

Homologo

Termos de Referência
para contratualização de
**Cuidados de Saúde no
SNS para 2024**

Índice

Nota prévia.....	4
1. Termos de referência para a contratualização com as ULS	6
1.1. Planeamento estratégico e operacional	7
1.2. Instruções para o processo negocial	8
1.2.1. Para a definição da atividade assistencial.....	9
1.2.2. Para o desempenho económico-financeiro	12
1.3. Cronograma de negociação	12
1.4. Contratualização externa com as ULS.....	13
1.4.1. Metodologia de apuramento do valor do Contrato-Programa.....	14
1.4.1.1. Financiamento por capitação, ajustado pelo risco	14
1.4.1.2. Fluxo de doentes.....	14
1.4.1.3. Diferenciação	15
1.4.1.4. Incentivos institucionais de desempenho assistencial e de eficiência.....	16
1.4.2. Áreas Específicas com financiamento autónomo.....	17
1.4.3. Quadro mínimo de produção e desempenho	18
1.4.4. Monitorização da resposta em saúde	18
1.4.5. Acompanhamento do processo de contratualização.....	20
1.4.6. Avaliação do processo de contratualização na componente de incentivo ao desempenho	21
1.4.7. Faturação do contrato-programa	22
1.5. Contratualização interna nas ULS	22
2. Termos de referência para contratualização com os IPO.....	24
2.1. Instruções para o processo negocial	24
2.2. Contratualização externa com os IPO.....	24
2.3. Incentivos institucionais de desempenho assistencial e de eficiência.....	25
2.4. Contratualização interna nos IPO.....	25
ANEXO I - Valor de Financiamento por Instituição.....	27

Lista de Abreviaturas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
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
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
GDH	Grupo de Diagnóstico Homogéneo
ICM	Índice de Case Mix
IDG	Índice de Desempenho Global
IDS	Índice de Desempenho Setorial
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP
IPO	Instituto Português de Oncologia
LEC	Lista de Espera para Consulta
LIC	Lista de Inscritos para Cirurgia
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
PDO	Plano de Desenvolvimento Organizacional
PRR	Plano de Recuperação e Resiliência
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SES	Secretário de Estado da Saúde
SET	Secretário de Estado do Tesouro
SICA	Sistema de Informação da Contratualização e Acompanhamento
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SU	Serviço de Urgência
TMRG	Tempos Máximos de Resposta Garantidos
ULS	Unidade Local de Saúde

Nota prévia

O presente documento estabelece os princípios orientadores do processo de contratualização de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS) para o ano de 2024, no que respeita ao modelo de financiamento, às regras de contratação da atividade e aos objetivos e resultados a alcançar pelos prestadores de cuidados de saúde do SNS.

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

Pretende-se incrementar a autonomia dos prestadores no desenho de intervenções que possam gerar melhores resultados, atentos os recursos alocados, privilegiando os rastreios, a gestão da doença crónica, a definição de percursos de utentes, os cuidados no domicílio e a articulação com a comunidade. A ambição é reduzir progressivamente os incentivos ao aumento do volume de produção, em favor da componente de resultados e da criação de valor em saúde, alinhando as organizações e as equipas com o cumprimento deste desafio. Para a concretização desta autonomia considera-se essencial a reorganização da prestação de cuidados de saúde por via da generalização do modelo Unidade Local de Saúde (ULS), mantendo a especificidade assistencial dos Institutos Portugueses de Oncologia (IPO).

A transição para o modelo ULS está em linha com as soluções adotadas nos sistemas de saúde de vários países e propõe uma abordagem baseada nas necessidades da população, assente na integração entre os vários níveis de cuidados, com vista à intervenção centrada no cidadão, e na mitigação dos contactos agudos evitáveis, numa lógica que valoriza a promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico precoce, tratamento atempado e reabilitação adequada.

A efetiva implementação das ULS requer um modelo de financiamento e contratualização robusto, que sinalize claramente essa intenção aos prestadores, influenciando a construção dos percursos dos utentes e estimulando a promoção da saúde, numa aposta clara nos cuidados de saúde primários e de proximidade.

O financiamento por capitação nas ULS é indutor da criação de valor, na medida em que incentiva os prestadores a gerir as disponibilidades financeiras em função das

necessidades em saúde da população que servem, estimulando a prestação de cuidados com a melhor relação custo-benefício, garantindo o acesso e a qualidade. Neste contexto, é de realçar a importância das parcerias estratégicas com os municípios no âmbito das suas atribuições de promoção de saúde, no quadro do processo de descentralização de competências na área da saúde que está em curso.

Para o suporte deste modelo estão a ser implementadas ferramentas de estratificação da população pelo risco, que permitem prever o consumo de recursos futuros com base na evidência da atividade realizada em cuidados primários, cuidados hospitalares, e utilização de medicamentos, entre outros, sendo assim possível ajustar o valor da capita, em função das diferentes necessidades da população. Para além do ajustamento pelo risco, serão ainda considerados os fluxos de doentes, de modo a contemplar, ao nível do financiamento, a livre escolha do utente em relação à entidade do SNS. Será ainda considerada uma componente de financiamento para a diferenciação de cada instituição, que incorpora prestações decorrentes da missão não captadas pela capita e áreas específicas com financiamento autónomo. Por último, está prevista a atribuição de incentivos de desempenho, cujo valor depende do Índice de Desempenho Global (IDG) alcançado por cada ULS.

Prevê-se que o modelo de financiamento evolua ao longo do tempo com a incorporação de novas variáveis que permitam ajustar cada vez mais o financiamento à realidade específica de cada instituição e aos objetivos em saúde a prosseguir.

Os sistemas de informação estão a evoluir no sentido da promoção de uma efetiva integração dos dados em saúde, bem como da diferenciação e autonomia técnica das várias profissões da saúde, fundamentais para o sucesso das ULS, potenciando, assim, a qualificação da informação que suporta o processo de contratualização.

Esta é uma oportunidade importante para concretizar a autonomia das entidades, ajustando as suas intervenções para dar a melhor resposta às necessidades específicas da população que servem.

1. Termos de referência para a contratualização com as ULS

O processo de contratualização constitui-se como uma forma de relacionamento entre financiadores e prestadores, assente numa filosofia contratual, envolvendo uma explicitação da ligação entre o financiamento atribuído e os resultados esperados e regendo-se pelos termos contratuais definidos no contrato-programa (CP) para o ano de 2024.

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

As ULS devem maximizar o acesso, a eficiência e a qualidade técnica, bem como a efetividade dos cuidados, garantindo a satisfação dos utentes e profissionais, e perspetivando a obtenção de ganhos em saúde, cabendo-lhes:

- caracterizar corretamente a população residente na sua área de abrangência, designadamente as suas características sociais, culturais e epidemiológicas, bem como as suas necessidades em saúde;
- estabelecer parcerias com as entidades locais com intervenção nas determinantes sociais em saúde;
- fomentar a participação da sociedade civil na promoção de estilos de vida saudáveis;
- envolver o utente na gestão da sua saúde em estreita colaboração com o seu médico de família;
- ajustar os recursos disponíveis às necessidades de saúde;
- promover o acesso dos utentes aos serviços de saúde;
- garantir a continuidade de cuidados, com níveis acrescidos de qualidade e de satisfação dos utentes;
- promover ganhos de eficiência e garantir a sua sustentabilidade, assim como o seu desenvolvimento social.

A contratualização com as ULS deve assegurar a prestação integrada dos cuidados de saúde, sustentada nos cuidados de saúde primários e na capacidade para gerir o estado de saúde da população garantindo, desta forma, a prestação dos cuidados no nível mais adequado e efetivo. Assim, este processo de negociação com as ULS para 2024 tem os seguintes objetivos específicos:

- reforçar a articulação de cuidados, tradicionalmente prestados em ambiente hospitalar, para cuidados de proximidade, nomeadamente, cuidados de saúde primários e cuidados continuados, em ambulatório e na comunidade, fruto do aprofundamento do nível de coordenação com outras instituições de saúde e do fortalecimento interno do nível de integração vertical de cuidados;
- promover o acesso dos utentes aos diferentes níveis de prestação de cuidados, sustentado na intervenção da equipa de saúde familiar e na adoção de procedimentos facilitadores da referenciação institucional;
- fortalecer a coordenação entre os cuidados de saúde primários, as equipas de gestão de altas hospitalares e as respostas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), assegurando o acompanhamento dos utentes que necessitem de cuidados após a alta, com o objetivo de garantir a continuidade da prestação e a gestão eficiente dos serviços hospitalares;
- apostar na integração da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, fornecendo ao utente e à família cuidados de qualidade de proximidade e garantindo respostas diferenciadas de acordo com as necessidades;
- aprofundar as respostas em saúde mental, quer em contexto hospitalar, particularmente na área das demências, quer em contexto comunitário, garantindo a articulação entre os diferentes níveis de cuidados e com outros agentes da comunidade;
- otimizar os recursos por intermédio da operacionalização de instrumentos de governação clínica e de saúde, que permitam a prestação criteriosa, responsável e efetiva dos cuidados, para obtenção de ganhos em saúde;
- incentivar a realização de atividades e programas de saúde em ambientes específicos (escolas, locais de trabalho) e o desenvolvimento de projetos de parceria, por exemplo, no âmbito da promoção da saúde.

1.1. Planeamento estratégico e operacional

A atividade assistencial a contratar com as ULS do SNS para 2024, assim como os níveis de desempenho esperados em termos de acesso, qualidade, eficiência e integração de cuidados, devem estar integrados nos instrumentos previsionais de gestão em vigor no Ministério da Saúde.

Nestes termos, a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS) propõe aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde a aprovação de um quadro global de referência do SNS para o triénio 2024/2026, consistente com a posição consolidada de todas as unidades de saúde, do SNS, em termos de recursos

humanos, investimentos, integração de cuidados e desempenho, designadamente, produção, acesso, qualidade e eficiência.

As entidades preparam as suas propostas de planeamento estratégico, contemplando as dimensões dos recursos humanos, atividade assistencial, designadamente produção, acesso, qualidade e eficiência, desempenho económico-financeiro e investimentos, que são analisadas pela DE-SNS em articulação com a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), e vertidas em relatório dirigido ao membro do Governo responsável pela área da saúde para aprovação.

Estas propostas têm de refletir a informação constante do quadro de referência global para o SNS e estar alinhado com os valores inscritos em sede de Orçamento de Estado, conforme previsto no Despacho do Secretário de Estado da Saúde (SES) n.º 12745/2022, de 3 de novembro, constituindo o único documento previsional de gestão estratégica trienal, 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 projeções económico-financeiras para o triénio, assim como explicitam os ganhos de eficiência e produtividade que assegurem a sua sustentabilidade a médio e longo prazo.

Alinhados com os instrumentos acima, são celebrados Contratos de Gestão entre os membros do Governo titulares da função acionista das E.P.E. e cada um dos elementos que compõem os Conselhos de Administração das ULS, vigorando para o período do seu mandato.

1.2. Instruções para o processo negocial

A negociação dos compromissos assistenciais e económico-financeiros deve centrar-se na discussão da estratégia, medidas e atividades a desenvolver pelos serviços integrados da ULS, para dar resposta às necessidades em saúde e aos objetivos da política de saúde, prosseguindo-se a definição da adequada atividade assistencial, nomeadamente em termos de qualificação do acesso, melhoria da qualidade, integração de cuidados, eficiência e efetividade da prestação, num sistema resiliente, flexível e adaptativo às necessidades conjunturais.

1.2.1. Para a definição da atividade assistencial

Para 2024, a negociação da atividade englobará as componentes da prestação de cuidados de saúde primários e hospitalares, devendo ainda observar-se as seguintes instruções específicas:

- i. promover o planeamento em saúde, alinhando a contratualização com o Plano Nacional de Saúde, aprovado pela [Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023](#), de 16 de agosto, e os Planos Locais de Saúde, de forma a responder adequada e atempadamente às necessidades em saúde da população;
- ii. adequar as formas de organização e de prestação de cuidados de saúde, alinhando-as com as normas e orientações emanadas pela Direção-Geral da Saúde (DGS);
- iii. aumentar a capacidade resolutiva dos cuidados primários, em alinhamento com o preconizado no PRR, nomeadamente nos investimentos associados à reforma dos cuidados de saúde primários;
- iv. adotar medidas transversais com vista à adequação das respostas de cuidados de saúde, no âmbito da atividade programada e não programada:
 - incrementar a atividade de primeiras consultas hospitalares propostas pelas unidades de cuidados primários, de forma a aumentar a percentagem de consultas realizadas dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG), designadamente monitorizando os pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) com mais de nove meses de espera e as consultas prioritárias oncológicas e cardiovasculares, entre outras, bem como articulando o seguimento dos doentes com as equipas de saúde familiar, sob o apoio próximo das equipas hospitalares;
 - desenvolver a atividade cirúrgica de forma a aumentar a percentagem de cirurgias realizadas dentro do TMRG, designadamente monitorizando a Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) com mais de 12 meses de espera e a resposta aos casos oncológicos e patologia cardiovascular;
 - reorganizar a atividade assistencial não programada nos serviços de urgência (SU) e na resposta à doença aguda nos cuidados de saúde primários, garantindo a regularidade do funcionamento das suas equipas, do acesso e do cumprimento dos tempos de resposta, planeando respostas alternativas e mais efetivas, nomeadamente para o seguimento de doentes com patologias crónicas;
 - realizar o volume de atividade adequado à resposta aos utentes incluídos em programas de saúde específicos e aos programas para doentes a viver com patologias crónicas ou raras;

- aumentar a resposta dos cuidados de saúde primários ao longo do percurso de vida dos cidadãos, das famílias e das comunidades, através da adoção de políticas de promoção e proteção da saúde (individual e coletiva), prevenção da doença, diagnóstico precoce de patologias, nomeadamente oncológicas, através dos rastreios aprovados pela DGS, capacitação dos indivíduos e corresponsabilização dos demais setores da sociedade, combatendo a fragmentação da prestação.
- v.** dinamizar as medidas que promovam o ajustamento da oferta às necessidades, ao nível dos espaços de atendimento, dos circuitos de encaminhamento de doentes e da disponibilidade de horários de acesso aos serviços;
- vi.** reforçar a atividade realizada em ambulatório e as respostas de proximidade, nomeadamente:
- potenciar o enfoque em respostas no domicílio e na comunidade e priorizar a desinstitucionalização da pessoa;
 - promover a articulação com as autarquias locais e reforçar a parceria com as restantes estruturas da comunidade e serviços de apoio às populações vulneráveis;
 - aumentar o peso relativo da cirurgia de ambulatório;
 - reforçar as respostas de hospitalização domiciliária nas entidades do SNS;
 - reforçar as respostas de telessaúde, nomeadamente as teleconsultas e telemonitorização (quando aplicável);
 - criar/reforçar as equipas comunitárias de saúde mental para crianças, adolescentes e adultos, de forma a prestar cuidados individualizados na comunidade às pessoas que vivem com problemas de saúde mental, garantindo estreita articulação com os cuidados primários, com os cuidados continuados e com outros agentes na comunidade;
 - criar serviços, consultas ou outras respostas diferenciadas na área das demências, privilegiando a articulação interinstitucional e multiprofissional, com o intuito de melhorar a qualidade e a diversidade dos cuidados.
- vii.** melhorar a resposta de cuidados paliativos, através da intervenção das equipas comunitárias de suporte de cuidados paliativos da ULS;
- viii.** melhorar a eficiência, a produtividade e a qualidade dos cuidados de saúde:
- generalizar o agendamento com hora marcada para a atividade programada e promover a resolução agregada das interações do doente com o hospital, conciliando para o mesmo dia o agendamento de consultas e a realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT);

- integrar a informação para simplificar as marcações, cumprir os critérios de agendamento e reagendamento por antiguidade e/ou prioridade clínica e reduzir a percentagem de cancelamentos de consultas e cirurgias;
 - reforçar a governação clínica e de saúde, potenciar e melhorar a implementação do programa de prevenção e controlo de infeção nosocomial e de resistência aos antimicrobianos, capacitando profissionais e utentes para as boas práticas decorrentes da atividade clínica e promovendo a correta utilização de antibióticos.
- ix.** promover a integração entre os diferentes níveis de cuidados da ULS, aproximando a prestação ao utente:
- dinamizar a realização de consultas hospitalares nos centros de saúde, dando cumprimento aos protocolos de referenciação, de articulação e integração entre os diferentes níveis de cuidados, focados no percurso clínico dos utentes e na resposta programada aos principais problemas de saúde, promovendo uma resposta proactiva e preventiva com impacto positivo nas admissões evitáveis em internamento e urgência hospitalar;
 - redirecionar para os cuidados de proximidade os casos triados de cor verde e azul, que ocorrem aos SU e cujas necessidades de saúde podem ser satisfeitas ao nível dos cuidados de saúde primários;
 - reforçar o papel das equipas de gestão de altas na execução do processo multidisciplinar e multidimensional da alta, reduzindo o tempo de permanência dos utentes nos hospitais, por razões estritamente sociais;
 - reduzir os internamentos evitáveis e a demora média, numa lógica de integração de cuidados e de respostas qualificadas de proximidade;
 - promover a implementação de programas de prevenção e tratamento da ansiedade e depressão, na perspetiva de integração e articulação de cuidados;
 - promover e complementar a cobertura nacional dos programas de rastreio de base populacional, mediante reforço da capacidade de diagnóstico precoce e assegurar o seguimento clínico dos utentes referenciados durante o percurso de vida dos cidadãos.
- x.** promover iniciativas que traduzam do ponto de vista organizacional a política de integração de cuidados:
- desenvolver e implementar mecanismos de monitorização e avaliação do desempenho organizativo consentâneo com a integração de cuidados;
 - incentivar a criação de Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) com vista ao aumento da abrangência populacional por estas tipologias de unidade funcional;

- alargar o modelo de organização hospitalar em Centro de Responsabilidade Integrado (CRI);
- certificar os Centros de Referência (CRe) do SNS, nos termos previstos no programa nacional de acreditação em saúde, desenvolvido pela DGS;
- garantir a implementação da contratualização interna e da contabilidade de gestão;
- determinar os mapas de pessoal e os planos de investimento com base nas redes de referenciação hospitalares, evidenciando o custo-benefício das diferentes alternativas de gestão;
- impulsionar a constituição de Sistemas Locais de Saúde (SLS), para fomento do acesso e equidade a cuidados de saúde multidisciplinares, desde a educação e promoção de saúde até aos cuidados paliativos, da prevenção primária ao tratamento hospitalar especializado, tendo em conta a proximidade ao cidadão e o contínuo de cuidados, sem assimetrias no que respeita às melhores práticas em saúde;
- expandir o plano individual de cuidados para facilitar a gestão do percurso dos utilizadores frequentes dos serviços de saúde, por meio da definição multifacetada de cuidados, acesso a serviços complementares sem barreiras e descontinuidades e avaliação periódica das terapêuticas;
- incentivar a cultura de partilha de tarefas e de prestação de cuidados em equipa multidisciplinar.

1.2.2. Para o desempenho económico-financeiro

As instituições elaboram os documentos económico-financeiros previsionais para 2024-2026 de forma a cumprir as instruções previstas no Despacho n.º4/2023, de 17 de outubro, do Secretário de Estado da Saúde (SES).

1.3. Cronograma de negociação

O cronograma para a fase de negociação do CP para 2024 é o seguinte:

- a) o processo de contratualização para 2024 inicia-se com a preparação do Plano de Desenvolvimento Organizacional (PDO) e do Contrato Programa para 2024 (CP2024)

- b)** até 10 de novembro são disponibilizados às entidades, através do portal SICA, os documentos para recolha da proposta das instituições, que suportará a negociação do CP2024;
- c)** as entidades submetem no portal SICA a sua proposta até dia 27 de novembro;
- d)** a DE-SNS e as ULS negociam o CP até 15 de dezembro, estabelecendo assim o quadro de referência de produção e desempenho e as metas dos objetivos de qualidade e eficiência;
- e)** A DE-SNS elabora, até 22 de dezembro, os relatórios de análise dos PDO 2024-2026 e a proposta de Quadro Global de Referência do SNS para 2024-2026, refletindo a posição consolidada do SNS;
- f)** os CP para 2024 são assinados na primeira semana do ano de 2024.

A falta de acordo determina que será a DE-SNS a definir, unilateralmente, a proposta de quadro de referência de produção e desempenho, as metas dos objetivos de qualidade e eficiência (definidos em função dos valores de referência disponibilizados pela ACSS e a estrutura de gastos e rendimentos a incluir no CP a autorizar pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

1.4. Contratualização externa com as ULS

É propósito do processo negocial de 2024 com as ULS a definição de um compromisso entre financiador e prestador que agilize o acesso e a abrangência da prestação, promovendo a integração entre cuidados primários e cuidados hospitalares, tal como preconizado pelo modelo de financiamento por capitação. Esta é uma forma de partilha de risco entre financiador e prestador, promovendo o aumento dos níveis de responsabilidade e autonomia.

Com este modelo a gestão das ULS são mais previsíveis e controláveis e promove uma maior coordenação e integração entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde, incitando o planeamento, organização, acompanhamento e avaliação da atividade em função da população.

O processo de contratualização com as ULS, em 2024, incorpora uma filosofia de compromisso e uma prática assistencial e gestionária integrada, assente na:

- construção de um quadro de referência de produção e desempenho adequado à resposta necessária à população servida pela ULS, garantindo um compromisso assistencial ajustado e centrado no utente e nas necessidades em saúde;

- efetivação de um modelo de financiamento de base capitolacional, ajustada pelo risco, pelos fluxos e pela diferenciação das entidades, que permita captar as principais variáveis da estrutura de custos das instituições, bem como fomentar a investigação através de novos ensaios clínicos. Pretende-se promover um direcionamento da atividade para a gestão da saúde das populações e, simultaneamente, aumentar o grau de previsibilidade da receita decorrente da prestação de cuidados da entidade;
- possibilidade de o valor total do CP poder ser majorado pelo resultado alcançado na avaliação dos indicadores que concorrem para os incentivos institucionais no valor de até 3%.

Em respeito ao princípio do orçamento global, não podem ser ultrapassados os limites de financiamento alocados a cada ULS para os CP de 2024.

1.4.1. Metodologia de apuramento do valor do Contrato-Programa

O financiamento do modelo ULS assenta, para o ano de 2024, em quatro componentes, das quais resulta o valor dos CP das ULS:

1.4.1.1. Financiamento por capitação, ajustado pelo risco

O valor de financiamento por capitação constitui a componente base do financiamento de uma ULS, perspetivando-se uma orientação gestonária da promoção da saúde e prevenção da doença, valorização dos cuidados de saúde primários e, numa perspetiva financeira, previsibilidade no financiamento. O valor correspondente à capitação a alocar a cada instituição será determinado em função do orçamento disponível, ajustado pelo risco, definido com recurso a ferramentas de estratificação da população.

1.4.1.2. Fluxo de doentes

A heterogeneidade das várias ULS que integram o SNS determina que uma parte variável dos seus serviços seja afeto a utentes de fora da sua área de abrangência e que parte dos cuidados de saúde necessários à população sejam providos por instituições de outras áreas geográficas. Considerando ainda

os critérios definidos nas diferentes redes de referência e os princípios do livre acesso e circulação (LAC) de utentes, nomeadamente a livre escolha destes relativamente à entidade prestadora dos cuidados de saúde que necessita, o modelo de financiamento contém uma componente que considera estes fluxos. Assim, o valor do CP prevê que o saldo dos fluxos de doentes seja complementar ao valor da capitação calculado para cada instituição, abrangendo este cálculo a totalidade da produção, valorizando as transações entre entidades. Na prática, este mecanismo garante que o dinheiro segue o utente.

1.4.1.3. Diferenciação

Esta parcela visa, no essencial, conformar o financiamento de cada instituição ao seu nível de diferenciação e ao papel que desempenha dentro do SNS, promovendo-o, através de:

- a)** financiamento de prestações decorrentes da missão da instituição não captadas diretamente pelo valor capicional (função universitária e formativa, entre outras);
- b)** financiamento de prestações de saúde específicas, relacionadas com áreas de inovação e desenvolvimento, designadamente:
 - urgência;
 - doentes crónicos tratados em ambulatório (exceto VIH/SIDA);
 - programa de tratamento ambulatório de pessoas a viver com hipertensão arterial pulmonar;
 - oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO);
 - programa para colocação de implantes cocleares;
 - doentes crónicos de psiquiatria no hospital;
 - 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;
 - programas de rastreio, nomeadamente mama, cólon e reto, colo do útero e retinopatia visual;
 - programa tratamento de novos doentes com patologia oncológica da mama, colo do útero, colon e reto, próstata, pulmão e mieloma;
 - programa terapêutico polineuropatia amiloidótica familiar (PAF 1);

- doenças raras;
- banco de gâmetas;
- inovação: medicamentos e dispositivos inovadores (inclui apenas terapêutica CAR T e neuroestimulador central, periférico e medular e Tavi).
- Investigação: financiamento de novos ensaios clínicos a iniciar no ano de 2024.

1.4.1.4. Incentivos institucionais de desempenho assistencial e de eficiência

A contratualização das medidas que visem a melhoria do desempenho assistencial e da eficiência tem inerente o aumento dos níveis de exigência e de responsabilidade dos prestadores, pelo que se prevê uma componente adicional de financiamento que poderá majorar o valor do CP até 3% em n+1. Esta componente está associada ao cumprimento dos objetivos de desempenho e de eficiência do CP 2024, que se dividem em quatro áreas de avaliação: acesso, qualidade assistencial, desempenho económico-financeiro e integração de cuidados, conforme tabela infra:

Objetivos para as ULS	Ponderações
1. Cuidados de Saúde	
A. Acesso	30%
A.1 Índice de Desempenho* da Sub-área Acesso	15%
A.2 Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	7,5%
A.3 Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG	7,5%
B. Qualidade Assistencial	30%
B.1 Índice de Desempenho* da Sub-área Gestão da Saúde	5%
B.2 Índice de Desempenho* da Sub-área Gestão da Doença	5%
B.3 Índice de Desempenho* da Sub-área Qualificação da Prescrição	5%
B.4 Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico	2%
B.5 Percentagem de cirurgias em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis***	2%
B.6 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	2%
B.7 Demora média ajustada	2%
B.8 Demora média antes da cirurgia	1,5%
B.9 Valor em saúde na cirurgia de catarata	1,5%
B.10 Número de ensaios clínicos iniciados no ano	1,5%
B.11 Percentagem de doentes saídos em hospitalização domiciliária (GDH) no total de doentes saídos (GDH)	1,5%
B.12 Percentagem de consultas hospitalares descentralizadas, domiciliárias e de saúde mental na comunidade no total de consultas hospitalares realizadas	1%
2. Desempenho Económico-Financeiro	15%
C.1 Gastos operacionais por residente	3%
C.2 Doente Padrão por médico ETC	3%
C.3 Doente Padrão por Enfermeiro ETC	3%

C.4 Percentagem dos gastos com trabalho extraordinário, suplementos e fornecimentos e serviços externos (selecionados) no total de gastos com pessoal	3%
C.5 EBITDA	3%
3. Integração de Cuidados	25%
D.1 Índice de Desempenho* da Sub-área Integração de Cuidados	3%
D.2 Percentagem de população rastreada no Rastreo do Cancro do Colo do Útero (RCCU) no total de população inscrita elegível	3%
D.3 Percentagem de população rastreada no Rastreo do Cancro do Cólon e Reto (RCCR) no total de população inscrita elegível	3%
D.4 Percentagem de utilizadores frequentes do SU (> 4 episódios no ano)	3%
D.5 Percentagem de episódios triados com cor verde, azul ou branca no SU	3%
D.6 Taxa de internamento para amputação de membro inferior em pessoas com diabetes (ajustada para uma população padrão) (ID 360)**	2%
D.7 Taxa de internamentos evitáveis na população adulta (ajustada para uma população padrão) (ID 365)**	3%
D.8 Proporção de consultas de psicologia, nutrição e medicina dentária referenciadas por médicos dos cuidados de saúde primários ou médicos hospitalares, realizadas em menos de 90 dias	3%
D.9 Avaliação do nível de satisfação dos utentes	2%

*: conforme definido na matriz multidimensional dos cuidados de saúde primários.

** : conforme bilhete de identidade definido no Sistema de Dados Mestre (SDM) da ACSS.

***: procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis são os procedimentos que, embora não universalmente realizados em ambulatório, a sua realização em menos de 24 horas está prevista (são identificados como procedimentos ambulatorizáveis de tipo B no Relatório Final da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório).

Pretende-se que, no futuro, o desempenho medido através de indicadores inclua o estado de saúde da população, de forma a que o foco desta abordagem se centre, cada vez mais, nos utentes e no valor em saúde criado.

1.4.2. Áreas Específicas com financiamento autónomo

Sendo o valor do CP calculado pelas quatro componentes acima descritas, existem ainda áreas que contemplam financiamento específico fora do âmbito do CP:

- 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 de promoção de investigação e desenvolvimento, que se pretende estimular e alargar ao âmbito dos cuidados de saúde primários, numa lógica integradora.

1.4.3. Quadro mínimo de produção e desempenho

Integrará o CP um quadro mínimo de produção e desempenho para a ULS, que se constitui como uma orientação para a instituição. O quadro mínimo de produção e desempenho refletirá um volume mínimo de produção, quer ao nível dos cuidados primários, quer ao nível dos cuidados hospitalares, bem como níveis mínimos para os indicadores de desempenho organizacional.

Sendo esta uma componente relevante do modelo de contratualização, ir-se-á:

- definir as linhas de atividade em cuidados de saúde primários;
- definir as linhas de atividade em cuidados hospitalares. O não cumprimento do quadro mínimo de produção hospitalar está associado a uma estrutura de penalizações. Sempre que se verifique o incumprimento da produção hospitalar contratualizada em, pelo menos, 10% em cada linha de atividade programada será aplicada uma penalização correspondente ao valor da produção não realizada nessa linha. Para 2024, a atividade de internamento de doentes agudos e a atividade de ambulatório médico e cirúrgico são classificadas em Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH), sendo o Índice de Case Mix (ICM) contratado correspondente à produção do ano de 2019. Constitui objetivo do processo de contratualização que a divergência face à produção associada ao ICM seja minorada em processos futuros até se atingir a referência ao ano n-2.
- definir os indicadores de desempenho. No âmbito do desempenho organizacional, os indicadores a monitorizar devem refletir o compromisso da instituição com um desenho orgânico e funcional adequado à missão e ao cumprimento das obrigações assistenciais e não assistenciais que dela decorram.

1.4.4. Monitorização da resposta em saúde

Na definição e negociação do quadro mínimo de produção e desempenho deverão ser observados os seguintes princípios.

No âmbito dos cuidados de saúde primários:

- consultas médicas presenciais – em volume adequado à promoção da saúde, gestão da doença e resposta à doença aguda;
- consultas médicas não presenciais – para garantir uma resposta efetiva às necessidades de renovação de receituário, avaliação/registo de exames, e outros pedidos enquadráveis, mas que simultaneamente salvaguarde a

possibilidade de resposta a situações que, ponderadamente avaliadas, não justifiquem a presença do utente no âmbito da vigilância da saúde, da gestão da doença e da resposta à doença aguda;

- consultas de enfermagem - em volume adequado à promoção da saúde, gestão da doença e resposta à doença aguda;
- visitas domiciliárias médicas – para garantir o acesso a cuidados de saúde pelas populações mais vulneráveis e com dificuldades de mobilidade e transporte, enquanto incentivo à proximidade e personalização de cuidados;
- visitas domiciliárias de enfermagem – para garantir o acesso a cuidados de saúde pelas populações mais vulneráveis e com dificuldades de mobilidade e transporte, enquanto incentivo à proximidade e personalização de cuidados;
- consultas de outros profissionais – aumento de consultas realizadas em especialidades não médicas, tais como nutrição, psicologia, farmacêutica, serviço social, medicina dentária, fisioterapia, higiene oral, terapia ocupacional, ortóptica, radiologia e outras, de forma a aumentar a abrangência de população com acesso a um conjunto mais completo de cuidados em especialidades não médicas.

No âmbito dos cuidados de saúde hospitalares:

- internamento de doentes agudos e crónicos – redução dos internamentos hospitalares evitáveis, nomeadamente aqueles que estão relacionados com internamentos por causas sensíveis, ou seja, com patologias que podem e devem ser prevenidas e/ou tratadas ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados de ambulatório (e.g. asma, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crónica [DPOC], hipertensão arterial, insuficiência cardíaca);
- ambulatório médico e cirúrgico – promoção da atividade cirúrgica em ambulatório, particularmente pelo aumento da atividade cirúrgica realizada dentro do TMRG;
- consultas médicas (primeiras e subsequentes) – aumento da atividade de consultas referenciadas pelos cuidados de saúde primários, de forma a cumprir o TMRG; continuará a ser realizado o acompanhamento da atividade relacionada com as “altas clínicas das consultas externas”, de maneira a fomentar a transferência de cuidados para os níveis mais adequados e obter evidência sobre as práticas de acompanhamento dos doentes;
- consultas descentralizadas – consolidação da atividade de consultadoria aos cuidados de saúde primários, através da realização de consultas de especialidade hospitalar nos centros de saúde.

- atendimentos urgentes – reorganização da atividade assistencial no SU e garantia da regularidade do funcionamento das equipas, para resposta adequada à população dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem, valorizando a qualidade dos serviços prestados, os resultados alcançados e articulação entre os cuidados hospitalares e cuidados primários;
- sessões de hospital de dia – consideração de três tipologias, a saber: i) hematologia/imunoterapia; ii) psiquiatria e unidades sócio - ocupacionais e iii) hospital de dia base;
- sessões de radioterapia – tratamentos simples e complexos;
- sessões de quimioterapia;
- hospitalização domiciliária – durante a fase aguda da doença ou de agudização de doença crónica, consistindo na prestação de cuidados de intensidade e complexidade equivalentes à do internamento hospitalar;
- apoio hospitalar aos rastreios de base populacional (oncológicos e não oncológicos) – continuação e aprofundamento das atividades de apoio hospitalar aos rastreios de base populacional da responsabilidade da DGS, a quem cabe a definição dos respetivos critérios técnicos. Deve ser assegurada a qualidade e uniformização dos procedimentos realizados no SNS, devendo as instituições seguir as orientações emanadas pela DGS nesta matéria.
- atividade programada no domicílio - aumento do apoio domiciliário efetuado pelos profissionais dos hospitais, devendo aplicar-se, prioritariamente, aos cuidados prestados a doentes da área da saúde mental, dos cuidados paliativos e a doentes ventilados como garante do acesso a cuidados de saúde pelas populações mais vulneráveis, com dificuldades de deslocação e como incentivo à proximidade e personalização de cuidados.

1.4.5. Acompanhamento do processo de contratualização

Toda a atividade contratada com as ULS é objeto de monitorização mensal através dos relatórios e *dashboards* dos portais SICa, BI-CSH e BI-CSP, bem como pelo benchmarking disponível no *microsite* “Monitorização SNS”, acessível a partir do site institucional da ACSS, no portal do SNS (www.sns.gov.pt).

Os momentos de acompanhamento permitem a discussão de estratégias, partilha de responsabilidades e reprogramação das atividades a realizar pelas instituições, assim como o ajustamento de metas de indicadores, sempre que se verifiquem alterações relevantes aos pressupostos da contratualização.

1.4.6. Avaliação do processo de contratualização na componente de incentivo ao desempenho

A avaliação dos indicadores de desempenho mencionados no ponto 1.4.1.4. será feita de acordo com o cumprimento das metas que vierem a ser negociadas para os indicadores selecionados, avaliados de acordo com o IDG.

No sentido de harmonizar o processo avaliativo a nível nacional, é aplicada a todas as instituições uma metodologia uniforme para avaliação do cumprimento de metas. Esta prática tem por base a aferição do desempenho 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:

- Valor apurado do IDG inferior a 50% → grau de cumprimento ajustado = 0%¹ → a avaliação de desempenho é considerada negativa, não havendo lugar a atribuição de qualquer valor de incentivos;
- Valor apurado do IDG entre 50% e 100% → grau de cumprimento ajustado = atingido → atribuição de incentivos correspondente ao IDG apurado multiplicado pelo valor afeto a incentivos. O valor afeto a incentivos corresponde a 7% do valor do CP.
- Valor do IDG entre 100% e 120% → grau de cumprimento ajustado = superado → atribuição de incentivos correspondente ao IDG apurado multiplicado pelo valor afeto a incentivos. O valor afeto a incentivos corresponde a 3% do valor do CP, a pagar no ano n+1, a acrescer aos 7% incluídos no CP.
- Valor do IDG acima de 120% → grau de cumprimento ajustado = 120% → atribuição de incentivos correspondente ao IDG apurado multiplicado pelo valor afeto a incentivos. O valor afeto a incentivos corresponde a 3% do valor do CP, a pagar no ano n+1, a acrescer aos 7% incluídos no CP.

A verba proveniente dos incentivos deve ser utilizada pelos responsáveis das instituições para, preferencialmente, premiarem os departamentos e serviços que alcançaram os objetivos definidos em termos de contratualização interna, procedendo à disponibilização de formação técnica, promovendo a participação dos profissionais em conferências, simpósios, colóquios, formações e seminários, no apoio à investigação, no

¹ O grau de cumprimento ajustado corresponde ao grau cumprimento da meta definida, balizado por um limite inferior (50% e superior (120%)

aumento das amenidades ou no desenvolvimento de processos de melhoria da qualidade e de acreditação destes departamentos e serviços.

1.4.7. Faturação do contrato-programa

A execução dos CP é concretizada através da validação da atividade realizada pelas instituições, conforme os critérios de faturação definidos na Circular Normativa que define para 2024 as condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas no âmbito do CP do ano em documentação específica.

Na sequência do apuramento do grau de cumprimento do quadro mínimo de produção e desempenho para as ULS, será aplicada uma penalização pelo valor da produção hospitalar não realizada.

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

Para 2024 só será considerada a atividade que estiver codificada de acordo com a uniformização da nomenclatura dos serviços clínicos de internamento e ambulatório, definida na Circular Normativa da ACSS n.º 20/2015/DPS de 19 de novembro.

1.5. Contratualização interna nas ULS

O processo de contratualização interna nas ULS envolve o Conselho de Administração e os responsáveis pela gestão intermédia dos seus serviços, respeitando os princípios da autonomia técnica própria desses serviços, da delegação de competências e da responsabilização dos profissionais, para garantia do alinhamento dos objetivos específicos de cada nível de cuidados com os da ULS, assegurando o contínuo dos cuidados à população.

Todas as ULS devem ter implementados processos de contratualização interna que valorizem a governação clínica e de saúde, o desempenho assistencial, a sustentabilidade económico-financeira dos serviços e da instituição de forma global, 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 departamentos e serviços segundo uma filosofia de prestação de contas a todos os níveis, de avaliação do desempenho e do mérito.

No caso dos cuidados de saúde primários, a negociação da contratualização interna das UF, em 2024, é baseada na discussão do plano de ação, centrada no plano de melhoria em áreas específicas, sendo operacionalizada pela matriz multidimensional da atividade destas unidades, através da ferramenta de gestão do Plano de Ação da Unidade Funcional (PAUF), disponível no portal BI-CSP. Para este efeito, será publicado o documento de operacionalização da contratualização dos cuidados de saúde primários.

Devem também garantir a implementação da contabilidade de gestão em consonância com as orientações nacionais emanadas pela ACSS/DE-SNS.

2. Termos de referência para contratualização com os IPO

2.1. Instruções para o processo negocial

A atividade a contratar com os IPO deve assegurar o nível adequado de cuidados de saúde específicos da tipologia assistencial destas unidades. Para tal, atualizaram-se as regras constantes dos Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2023 da ACSS, bem como, as instruções específicas para a vertente hospitalar das ULS em 2024, com as necessárias adaptações.

2.2. Contratualização externa com os IPO

Considerando a especificidade da atividade dos Institutos Portugueses de Oncologia (IPO), importa assegurar que o respetivo processo de contratualização se mantém ativo, atualizado e coerente, em função da especialização do tipo de cuidados prestados.

O modelo de financiamento atualiza as regras previstas nos Termos de Referência de 2023:

- a)** para 2024, as atividades de internamento e ambulatório, médico e cirúrgico, de doentes agudos são classificadas em GDH através do agrupador na versão *All Patient Refined DRG 31 (APR31)* e o ICM contratado corresponde à produção do ano de 2019. Constitui objetivo do processo de contratualização que a divergência face à produção associada ao ICM seja minorada em processos futuros até se atingir a referência ao ano n-2;
- b)** manter-se-á a utilização de um ICM único no internamento para atividade médica e cirúrgica, assim como um único preço base para todas as instituições;
- c)** consultas médicas (primeiras e subsequentes) – pretende-se aumentar a atividade de consultas referenciadas pelo SNS, de forma a cumprir o TMRG;
- d)** inovação terapêutica – constitui uma linha de financiamento autónoma, para pagamento de medicamentos, sempre que haja autorização de introdução de novos medicamentos ou de novas indicações terapêuticas pelo INFARMED.

2.3. Incentivos institucionais de desempenho assistencial e de eficiência

A componente de incentivos institucionais segue as regras de negociação e avaliação constantes dos Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2023 da ACSS, sendo contratualizados os indicadores constantes da tabela infra:

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

2.4. Contratualização interna nos IPO

O processo de contratualização interna envolve o Conselho de Administração e os responsáveis pela gestão intermédia dos seus serviços, respeitando os princípios da autonomia técnica própria desses serviços, da delegação de competências e da responsabilização dos profissionais, para garantia da adequada prestação de cuidados de saúde à população servida.

Os IPO devem ter implementados processos de contratualização interna que valorizem a governação clínica, o desempenho assistencial, a sustentabilidade económico-financeira dos serviços e da instituição de forma global 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 departamentos e serviços segundo uma filosofia de prestação de contas a todos os níveis, de avaliação do desempenho e do mérito.

Devem também garantir a implementação da contabilidade de gestão em consonância com as orientações nacionais emanadas pela ACSS/ DE-SNS.

ANEXO I – Valor de Financiamento por Instituição

ULS	valor financiamento
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	309 955 782,19 €
ULS Tâmega e Sousa	382 303 217,92 €
ULS Entre Douro e Vouga	249 917 003,58 €
ULS São João	706 986 238,51 €
ULS Santo António	663 174 236,07 €
ULS Arrábida	245 077 159,05 €
ULS Lisboa Ocidental	418 606 269,10 €
ULS Arco Ribeirinho	175 984 626,98 €
ULS Nordeste	152 455 200,00 €
ULS Matosinhos	211 949 767,00 €
ULS Alto Minho	248 509 871,67 €
ULS Alto Ave	295 822 239,61 €
ULS Barcelos/Esposende	104 820 126,50 €
ULS Braga	400 377 242,32 €
ULS Póvoa Varzim/Vila Conde	111 939 950,26 €
ULS Médio Ave	170 442 523,35 €
ULS Vila Nova Gaia/Espinho	412 379 740,75 €
ULS Guarda	168 900 869,00 €
ULS Castelo Branco	117 635 759,76 €
ULS Baixo Mondego	96 044 677,03 €
ULS Cova Beira	119 016 946,14 €
ULS Dão-Lafões	306 107 467,87 €
ULS Leiria	302 513 984,98 €
ULS Coimbra	826 843 004,08 €
ULS Aveiro	305 547 104,06 €
ULS Amadora/Sintra	429 490 857,16 €
ULS Almada-Seixal	352 398 788,40 €
ULS Lezíria	196 268 398,19 €
ULS Estuário Tejo	187 237 018,97 €
ULS Loures-Odivelas	212 457 907,34 €
ULS Lisboa Norte	680 277 236,23 €
ULS Lisboa Central	680 981 629,71 €
ULS Oeste	200 174 329,50 €
ULS Médio Tejo	198 608 319,82 €
ULS Alto Alentejo	129 540 816,00 €
ULS Baixo Alentejo	137 316 172,00 €
ULS Litoral Alentejano	89 914 540,00 €
ULS Alentejo Central	192 093 339,42 €
ULS Algarve	457 462 886,50 €
TOTAL	11 647 533 247,00 €
IPO Porto	195 299 474,87 €
IPO Coimbra	79 607 090,58 €
IPO Lisboa	197 907 879,55 €
TOTAL	12 120 347 692,00 €

Termos de Referência
para contratualização de
**Cuidados de Saúde no
SNS para 2024**