporção de falecidos no total de admissões urgentes
- Proporção de falecidos por tipo de cancro no total de admissões urgentes por cancro
- Proporção de falecidos por doenças cardiovasculares (EAM, AVCs) no total de admissões urgentes
- Gastos com medicamentos faturados por doente padrão (IPO)
- Índice de humanização dos cuidados de saúde
- Proporção de utentes c/ prescrição de aGLP1 comparticipada s/ DM2
- Consumo de antibióticos Access no total AWaRe (classificação OMS) – em ambulatório
- Consumo de antibióticos Reserve no total AWaRe (classificação OMS) – em hospital
- Custo médio mensal por DDD da terapêutica antiretroviral, em doentes com infeção por VIH
- Custo médio mensal por DDD da terapêutica de utilização específica no Carcinoma próstata (excepto radiofármacos)
- Custo da terapêutica c/ fármacos modificadores da doença e terapêutica sintomática, por doente com Esclerose Múltipla (EM)

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde  
APR-DRG – All Patient Refined Diagnosis Related Groups  
BI – Bilhete de Identidade (de indicadores no SDM)  
CCI – Cuidados Continuados Integrados  
CH – Cuidados Hospitalares  
CP – Contrato-Programa  
CRI – Centro de Responsabilidade Integrado  
CRe – Centro de Referência  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
DE-SNS – Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde  
DGS – Direção-Geral da Saúde  
DM – Diabetes Mellitus  
ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados  
EPE – Entidade Pública Empresarial  
GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo  
HTA – Hipertensão Arterial  
ICD-10-CM/PCS – International Classification of Diseases – Clinical Modification / Procedures Coding System  
ICM – Índice de Case Mix  
IDG – Índice de Desempenho Global  
IDRA – Índice de Risco Ajustado  
IPO – Instituto Português de Oncologia  
LEC – Lista de Espera para Consulta  
LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia  
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica  
MGF – Medicina Geral e Familiar  
PAF – Polineuropatia Amiloidótica Familiar  
PAUF – Plano de Ação da Unidade Funcional  
PDO – Plano de Desenvolvimento Organizacional  
PNS – Plano Nacional de Saúde  
PRR – Plano de Recuperação e Resiliência  
QGR – Quadro Global de Referência  
QMP – Quadro Mínimo de Produção  
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RON – Registo Oncológico Nacional

SEE – Setor Empresarial do Estado

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SiRIEF – Sistema de Informação de Recolha de Informação Económica e Financeira

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UF – Unidade Funcional

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

UTAM – Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização

VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida