

ÍNDICE

SECÇÃO I – SISTEMAS DE GESTÃO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE	2
1. Sistema de Gestão da Qualidade	2
2. Sistema de Gestão Ambiental	3
3. Monitorização e avaliação dos resultados de natureza assistencial	4
4. Avaliação da satisfação dos Utentes	6
5. Avaliação da satisfação dos profissionais	7
6. Acreditação	8
7. Normas e procedimentos	10
8. Sistema de planeamento de altas	10
9. Controlo de infeção hospitalar	11
10. Sistema de Triagem de Prioridades na Urgência	12
SECÇÃO II – RESULTADOS	14
11. Limites à aplicação dos Parâmetros de Desempenho de Resultado em função da Produção Prevista 14	
12. Valores de Referência	14

Apêndice 1: Parâmetros de Desempenho de Resultado

Apêndice 2: Parâmetros de Desempenho de Serviço

Apêndice 3: Calendarização da Implementação do Sistema de Planeamento de Altas

Apêndice 4: Calendarização da Implementação do Sistema de Controlo de Infeção Hospitalar

SECÇÃO I – SISTEMAS DE GESTÃO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

1. Sistema de Gestão da Qualidade

- 1.1 A Entidade Gestora do Estabelecimento obriga-se a estabelecer um sistema de gestão da qualidade, nos termos do definido na Cláusula 61.^a do Contrato de Gestão.
- 1.2 A Entidade Gestora do Estabelecimento obriga-se, no âmbito do seu sistema de gestão de qualidade, a obter a certificação de acordo com a Norma ISO 9001, no termo do primeiro ano completo após a Conclusão da Transferência do Estabelecimento Hospitalar para o Novo Edifício Hospitalar, para os seguintes serviços:
- a) Farmácia;
 - b) Laboratório de Patologia Clínica;
 - c) Laboratório de Anatomia Patológica;
 - d) Laboratório de Imunohemoterapia;
 - e) Imagiologia;
 - f) Esterilização;
 - g) Transporte de Utentes;
 - h) Limpeza;
 - i) Alimentação;
 - j) Lavandaria e Tratamento de Roupa;
 - l) Segurança;
 - m) Controlo de Infestações;
 - n) Gestão de Resíduos.
- 1.3 Caso não seja possível, para algum dos serviços, obter a certificação no prazo definido no número anterior, a Entidade Gestora do Estabelecimento obriga-se a informar e a justificar o facto à Entidade Pública Contratante, assim como a obter a certificação até ao termo dos primeiros dezoito meses após a Conclusão da Transferência do Estabelecimento Hospitalar para o Novo Edifício Hospitalar.

2. Sistema de Gestão Ambiental

- 2.1 O sistema de gestão ambiental (SGA), de acordo com os termos da ISO 14001 e da ISO 14004, que a Entidade Gestora do Estabelecimento se obriga a manter como parte do seu sistema de gestão da qualidade, tal como definido na alínea a) do n.º 10 da Cláusula 61.^a do Contrato de Gestão, inclui, sem limitação e cumulativamente:
- a) Uma política ambiental;
 - b) Revisão regular dos aspectos ambientais da organização;
 - c) Fixação de objectivos e metas para melhorar impactos ambientais;
 - d) Procedimentos de controlo operacional;
 - e) Monitorização e registos;
 - f) A auditoria ao sistema e a sua revisão.
- 2.2 A Entidade Gestora do Estabelecimento, na organização das suas actividades, e considerando também as especificações técnicas e as especificações de serviço do Novo Edifício Hospitalar, nos termos do Anexo XXII ao Contrato, compromete-se a demonstrar uma atitude pro-activa que revele uma abordagem integrada da gestão do Estabelecimento Hospitalar e dos Actuais Edifícios Hospitalares, no quadro das limitações da actual infraestrutura, e do Novo Edifício Hospitalar, em termos de desenvolvimento sustentado, incluindo pelo menos e necessariamente as seguintes áreas:
- a) Poupança: designadamente, energia e água;
 - b) Poluição: atendendo, nomeadamente, aos seguintes aspectos: alteração climática, diminuição da camada de ozono, emissões de veículos, biocidas e fertilizantes artificiais, amianto, substâncias perigosas, pilhas, solventes e tintas, materiais biodegradáveis e lixo;
 - c) Reciclagem de resíduos;
 - d) Manutenção e conservação dos bens afectos ao Hospital de Braga.
- 2.3 Em consonância com o prazo de implementação do sistema de gestão da qualidade, a Entidade Gestora do Estabelecimento compromete-se a que o sistema de gestão ambiental esteja plenamente operacional até ao termo do primeiro ano após a Conclusão da Transferência do Estabelecimento Hospitalar para o Novo Edifício Hospitalar.

2.4 Caso não seja possível obter a certificação pela norma ISO 14001 no prazo definido no número anterior, a Entidade Gestora do Estabelecimento obriga-se a informar e a justificar o facto à Entidade Pública Contratante, assim como a garantir que obtém a certificação até ao termo dos primeiros dezoito meses após a Conclusão da Transferência do Estabelecimento Hospitalar para o Novo Edifício Hospitalar.

3. Monitorização e avaliação dos resultados de natureza assistencial

3.1 Nos termos da alínea b) do n.º 10 da Cláusula 61.ª do Contrato de Gestão, a Entidade Gestora do Estabelecimento compromete-se a implementar um programa de monitorização e avaliação de resultados que seja aceite pela Entidade Pública Contratante, nos termos da alínea l) do n.º 1 da Cláusula 130.ª do Contrato.

3.2 O programa de monitorização e avaliação de resultados deve abranger os Parâmetros de Desempenho de Resultado incluídos no Apêndice 1 a este Anexo, sem prejuízo de outros Parâmetros de Desempenho que venham a ser estabelecidos nos termos previstos no Contrato.

3.3 A Entidade Gestora do Estabelecimento compromete-se a que a avaliação dos Parâmetros de Desempenho seja baseada em critérios adequados, obtidos através de uma metodologia que, no entender da Entidade Pública Contratante, seja cientificamente válida, consistente e que permita a comparação, concretamente para os Parâmetros de Desempenho incluídos no Apêndice 1 a este Anexo, com os resultados obtidos nos hospitais do Grupo de Referência.

3.4 O programa de monitorização e avaliação de resultados de natureza assistencial deve incluir, no mínimo:

- a) Um procedimento de recolha automática de dados, que deve estar suportado pelos registos no sistema de informação;
- b) O acompanhamento da recolha e o tratamento de dados por entidade(s) externa(s) com adequada competência técnica e independência;
- c) A emissão de relatórios pela(s) entidade(s) externa(s) referida(s) na alínea anterior com periodicidade trimestral sobre o desempenho do Hospital de Braga,

relativamente aos indicadores objecto de monitorização por cada uma das entidades;

- d) Um sistema de identificação dos desvios ("mecanismos de alarme");
- e) A definição de mecanismos de intervenção em caso de desvios significativos relativamente à norma.

3.5 A Entidade Gestora do Estabelecimento deve acordar, com a(s) entidade(s) externa(s) a que refere o número anterior, o envio em formato electrónico, ao Gestor de Contrato, do relatório.

3.6 A implementação do programa de monitorização e avaliação de todos os resultados de natureza assistencial deve estar concluída até ao termo do primeiro ano após a Transmissão do Estabelecimento Hospitalar, sem prejuízo do disposto no número 3.7.

3.7 A Entidade Gestora do Estabelecimento é obrigada a monitorizar, reportados à data da Transmissão do Estabelecimento Hospitalar, os Parâmetros de Desempenho no ponto A do Apêndice 1 a este Anexo, ainda que as deduções só sejam aplicáveis por referência ao primeiro ano civil completo após a Transmissão do Estabelecimento.

3.8 Quando, em dois relatórios de avaliação consecutivos, sejam reportados valores insatisfatórios relativamente a qualquer um dos Parâmetros de Desempenho objecto de avaliação, a Entidade Gestora do Estabelecimento obriga-se a:

- a) No prazo máximo de trinta dias, estabelecer um plano de medidas a tomar, o qual deverá ser aprovado pela Entidade Pública Contratante somente nos casos em que preveja um período de implementação superior a três meses, que incluirá:
 - i) A identificação das causas prováveis que determinam tais resultados;
 - ii) As medidas em concreto a tomar, identificando os meios a afectar e os procedimentos a adoptar tendo em vista corrigir os referidos resultados;
 - iii) Os objectivos de melhoria a obter, adequadamente calendarizados.
- b) Iniciar a implementação do plano de medidas no decurso do mês seguinte ao termo do prazo estabelecido na alínea anterior;
- c) No prazo máximo de três meses após a implementação do plano de medidas a que se refere nas alíneas a) e b) *supra*, obter uma melhoria significativa dos Parâmetros de Desempenho insatisfatórios (pelo menos um valor satisfatório em 50% dos

Parâmetros de Desempenho insatisfatórios) e, no prazo máximo de seis meses, atingir um resultado satisfatório em todos os Parâmetros de Desempenho;

- d) Apresentar à Entidade Pública Contratante o plano de medidas correctivas a que se refere nas alíneas a), b) e c) *supra* e os relatórios dos resultados obtidos, nos prazos estabelecidos na alínea anterior.

4. Avaliação da satisfação dos Utentes

- 4.1 Como parte integrante da sua política de qualidade, a Entidade Gestora do Estabelecimento obriga-se a realizar, nos termos da alínea c) do n.º 10 da Cláusula 61.ª, com uma periodicidade no mínimo anual, inquéritos de satisfação dos Utentes nas grandes áreas de actividade, prevendo-se que a realização dos primeiros inquéritos ocorra até doze meses após a Transmissão do Estabelecimento Hospitalar.
- 4.2 A metodologia dos inquéritos de satisfação dos Utentes a adoptar deve ser a utilizada pelo Ministério da Saúde, nos demais Hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde, por forma a garantir a comparabilidade dos resultados, consistindo essa metodologia, actualmente, num sistema cientificamente validado com base na metodologia ECSI – Portugal.
- 4.3 Nos anos em que excepcionalmente o Ministério da Saúde não realize os inquéritos nos termos do número anterior, a Entidade Gestora do Estabelecimento obriga-se a realizar inquéritos de acordo com metodologia própria da Entidade Gestora do Estabelecimento, preparados e realizados por entidade independente, e a comunicar os resultados à Entidade Pública Contratante.
- 4.4 Todas as despesas associadas à realização dos inquéritos de satisfação feitos por entidade competente atenta a metodologia utilizada pelo Ministério da Saúde ficam a cargo da Entidade Gestora do Estabelecimento.
- 4.5 A Entidade Pública Contratante obriga-se a promover que a Entidade Gestora do Estabelecimento beneficie dos termos de acordos que o Ministério da Saúde fixe para a realização de inquéritos de satisfação de Utentes a outros hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

- 4.6 Os resultados obtidos no primeiro inquérito de satisfação dos Utentes realizado durante o Período de Transição não serão considerados para efeitos de avaliação do desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento.
- 4.7 A Entidade Gestora do Estabelecimento compromete-se a introduzir os resultados dos inquéritos no sistema de monitorização, ficando acessíveis ao Gestor do Contrato.
- 4.8 Caso os resultados dos inquéritos sejam considerados insatisfatórios relativamente a qualquer dos aspectos objecto de avaliação, a Entidade Gestora do Estabelecimento obriga-se a identificar as causas prováveis da insatisfação manifestada e a tomar as medidas necessárias à respectiva correcção, conforme previsto no n.º 9 da Cláusula 53.^a do Contrato de Gestão, as quais devem constar do seu planeamento de qualidade anual e de um relatório a remeter à Entidade Pública Contratante.
- 4.9 Na avaliação da satisfação de Utentes são atendidas as regras constantes dos n.ºs 4 a 11 da Cláusula 53.^a do Contrato de Gestão.

5. Avaliação da satisfação dos profissionais

- 5.1 Ainda como parte integrante da sua política de qualidade, a Entidade Gestora do Estabelecimento obriga-se a realizar, nos termos da alínea c) do n.º 10 da Cláusula 61.^a, com uma periodicidade, no mínimo anual, inquéritos de satisfação dos profissionais, podendo optar por inquéritos parcelares distribuídos ao longo do ano, desde que estes abranjam em cada ano a totalidade dos profissionais, assumindo todas as despesas associadas à realização dos mesmos.
- 5.2 A Entidade Gestora do Estabelecimento compromete-se a submeter a aprovação da Entidade Pública Contratante, até seis meses a contar da data de Transmissão do Estabelecimento Hospitalar, a metodologia dos inquéritos que deve respeitar modelos já testados, em Portugal ou no estrangeiro, sendo preparados e realizados por uma entidade independente, adequadamente credenciada e aprovada, conjuntamente, pela Entidade Gestora do Estabelecimento e pela Entidade Pública Contratante.

- 5.3 A realização dos primeiros inquéritos deve ocorrer até seis meses após a aprovação prevista no número anterior.
- 5.4 A Entidade Gestora do Estabelecimento compromete-se a introduzir os resultados dos inquéritos no sistema de monitorização, ficando acessíveis ao Gestor do Contrato.
- 5.5 Caso os resultados dos inquéritos sejam considerados insatisfatórios relativamente a qualquer um dos aspectos objecto de avaliação, a Entidade Gestora do Estabelecimento obriga-se a identificar as causas prováveis da insatisfação manifestada e a tomar as medidas necessárias à respectiva correcção, as quais devem constar do seu planeamento de qualidade anual e de um relatório a remeter à Entidade Pública Contratante.

6. Acreditação

- 6.1 Até trinta dias após a assinatura do Contrato de Gestão, a Entidade Gestora do Estabelecimento deve propor um observador do processo de acreditação em curso no Hospital de São Marcos, a comunicar à Entidade Pública Contratante.
- 6.2 A Entidade Gestora do Estabelecimento fica obrigada a dar seguimento ao processo de acreditação iniciado pelo Hospital de São Marcos, obrigando-se a cumprir o planeamento definido com vista a realizar uma auditoria de acreditação do *Health Quality Service*.
- 6.3 Caso no âmbito da auditoria de acreditação referida no número anterior seja reportado o incumprimento de critérios de avaliação de que depende a acreditação, a Entidade Gestora do Estabelecimento obriga-se a promover, no prazo estabelecido pela entidade acreditadora, a auditoria parcelar e a obter da entidade acreditadora relatório comprovativo da acreditação sem condições ou condicionantes.
- 6.4 A Entidade Gestora do Estabelecimento após a Transferência para o Novo Edifício Hospitalar fica obrigada a aderir, em conformidade com o estabelecido na alínea d) do n.º 10 da Cláusula 61.ª do Contrato de Gestão, a um processo de acreditação de hospitais que seja aceite pela Entidade Pública Contratante, e que preferencialmente esteja de acordo com o referencial de acreditação que serve de base à maioria dos hospitais públicos integrados no Serviço Nacional de Saúde, actualmente o *Health Quality Service*.

- 6.5 O processo de acreditação a que a Entidade Gestora do Estabelecimento se obriga a aderir inclui todos os serviços, incluindo os Serviços Clínicos, os Serviços de Apoio clínico, os serviços administrativos, logísticos e de apoio geral.
- 6.6 A Entidade Gestora do Estabelecimento compromete-se a cumprir todo o processo conducente à realização de uma auditoria de acreditação pelo *Health Quality Service* tendo em vista a acreditação total, sem condições ou condicionantes, num prazo máximo de um ano após a Conclusão da Transferência de Estabelecimento para o Novo Edifício Hospitalar.
- 6.7 Caso no âmbito da auditoria de acreditação referida no número anterior seja reportado o incumprimento de critérios de avaliação de que depende a acreditação, a Entidade Gestora do Estabelecimento obriga-se a promover, no prazo estabelecido pela entidade acreditadora, a auditoria parcelar e a obter da entidade acreditadora relatório comprovativo da acreditação sem condições ou condicionantes.
- 6.8 Compromete-se também a Entidade Gestora do Estabelecimento a manter essa acreditação total, sem reservas nem condicionantes, durante todo o prazo remanescente do Contrato de Gestão relativo ao Estabelecimento Hospitalar.
- 6.9 Após a obtenção da acreditação, válida por três anos, a Entidade Gestora do Estabelecimento compromete-se a que o sistema contemple uma visita/auditoria de acompanhamento ou monitorização, no mínimo anual.
- 6.10 A Entidade Gestora do Estabelecimento compromete-se a que a entidade acreditadora emita, anualmente, um relatório de acreditação ou das visitas de monitorização anuais, acordando, com a mesma, o envio directo, em formato electrónico, ao Gestor do Contrato.
- 6.11 Quando, nos relatórios de acreditação ou visita, seja reportado o incumprimento pela Entidade Gestora do Estabelecimento de critérios de avaliação de que depende a acreditação, esta obriga-se a:

- a) No prazo máximo de um mês, apresentar à Entidade Pública Contratante um plano de medidas a tomar, detalhando os meios a afectar e os procedimentos a adoptar, tendo em vista dar pleno cumprimento aos referidos critérios;
- b) No prazo máximo de três meses, dar execução às medidas referidas na alínea anterior;
- c) No prazo máximo estabelecido pela entidade acreditadora, promover auditoria parcelar do Estabelecimento Hospitalar e obter da entidade acreditadora relatório comprovativo do cumprimento do(s) critério(s) em falta.

6.12 A Entidade Gestora do Estabelecimento garante que as acções realizadas no contexto do processo de acreditação são coordenadas com os responsáveis do sistema de gestão da qualidade e com as diferentes acções desenvolvidas neste âmbito.

7. Normas e procedimentos

A Entidade Gestora do Estabelecimento deve estabelecer normas e procedimentos no âmbito da actividade clínica, ou proceder a alterações às normas e aos procedimentos actualmente existentes, designadamente:

- a) Normas de orientação clínica;
- b) Procedimentos clínicos;
- c) Procedimentos de enfermagem;
- d) Normalização dos princípios assistenciais.

8. Sistema de planeamento de altas

8.1 Nos termos da alínea f) do n.º 10 da Cláusula 61.ª do Contrato de Gestão, a Entidade Gestora do Estabelecimento compromete-se a instituir um sistema de planeamento de altas, sujeito a regulamento interno a aprovar pela Entidade Pública Contratante, nos termos da alínea l) do n.º 1 da Cláusula 130.ª do Contrato de Gestão, respeitando os princípios estabelecidos nos números seguintes.

8.2 As actividades de planeamento de altas devem ser asseguradas tecnicamente por uma equipa multidisciplinar, de composição adequada à actividade do hospital, com a seguinte constituição mínima:

- a) Um médico;
- b) Um enfermeiro;
- c) Um assistente social.

- 8.3 O planeamento de altas deve iniciar-se imediatamente após a admissão do Utente, mediante avaliação de uma “lista de indicadores críticos”, para identificação dos casos potencialmente problemáticos em termos de necessidade de apoio após a alta hospitalar.
- 8.4 A Entidade Gestora do Estabelecimento garante que a monitorização dos casos classificados como altas potencialmente problemáticas se efectua com base num plano de alta elaborado pela equipa de planeamento de altas, que deve ser discutido com os Utentes e/ou seus familiares, que o representem ou por ele indicados, durante o internamento hospitalar.
- 8.5 A Entidade Gestora do Estabelecimento obriga-se a assegurar a promoção do ingresso do Utente na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, através da Equipa de Gestão de Altas, de acordo com o disposto no n.º 4 da Cláusula 34.ª.
- 8.6 A Entidade Gestora do Estabelecimento garante que o sistema de planeamento de altas é organizado durante o primeiro ano após a Transmissão do Estabelecimento Hospitalar, de acordo com a calendarização apresentada no apêndice 3 a este anexo, e está em pleno funcionamento a partir do início do segundo ano após a Transmissão do Estabelecimento Hospitalar.

9. Controlo de infecção hospitalar

- 9.1 Nos termos da alínea g) do n.º 10 da Cláusula 61.ª do Contrato de Gestão, a Entidade Gestora do Estabelecimento compromete-se a dispor de um sistema de controlo de infecção hospitalar que deve respeitar, no mínimo, os parâmetros indicados neste anexo ou aqueles que vierem a ser definidos para os hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde.
- 9.2 A Entidade Gestora do Estabelecimento obriga-se a ter uma comissão de controlo da infecção hospitalar, nos termos da legislação vigente e dos regulamentos e circulares aplicáveis nesta matéria.

9.3 A comissão de controlo da infecção hospitalar deve ter um grupo de ligação com os profissionais do Estabelecimento Hospitalar.

9.4 A Entidade Gestora do Estabelecimento obriga-se, ainda:

- a) A instituir uma política e um programa de controlo de infecção hospitalar;
- b) Elaborar um manual de boas práticas de controlo de infecção hospitalar;
- c) Instituir um regulamento para os procedimentos de risco;
- d) Estabelecer uma política de uso de anti-microbianos;
- e) Criar um sistema de notificação da tuberculose e outras doenças de declaração obrigatória;
- f) Realizar auditorias periódicas às estruturas e procedimentos de risco;
- g) Efectuar estudos de prevalência/incidência de infecção;
- h) Dar formação a todos os grupos profissionais em matéria de prevenção de infecção hospitalar.

9.5 A Entidade Gestora do Estabelecimento garante que o sistema de controlo de infecção hospitalar é organizado durante o primeiro ano após a Transmissão do Estabelecimento Hospitalar, de acordo com a calendarização apresentada no apêndice 4 a este anexo, e está em pleno funcionamento a partir do início do segundo ano após a Transmissão do Estabelecimento Hospitalar.

10. Sistema de Triagem de Prioridades na Urgência

10.1 A Entidade Gestora do Estabelecimento obriga-se a organizar um sistema de triagem de prioridades, acreditado, designadamente o sistema de Triagem de Manchester, tendo por objectivo seleccionar, para atendimento no Serviço de Urgência, as situações que constituam situações de real e efectiva urgência ou emergência médica, cirúrgica, pediátrica ou obstétrica, devendo a triagem ser feita após a chegada ao hospital.

10.2 A Entidade Gestora do Estabelecimento obriga-se a cumprir os tempos de espera máximos após triagem constantes do sistema, em conformidade com a classificação de prioridades estabelecida, ou quanto aos Utentes classificados com as cores azul e verde ou equivalentes os adequados, tendo em consideração a respectiva afluência.

10.3 O sistema de triagem pode ser revisto anualmente, com o acordo da Entidade Pública Contratante, no âmbito do procedimento regulado na Cláusula 52.^a do Contrato de Gestão.

SECÇÃO II – RESULTADOS

11. Limites à aplicação dos Parâmetros de Desempenho de Resultado em função da Produção Prevista

11.1. As deduções relativamente aos Parâmetros de Desempenho abaixo indicados aplicam-se apenas caso a Produção Efectiva seja inferior ou igual à Produção Prevista e os tempos médios de espera tenham ultrapassado os valores de referência:

- a) Tempo médio de espera para a realização de Primeiras Consultas Externas;
- b) Tempo médio de espera para Internamento cirúrgico programado;
- c) Tempo médio de espera para Intervenção em Cirurgia de Ambulatório programada.

11.2. Quando seja excedida a Produção Prevista, não podem ser impostas deduções pela ocorrência de tempos de espera superiores.

12. Valores de Referência

12.1. A fixação dos valores de referência deve ser efectuada por acordo, no âmbito do procedimento anual respeitante à Entidade Gestora do Estabelecimento, a partir do primeiro ano civil completo após a Transmissão, inclusive, sem prejuízo do disposto no n.º 3.7 deste anexo.

12.2. Até ao termo do primeiro ano completo de actividade após a Transferência para o Novo Edifício Hospitalar, a fixação dos valores de referência é efectuada numa lógica de melhoria contínua, implicando, em cada período, objectivos tão ou mais exigentes do que os estabelecidos, ou obtidos, no período anterior e tem como base, unicamente, os resultados efectivamente obtidos pelo Estabelecimento Hospitalar, não se aplicando os limites ao valor de referência fixados no apêndice 1 a este anexo.

12.3. A partir do termo do primeiro ano completo de actividade após a Transferência para o Novo Edifício Hospitalar, os valores de referência são determinados com base: (i) nos resultados obtidos pelos hospitais do Grupo de Referência, (ii) nos resultados

efectivamente obtidos pelo Estabelecimento Hospitalar nos últimos dois anos, (iii) nos valores de referência fixados no período anterior e (iv) nos limites aos valores de referência estabelecidos no apêndice 1 a este anexo.

12.4. No âmbito da aplicação do número anterior, para os Parâmetros de Desempenho em que não exista acordo entre as partes, os valores de referência anuais são fixados da seguinte forma:

- a) Para os Parâmetros de Desempenho de Resultado em que os resultados da Entidade Gestora do Estabelecimento tenham que ficar abaixo de um valor de referência, este corresponde ao mínimo entre: (i) o valor médio dos resultados obtidos pelos hospitais do Grupo de Referência com valores inferiores à mediana dos valores obtidos pelos hospitais do Grupo de Referência, no ano anterior, (ii) a média dos resultados obtidos pelo Estabelecimento Hospitalar nos dois anos anteriores, (iii) o valor de referência fixado no ano anterior e (iv) o limite ao valor de referência estabelecido no apêndice 1 a este anexo, quando aplicável;
- b) Para os Parâmetros de Desempenho de Resultado em que os resultados da Entidade Gestora do Estabelecimento tenham que ficar acima de um valor de referência, este corresponde ao máximo entre: (i) o valor médio dos resultados obtidos pelos hospitais do Grupo de Referência com valores superiores à mediana dos valores obtidos pelos hospitais do Grupo de Referência, no ano anterior, (ii) a média dos resultados obtidos pelo Estabelecimento Hospitalar nos dois anos anteriores, (iii) o valor de referência fixado no ano anterior e (iv) o limite ao valor de referência estabelecido no apêndice 1 a este anexo, quando aplicável.

12.5. Sem prejuízo do disposto no n.º 12.7, para efeitos de aplicação do número anterior, a Entidade Pública Contratante obriga-se a enviar os resultados obtidos pelos hospitais do Grupo de Referência até ao final de Março do ano em que se aplicam os valores de referência, sob pena de se operar o cálculo dos valores de referência para os Parâmetros de Desempenho em que tal não seja possível tendo apenas em conta as restantes variáveis indicadas no número anterior.

12.6. Excluem-se do disposto no número 12.4 os seguintes Parâmetros de Desempenho de Resultado identificados no apêndice 1 a este anexo:

- a) Número de Episódios de Internamento e de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva por GCD (Grande Categoria Diagnóstica) face à Produção Prevista relativamente à Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar enquanto Hospital de Primeira Linha e enquanto Hospital de Segunda Linha, sendo considerado como valor de referência o valor fixado no n.º 3 ou no n.º 4 da Cláusula 38.^a no Período de Transição ou no Período Após a Conclusão da Transferência para o Novo Edifício Hospitalar, respectivamente;
- b) Número de Episódios de Internamento e de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva por GCD face à Produção Prevista relativamente à Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar enquanto Hospital de Primeira Linha e enquanto Hospital de Segunda Linha, sendo considerado como valor de referência o valor fixado no n.º 6 da Cláusula 38.^a;
- c) Doentes Equivalentes da Produção Efectiva relativos a Utentes não residentes na Área de Influência, sendo considerado como valor de referência o valor fixado no n.º 10 da Cláusula 38.^a;
- d) Consultas Externas e Sessões de Hospital de Dia da Produção Efectiva relativas a Utentes não residentes na Área de Influência, sendo considerado como valor de referência o valor fixado no n.º 12 da Cláusula 38.^a;
- e) Episódios de Internamento, Intervenções em Cirurgia de Ambulatória, Consultas Externas, Sessões de Hospital de Dia e Atendimentos em Urgência da Produção Efectiva relativos a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde, sendo o valor de referência fixado de acordo com o disposto no n.º 2 da Cláusula 30.^a;
- f) Taxa de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva, sendo considerado como valor de referência o valor fixado de acordo com o disposto na Cláusula 40.^a;
- g) Taxa de Primeiras Consultas da Produção Efectiva, sendo o valor de referência fixado de acordo com o disposto no n.º 4 da Cláusula 36.^a;
- h) Número de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva por GCD do Estabelecimento Hospitalar enquanto Hospital de Primeira Linha face ao Número de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório verificados para a Área de Influência de Primeira Linha e de Segunda Linha, sendo considerado como valor de referência o valor fixado no n.º 4 da Cláusula 38.^a;
- i) Taxa máxima de erro admitida na codificação, sendo o valor de referência fixado de acordo com o disposto no n.º 4 da Cláusula 41.^a;

- j) Taxa de mortalidade pós-operatória ajustada, sendo o valor de referência calculado de acordo com o definido no apêndice 1 a este anexo, nomeadamente no que respeita aos resultados obtidos pelos hospitais do Grupo de Referência com taxa de mortalidade pós-operatória inferior à mediana dos valores obtidos pelos hospitais do Grupo de Referência, no período de avaliação em causa;
- l) Taxa de mortalidade durante o acto operatório ajustada, sendo o valor de referência calculado de acordo com o definido no apêndice 1 ao este anexo, nomeadamente no que respeita aos resultados obtidos pelos hospitais do Grupo de Referência com taxa de mortalidade durante o acto operatório inferior à mediana dos valores obtidos pelos hospitais do Grupo de Referência, no período de avaliação em causa;
- m) Taxa de mortalidade no internamento ajustada, sendo o valor de referência calculado de acordo com o definido no apêndice 1 a este anexo, nomeadamente no que respeita aos resultados obtidos pelos hospitais do Grupo de Referência com taxa de mortalidade no internamento inferior à mediana dos valores obtidos pelos hospitais do Grupo de Referência, no período de avaliação em causa;
- n) Tempo médio de espera ajustado para Atendimento após triagem na Urgência, sendo o valor de referência calculado de acordo com o definido no apêndice 1 a este anexo, nomeadamente no que respeita aos resultados obtidos pelos hospitais do Grupo de Referência com tempo médio de espera de Atendimento após triagem inferior à mediana dos valores obtidos pelos hospitais do Grupo de Referência, no período de avaliação em causa.

12.7. Para cada Parâmetro de Desempenho, considera-se que não é possível determinar valores de referência com base nos resultados obtidos pelos hospitais que constituem o Grupo de Referência, sempre que apenas um ou nenhum hospital monitorize os resultados do Parâmetro de Desempenho.

12.8. A Entidade Gestora do Estabelecimento mantém a obrigação de monitorizar todos os Parâmetros de Desempenho, sob pena de sofrer as deduções especificadas no apêndice 1 a este anexo.

12.9. Para efeitos exclusivamente da aplicação das deduções referidas no número anterior, entende-se que não há lugar a dedução por não monitorização sempre que a interrupção da monitorização, tendo sido comunicada e justificada à Entidade Pública Contratante até

cinco dias úteis após a ocorrência do impedimento, seja por esta tida como justificada, comprometendo-se a Entidade Gestora do Estabelecimento a resolver a situação no prazo de quinze dias a contar da data da interrupção da monitorização, ou num prazo superior, desde que aprovado pela Entidade Pública Contratante.

12.10. Sem prejuízo da aplicação de outras regras contratuais, nos casos em que a ocorrência mencionada no número anterior impeça, de acordo com parecer da entidade externa que acompanha a recolha e tratamento da informação, que sejam obtidos valores credíveis para o período em que existe interrupção da monitorização, o cálculo do resultado do Parâmetro de Desempenho deve excluir esse período, que não pode ser superior a 30 dias durante o ano.

12.11. Os Parâmetros de Desempenho podem ser revistos, em conformidade com a Cláusula 23.^a, com vista a garantir a validade dos Parâmetros como indicadores de qualidade assistencial e a justeza dos valores de referência fixados; da revisão pode resultar a introdução de novos parâmetros que se mostrem em falta, a alteração dos respectivos termos e a eliminação de parâmetros que se revelem inadequados ou desajustados, bem como o ajustamento da classificação e da graduação dos Parâmetros de Desempenho.