



Remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento

ÍNDICE

SECÇÃO I - CÁLCULO DA REMUNERAÇÃO ANUAL DA ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO.....	3
1. Remuneração anual da Entidade Gestora do Estabelecimento.....	3
Subsecção 1 – Remuneração pela produção de Serviços Clínicos	5
2. Cálculo da componente relativa à produção de Serviços Clínicos	5
3. Unidades e preços no cálculo da componente relativa à produção	6
4. Revisão dos preços	8
5. Remuneração devida pela actividade desenvolvida em Internamento e Cirurgia de Ambulatório	10
6. Remuneração pelos Dias de Internamento de Utentes Elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	15
7. Remuneração pela actividade desenvolvida em Urgência	16
8. Remuneração pela actividade desenvolvida em Consulta Externa	16
9. Remuneração pela actividade desenvolvida em Hospital de Dia Pediátrico, Psiquiátrico e das outras especialidades constantes do Anexo I ao Contrato.....	17
10. Remuneração devida pela produção de Casos e Actos Específicos	18
Subsecção 2 - Remuneração pela disponibilidade de unidades.....	20
11. Remuneração pela disponibilidade do Serviço de Urgência.....	20
Subsecção 3 - Ajustamento pela prescrição de produtos farmacêuticos.....	23
12. Ajustamento em função da prescrição de produtos farmacêuticos	23
Subsecção 4 – Deduções por Falhas de Desempenho	25
13. Deduções à remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento.....	25
14. Deduções por Falhas Específicas.....	26
SECÇÃO II - PAGAMENTO DA REMUNERAÇÃO ANUAL DA ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO.....	27
15. Cálculo do montante da parcela a cargo de Terceiros Pagadores	27
16. Receita devida por Terceiros Pagadores.....	29
17. Cobrança e repartição da receita devida por Terceiros Pagadores.....	29

065105

18. <i>Taxas moderadoras</i>	30
19. <i>Receitas Comerciais de Terceiros</i>	30
20. <i>Parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde</i>	31
21. <i>Cálculo do valor previsível da parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde</i>	32
22. <i>Cálculo do valor efectivo da parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde</i>	33
23. <i>Apuramento do pagamento de reconciliação</i>	35
SECÇÃO III – EDIFÍCIOS HOSPITALARES ACTUAIS	37
24. <i>Apuramento do pagamento de reconciliação</i>	37

Apêndice 1 – Parâmetros de Desempenho de Resultado

Apêndice 2 – Parâmetros de Desempenho de Serviço

Apêndice 3 – Informação a prestar pela Entidade Pública Contratante

SECÇÃO I - CÁLCULO DA REMUNERAÇÃO ANUAL DA ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO

1. Remuneração anual da Entidade Gestora do Estabelecimento

- 1.1. O montante da remuneração anual da Entidade Gestora do Estabelecimento inclui todos os serviços a prestar ao abrigo do Contrato por esta entidade, sendo calculada em função das componentes identificadas no n.º 1.2 infra.
- 1.2. A remuneração anual da Entidade Gestora do Estabelecimento é calculada de acordo com a fórmula seguinte:

$$RAEGEst_t = Bas_t - Ded_t$$

em que:

RAEGEst_t: Remuneração anual da Entidade Gestora do Estabelecimento calculada para o ano *t*;

Bas_t: Remuneração base anual da Entidade Gestora do Estabelecimento que corresponde à soma das seguintes componentes:

- i) *Pro_t*: Componente da remuneração relativa à produção de Serviços Clínicos efectivamente verificada no Estabelecimento Hospitalar, no ano *t*, calculada nos termos da subsecção 1 desta secção I;
- ii) *Disp_t*: Componente da remuneração relativa à disponibilidade de unidades hospitalares específicas efectivamente verificada, no ano *t*, calculada nos termos da subsecção 2 desta secção I;

iii) Med_t : Valor positivo ou negativo, a acrescentar à remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento devida no ano t , calculado em função do consumo de produtos farmacêuticos prescritos pelos médicos do Estabelecimento Hospitalar e adquiridos nas farmácias comunitárias, calculado nos termos da subsecção 3 desta secção I;

Ded_t : Componente correspondente às deduções a efectuar em virtude da ocorrência de Falhas de Desempenho, no ano t , calculada nos termos da subsecção 4 desta secção I.

Subsecção 1 – Remuneração pela produção de Serviços Clínicos

2. Cálculo da componente relativa à produção de Serviços Clínicos

2.1. A componente relativa à produção de Serviços Clínicos é calculada de acordo com a fórmula seguinte:

$$Pro_t = Int_t + Intue_t + Urg_t + Ext_t + Hdi_t + Esp_t$$

em que:

Pro_t: Componente da remuneração relativa à produção de Serviços Clínicos efectivamente verificada no Estabelecimento Hospitalar, no ano *t*;

Int_t: Remuneração devida pela actividade hospitalar desenvolvida no ano *t* em Internamento e Cirurgia de Ambulatório, calculada nos termos do n.º 5 deste anexo;

Intue_t: Remuneração devida pela actividade hospitalar desenvolvida no ano *t* em benefício de Utentes Elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, calculada nos termos do n.º 6 deste anexo;

Urg_t: Remuneração devida pela actividade hospitalar desenvolvida no ano *t* em Urgência, calculada nos termos do n.º 7 deste anexo;

Ext_t: Remuneração devida pela actividade hospitalar desenvolvida no ano *t* em Consulta Externa, calculada nos termos do n.º 8 deste anexo;

Hdi_t: Remuneração devida pela actividade desenvolvida no ano *t* em Hospital de Dia Médico, calculada nos termos do n.º 9 deste anexo;

Esp_t: Remuneração devida no ano *t* pela produção referente a Casos e Actos Específicos, calculada nos termos previstos no n.º 10 deste anexo;

- 2.2. Para efeitos de apuramento da actividade realizada, o primeiro período anual tem-se por iniciado na data de produção de efeitos do Contrato e termina no dia 31 de Dezembro imediatamente seguinte, e os anos seguintes, com excepção do último, terminam consecutivamente, nos dias 31 de Dezembro.

3. Unidades e preços no cálculo da componente relativa à produção

- 3.1. A valorização da Produção Efectiva é feita com base numa tabela de preços, estruturada por áreas de actividade hospitalar, de acordo com os seguintes princípios orientadores:

- a) Na área de Internamento e Cirurgia de Ambulatório, é estabelecido um sistema de preços baseado em dois escalões de produção, que segue os seguintes princípios:
 - i) São estabelecidos dois preços de referência, sendo cada um aplicável a um escalão de produção e o preço do segundo escalão inferior ao preço do primeiro escalão;
 - ii) Os escalões de produção exprimem-se em Doentes Equivalentes e correspondem, cada um, a uma percentagem da Produção Prevista convertida em Doentes Equivalentes com as seguintes restrições:
 - o limite superior do escalão de produção 1 não é inferior a 90%, nem superior a 100% da Produção Prevista;
 - a soma das produções integradas nos dois escalões não ultrapassa 110% da Produção Prevista;
 - iii) Os preços para cada escalão são os preços de referência a aplicar a um Doente Equivalente com uma complexidade individual igual a 1.
- b) Na área de Internamento de Utentes Elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, é estabelecido um preço aplicável aos Dias de Internamento;
- c) Na área de Urgência, é estabelecido um sistema de preços baseado em dois escalões de produção, expressos em Atendimentos em Urgência que seguem os seguintes princípios:

- i) São estabelecidos dois preços de referência, cada um dos quais aplicável a um escalão de produção;
 - ii) O escalão de produção 1 corresponde a uma percentagem da Produção Prevista não superior a 110%;
 - iii) O escalão de produção 2 não tem limite superior;
 - d) Na área de Consulta Externa, são estabelecidos dois preços, um aplicável a Primeiras Consultas e o outro a Consultas Subsequentes;
 - e) Na área de Hospital de Dia Médico são estabelecidos preços discriminados por tipo de sessão;
 - f) Na área de Casos e Actos Específicos são estabelecidos preços discriminados por categoria de caso e acto, excepto no que respeita à ventilação prolongada de doentes em que o preço deve ser estabelecido por diária;
- 3.2. Os preços de referência estabelecidos reflectem a inclusão de todos os serviços que são objecto do Contrato de Gestão e que ficam a cargo da Entidade Gestora do Estabelecimento, designadamente:
- a) O preço do Episódio de Internamento compreende todos os serviços prestados no Internamento e inerentes aos cuidados prestados, quer em regime de enfermaria, quer em unidades de internamento especiais, incluindo os:
 - i) Cuidados médicos;
 - ii) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica executados, ou não, no Estabelecimento Hospitalar;
 - iv) Serviços de Apoio;
 - v) Medicamentos dispensados pela farmácia hospitalar;
 - vi) Transportes de doentes requisitados pelo Estabelecimento Hospitalar, com excepção dos casos previstos no n.º 6 da Cláusula 35.ª.
 - b) O preço da Intervenção de Cirurgia de Ambulatório compreende todos os serviços inerentes aos cuidados prestados, incluindo os:
 - i) Cuidados médicos;
 - ii) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica executados, ou não, no Estabelecimento Hospitalar;
 - iii) Serviços de Apoio necessários;
 - iv) Medicamentos dispensados pela farmácia hospitalar;




- v) Transportes de doentes requisitados pelo Estabelecimento Hospitalar, com excepção dos casos previstos no n.º 6 da Cláusula 35.^a.
 - c) Os preços do Atendimento em Urgência, da Consulta Externa e da Sessão de Hospital de Dia Médico, compreendem todos os serviços inerentes aos cuidados prestados, incluindo todos os:
 - i) Cuidados médicos;
 - ii) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica executados, ou não, no Estabelecimento Hospitalar;
 - iii) Serviços de Apoio necessários;
 - iv) Medicamentos dispensados pela farmácia hospitalar;
 - v) Transportes de doentes requisitados pelo Estabelecimento Hospitalar, com excepção dos casos previstos no n.º 6 da Cláusula 35.^a.
- 3.3. Os preços de referência não incluem:
- a) Os preços dos medicamentos prescritos pelos médicos do Estabelecimento Hospitalar e adquiridos pelos Utentes nas farmácias comunitárias ou a respectiva participação pública;
 - b) Os custos inerentes às actividades a desenvolver pela Entidade Gestora do Edifício.
- 3.4. Sem prejuízo do disposto no número anterior, a Entidade Gestora do Estabelecimento obriga-se a apresentar, em cada ano, uma tabela de preços ajustada, estruturada por área de actividade hospitalar, incluindo nesta os custos referidos na alínea b) do número anterior, que deve reflectir a respectiva imputação extra-contabilística por área de produção.

4. Revisão dos preços

- 4.1. Os preços aplicáveis para cálculo das componentes de remuneração relativas à produção de Serviços Clínicos (*Pro*), constantes da Cláusula 44.^a são revistos, anualmente, com efeitos a partir do mês de Janeiro de cada ano após o ano da produção de efeitos do Contrato.


- 4.2. A revisão referida no número anterior é efectuada com referência à evolução do Índice de Preços no Consumidor, sem habitação e com aplicação do diferencial de correcção de preços, constante da Cláusula 44.^a do Contrato, nos termos da fórmula seguinte:

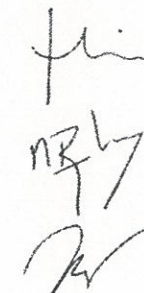
$$p(a)_t = p(a)_{t-1} \times \left(\frac{IPC_t}{IPC_{t-1}} + d(a)_t \right)$$

em que:

- $p(a)_t$: Preço aplicável à área de produção hospitalar a no ano t ;
- $p(a)_{t-1}$: Preço aplicável à área de produção hospitalar a no ano anterior ao ano t ;
- IPC_t : Índice de Preços no Consumidor sem habitação, publicado pelo Instituto Nacional de Estatística e referente ao mês de Janeiro do ano t ;
- IPC_{t-1} : Índice de Preços no Consumidor sem habitação, publicado pelo Instituto Nacional de Estatística e referente ao mês de Janeiro do ano imediatamente anterior ao ano t .
- $d(a)_t$: Diferencial de correcção de preços, aplicável à área de produção a , no ano t , conforme Cláusula 44.^a do Contrato.

- 4.3. Os preços resultantes da aplicação da fórmula anterior são sujeitos a arredondamento a centimos de euro.
- 4.4. Caso seja necessário estabelecer diferenciais de correcção de preços adicionais aos estabelecidos no presente Contrato, estes são dados pela média aritmética dos diferenciais de preços contratados, para cada área de produção.
- 4.5. As propostas de revisão de cada um dos preços de referência, através da aplicação da fórmula constante do n.º 4.2 deste anexo, devem ser apresentadas anualmente pela Enti-





dade Gestora do Estabelecimento à Entidade Pública Contratante, no âmbito do procedimento de determinação previsto na Cláusula 52.^a, devidamente justificadas.

- 4.6. Da aplicação do mecanismo de actualização dos preços previsto nos números anteriores não pode resultar que, em qualquer ano, o valor da parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde, calculada de acordo com o n.º 20 deste anexo, e tendo por base os preços unitários calculados de acordo com o mecanismo de revisão estabelecido nos n.ºs 4.1. a 4.4 deste Anexo, seja superior ao montante que resultaria da aplicação da Tabela de Preços dos Hospitais Públicos em vigor à Produção Efectiva do Estabelecimento Hospitalar cujo pagamento fica a cargo do SNS.
- 4.7. A Tabela de Preços dos Hospitais Públicos deve reflectir custos reais de actividade de hospitais eficientes.
- 4.8. Para efeitos da comparação referida no n.º 4.6 deste anexo são efectuados os ajustamentos necessários na Tabela de Preços dos Hospitais Públicos para assegurar que ambos os termos da comparação incluem os mesmos componentes de custos.
- 4.9. Os ajustamentos previstos no número anterior são acordados entre a Entidade Pública Contratante e a Entidade Gestora do Estabelecimento no âmbito do procedimento anual constante da Cláusula 52.^a do Contrato, ficando estabelecida a Tabela de Preços dos Hospitais Públicos ajustada, que servirá de base à comparação constante do n.º 4.6, efectuada nos termos do n.º 23.2.
- 4.10. A Entidade Pública Contratante não tem a faculdade de determinação unilateral da Tabela de Preços dos Hospitais Públicos ajustada.

5. Remuneração devida pela actividade desenvolvida em Internamento e Cirurgia de Ambulatório

- 5.1. A remuneração anualmente devida pela actividade desenvolvida em Internamento e Cirurgia de Ambulatório é calculada de acordo com a fórmula seguinte:

$$Int_t = RE(1)_t + RE(2)_t$$

em que:

Int_t : Remuneração devida pela actividade em Internamento e Cirurgia de Ambulatório, no ano t ;

$RE(1)_t$: Remuneração relativa à produção efectiva no escalão de produção 1 no ano t ;

$RE(2)_t$: Remuneração relativa à produção efectiva no escalão de produção 2 no ano t ;

5.2. O valor da remuneração referente a cada escalão de produção é obtido, em cada ano t , através da aplicação da seguinte fórmula:

$$RE(i)_t = Deq(i)_t \times pInt(i)_t \times \min \left\{ icx(H)_t, \frac{icx(P)_{t-1} + \dots + icx(P)_{t-5}}{5} \right\} \text{ para } i = 1, 2$$

em que:

$RE(i)_t$: Remuneração correspondente ao escalão de produção i ;

$Deq(i)_t$: Quantidade de produção em Internamento e Cirurgia de Ambulatório, expressa em número de Doentes Equivalentes, incluída no escalão de produção i , verificada no ano t ;

Os Doentes Equivalentes correspondem à quantidade de Episódios de Internamento e de Intervenções em Cirurgias de Ambulatório, excluídos os Casos e Actos Específicos, modificada nos termos do n.º 5.3 deste anexo.

$pInt(i)_t$: Preço de referência para cada Doente Equivalente incluído no escalão de produção i no ano t , para um Índice de Complexidade igual a 1;

$icx(H)_t$: Índice de Complexidade, calculado para a produção do Hospital de Cascais verificada no ano t ; correspondente ao resultado da seguinte operação:

$$icx(H)_t = \frac{\sum_y (DeqInt_{y,t} \times W_{y,t}) + \sum_y (DeqCam_{y,t} \times W_{y,t})}{\sum_y (DeqInt_{y,t}) + \sum_y (DeqCam_{y,t})}$$

em que:

$DeqInt_{y,t}$: Número de Doentes Equivalentes correspondentes a Episódios de Internamento do GDH y verificados no ano t ;

$DeqCam_{y,t}$: Número de Doentes Equivalentes correspondentes a Intervenções em Cirurgia de Ambulatório integradas no GDH y , verificados no ano t ;

$W_{y,t}$: peso relativo atribuído ao Episódio de Internamento y , verificado no ano t ;

$icx(P)_{t-1, t-5}$: Índice de Complexidade da população, verificado em cada um dos cinco anos precedentes, calculado com base na totalidade de Episódios de Internamento e Cirurgias de Ambulatório, correspondentes ao perfil assistencial do Hospital de Cascais, verificados efectivamente para a População da Área de Influência do Hospital de Cascais, independentemente da unidade hospitalar em que foram prestados.

5.3. Para cálculo do número de Doentes Equivalentes correspondentes a Episódios de Internamento é utilizada a seguinte expressão:

$$DeqInt_t = \sum_n (fe_{nt})$$

em que:

$DeqInt_t$: Número de Doentes Equivalentes em Internamento, no ano t ;

n : o Episódio de Internamento n ;

fe_{nt} : Factor de equivalência a aplicar ao Episódio de Internamento n , no ano t , tendo em consideração a respectiva demora ou a ocorrência de transferência, nos termos da tabela seguinte:

Transferência	Demora no Estabelecimento		Factor de equivalência
Não transferidos	$TInt \leq \text{linf}_t$		$TInt / Dmed_t$
	$TInt > \text{linf}_t$		1,0
Transferidos	$TInt < 2/3 Dmed_t$	GDH cirúrgico	0,505
		GDH médico	$TInt / Dmed_t$
	$TInt \geq 2/3 Dmed_t$	GDH cirúrgico	1,0
		GDH médico	1,0

em que:

$TInt$: tempo de internamento do Episódio de Internamento expresso em número de dias, contabilizando-se como “dia” cada noite passada pelo Utente no Estabelecimento Hospitalar, desde a data da admissão até à data da alta;

$Dmed_t$: demora média de cada Episódio de Internamento, expressa em dias, nos termos da Tabela de Preços do SNS em vigor no ano t ;

linf_t : limite inferior de demora do Episódio de Internamento, expresso em dias, nos termos da Tabela de Preços do SNS em vigor no ano t ;

5.4. Para cálculo do número de Doentes Equivalentes correspondentes a Intervenções em Cirurgia de Ambulatório é utilizada a seguinte expressão:

$$DeqCam_t = \sum_n (fc_{nt})$$

em que:

$DeqCam_t$: Número de Doentes Equivalentes em Cirurgia de Ambulatório, no ano t ;

n : Intervenção em Cirurgia de Ambulatório n ;

fc_{nt} : Factor de equivalência a aplicar à Intervenção em Cirurgia de Ambulatório n , em função do peso relativo da Intervenção em Cirurgia de Ambulatório, no ano t , nos termos da fórmula seguinte:

$$fc_{nt} = \frac{w_{yt}}{W_{yt}}$$

em que:

w_{yt} : peso relativo da Intervenção em Cirurgia de Ambulatório integrada no GDH y , estabelecido na Tabela de Preços do SNS em vigor no ano t , sem prejuízo do disposto no número seguinte;

W_{yt} : peso relativo do Episódio de Internamento correspondente ao GDH y em que a Intervenção de Cirurgia de Ambulatório se pode integrar, de acordo com o definido na Tabela de Preços do SNS em vigor no ano t , sem prejuízo do disposto no número seguinte.

5.5 Em casos específicos, a Entidade Gestora do Estabelecimento e a Entidade Pública Contratante podem acordar na adopção de pesos relativos de Intervenções em Cirurgia de Ambula-

tório e/ou de Episódios de Internamento distintos dos previstos na Tabela de Preços do SNS em vigor.

5.6 Para efeitos da aplicação do número anterior, a Entidade Gestora do Estabelecimento deve apresentar, até três meses antes do início de cada ano contratual, uma proposta fundamentada, relativamente à qual a Entidade Pública Contratante se deve pronunciar no prazo de um mês.

6. Remuneração pelos Dias de Internamento de Utentes Elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

6.1. A parte da remuneração anual pela actividade correspondente à prestação de cuidados e acompanhamento de Utentes Elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é calculada de acordo com a fórmula seguinte:

$$Intue_t = Diue_t \times pDiue_t$$

em que:

Intue_t: Remuneração devida pela actividade em Internamento de Utentes Elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no ano *t*;

Diue_t: Número de Dias de Internamento de Utentes Elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no ano *t*;

pDiue_t: Preço de referência aplicável a cada Dia de Internamento de Utentes Elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no ano *t*.

6.2. Pode haver ajustamento ao valor apurado nos termos do número anterior, de acordo com o disposto na Cláusula 44.^a do Contrato.

Handwritten signature and initials, possibly 'NRL' and 'R'.

7. Remuneração pela actividade desenvolvida em Urgência

7.1 A parte variável da remuneração anual pela actividade desenvolvida em Urgência é calculada de acordo com a fórmula seguinte:

$$Urg_t = Aur(1)_t \times pUrg(1)_t + Aur(2)_t \times pUrg(2)_t,$$

em que:

Urg_t: Remuneração devida pela actividade hospitalar desenvolvida no ano *t* em Urgência;

Aur(1)_t: Número de Atendimentos em Urgência integrados no escalão de produção de Urgência 1, verificados no ano *t*;

pUrg(1)_t: Preço de referência aplicável a cada Atendimento em Urgência do escalão de produção de Urgência 1, no ano *t*.

Aur(2)_t: Número de Atendimentos em Urgência integrados no escalão de produção de Urgência 2, verificados no ano *t*;

pUrg(2)_t: Preço de referência aplicável a cada Atendimento em Urgência do escalão de produção de Urgência 2, no ano *t*.

7.2. Para efeitos de pagamento do número de Atendimentos em Urgência, excluem-se todos os casos previstos no n.º 3 da Cláusula 42.ª do Contrato.

8. Remuneração pela actividade desenvolvida em Consulta Externa

- 8.1. A remuneração pela actividade desenvolvida em Consulta Externa é calculada de acordo com a fórmula seguinte:

$$Ext_t = \min\langle \min[Cex(p)_t, L(p)_t] \times pCex(p)_t + \{\max[Cex(p)_t - L(p)_t, 0] + Cex(s)_t\} \times pCex(s)_t, lCex_t \rangle$$

em que:

Ext_t : Remuneração devida pela actividade desenvolvida, no ano t , em Consulta Externa;

$Cexp_t$: Quantidade de Primeiras Consultas no ano t ;

Lp_t : Quantidade limite de Primeiras Consultas no ano t ;

$pCexp_t$: Preço de referência aplicável a cada Primeira Consulta no ano t ;

$Cexs_t$: Quantidade de Consultas Subsequentes no ano t ;

$pCexs_t$: Preço de referência aplicável a cada Consulta Subsequente no ano t .

$lCex_t$: Limite máximo da remuneração devida pela actividade desenvolvida em Consulta Externa, no ano t , fixado anualmente, tendo por base:

- (i) os números de Primeiras Consultas e de Consultas Subsequentes determinadas como Produção Prevista;
- (ii) os preços por cada tipo de Consulta Externa aplicáveis no ano t .

- 8.2 Para efeitos do número anterior, a quantidade limite de Primeiras Consultas corresponde a 125% da Produção Prevista de Primeiras Consultas fixada nos termos do n.º 6 da Cláusula 37.ª do Contrato.

9. Remuneração pela actividade desenvolvida em Hospital de Dia Médico, Pediátrico e Psiquiátrico

- 9.1. A remuneração anualmente devida pela actividade desenvolvida em Hospital de Dia Médico (Oncologia médica e outras especialidades), Pediátrico e Psiquiátrico, conforme constante do Anexo I ao Contrato, é calculada de acordo com a fórmula seguinte:

$$Hdi_t = \min \left\{ \sum_y [Ses(y)_t \times pSes(y)_t], lHdi_t \right\}$$

em que:

Hdi_t: Remuneração devida pela actividade desenvolvida, no ano *t*; em Hospital de Dia Médico (Oncologia médica e outras especialidades), Pediátrico e Psiquiátrico;

Ses(y)_t: Número de Sessões de Hospital de Dia Médico, Pediátrico e Psiquiátrico do tipo *y* ocorridas no ano *t*;

pSes(y)_t: Preço de referência aplicável a Sessão de Hospital de Dia Médico (Oncologia médica e outras especialidades), Pediátrico e Psiquiátrico do tipo *y* no ano *t*;

lHdi_t: Limite da remuneração devida pela prestação de Sessões de Hospital de Dia Médico (Oncologia médica e outras especialidades), Pediátrico e Psiquiátrico, fixado anualmente, tendo por base:

- (i) o número de Sessões de Hospital de Dia Médico (Oncologia médica e outras especialidades), Pediátrico e Psiquiátrico de cada tipo determinadas como Produção Prevista no ano *t*;
- (ii) os preços por cada tipo de sessão aplicáveis no ano *t*.

10. Remuneração devida pela produção de Casos e Actos Específicos

- 10.1. A remuneração pela produção de Casos e Actos Específicos relativos a ventilação prolongada de doentes, é calculada de acordo com a fórmula seguinte:

$$RVpd_t = DVpd_t \times pVpd_t$$

em que:

RVpd_t: Remuneração devida no ano *t* pela produção efectiva de ventilação prolongada de doentes;

DVpd_t: Número de diárias de ventilação prolongada de doentes, ocorridas no ano *t*;

pVpd_t: Preço por diária de ventilação prolongada de doentes, no ano *t*;

10.2. A inclusão de Casos e Actos Específicos, nomeadamente de ventilação prolongada de doentes, na Produção Efectiva está sujeita a aprovação da Entidade Pública Contratante, nos termos do n.º 13 da Cláusula 38.ª e da Cláusula 128.ª do Contrato.

10.3. A ventilação prolongada de doentes é paga de acordo com o previsto na definição de Casos e Actos Específicos constante do Contrato.

10.4. O pagamento de Casos e Actos Específicos, que não a ventilação prolongada de doentes, é efectuado nos termos da Cláusula 38.ª do Contrato.

Handwritten signature and initials, possibly 'Ji' and 'NB'.

Subsecção 2 - Remuneração pela disponibilidade de unidades

11. Remuneração pela disponibilidade do Serviço de Urgência

11.1. Pela disponibilidade operacional do Serviço de Urgência é devida uma remuneração em função do número de sessões do Serviço de Urgência cujo funcionamento seja assegurado pela Entidade Gestora do Estabelecimento, calculado de acordo com a seguinte fórmula:

$$Disp_t = DispBase_t \times \left(1 - \frac{SUaf_t}{24 \times d_t} \right)$$

em que:

Disp_t: Componente da remuneração relativa à disponibilidade do Serviço de Urgência efectivamente verificada, no ano *t*;

DispBase_t: Remuneração base anual relativa à disponibilidade do Serviço de Urgência, prevista para o ano *t*;

SUaf_t: Número de sessões do Serviço de Urgência, no ano *t*, afectadas por indisponibilidade, nos termos do n.º 11.3 deste anexo;

d_t: Número de dias do ano *t*.

11.2. Para efeitos de aplicação do número anterior, considera-se que cada sessão do Serviço de Urgência corresponde a um período de funcionamento com a duração de 1 hora.

11.3. Para efeitos do n.º 11.1, consideram-se afectadas por indisponibilidade todas as sessões de trabalho do Serviço de Urgência em que não se encontrem integralmente preenchidas as condições de funcionamento estabelecidas na Cláusula 26.^a do Contrato.

11.4. A remuneração base anual relativa à disponibilidade do Serviço de Urgência é revista anualmente, mediante a aplicação da seguinte fórmula:

$$DispBase_t = DispBase_{t-1} \times \left(\frac{IPC_t}{IPC_{t-1}} + d(u)_t \right)$$

em que:

$DispBase_t$: Remuneração base anual relativa à disponibilidade do Serviço de Urgência, prevista para o ano t .

$DispBase_{t-1}$: Remuneração base anual relativa à disponibilidade do Serviço de Urgência, aplicável no ano anterior ao ano t ;

IPC_t : Índice de Preços no Consumidor, sem habitação, referente ao mês de Janeiro do ano t ;

IPC_{t-1} : Índice de Preços no Consumidor, sem habitação, referente ao mês de Janeiro do ano imediatamente anterior.

$d(u)_t$: Diferencial de correcção de preços aplicável à Urgência, no ano t , expresso em valor percentual, positivo ou negativo; este diferencial é o mesmo que se aplica à revisão dos preços por Atendimento em Urgência.

11.5. Caso seja necessário estabelecer diferenciais de correcção de preços adicionais àqueles estabelecidos no Contrato, estes são dados pela média aritmética dos diferenciais de preços contratados, para a área de produção Urgência.

11.6. No primeiro ano em que se verifica a Transmissão do Estabelecimento Hospitalar:

- a) A Remuneração base anual ($DispBase_t$) é ajustada, proporcionalmente, em função do número de dias que medeiam entre a Transmissão do Estabelecimento Hospitalar e 31 Dezembro desse ano;

- b) Para efeitos de cálculo do número total de sessões do Serviço de Urgência no ano t , o número de dias do ano t constante da fórmula de 11.1, corresponde ao número de dias que medeiam entre a Transmissão do Estabelecimento Hospitalar e 31 Dezembro desse ano.

11.7. No último ano de vigência do Contrato:

- a) A Remuneração base anual ($DispBase_t$) é ajustada, proporcionalmente, em função do número de dias que medeiam entre 1 de Janeiro desse ano e o último dia de vigência do Contrato;
- b) Para efeitos de cálculo do número total de sessões do serviço de urgência no ano t , o número de dias do ano t constante da fórmula de 11.1, corresponde ao número de dias que medeiam entre 1 de Janeiro desse ano e o último dia de vigência do Contrato.

Subsecção 3 - Ajustamento pela prescrição de produtos farmacêuticos

12. Ajustamento em função da prescrição de produtos farmacêuticos

12.1. A remuneração anual da Entidade Gestora do Estabelecimento é ajustada através da adição do resultado da seguinte operação:

$$Med_t = [20\% \times (Rpc_t - Dpc_t)] \times Ute_t$$

em que:

Med_t: Valor positivo ou negativo, a acrescentar à remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento devida no ano *t*, calculado em função do consumo de produtos farmacêuticos prescritos pelos médicos do Hospital de Cascais e adquiridos nas farmácias comunitárias;

Rpc_t: Valor de referência da despesa *per capita* relativa a participações financeiras na aquisição de produtos farmacêuticos, estabelecido para o período compreendido entre 01 de Dezembro do ano *t-1* e 30 de Novembro do ano *t*; o valor de referência da despesa *per capita* no período definido corresponde à média das despesas *per capita* dos hospitais do Grupo de Referência, calculadas de acordo com o disposto no parágrafo seguinte, com as devidas adaptações:

Dpc_t: Despesa *per capita* efectivamente incorrida pelo Estado no período compreendido entre 01 de Dezembro do ano *t-1* e 30 de Novembro do ano *t*, relativa a participações na aquisição de produtos farmacêuticos prescritos pelo Hospital de Cascais, calculada de acordo com a fórmula seguinte:

$$Dpc_t = \frac{Comp_t}{Ute_t}$$

em que:

Comp_t: Despesa total em participações na aquisição de medicamentos cuja prescrição tenha origem no Hospital de Cascais e tenham sido adquiridos nas farmácias comunitárias, no período compreendido entre 01 de Dezembro do ano $t-1$ e 30 de Novembro do ano t ;

Ute_t: Número de Utentes beneficiários do SNS atendidos pelo Estabelecimento Hospitalar no período compreendido entre 01 de Dezembro do ano $t-1$ e 30 de Novembro do ano t , considerando-se como tais quaisquer pessoas a quem tenham sido prestados cuidados de saúde pelo Estabelecimento Hospitalar no período compreendido entre 01 de Dezembro do ano $t-1$ e 30 de Novembro do ano t relativamente aos quais não há Terceiro Pagador responsável pelos encargos; para efeitos de contabilização do número de Utentes atendidos, cada pessoa vale uma unidade, independentemente dos serviços e número de actos de que haja beneficiado.

Subsecção 4 – Deduções por Falhas de Desempenho

13. Deduções à remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento

13.1. São subtraídos à remuneração anual da Entidade Gestora do Estabelecimento os montantes das deduções correspondentes à ocorrência de Falhas de Desempenho imputáveis àquela.

13.2. Consideram-se imputáveis à Entidade Gestora do Estabelecimento,

- a) As falhas específicas constantes da Cláusula 54.^a do Contrato;
- b) As falhas de resultado correspondentes ao incumprimento dos Parâmetros de Desempenho de resultado estabelecidos no apêndice 1 ao presente Anexo;
- c) As falhas de serviço correspondentes ao incumprimento dos Parâmetros de Desempenho de serviço estabelecidos no apêndice 2 ao presente Anexo.

13.3. O montante total das deduções a efectuar à remuneração anual da Entidade Gestora do Estabelecimento é calculado de acordo com a fórmula seguinte:

$$Ded_t = \sum F(Esp)_t + \min(Ppen_t \times Duni_t, 5\% Bas_t).$$

em que:

Ded_t: Componente correspondente às deduções a efectuar em virtude da ocorrência de Falhas de Desempenho, no ano *t*;

F(Esp)_t: Montante da dedução imposta em resultado da ocorrência de cada falha específica, calculada nos termos do n.º 14 deste Anexo, no ano *t*;

Ppen_t: Pontos de penalização incorridos no ano *t*;

Duni_t: Valor unitário da dedução a impor por cada ponto de penalização incorrido, o qual corresponde, em cada ano *t*, a 0,15% de 5% da remuneração base anual da Entidade Gestora do Estabelecimento no ano *t*;

Handwritten signatures and initials on the right side of the page, including a large signature at the top and several smaller initials below it.

Bas_t: Remuneração base anual da Entidade Gestora do Estabelecimento, no ano *t*, calculada nos termos previstos no n.º 1 do presente anexo.

13.4 Caso a Entidade Gestora do Estabelecimento obtenha num determinado ano na avaliação por áreas e/ou na avaliação global pontuações iguais ou inferiores a metade do número máximo de pontos respeitantes à classificação de “Muito Bom”, tal como resulta da Cláusula 53.^a do Contrato, não haverá lugar a quaisquer deduções na área respectiva ou pela avaliação global.

14. Deduções por Falhas Específicas

14.1. As falhas específicas são as constantes da Cláusula 54.^a do Contrato.

14.2. No caso previsto no número anterior, é deduzido ao pagamento devido à Entidade Gestora do Estabelecimento, um montante determinado nos termos da Cláusula 55.^a do Contrato.

**SECÇÃO II - PAGAMENTO DA REMUNERAÇÃO ANUAL DA ENTIDADE
GESTORA DO ESTABELECIMENTO**

15. Cálculo do montante da parcela a cargo de Terceiros Pagadores

15.1. Nos termos constantes da alínea a) do n.º 1 da Cláusula 46.ª do Contrato, o montante da parcela a cargo de Terceiros Pagadores é calculado nos termos da fórmula seguinte:

$$PTP_t = \frac{DeqIntTP_t}{DeqInt_t} \times Int_t + \frac{DiueTP_t}{Diue_t} \times Intue_t + \frac{AurTP_t}{Aur_t} \times (Urg_t + Disp_t) + \frac{CexTP_t}{Cex_t} \times Ext_t + \sum_y (SesTP(y)_t \times pSes(y)_t) + \sum_x (CaeTP(x)_t \times pCae(x)_t)$$

em que:

PTP_t: Montante da parcela a cargo de Terceiros Pagadores devido pela Produção Efectiva relativa a Utentes registados como beneficiários de Terceiros Pagadores no ano *t*;

DeqIntTP_t: Doentes Equivalentes correspondentes aos Utentes assistidos em Internamento e Cirurgia de Ambulatório no ano *t* e registados como beneficiários de Terceiros Pagadores;

DeqInt_t: Doentes Equivalentes correspondentes à totalidade dos Utentes assistidos em Internamento e Cirurgia de Ambulatório no ano *t*;

Int_t: Remuneração devida pela actividade hospitalar desenvolvida em Internamento e Cirurgia de Ambulatório, desenvolvida no ano *t*, calculada de acordo com o previsto no n.º 5 supra;

DiueTP_t: Número de Dias de Internamento de Utentes Elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no ano *t* e relativos a Utentes registados como beneficiários de Terceiros Pagadores;

- Diue_t*: Número total de Dias de Internamento de Utentes Elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no ano *t*;
- Intue_t*: Remuneração devida pela actividade em Internamento de Utentes Elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, desenvolvida no ano *t*, calculada de acordo com o previsto no n.º 6 supra;
- AurTP_t*: Número de Atendimentos em Urgência prestados no ano *t* a Utentes registados como beneficiários de Terceiros Pagadores;
- Aur_t*: Número de Atendimentos em Urgência prestados no ano *t*;
- Urg_t*: Remuneração devida pela actividade em Urgência, desenvolvida no ano *t*, calculada de acordo com o previsto no n.º 7 do presente anexo;
- Disp_t*: Remuneração devida pela disponibilidade da Urgência no ano *t*, calculada de acordo com o previsto no n.º 11 deste anexo;
- CexTP_t*: Número de Consultas Externas prestadas no ano *t* a Utentes registados como beneficiários de Terceiros Pagadores;
- Cex_t*: Número de Consultas Externas verificado no ano *t*;
- Ext_t*: Remuneração devida pela actividade em Consulta Externa desenvolvida no ano *t*, calculada de acordo com o previsto no n.º 8 do presente anexo;
- SesTP(y)_t*: Número de Sessões de Hospital de Dia Médico do tipo *y* prestadas no ano *t*, a Utentes registados como beneficiários de Terceiros Pagadores;
- pSes(y)_t*: Preço de referência aplicável a cada Sessão de Hospital de Dia Médico do tipo *y*, no ano *t*;
- CaeTP(x)_t*: Número de Casos e Actos Específicos da categoria *x* prestados a Utentes registados como beneficiários de Terceiros Pagadores, no ano *t*;

$pCae(x)_t$ Preço a pagar por cada Caso e Acto Específico da categoria x , no ano t .

15.2. Não são considerados, para este cálculo:

- a) O valor das deduções a que possa haver lugar ao abrigo do Contrato;
- b) O ajustamento a efectuar em função do consumo de produtos farmacêuticos.

16. Receita devida por Terceiros Pagadores

16.1. A receita devida por Terceiros Pagadores corresponde à soma dos preços devidos pelas prestações de saúde realizadas a favor de Utentes beneficiários de Terceiros Pagadores, a cobrar de acordo com o disposto no n.º 17 deste Anexo.

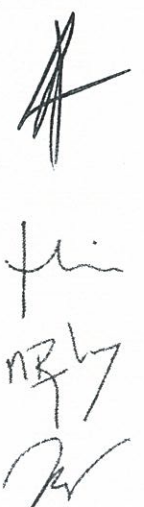
16.2. As prestações de saúde realizadas a favor de Utentes beneficiários de Terceiros Pagadores são pagas por estes:

- a) Aos preços acordados entre o Hospital de Cascais e o Terceiro Pagador, nos casos em que a prestação de serviços a Utentes beneficiários de Terceiro Pagador seja objecto de contrato específico;
- b) Aos preços constantes da Tabela de Preços do SNS, nos casos restantes.

17. Cobrança e repartição da receita devida por Terceiros Pagadores

17.1. A parte da remuneração anual da Entidade Gestora do Estabelecimento correspondente à parcela a cargo de Terceiros Pagadores é obtida através da cobrança da receita devida por Terceiros Pagadores.

17.2. A cobrança da receita devida por Terceiros Pagadores compete, em exclusivo, à Entidade Gestora do Estabelecimento, sem prejuízo das obrigações constantes dos parágrafos seguintes.

Handwritten signature and initials in the right margin of the page.

17.3. A receita devida por Terceiros Pagadores efectivamente cobrada é repartida entre a Entidade Gestora do Estabelecimento e a Entidade Pública Contratante, de acordo com os seguintes princípios:

- a) 5% do montante da receita devida por Terceiros Pagadores, é atribuída, à cabeça, à Entidade Gestora do Estabelecimento, a título de compensação pelos respectivos custos de cobrança;
- b) Os restantes 95% da receita cobrada são repartidos entre a Entidade Gestora do Estabelecimento e a Entidade Pública Contratante, de acordo com os seguintes parâmetros:
 - (i) até à concorrência do valor da parcela a cargo de Terceiros Pagadores, a receita efectivamente cobrada cabe à Entidade Gestora do Estabelecimento;
 - (ii) acima do valor da parcela a cargo de Terceiros Pagadores, 25% da receita efectivamente cobrada é atribuída à Entidade Gestora do Estabelecimento, cabendo o restante à Entidade Pública Contratante.

17.4. O pagamento da parcela a cargo de Terceiros Pagadores pela receita devida por Terceiros Pagadores é efectuada de acordo com um princípio de especialização dos exercícios, pelo que o montante da receita devida por Terceiros Pagadores relativa a um determinado exercício só pode ser utilizada para liquidar a parcela a cargo de Terceiros Pagadores relativa ao mesmo exercício.

18. Taxas moderadoras

18.1. A Entidade Gestora do Estabelecimento tem o direito de reter a totalidade das receitas correspondentes à cobrança de taxas moderadoras, por força da alínea b) do n.º 1 da Cláusula 46.ª do Contrato.

19. Receitas Comerciais de Terceiros

19.1. A Entidade Gestora do Estabelecimento partilha com a Entidade Pública Contratante os montantes correspondentes às receitas comerciais de terceiros obtidas no contexto da

exploração autorizada, no Estabelecimento Hospitalar, das actividades constantes da Cláusula 17.ª do Contrato.

19.2. A partilha é feita nos termos da Cláusula 46.ª do Contrato ou, quanto a outras actividades comerciais de terceiros não previstas nessa Cláusula, em termos a acordar.

20. Parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde

20.1. A parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde, em cada ano, corresponde ao resultado da seguinte operação de subtracção:

$$PSNS_t = RAEGEst_t - PTP_t - RTP(SNS)_t - TM - RCT(SNS)_t$$

em que:

$PSNS_t$: Parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde, no ano t ;

$RAEGEst_t$: Remuneração anual da Entidade Gestora do Estabelecimento, no ano t ;

PTP_t : Parcela a cargo de Terceiros Pagadores, no ano t , determinada nos termos do n.º 15 deste anexo;

$RTP(SNS)_t$: Valor das receitas devidas por Terceiros Pagadores efectivamente cobradas a atribuir à Entidade Pública Contratante, no ano t , nos termos que resultam do disposto dos n.ºs 16 e 17 deste anexo;

TM_t : Receita correspondente ao montante de taxas moderadoras efectivamente cobradas aos Utentes no ano t ;

$RCT(SNS)_t$: Montante das Receitas Comerciais de Terceiros que cabem à Entidade Pública Contratante, no ano t , nos termos que resultam do disposto do n.º 19 deste anexo.

Handwritten signature and initials on the right side of the page, including a large signature and the initials 'MBL' and 'RW'.

21. Cálculo do valor previsível da parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde

21.1. O cálculo do valor previsível da parcela a cargo do SNS é efectuado, nos termos previstos na Cláusula 48.^a do Contrato e no presente anexo, tendo por base uma estimativa das variáveis que se mostrem necessárias, incluindo, designadamente:

- a) Remuneração base anual:
 - i) Produção Prevista determinada para o ano em causa, nos termos da Cláusula 37.^a do Contrato e considerando, exclusivamente até ao Início da Transferência do Estabelecimento Hospitalar para o Novo Edifício Hospitalar, que o número de Doentes Equivalentes em Internamento resulta da multiplicação do número de Episódios de Internamento da Produção Prevista por 106,2%;
 - ii) Índice de Preços no Consumidor sem habitação, referente ao mês de Janeiro do ano a que a remuneração respeita;
 - iii) Preços de referência aplicáveis, nos termos do n.º 4 deste anexo;
 - iv) Remuneração base anual relativa à disponibilidade do Serviço de Urgência aplicável, nos termos do n.º 11 deste anexo;
 - v) Número de sessões do Serviço de Urgência afectadas por indisponibilidade;
 - vi) Ajustamento em função da prescrição de produtos farmacêuticos;
- b) Deduções:
 - i) Montante das deduções associadas a falhas específicas;
 - ii) Pontos de penalização por falhas de resultado e de serviço;
 - iii) Valor unitário da dedução a impor por cada ponto de penalização associado a falhas de resultado e de serviço;
- c) Montante da parcela a cargo de Terceiros Pagadores:
 - i) Doentes Equivalentes correspondentes aos Utentes assistidos em Internamento e Cirurgia de Ambulatório registados como beneficiários de Terceiros Pagadores;
 - ii) Número de Dias de Internamento de Utentes Elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados relativos a Utentes registados como beneficiários de Terceiros Pagadores;
 - iii) Número de Atendimentos em Urgência relativos a Utentes registados como beneficiários de Terceiros Pagadores;

- iv) Número de Consultas Externas relativas a Utentes registados como beneficiários de Terceiros Pagadores;
- v) Número de Sessões de Hospital de Dia Médico, por tipo, relativas a Utentes registados como beneficiários de Terceiros Pagadores;
- d) Montante das receitas devidas por Terceiros Pagadores efectivamente cobradas a atribuir à Entidade Pública Contratante;
- e) Montante das taxas moderadoras efectivamente cobradas aos Utentes;
- f) Montante das Receitas Comerciais de Terceiros que cabem à Entidade Pública Contratante.

21.2. No ano de 2008, o valor de cada pagamento mensal por conta, para o período compreendido entre a data de Transmissão do Estabelecimento Hospitalar e 31 de Dezembro, é de 2 833 350 Euros (dois milhões oitocentos e trinta e três mil trezentos e cinquenta euros).

22. Cálculo do valor efectivo da parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde

22.1. Para efeitos de apuramento do valor efectivo da parcela a cargo do SNS e do pagamento de reconciliação, a Entidade Gestora do Estabelecimento fornece à Entidade Pública Contratante, quando aplicável, por referência a cada mês e até ao final do mês seguinte, os valores mensais e acumulados anuais, da informação necessária, incluindo, designadamente:

- a) Número de Doentes Equivalentes em Internamento e Cirurgia de Ambulatório incluídos no escalão de produção 1;
- b) Número de Doentes Equivalentes em Internamento e Cirurgia de Ambulatório incluídos no escalão de produção 2;
- c) Número de Doentes Equivalentes correspondentes a Episódios de Internamento verificados, por GDH;
- d) Número de Doentes Equivalentes correspondentes a Intervenções de Cirurgia de Ambulatório verificadas, por GDH;
- e) Episódios de Internamento verificados com indicação, para cada um, do GDH em que se insere, do tempo de Internamento e da ocorrência de transferência;
- f) Número de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório verificadas, por GDH;

Handwritten signature and initials in the right margin, including a large signature at the top and several sets of initials below it.

- g) Número de Dias de Internamento de Utentes Elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados verificados;
- h) Número de Atendimentos em Urgência integrados no escalão de produção de Urgência 1 verificados;
- i) Número de Atendimentos em Urgência integrados no escalão de produção de Urgência 2 verificados;
- j) Número de Primeiras Consultas verificadas;
- l) Número de Consultas Subsequentes verificadas;
- m) Número de Sessões de Hospital de Dia Médico verificadas, por tipo de sessão;
- n) Número de Casos e Actos Específicos verificados, por categoria;
- o) Número de sessões do Serviço de Urgência afectadas por indisponibilidade;
- p) Despesa em medicamentos adquiridos nas farmácias comunitárias, cuja prescrição tenha origem no Hospital de Cascais, desde que esta informação se encontre disponível;
- q) Número de Utentes beneficiários do SNS atendidos;
- r) Montante das deduções associadas a falhas específicas;
- s) Pontos de penalização por falhas de resultado e de serviço;
- t) Valor unitário da dedução a impor por cada ponto de penalização associado a falhas de resultado e de serviço;
- u) Doentes Equivalentes correspondentes aos Utentes assistidos em Internamento e Cirurgia de Ambulatório registados como beneficiários de Terceiros Pagadores;
- v) Número de Dias de Internamento de Utentes Elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados relativos a Utentes registados como beneficiários de Terceiros Pagadores;
- x) Número de Atendimentos em Urgência relativos a Utentes registados como beneficiários de Terceiros Pagadores;
- z) Número de Consultas Externas relativas a Utentes registados como beneficiários de Terceiros Pagadores;
- a') Número de Sessões de Hospital de Dia Médico, por tipo, relativas a Utentes registados como beneficiários de Terceiros Pagadores;
- b') Número de Casos e Actos Específicos, por categoria, relativos a Utentes registados como beneficiários de Terceiros Pagadores;
- c') Montante das receitas devidas por Terceiros Pagadores;
- d') Montante das receitas devidas por Terceiros Pagadores em dívida;

- e') Montante das receitas devidas por Terceiros Pagadores efectivamente cobradas;
- f') Montante das receitas devidas por Terceiros Pagadores a reter e a entregar à Entidade Pública Contratante;
- g') Montante das taxas moderadoras;
- h') Montante das Receitas Comerciais de Terceiros totais auferidas, se relevantes para efeitos de partilha;
- i') Montante das Receitas Comerciais de Terceiros que cabem à Entidade Pública Contratante.

22.2. Para os efeitos previstos no número anterior, a Entidade Pública Contratante comunica à Entidade Gestora do Estabelecimento, até ao final do mês de Abril de cada ano:

- a) O valor total dos produtos farmacêuticos prescritos no contexto da actividade do Estabelecimento Hospitalar, por pessoal que preste serviços a este, e cuja aquisição tenha sido comparticipada no período compreendido entre 01 de Dezembro do penúltimo ano e 30 de Novembro do ano imediatamente anterior ao da data de comunicação da informação;
- b) As despesas *per capita* dos hospitais do Grupo de Referência, verificada no período compreendido entre 01 de Dezembro do penúltimo ano e 30 de Novembro do ano imediatamente anterior ao da data de comunicação da informação.

23. Apuramento do pagamento de reconciliação

23.1. O pagamento de reconciliação a que se refere o n.º 1 da Cláusula 47.ª é determinado pela diferença entre o valor efectivo da Parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde, calculada nos termos do n.º 22 deste anexo, e o valor pago a título de parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde, calculado nos termos do n.º 21 deste anexo, sem prejuízo do disposto nos números seguintes.

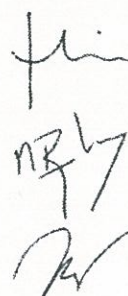
23.2. O pagamento de reconciliação deve garantir o cumprimento dos n.º 4.6 e nº 4.8 deste anexo

23.3. Para efeitos de apuramento do pagamento de reconciliação, até à Transferência do Estabelecimento Hospitalar para o Novo Edifício Hospitalar, e apenas caso a TIR Accionista Real Anual da Entidade Gestora do Estabelecimento, que resulta da incorporação no

modelo económico-financeiro que constitui o Anexo XI ao Contrato dos dados relativos ao Período de Transição, período ao qual respeita este pagamento de reconciliação, seja superior a 7,50%, o número efectivo de Doentes Equivalentes em Internamento é apurado considerando uma relação entre o número de Doentes Equivalentes em Internamento e o número de Episódios de Internamento da Produção Efectiva inferior à indicada no ponto i) da alínea do n.º 21.1 do presente Anexo, com o objectivo de aproximar ou, se possível, repor a TIR Accionista Real Anual da Entidade Gestora do Estabelecimento em 7,50%, relação essa que não pode ser inferior à que resultaria da aplicação do n.º 5.3 do presente anexo, nem conduzir a um valor da TIR Accionista Real Anual da Entidade Gestora do Estabelecimento inferior a 7,50%.

SECÇÃO III – EDIFÍCIOS HOSPITALARES ACTUAIS**24. Apuramento do pagamento de reconciliação**

24.1. Independentemente do estabelecimento de condições remuneratórias diferenciadas para o Período de Transição, o limite à revisão de preços estabelecido nos n.ºs 4.4 a 4.10 do presente Anexo aplica-se, unicamente, à revisão de preços a efectuar após o termo do primeiro exercício após a Conclusão da Transferência do Estabelecimento Hospitalar para o Novo Edifício Hospitalar.





Remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento

APÊNDICE 1

Parâmetros de Desempenho de Resultado

[Handwritten signatures in blue ink]

[Handwritten signatures in black ink]

A] Parâmetros Aplicáveis Durante o Período de Transição e Após a Transferência do Estabelecimento para o Novo Edifício Hospitalar

Durante o Período de Transição, ainda que exista a obrigação de monitorização desde a data de Transmissão do Estabelecimento Hospitalar, as deduções só serão aplicáveis no primeiro ano civil completo após a Transmissão.

N.º 3 da Cláusula 38.ª do Contrato – Número de Episódios de Internamento da Produção Efectiva por GCD face à Produção Prevista

1.	Número de Episódios de Internamento da Produção Efectiva por GCD
Descrição	Permite verificar se o número de Episódios de Internamento da Produção Efectiva em cada uma das GCD não é inferior, em cada ano, a 40% do número total de Episódios de Internamento que constituem a Produção Prevista desse ano, em cada GCD. Não são consideradas as GCD cujo número de Episódios de Internamento da Produção Prevista represente, em cada ano, menos de 1% do total da Produção Prevista de Episódios de Internamento desse ano.
Justificação	A identificação de divergências entre a Produção Prevista e a Produção Efectiva é crucial para a avaliação da capacidade de atracção do Estabelecimento Hospitalar, permitindo desenvolver os esforços necessários para a resolução atempada de situações em que a Produção Efectiva seja significativamente inferior à Produção Prevista.
Medida da Falha	[Número de Episódios de Internamento da Produção Efectiva por GCD / Número de Episódios de Internamento da Produção Prevista desse ano por GCD]
Inclui/Exclui	Inclui: ▪ Episódios de Internamento da Produção Efectiva.
Indicadores a Monitorizar	▪ Número de Episódios de Internamento da Produção Efectiva por GCD; ▪ Número de Episódios de Internamento da Produção Prevista desse ano por GCD.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	Taxa verificada por $GCD < 40\%$: $(-600 \times \text{taxa verificada por GCD} + 240)$ pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

N.º 2 da Cláusula 30.ª do Contrato – Episódios de Internamento da Produção Efectiva relativos a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde

2.	Episódios de Internamento da Produção Efectiva relativos a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde
-----------	---

2.	Episódios de Internamento da Produção Efectiva relativos a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde
Descrição	Pretende contabilizar os Episódios de Internamento da Produção Efectiva relativos a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde, permitindo verificar se os mesmos não excedem 10% da Produção Prevista de Episódios de Internamento, ou outra percentagem que venha a ser autorizada pela Entidade Pública Contratante.
Justificação	O Hospital de Cascais, sendo uma unidade hospitalar integrada no Serviço Nacional de Saúde, tem como função prestar Serviço Público de Saúde.
Medida da Falha	[Número de Episódios de Internamento da Produção Efectiva fora do âmbito do Serviço Público de Saúde / Número de Episódios de Internamento da Produção Prevista]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Episódios de Internamento da Produção Efectiva. Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casos autorizados pela Entidade Pública Contratante que excedam o limite autorizado.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de Episódios de Internamento da Produção Efectiva fora do âmbito do Serviço Público de Saúde da Produção Efectiva; ▪ Número de Episódios de Internamento da Produção Prevista.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	>Objectivo fixado: 200 x [(taxa verificada/ objectivo fixado)-1] pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

N.º 2 da Cláusula 30.ª do Contrato – Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva relativas a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde

3.	Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva relativas a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde
Descrição	Pretende contabilizar as Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva relativas a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde, permitindo verificar se as mesmas não excedem 10% da Produção Prevista de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório, ou outra percentagem que venha a ser autorizada pela Entidade Pública Contratante.
Justificação	O Hospital de Cascais, sendo uma unidade hospitalar integrada no Serviço Nacional de Saúde, tem como função prestar Serviço Público de Saúde.
Medida da Falha	[Número de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva fora do âmbito do Serviço Público de Saúde/ Número de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Prevista]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva. Exclui:

3.	Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva relativas a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Casos autorizados pela Entidade Pública Contratante que excedam o limite autorizado.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva fora do âmbito do Serviço Público de Saúde; ▪ Número de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Prevista.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	>Objectivo fixado: 100 x [(taxa verificada/ objectivo fixado)-1] pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

N.º 2 da Cláusula 30.ª do Contrato – Consultas Externas da Produção Efectiva relativas a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde

4.	Consultas Externas da Produção Efectiva relativas a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde
Descrição	Pretende contabilizar as Consultas Externas da Produção Efectiva relativas a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde, permitindo verificar se as mesmas não excedem 10% da Produção Prevista de Consulta Externa, ou outra percentagem que venha a ser autorizada pela Entidade Pública Contratante.
Justificação	O Hospital de Cascais, sendo uma unidade hospitalar integrada no Serviço Nacional de Saúde, tem como função prestar Serviço Público de Saúde.
Medida da Falha	[Número de Consultas Externas da Produção Efectiva fora do âmbito do Serviço Público de Saúde/ Número de Consultas Externas da Produção Prevista]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultas Externas da Produção Efectiva. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casos autorizados pela Entidade Pública Contratante que excedam o limite autorizado.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de Consultas Externas da Produção Efectiva fora do âmbito do Serviço Público de Saúde; ▪ Número de Consultas Externas da Produção Prevista.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	>Objectivo fixado: 100 x [(taxa verificada/ objectivo fixado)-1] pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

N.º 2 da Cláusula 30.º do Contrato – Sessões de Hospital de Dia Médico da Produção Efectiva relativas a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde

5.	Sessões de Hospital de Dia Médico da Produção Efectiva relativas a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde
Descrição	Pretende contabilizar as sessões de Hospital de Dia Médico da Produção Efectiva relativas a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde, permitindo verificar se as mesmas não excedem 10% da Produção Prevista de sessões de Hospital de Dia Médico, ou outra percentagem que venha a ser autorizada pela Entidade Pública Contratante.
Justificação	O Hospital de Cascais, sendo uma unidade hospitalar integrada no Serviço Nacional de Saúde, tem como função prestar Serviço Público de Saúde.
Medida da Falha	[Número de sessões de Hospital de Dia Médico da Produção Efectiva fora do âmbito do Serviço Público de Saúde/ Número de sessões de Hospital de Dia Médico da Produção Prevista]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sessões de Hospital de Dia Médico da Produção Efectiva. Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casos autorizados pela Entidade Pública Contratante que excedam o limite autorizado.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de sessões de Hospital de Dia Médico da Produção Efectiva fora do âmbito do Serviço Público de Saúde; ▪ Número de sessões de Hospital de Dia Médico da Produção Prevista.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	>Objectivo fixado: $100 \times [(taxa \text{ verificada} / \text{objectivo fixado}) - 1]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

N.º 6 da Cláusula 37.ª do Contrato – Taxa de Primeiras Consultas da Produção Efectiva

6.	Taxa de Primeiras Consultas da Produção Efectiva
Descrição	Pretende medir o peso relativo das Primeiras Consultas da Produção Efectiva no total das Consultas Externas da Produção Efectiva, permitindo verificar se foi atingido o objectivo anualmente fixado.
Justificação	A taxa de Primeiras Consultas da Produção Efectiva é um indicador relevante da capacidade de atracção e de resolução de novos casos por parte do Estabelecimento Hospitalar.
Medida da Falha	[Número de Primeiras Consultas da Produção Efectiva/ Número Total de Consultas Externas da Produção Efectiva]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultas Externas da Produção Efectiva.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de Primeiras Consultas da Produção Efectiva; ▪ Número Total de Consultas Externas da Produção Efectiva.

6.	Taxa de Primeiras Consultas da Produção Efectiva
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	<p><Objectivo fixado: $150 \times [1 - (\text{taxa verificada} / \text{valor de referência})]$ pontos</p> <p>O Valor de Referência corresponde ao valor médio dos resultados médios obtidos pelos hospitais do Grupo de Referência com valores superiores à mediana, no período de avaliação em causa, não podendo, no entanto, ser inferior ao limite estabelecido no n.º 6 da Cláusula 37.ª</p>
Limite ao Valor de Referência	De acordo com o n.º 6 da Cláusula 37.ª do Contrato.

7.	Taxa de Cancelamento de Consultas Externas
Descrição	Pretende monitorizar os cancelamentos de Consultas Externas.
Justificação	O cancelamento de uma Consulta Externa provoca um nível elevado de insatisfação aos Utentes e pode contribuir para o agravamento da sua situação clínica, sendo muitas vezes resultado de uma gestão ineficiente das agendas, assim como de indisponibilidade de recursos, nomeadamente médicos.
Medida da Falha	[Número de Consultas Externas canceladas de Utentes com consulta programada para o período em análise / Número total de Consultas Externas programadas para o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cancelamentos de Consultas Externas por solicitação do Utente; ▪ Cancelamentos de Consultas Externas devido às seguintes razões clínicas: <ul style="list-style-type: none"> - Os Utentes tenham sido admitidos no Serviço de Urgência nas 12 horas que antecedem a hora agendada para a consulta; - Os Utentes estejam internados na data agendada para a consulta. ▪ Cancelamentos de Consultas Externas quando o Utente tenha comparecido após a hora agendada para a consulta; ▪ Cancelamentos de Consultas Externas quando o Utente não tenha comparecido no dia agendado para a consulta; ▪ Cancelamentos de Consultas Externas com reprogramação para a mesma data, desde que o cancelamento não tenha ocorrido na data programada para a consulta.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de Consultas Externas canceladas de Utentes com consulta programada para o período em análise; ▪ Número total de Consultas Externas programadas para o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> VR: 105 \times [(\text{taxa verificada} / \text{valor de referência}) - 1]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

8.	Taxa de Cancelamento de Intervenções Cirúrgicas
Descrição	Pretende monitorizar os cancelamentos de Intervenções Cirúrgicas programadas

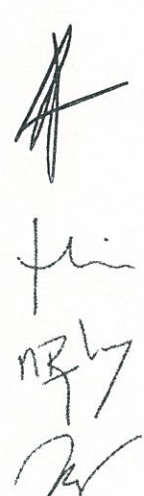
8.	Taxa de Cancelamento de Intervenções Cirúrgicas
	durante as 48 horas que antecedem a hora de Intervenção Cirúrgica programada.
Justificação	<p>O cancelamento de uma Intervenção Cirúrgica programada provoca um nível elevado de insatisfação aos Utentes e pode contribuir para o agravamento da sua situação clínica, sendo muitas vezes resultado de uma gestão ineficiente das agendas, assim como de indisponibilidade de recursos.</p> <p>Para além disso, o cancelamento durante as 48 horas que antecedem a Intervenção Cirúrgica tem impactos ainda mais significativos para o Utente e não permite, muitas vezes, a substituição do mesmo por outro Utente, não possibilitando, desta forma, salvaguardar a satisfação de necessidades assistenciais e contribuindo para um incremento das listas de espera.</p>
Medida da Falha	[Número de Intervenções Cirúrgicas programadas para o período em análise canceladas durante as 48 horas que antecedem a hora de intervenção programada / Número total de Intervenções Cirúrgicas programadas para o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Todas as Intervenções Cirúrgicas programadas (Intervenção Cirúrgica convencional programada, Intervenção em Cirurgia de Ambulatório programada). <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cancelamentos por solicitação do Utente; ▪ Cancelamentos quando o Utente tenha comparecido após a hora agendada para a Intervenção Cirúrgica, no caso de Intervenções Cirúrgicas de ambulatório; ▪ Cancelamentos quando o Utente não tenha comparecido no dia agendado para a Intervenção Cirúrgica ou no dia agendado para o Internamento cirúrgico; ▪ Cancelamentos com reprogramação para a mesma data, desde que o cancelamento não tenha ocorrido na data programada da Intervenção Cirúrgica.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de Intervenções Cirúrgicas programadas para o período em análise canceladas durante as 48 horas que antecedem a hora de intervenção programada; ▪ Número total de Intervenções Cirúrgicas programadas para o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> VR: 105 \times [(taxa\ verificada / valor\ de\ referência) - 1]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

9.	Taxa de Mortalidade Neonatal
Descrição	<p>Pretende medir a mortalidade no Hospital de nados-vivos, por qualquer causa, durante o período compreendido entre o parto e o 28.º dia de vida.</p> <p>Considera-se nado-vivo cada indivíduo, até aos 28 dias de vida, resultado de um "nascimento vivo" entendendo-se por tal, de acordo com a definição da <i>World Health Organization</i>, "a expulsão ou extracção completa, relativamente ao corpo materno e independentemente da duração da gravidez, do produto da fecundação que, após esta separação, respire ou manifeste quaisquer outros sinais de vida, tais como pulsações do coração ou do cordão umbilical ou contracção efectiva de</p>

9.	Taxa de Mortalidade Neonatal
	qualquer músculo sujeito à acção da vontade, quer o cordão umbilical tenha sido cortado, quer não, e quer a placenta esteja ou não retida.”
Justificação	A taxa de mortalidade neonatal é um indicador relevante de qualidade, na medida em que o estabelecimento de medidas de vigilância adequadas durante a gravidez e o parto, assim como na prestação de cuidados aos recém-nascidos, contribuem para controlar a mortalidade neonatal.
Medida da Falha	[Número de nados-vivos internados falecidos no período neonatal (até aos 28 dias de vida), durante o período em análise / Total de nados-vivos no Hospital, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> Nados-vivos internados que ainda estejam no período neonatal (período compreendido entre o nascimento vivo e os primeiros 28 dias de vida, inclusive). Exclui: <ul style="list-style-type: none"> Nascimentos que não cumpram o critério de “nascimento vivo”.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de nados-vivos internados falecidos no período neonatal (até aos 28 dias de vida), durante o período em análise; Total de nados-vivos no Hospital, durante o período em análise.
Dedução	Não aplicável.
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

10.	Taxa de Mortalidade Pós-Operatória Ajustada
Descrição	Pretende medir a mortalidade pós-operatória no Hospital, ajustada à casuística dos hospitais seleccionados do Grupo de Referência. Neste âmbito, entende-se por período pós-operatório o período que decorre entre o momento da saída da sala de operações e as 48 horas seguintes.
Justificação	Na medida em que a taxa de mortalidade esperada varia para os vários GDH, para efeitos de comparabilidade, considera-se necessário calcular uma taxa de mortalidade ajustada, de forma a considerar a complexidade e a severidade das Intervenções Cirúrgicas. O limite das 48 horas após a Intervenção Cirúrgica permite uma maior diferenciação dos utentes que falecem por causas fundamentalmente associadas à prestação de cuidados..
Medida da Falha	Somatório da taxa de mortalidade, até 48 horas após a Intervenção Cirúrgica, associada a cada GDH cirúrgico que origine Internamento no Hospital de Cascais, ponderada pelo peso relativo do respectivo GDH no total das Intervenções Cirúrgicas que origine Internamento nos hospitais do Grupo de Referência seleccionados para determinar o valor de referência anual. Mais concretamente, a taxa de mortalidade pós-operatória Ajustada calcula-se da seguinte forma: $\sum_{k=1}^n [\text{Tx mortalidade pós-operatória GDH}_{k[\text{Hosp}]} \times \text{Peso GDH}_{k[\text{Grupo Ref.}]}]$

10.	Taxa de Mortalidade Pós-Operatória Ajustada
	<p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Tx mortalidade pós-operatória GDHk</i> $_{[Hosp]}$ = $= \frac{N.º \text{ óbitos pós - operatórios GDHk}_{[Hosp]}}{N.º \text{ total de doentes intervencionados GDHk}_{[Hosp]}}$ ▪ <i>k</i>, corresponde ao número do GDH cirúrgico, com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise; <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>N.º de óbitos pós-operatórios GDHk</i> $_{[Hosp]}$, corresponde ao número de óbitos, até 48 horas após a Intervenção Cirúrgica, no Hospital de Cascais, para o GDH cirúrgico <i>k</i> com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise; ▪ <i>N.º total de doentes intervencionados GDHk</i> $_{[Hosp]}$, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no Hospital de Cascais, para o GDH cirúrgico <i>k</i> com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise; <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Peso GDHk</i> $_{[Grupo Ref.]}$ = $= \frac{\sum_{j=1}^m N.º \text{ de doentes intervencionados GDHk}_{[Hospitalj]}}{\sum_{j=1}^m N.º \text{ total doentes intervencionados GDH cir}_{[Hospitalj]}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>N.º de doentes intervencionados GDHk</i> $_{[Hospitalj]}$, corresponde ao número de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no hospital <i>j</i>, para o GDH cirúrgico <i>k</i> com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise; ▪ <i>N.º total de doentes intervencionados GDHcir</i> $_{[Hospitalj]}$, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no hospital <i>j</i>, para os GDH cirúrgicos com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise; ▪ <i>j</i>, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência seleccionados. <p>O valor de referência para a taxa de mortalidade pós-operatória ajustada corresponderá a:</p> $\frac{\sum_{j=1}^m N.º \text{ óbitos pós - operatórios GDH cir}_{[Hospitalj]}}{\sum_{j=1}^m N.º \text{ doentes intervencionados GDH cir}_{[Hospitalj]}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>N.º de óbitos pós-operatórios GDHcir</i> $_{[Hospital j]}$, corresponde ao número de óbitos, até 48 horas após a Intervenção Cirúrgica, no hospital <i>j</i>, para os GDH cirúrgicos com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise; ▪ <i>N.º total de doentes intervencionados GDHcir</i> $_{[Hospital j]}$, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no hospital <i>j</i>, para os GDH cirúrgicos com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise; ▪ <i>j</i>, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência seleccionados.

10.	Taxa de Mortalidade Pós-Operatória Ajustada
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> Intervenções Cirúrgicas que originam o Internamento do Utente, quer de carácter programado quer urgente.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Para cada GDH cirúrgico: <ul style="list-style-type: none"> $Tx \text{ mortalidade pós-operatória } GDHk_{[Hosp]} = \frac{N.º \text{ óbitos pós-operatórios } GDHk_{[Hosp]}}{N.º \text{ total de doentes intervencionados } GDHk_{[Hosp]}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> $N.º \text{ de óbitos pós-operatórios } GDHk_{[Hosp]}$, corresponde ao número de óbitos, até 48 horas após a Intervenção Cirúrgica, no Hospital de Cascais, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise; $N.º \text{ total de doentes intervencionados } GDHk_{[Hosp]}$, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no Hospital de Cascais, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise; k, corresponde ao número do GDH cirúrgico com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> VR: 450 \times [(taxa \text{ verificada} / \text{valor de referência}) - 1]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

11.	Taxa de Mortalidade Durante o Acto Operatório Ajustada
Descrição	Pretende medir a mortalidade durante o acto operatório, ajustada à casuística dos hospitais seleccionados do Grupo de Referência. Neste âmbito, entende-se por acto operatório o período que decorre entre o primeiro contacto no bloco operatório do Utente e do anestesista, para a pré-anestesia e avaliação do risco cirúrgico, e a saída do Utente para o recobro, internamento especial ou internamento normal.
Justificação	Na medida em que a taxa de mortalidade varia para os vários GDH, para efeitos de comparabilidade, considera-se necessário calcular uma taxa de mortalidade ajustada, de forma a considerar a complexidade e severidade dos actos operatórios.
Medida da Falha	Somatório da taxa de mortalidade, durante o acto operatório, associada a cada GDH cirúrgico que origine Internamento no Hospital de Cascais, ponderada pelo peso do respectivo GDH no total das Intervenções Cirúrgicas nos hospitais do Grupo de Referência seleccionados para determinar o valor de referência anual. Mais concretamente, a Taxa de Mortalidade Durante o Acto Operatório Ajustada calcula-se da seguinte forma: $\sum_{k=1}^p [Tx \text{ mortalidade acto operatório } GDHk_{[Hosp]} \times \text{Peso } GDHk_{[Grupo Ref.]}]$ <p>Em que:</p>

11.	Taxa de Mortalidade Durante o Acto Operatório Ajustada
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ T_x mortalidade acto operatório $GDHk_{[Hosp]} = \frac{N.º \text{ óbitos durante o acto operatório } GDHk_{[Hosp]}}{N.º \text{ total de doentes intervencionados } GDHk_{[Hosp]}}$ ▪ k, corresponde ao número do GDH cirúrgico com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise. Em que: <ul style="list-style-type: none"> ▪ $N.º \text{ de óbitos durante o acto operatório } GDHk_{[Hosp]}$, corresponde ao número de óbitos, durante o acto operatório, no Hospital de Cascais, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise; ▪ $N.º \text{ total de doentes intervencionados } GDHk_{[Hosp]}$, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no Hospital de Cascais, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise. ▪ $\text{Peso } GDHk_{[Grupo Ref.]} = \frac{\sum_{j=1}^m N.º \text{ de doentes intervencionados } GDHk_{[Hospitalj]}}{\sum_{j=1}^m N.º \text{ total doentes intervencionados } GDH \text{ cir}_{[Hospitalj]}}$ Em que: <ul style="list-style-type: none"> ▪ $N.º \text{ de doentes intervencionados } GDHk_{[Hospitalj]}$, corresponde ao número de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no hospital j, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise; ▪ $N.º \text{ total de doentes intervencionados } GDH \text{ cir}_{[Hospitalj]}$, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no hospital j, para os GDH cirúrgicos com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise; ▪ j, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência seleccionados. <p>O valor de referência para a taxa de mortalidade durante o acto operatório ajustada corresponderá a:</p> $\frac{\sum_{j=1}^m N.º \text{ óbitos durante o acto operatório } GDH \text{ cir}_{[Hospitalj]}}{\sum_{j=1}^m N.º \text{ doentes intervencionados } GDH \text{ cir}_{[Hospitalj]}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ $N.º \text{ de óbitos durante o acto operatório } GDH \text{ cir}_{[Hospital j]}$, corresponde ao número de óbitos, durante o acto operatório, no hospital j, para os GDH cirúrgicos com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise; ▪ $N.º \text{ total de doentes intervencionados } GDH \text{ cir}_{[Hospital j]}$, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no hospital j, para os GDH cirúrgicos com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise; ▪ j, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência seleccionados.
Inclui/Exclui	Inclui:

11.	Taxa de Mortalidade Durante o Acto Operatório Ajustada
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenções Cirúrgicas que originam o Internamento do Utente, quer de carácter programado quer urgente.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> • Para cada GDH cirúrgico: <ul style="list-style-type: none"> ▪ $Tx \text{ mortalidade acto operatório } GDHk_{[Hosp]} = \frac{N.^{\circ} \text{ óbitos durante o acto operatório } GDHk_{[Hosp]}}{N.^{\circ} \text{ total de doentes intervencionados } GDHk_{[Hosp]}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ $N.^{\circ} \text{ de óbitos durante o acto operatório } GDHk_{[Hosp]}$, corresponde ao número de óbitos, durante o acto operatório, no Hospital de Cascais, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise; ▪ $N.^{\circ} \text{ total de doentes intervencionados } GDHk_{[Hosp]}$, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no Hospital de Cascais, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise; ▪ k, corresponde ao número do GDH cirúrgico com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: $450 \times [(taxa \text{ verificada} / \text{valor de referência}) - 1]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

12.	Taxa de Mortalidade no Internamento Ajustada
Descrição	Pretende medir a mortalidade durante o Internamento, independentemente da causa (médica ou cirúrgica), ajustada à casuística dos hospitais seleccionados do Grupo de Referência.
Justificação	A taxa de mortalidade no Internamento é um importante indicador dos resultados assistenciais. Na medida em que a taxa de mortalidade varia para os vários GDH, para efeitos de comparabilidade considera-se necessário calcular uma taxa de mortalidade ajustada, de forma a considerar a complexidade e severidade dos Internamentos.
Medida da Falha	<p>Somatório da taxa de mortalidade no Internamento, associada a cada GDH que origine Internamento no Hospital de Cascais, ponderada pelo peso do respectivo GDH no total dos Episódios de Internamento nos hospitais do Grupo de Referência seleccionados para determinar o valor de referência anual.</p> <p>Mais concretamente, a taxa de mortalidade no Internamento ajustada calcula-se da seguinte forma:</p> $\sum_{i=1}^n [Tx \text{ mortalidade } GDHi_{[Hosp]} \times \text{Peso } GDHi_{[GrupoRef.]}]$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ $Tx \text{ mortalidade } GDHi_{[Hosp]} = \frac{N.^{\circ} \text{ óbitos doentes internados } GDHi_{[Hosp]}}{N.^{\circ} \text{ total de doentes internados } GDHi_{[Hosp]}}$; ▪ i, corresponde ao número do GDH com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise.

12.	Taxa de Mortalidade no Internamento Ajustada
	<p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>N.º de óbitos de doentes internados</i> $GDHi_{[Hosp]}$, corresponde ao número de óbitos de doentes internados no Hospital de Cascais para o GDH i com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise; ▪ <i>N.º total de doentes internados</i> $GDHi_{[Hosp]}$, corresponde ao número total de doentes internados no Hospital de Cascais para o GDH i com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise. $\text{Peso } GDHi_{[Grupo Ref.]} = \frac{\sum_{j=1}^m \text{N.º de doentes internados } GDHi_{[Hospitalj]}}{\sum_{j=1}^m \text{N.º total de doentes internados}_{[Hospitalj]}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>N.º de doentes internados</i> $GDHi_{[Hospitalj]}$, corresponde ao número de doentes internados no hospital j para o GDH i com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise; ▪ <i>N.º total de doentes internados</i> $[Hospitalj]$, corresponde ao número total de doentes internados no hospital j para os GDH com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise; ▪ j, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência seleccionados. <p>O valor de referência para a taxa de mortalidade no Internamento ajustada corresponderá a:</p> $\frac{\sum_{j=1}^m \text{N.º óbitos doentes internados}_{[Hospitalj]}}{\sum_{j=1}^m \text{N.º doentes internados}_{[Hospitalj]}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>N.º de óbitos de doentes internados</i> $[Hospital j]$, corresponde ao número de óbitos de doentes internados no hospital j para os GDH com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise; ▪ <i>N.º total de doentes internados</i> $[Hospital j]$, corresponde ao número total de doentes internados no hospital j para os GDH com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise; ▪ j, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência seleccionados.
Inclui/Exclui	<p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utentes que falecem no Serviço de Urgência; ▪ Utentes que falecem em processos de ambulatório; ▪ Recém-nascidos que não cumpram o critério de "nascimento vivo".
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> • Para cada GDH: ▪ $Tx \text{ mortalidade } GDHi_{[Hosp]} = \frac{\text{N.º óbitos doentes internados } GDHi_{[Hosp]}}{\text{N.º total de doentes internados } GDHi_{[Hosp]}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>N.º de óbitos de doentes internados</i> $GDHi_{[Hosp]}$, corresponde ao número de óbitos de doentes internados no Hospital de Cascais para o GDH i

12.	Taxa de Mortalidade no Internamento Ajustada
	<p>com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ $N.$º total de doentes internados $GDH_{i(Hosp)}$, corresponde ao número total de doentes internados no Hospital de Cascais para o GDHi com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise; ▪ i, corresponde ao número do GDH com produção registada no Hospital de Cascais, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> VR: 450 \times [(taxa\ verificada / valor\ de\ referência) - 1]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

13.	Mortalidade Materna
Descrição	Pretende medir os óbitos de mulheres no hospital, durante a gravidez, parto ou dentro de um período de 42 dias após o seu termo, devido a causas relacionadas com a gravidez.
Justificação	Este é um indicador sentinela, uma vez que num contexto socio-económico de um país desenvolvido é expectável que a mortalidade materna seja praticamente inexistente.
Medida da Falha	Número de óbitos de mulheres, durante a gravidez, parto ou dentro de um período de 42 dias após o seu termo, devido a causas relacionadas com a gravidez, ocorridos no hospital durante o período em análise.
Inclui/Exclui	<p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mulheres que não se encontrem durante o período da gravidez ou dentro de um período de 42 dias após o seu termo; ▪ Mortalidade por causas não relacionadas com a gravidez.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de óbitos de mulheres, durante a gravidez, parto ou dentro de um período de 42 dias após o seu termo, devido a causas relacionadas com a gravidez, ocorridos no hospital durante o período em análise.
Dedução	Não aplicável.
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> VR$: obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Limite ao Valor de Referência	O Valor de Referência não pode exceder 0.

14.	Mortalidade Perinatal
Descrição	<p>Pretende medir a mortalidade, no Hospital, óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nados-vivos com menos de 7 dias de idade.</p> <p>Considera-se nado-vivo cada indivíduo, até aos 28 dias de vida, resultado de um “nascimento vivo” entendendo-se por tal, de acordo com a definição da <i>World Health Organization</i>, “a expulsão ou extracção completa, relativamente ao corpo materno e independentemente da duração da gravidez, do produto da fecundação que, após esta separação, respire ou manifeste quaisquer outros sinais de vida,</p>

14.	Mortalidade Perinatal
	tais como pulsações do coração ou do cordão umbilical ou contracção efectiva de qualquer músculo sujeito à acção da vontade, quer o cordão umbilical tenha sido cortado, quer não, e quer a placenta esteja ou não retida.”
Justificação	A mortalidade perinatal é um indicador relevante de qualidade do serviço de saúde materno-infantil, que reflecte directamente a qualidade da prestação de cuidados pré-natais, durante o parto e ao recém-nascido com menos de 7 dias de vida. Taxas crescentes da mortalidade perinatal podem reflectir uma verdadeira deterioração da qualidade dos serviços ou do acesso aos serviços.
Medida da Falha	[Número de óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e de nados-vivos com menos de 7 dias, ocorridos no Hospital durante o período em análise/ Total de nados-vivos no Hospital, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> Anomalias congénitas incompatíveis com a vida.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e de nados-vivos com menos de 7 dias, ocorridos no Hospital durante o período em análise; Total de nados-vivos no Hospital, durante o período em análise.
Dedução	Não aplicável.
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Limite ao Valor de Referência	O Valor de Referência não pode exceder 6,2 ⁰ / ₁₀₀ .

15.	Tempo médio de estadias pré-cirúrgicas
Descrição	Pretende medir o tempo médio de espera entre o dia de Internamento para a realização da Intervenção Cirúrgica convencional programada e o dia da realização da Intervenção Cirúrgica.
Justificação	Este parâmetro pretende monitorizar o tempo que os Utentes permanecem internados antes da realização da Intervenção Cirúrgica, pois será importante evitar que os Utentes fiquem internados mais tempo do que o efectivamente necessário, para minimizar o seu desconforto, a sua ansiedade, o risco de infecção nosocomial, a ocupação de camas necessárias à prestação de cuidados a outros Utentes, entre outros aspectos.
Medida da Falha	[Número total de Dias de Internamento que antecedem a realização da Intervenção Cirúrgica convencional programada, para as altas de Internamento ocorridas durante o período em análise, de Utentes submetidos a Intervenção Cirúrgica convencional programada / Total de altas de Internamento, ocorridas durante o período em análise, de Utentes submetidos a Intervenções Cirúrgicas convencionais programadas]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> Todos os Internamentos com realização de Intervenções Cirúrgicas programadas convencionais. Exclui: <ul style="list-style-type: none"> Intervenções Cirúrgicas subsequentes associadas a um Episódio de Internamento com Intervenção Cirúrgica convencional programada.

15.	Tempo médio de estadias pré-cirúrgicas
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dias de Internamento que antecedem a realização da Intervenção Cirúrgica convencional programada, para as altas de Internamento ocorridas durante o período em análise, de Utentes submetidos a Intervenção Cirúrgica convencional programada; ▪ Total de altas de Internamento, ocorridas durante o período em análise, de Utentes submetidos a Intervenções Cirúrgicas convencionais programadas.
Dedução	Não aplicável.
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

16.	Taxa de Realização de Cesarianas
Descrição	Pretende monitorizar a realização de cesarianas no total dos partos realizados no Hospital.
Justificação	As taxas de cesarianas em Portugal têm atingido valores muito acima dos considerados adequados. Com efeito, muitos dos partos por cesariana são realizados não por razões clínicas, nomeadamente pelo bem-estar materno-fetal, mas antes por razões de conveniência, comprometendo as melhores práticas. Neste sentido, é necessário que os hospitais dediquem esforços na informação das gestantes e seus familiares, assim como que garantam os recursos necessários para a realização de partos vaginais em condições de segurança, incluindo, entre outros aspectos, a presença de especialistas de obstetrícia, pediatria e anestesiologia.
Medida da Falha	[Número de cesarianas realizadas no Hospital durante o período em análise / Total de partos realizados no Hospital durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ O total de partos realizados no Hospital.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de cesarianas realizadas no Hospital durante o período em análise; ▪ Total de partos realizados no Hospital durante o período em análise.
Dedução	Não aplicável
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Limite ao Valor de Referência	O Limite ao Valor de Referência será definido anualmente pela Entidade Pública Contratante, no âmbito do procedimento anual respeitante à Entidade Gestora do Estabelecimento

17.	Taxa de Internamentos Urgentes da mesma GCD
Descrição	Pretende monitorizar os reinternamentos urgentes, codificados na mesma Grande Categoria de Diagnóstico, de Utentes que tenham tido alta de Internamento normal nos 31 dias que antecedem o reinternamento.
Justificação	Os reinternamentos constituem uma importante preocupação clínica e são um possível indicador de inadequada prestação de cuidados e de gestão hospitalar. Neste sentido, é importante que os hospitais adotem iniciativas que permitam

17.	Taxa de Internamentos Urgentes da mesma GCD
	um planeamento de altas adequado, a informação dos Utentes e dos seus familiares e medidas concretas de seguimento de Utentes com maior risco de reinternamento. Os internamentos urgentes, pela sua gravidade, devem ser monitorizados ainda mais de perto, dadas as implicações que podem ter em termos de morbilidade e mesmo de mortalidade.
Medida da Falha	[Número de reinternamentos urgentes da mesma GCD, ocorridos durante o período em análise, no prazo de 31 dias após a alta do internamento normal / Número de altas de Internamento normal, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Os reinternamentos por trabalho de parto (código CID-9-MC 644); ▪ Os reinternamentos por hemorragia por gravidez até às 22 semanas, ameaça de aborto, hemorragia anteparto, descolamento da placenta e placenta prévia (código CID-9-MC 640 e Código CID-9-MC 641); ▪ Os reinternamentos por hipertensão que complica a gravidez, o parto e o puerpério (código CID-9-MC 642); ▪ Os reinternamentos por vômitos excessivos durante a gravidez (código CID-9-MC 643); ▪ Os reinternamentos urgentes nas seguintes Grandes Categorias de Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> - GCD 21: Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas; - GCD 22: Queimaduras; - GCD 25: Traumatismos Múltiplos Significativos.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de reinternamentos urgentes da mesma GCD, ocorridos durante o período em análise, no prazo de 31 dias após a alta do Internamento normal; ▪ Número de altas de Internamento normal, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: $150 \times [(taxa\ verificada / valor\ de\ referência) - 1]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável.

18.	Taxa de Reinternamento
Descrição	Pretende monitorizar os reinternamentos em unidades de internamento normal, pela mesma razão clínica (mesma Grande Categoria de Diagnóstico) de Utentes que tenham tido alta de Internamento normal nos 31 dias que antecedem o reinternamento.
Justificação	Os reinternamentos constituem uma importante preocupação clínica e são um possível indicador de inadequada prestação de cuidados e de gestão hospitalar. Neste sentido, é importante que os hospitais adotem iniciativas que permitam um planeamento de altas adequado, uma articulação com as unidades de cuidados continuados, a informação dos Utentes e dos seus familiares e medidas concretas de seguimento de Utentes com maior risco de reinternamento.
Medida da Falha	[Número reinternamentos na mesma GCD, ocorridos durante o período em análise, no período dos 31 dias posteriores à data da alta do Internamento normal/Número de altas de Internamento normal, durante o período em análise]

18.	Taxa de Reinternamento
Inclui/Exclui	<p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Internamentos em unidades de internamento especiais; ▪ Os reinternamentos por trabalho de parto (código CID-9-MC 644); ▪ Os reinternamentos por hemorragia por gravidez até às 22 semanas, ameaça de aborto, hemorragia anteparto, descolamento da placenta e placenta prévia (código CID-9-MC 640 e Código CID-9-MC 641); ▪ Os reinternamentos por hipertensão que complica a gravidez, o parto e o puerpério (código CID-9-MC 642); ▪ Os reinternamentos por vômitos excessivos durante a gravidez (código CID-9-MC 643); ▪ Reinternamentos nas seguintes Grandes Categorias de Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> - GCD 21: Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas; - GCD 22: Queimaduras; - GCD 25: Traumatismos Múltiplos Significativos.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número reinternamentos na mesma GCD, ocorridos durante o período em análise, no período dos 31 dias posteriores à data da alta do Internamento normal; ▪ Número de altas de Internamento normal, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> VR: 150 \times [(taxa\ verificada / valor\ de\ referência) - 1]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

19.	Taxa de Altas Voluntárias de Internamento
Descrição	<p>Pretende monitorizar as altas voluntárias de Internamento normal.</p> <p>O Utente tem o direito de negar o seu tratamento, incluindo o seu Internamento, pelo que se, por qualquer razão, e sem que o médico tenha considerado finalizado o tratamento, o Utente opta por recusar a continuação do mesmo, incluindo o seu Internamento, deve ser fornecido ao Utente um documento de alta voluntária, que este deve assinar. O Utente tem o direito de solicitar a alta voluntária em qualquer momento do processo assistencial.</p>
Justificação	A monitorização deste indicador é uma medida indirecta de avaliação da qualidade, uma vez que muitas vezes a alta voluntária está associada à insatisfação dos Utentes e/ou dos seus familiares, devido, entre outros, a aspectos como a qualidade de informação dada pelo pessoal médico, os cuidados prestados pelo pessoal de enfermagem, o tempo de permanência.
Medida da Falha	[Número de Utentes com alta voluntária de Internamento normal, durante o período em análise/ Número de altas de Internamento normal, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utentes em Internamento normal
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de Utentes com alta voluntária de Internamento normal, durante o período em análise; ▪ Número de altas de Internamento normal, durante o período em análise.

201278

Handwritten marks and number 0769

19.	Taxa de Altas Voluntárias de Internamento
Dedução	Não aplicável.
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

Handwritten signature

Handwritten signature and initials

B] Parâmetros Aplicáveis Apenas Após a Transferência do Estabelecimento para o Novo Edifício Hospitalar

As deduções previstas nestes Parâmetros aplicam-se a partir do primeiro ano civil inclusive após a Transferência do Estabelecimento Hospitalar caso esta ocorra no primeiro trimestre ou no ano civil imediatamente subsequente caso ocorra em momento posterior.

1.	<p align="center">Taxa de Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea em Utentes submetidos a Cateterização Intravascular Central (CVC)</p>
Descrição	<p>Pretende medir as infecções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) de Utentes submetidos a Cateterização Intravascular Central (CVC), ocasionadas por microrganismos frequentes nos hospitais.</p> <p>Uma INCS de Utentes submetidos a CVC estabelece-se através do cumprimento cumulativo dos critérios de INCS com confirmação laboratorial e INCS relacionada com cateter.</p> <p>Uma INCS com confirmação laboratorial deve verificar, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Critério 1: Uma ou mais hemoculturas positivas para um microrganismo, sem relação com qualquer outro foco infeccioso; ▪ Critério 2: Um dos seguintes sintomas: febre (> 38°), calafrios, hipotensão e, pelo menos, um dos seguintes: <ol style="list-style-type: none"> 1. em duas hemoculturas separadas isola-se o mesmo contaminante habitual da pele, sem relação com nenhum foco infeccioso (são contaminantes habituais da pele, por exemplo, difteróides, <i>Bacillus sp.</i>, <i>Propionibacterium sp.</i>, estafilococos coagulase negativos ou <i>Micrococcus</i>); 2. na hemocultura, num Utente com catéter intravascular, isola-se um contaminante habitual da pele e o médico prescreve uma terapêutica anti-biótica apropriada; 3. resultado positivo de uma prova para detecção de antígenos no sangue, para um microrganismo (por exemplo, <i>H. influenzae</i>, <i>S. pneumoniae</i>, <i>N. meningitidis</i>, ou <i>Streptococcus</i> do grupo B) sem relação com qualquer outro foco infeccioso. <p>Uma INCS relacionada com cateter verifica-se se:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Num doente com INCS não for identificada outra porta de entrada e se isola o mesmo microrganismo na ponta do catéter (>15 ufc pelo método semi-quantitativo de Maki), 2. A situação clínica se resolve com a remoção do catéter intravascular central (CVC) 3. Se verifica exsudado purulento ou eritema doloroso ao longo do trajecto do catéter e se isola o mesmo agente na hemocultura e no local de inserção. <p>(ufc: unidades formadoras de colónias)</p>
Justificação	<p>A infecção nosocomial de corrente sanguínea de Utentes submetidos a CVC é uma infecção cujas repercussões se fazem sentir significativamente ao nível do prolongamento do Internamento e da mortalidade. Trata-se de uma infecção que tem frequentemente uma causa exógena sendo, neste sentido, possível a sua pre-</p>

1.	Taxa de Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea em Utentes submetidos a Cateterização Intravascular Central (CVC)
	venção.
Medida da Falha	Número de episódios de bacteriémias de Utentes submetidos a CVC, durante o período em análise / Número total de dias de cateterização de Utentes submetidos a CVC durante o período em análise
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ As hemoculturas positivas em doentes reinternados, em que a infecção é resultante do internamento anterior; ▪ As hemoculturas positivas repetidas, durante o mesmo episódio de internamento de um doente, sempre que: (i) o agente isolado seja diferente da INCS anterior; (ii) o agente isolado seja o mesmo da INCS anterior, mas o antibiograma seja diferente; (iii) os agentes isolados e o antibiograma sejam iguais à INCS anterior, mas tenham passado mais de duas semanas desde a hemocultura referente à INCS anterior. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ As hemoculturas positivas de infecções que já estavam presentes ou em período de incubação na altura da admissão; ▪ As hemoculturas positivas com contaminação ou pseudo-INCS, ou seja, os casos em que há hemocultura positiva, mas em que esta não corresponde a doença; ▪ As bacteriémias de Utentes não submetidos a CVC.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de episódios de bacteriémias de Utentes submetidos a CVC, durante o período em análise; ▪ Número de Utentes submetidos a CVC, durante o período em análise; ▪ Número total de dias de cateterização de Utentes submetidos a CVC, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: $300 \times [(taxa\ verificada / valor\ de\ referência) - 1]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável.

2.	Taxa de Infecção Urinária em Doentes Internados Algaliados
Descrição	<p>Pretende medir as infecções ocasionadas por bactérias frequentes nos hospitais, ao nível das vias urinárias, em utentes submetidos a sonda mediante sistema de drenagem fechado.</p> <p>Uma infecção sintomática das vias urinárias deve cumprir, pelo menos, um dos seguintes critérios¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Critério 1: O Utente apresenta, pelo menos, um dos seguintes sinais ou sintomas sem outra causa reconhecida: febre (> 38°), micção imperiosa, polaquúria, disúria ou tensão na zona suprapúbica e urocultura positiva (mais de 105 colónias por ml) com um máximo de dois microorganismos diferentes; ▪ Critério 2: O Utente apresenta, pelo menos, dois dos seguintes sinais ou

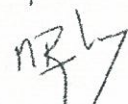
¹ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

2.	Taxa de Infecção Urinária em Doentes Internados Algaliados
	<p>sintomas sem outra causa reconhecida: febre (> 38°), micção imperiosa, polaquiúria, disúria ou tensão suprapúbica e, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tira reactiva positiva, na urina, para a esterase leucocitária e/ou nitratos; 2. piúria (10 ou mais leucócitos/ml ou 3 ou mais leucócitos por campo, com objectiva de grande ampliação, na urina não centrifugada); 3. observação de microrganismos no Gram da urina não centrifugada; 4. pelo menos duas culturas de urina colhida por punção suprapúbica com 10² ou mais colónias por ml do mesmo microrganismo (bacilos <i>Gram</i> negativos os <i>S.saprophyticus</i>); 5. urocultura com 10⁵ ou menos colónias de um único microrganismo, em doente com terapêutica anti-microbiana apropriada dirigida para a infecção urinária; 6. diagnóstico feito pelo médico; 7. prescrição, pelo médico, de terapêutica anti-microbiana apropriada para a infecção urinária.
Justificação	<p>A infecção urinária em utentes internados algaliados constitui um dos grupos mais importantes e frequentes de infecções nosocomiais, com elevada morbidade e mortalidade associadas, implicando um nível de exigência elevado na prestação de cuidados.</p> <p>O estabelecimento de medidas de vigilância e controlo permite a diminuição da incidência destas infecções.</p>
Medida da Falha	[Número de doentes algaliados em circuito fechado, aos quais foi diagnosticada infecção urinária, durante o período em análise / Número total de dias de algaliação de doentes em circuito fechado, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uteses internados (internamento normal e/ou internamento especial) algaliados em circuito fechado, quando entram no Hospital ou durante a sua permanência no Hospital. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uteses com diagnóstico de infecção urinária no momento da admissão no Hospital
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de doentes algaliados em circuito fechado, aos quais foi diagnosticada infecção urinária, durante o período em análise; ▪ Número total de dias de algaliação de doentes em circuito fechado, durante o período em análise ▪ Número total de doentes algaliados em circuito fechado, durante o período em análise
Dedução	Não aplicável.
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável




3a.	Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 0
Descrição	<p>Pretende medir as infecções na ferida cirúrgica, ocasionadas por bactérias frequentes nos hospitais, após Intervenção Cirúrgica programada limpa ou Intervenção Cirúrgica programada limpa-contaminada dos Utentes com nível de risco 0, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>.</p> <p>Neste âmbito, considera-se ferida cirúrgica a infecção incisional superficial, a infecção incisional profunda e a infecção de órgão ou espaço.</p> <p>Uma infecção incisional superficial deve verificar os seguintes critérios²: surge durante os 30 dias posteriores à cirurgia e afecta apenas a pele e o tecido celular subcutâneo no local da incisão e, para além disso, deve verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. drenagem purulenta da incisão superficial; 2. cultura positiva de líquido ou de tecido proveniente da incisão superficial (a partir de uma amostra colhida assepticamente); 3. pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas de infecção: dor ou hipersensibilidade ao tacto ou à pressão, inflamação local, calor ou eritema; e a incisão superficial é aberta deliberadamente pelo cirurgião, a não ser que a cultura seja negativa; 4. diagnóstico médico de infecção superficial da incisão. <p>Os seguintes casos não se consideram infecções superficiais: abscesso mínimo do ponto de sutura, queimadura infectada, infecção incisional que se estende até à fascia e parede muscular, infecção do local de circuncisão, e episiotomia.</p> <p>Uma infecção incisional profunda deve verificar o seguinte critério³: surgir nos 30 dias posteriores à intervenção, quando não houve colocação de prótese (qualquer corpo estranho de origem não humana como válvula cardíaca, prótese valvular, articular, que se implanta de forma permanente), ou dentro do primeiro ano se tiver havido colocação de prótese, e a infecção está relacionada com o procedimento cirúrgico e, para além disso, a infecção afecta os tecidos moles profundos da incisão (fascia e parede muscular). Para além disso, deve verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. drenagem purulenta da zona profunda da incisão, mas não de órgãos ou espaços; 2. a incisão profunda abre-se espontaneamente ou é aberta pelo cirurgião quando o doente tem pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas, a não ser que o exame microbiológico cultural seja negativo: febre (>38°); dor localizada; e hipersensibilidade ao tacto ou à pressão; 3. durante uma re-intervenção ou por inspecção directa ou no exame histopatológico ou radiológico, se encontra um abscesso ou outra evidência de infecção que afecta os tecidos profundos da incisão; 4. diagnóstico médico de infecção incisional profunda. <p>Uma infecção de órgão ou espaço deve verificar o seguinte critério⁴: surgir nos 30 dias posteriores à intervenção, se não tiver havido colocação de prótese, ou no decurso do ano seguinte à intervenção no caso de prótese, e a infecção deve estar relacionada com o procedimento cirúrgico e, para além disso, deve afectar qualquer parte do corpo aberta ou manipulada durante o acto operatório, distinta da</p>






² De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

³ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

⁴ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

3a.	<p align="center">Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 0</p>
	<p>incisão. Deve ainda verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. líquido purulento recolhido mediante drenagem colocada num órgão ou num espaço; 2. cultura positiva de amostras obtidas de forma asséptica a partir de fluidos ou tecidos provenientes de órgãos ou espaços; 3. no decurso de uma re-intervenção ou por inspecção directa, ou no exame histopatológico ou radiológico, observação de um abscesso ou outra evidência de infecção que afecta um órgão ou espaço; 4. diagnóstico médico de infecção cirúrgica de órgão ou espaço.
Justificação	<p>Um dos indicadores que permite medir a qualidade técnico-científica dos cirurgiões é a infecção de ferida cirúrgica.</p> <p>O facto de se considerar apenas a ferida cirúrgica resultante de cirurgia programada permite uma maior comparabilidade, garantindo-se a possibilidade de se proceder à preparação adequada do Utente.</p>
Medida da Falha	<p>[Número de doentes com nível de risco 0, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, aos quais foi diagnosticada infecção de ferida cirúrgica durante o período em análise, que tenham sido submetidos a Intervenção Cirúrgica programada limpa ou limpa-contaminada/ Número total de doentes com nível de risco 0, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos a Intervenção Cirúrgica programada limpa ou limpa-contaminada, durante o período em análise]</p>
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Os Utentes com nível de risco 0, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes cirurgias programadas limpas: cirurgia da histerectomia abdominal, cirurgia da mama e cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, sempre e quando os sintomas apareçam durante o primeiro mês após a Intervenção Cirúrgica e durante o primeiro ano no caso da aplicação de próteses osteoarticulares; ▪ Os Utentes com nível de risco 0, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes cirurgias programadas limpa-contaminadas: cirurgia do cólon ou da vesícula, sempre e quando os sintomas apareçam durante o primeiro mês após a Intervenção Cirúrgica. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Os Utentes submetidos a cirurgia urgente, quer se trate de uma primeira intervenção, quer se trate de uma re-intervenção.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de doentes com nível de risco 0, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, aos quais foi diagnosticada infecção de ferida cirúrgica durante o período em análise, que tenham sido submetidos às seguintes Intervenções Cirúrgicas programada limpas ou limpa-contaminadas: cirurgia da histerectomia abdominal, cirurgia da mama, cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, cirurgia do cólon ou cirurgia da vesícula; ▪ Número total de doentes com nível de risco 0, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes Intervenções Cirúrgicas programadas limpas ou limpa-contaminada, durante o período em análise: cirurgia da histerectomia abdominal, cirurgia da mama, cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, cirurgia do cólon ou cirurgia da vesícula
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Refe-	> VR: 75 x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos

3a.	Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 0
rência (VR)	
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

3b	Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 1
Descrição	<p>Pretende medir as infecções na ferida cirúrgica, ocasionadas por bactérias frequentes nos hospitais, após Intervenção Cirúrgica programada limpa ou Intervenção Cirúrgica programada limpa-contaminada dos Utentes com nível de risco 1, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>.</p> <p>Neste âmbito, considera-se ferida cirúrgica a infecção incisional superficial, a infecção incisional profunda e a infecção de órgão ou espaço.</p> <p>Uma infecção incisional superficial deve verificar os seguintes critérios⁵: surge durante os 30 dias posteriores à cirurgia e afecta apenas a pele e o tecido celular subcutâneo no local da incisão e, para além disso, deve verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. drenagem purulenta da incisão superficial; 2. cultura positiva de líquido ou de tecido proveniente da incisão superficial (a partir de uma amostra colhida assepticamente); 3. pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas de infecção: dor ou hipersensibilidade ao tacto ou à pressão, inflamação local, calor ou eritema; e a incisão superficial é aberta deliberadamente pelo cirurgião, a não ser que a cultura seja negativa; 4. diagnóstico médico de infecção superficial da incisão. <p>Os seguintes casos não se consideram infecções superficiais: abscesso mínimo do ponto de sutura, queimadura infectada, infecção incisional que se estende até à fascia e parede muscular, infecção do local de circuncisão, e episiotomia.</p> <p>Uma infecção incisional profunda deve verificar o seguinte critério⁶: surgir nos 30 dias posteriores à intervenção, quando não houve colocação de prótese (qualquer corpo estranho de origem não humana como válvula cardíaca, prótese valvular, articular, que se implanta de forma permanente), ou dentro do primeiro ano se tiver havido colocação de prótese, e a infecção está relacionada com o procedimento cirúrgico e, para além disso, a infecção afecta os tecidos moles profundos da incisão (fascia e parede muscular). Para além disso, deve verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. drenagem purulenta da zona profunda da incisão, mas não de órgãos ou espaços; 2. a incisão profunda abre-se espontaneamente ou é aberta pelo cirurgião quando o doente tem pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas, a não ser que o exame microbiológico cultural seja negativo: febre (>38°); dor localizada; e hipersensibilidade ao tacto ou à pressão; 3. durante uma re-intervenção ou por inspecção directa ou no exame histopatológico ou radiológico, se encontra um abscesso ou outra evidência de infecção que afecta os tecidos profundos da incisão;

⁵ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

⁶ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

3b	Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 1
	<p>4. diagnóstico médico de infecção incisional profunda.</p> <p>Uma infecção de órgão ou espaço deve verificar o seguinte critério⁷: surgir nos 30 dias posteriores à intervenção, se não tiver havido colocação de prótese, ou no decurso do ano seguinte à intervenção no caso de prótese, e a infecção deve estar relacionada com o procedimento cirúrgico e, para além disso, deve afectar qualquer parte do corpo aberta ou manipulada durante o acto operativo, distinta da incisão. Deve ainda verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. líquido purulento recolhido mediante drenagem colocada num órgão ou num espaço; 2. cultura positiva de amostras obtidas de forma asséptica a partir de fluidos ou tecidos provenientes de órgãos ou espaços; 3. no decurso de uma re-intervenção ou por inspecção directa, ou no exame histopatológico ou radiológico, observação de um abcesso ou outra evidência de infecção que afecta um órgão ou espaço; 4. diagnóstico médico de infecção cirúrgica de órgão ou espaço.
Justificação	<p>Um dos indicadores que permite medir a qualidade técnico-científica dos cirurgões é a infecção de ferida cirúrgica.</p> <p>O facto de se considerar apenas a ferida cirúrgica resultante de cirurgia programada permite uma maior comparabilidade, garantindo-se a possibilidade de se proceder à preparação adequada do Utente.</p>
Medida da Falha	<p>[Número de doentes com nível de risco 1, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, aos quais foi diagnosticada infecção de ferida cirúrgica durante o período em análise, que tenham sido submetidos a Intervenção Cirúrgica programada limpa ou limpa-contaminada/ Número total de doentes com nível de risco 1, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos a Intervenção Cirúrgica programada limpa ou limpa-contaminada, durante o período em análise]</p>
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Os Utentes com nível de risco 1, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes cirurgias programadas limpas: cirurgia da histerecomia abdominal, cirurgia da mama e cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, sempre e quando os sintomas apareçam durante o primeiro mês após a intervenção cirúrgica e durante o primeiro ano no caso da aplicação de próteses osteoarticulares; ▪ Os Utentes com nível de risco 1, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes cirurgias programadas limpa-contaminadas: cirurgia do cólon ou da vesícula, sempre e quando os sintomas apareçam durante o primeiro mês após a intervenção cirúrgica. <p>Exclui:</p> <p>Os Utentes submetidos a cirurgia urgente, quer se trate de uma primeira intervenção, quer se trate de uma re-intervenção..</p>
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de doentes com nível de risco 1, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, aos quais foi diagnosticada infecção de ferida cirúrgica durante o período em análise, que tenham sido submetidos às seguintes Intervenções Cirúrgicas programadas limpas ou limpa-contaminada: cirurgia da histerecomia abdominal, cirurgia da mama, cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, cirurgia do cólon ou cirurgia da vesícula; ▪ Número total de doentes com nível de risco 1, segundo o <i>CDC NNIS Risk</i>

⁷ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

3b	Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 1
	<i>Índex</i> , submetidos às seguintes Intervenções Cirúrgicas programadas limpas ou limpa-contaminadas, durante o período em análise: cirurgia da histerectomia abdominal, cirurgia da mama, cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, cirurgia do cólon ou cirurgia da vesícula
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: 75 x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável.

3c	Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 2
Descrição	<p>Pretende medir as infecções na ferida cirúrgica, ocasionadas por bactérias frequentes nos hospitais, após Intervenção Cirúrgica programada limpa ou Intervenção Cirúrgica programada limpa-contaminada dos Utentes com nível de risco 2, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>.</p> <p>Neste âmbito, considera-se ferida cirúrgica a infecção incisional superficial, a infecção incisional profunda e a infecção de órgão ou espaço.</p> <p>Uma infecção incisional superficial deve verificar os seguintes critérios⁸: surge durante os 30 dias posteriores à cirurgia e afecta apenas a pele e o tecido celular subcutâneo no local da incisão e, para além disso, deve verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. drenagem purulenta da incisão superficial; 2. cultura positiva de líquido ou de tecido proveniente da incisão superficial (a partir de uma amostra colhida assepticamente); 3. pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas de infecção: dor ou hipersensibilidade ao tacto ou à pressão, inflamação local, calor ou eritema; e a incisão superficial é aberta deliberadamente pelo cirurgião, a não ser que a cultura seja negativa; 4. diagnóstico médico de infecção superficial da incisão. <p>Os seguintes casos não se consideram infecções superficiais: abscesso mínimo do ponto de sutura, queimadura infectada, infecção incisional que se estende até à fascia e parede muscular, infecção do local de circuncisão, e episiotomia.</p> <p>Uma infecção incisional profunda deve verificar o seguinte critério⁹: surgir nos 30 dias posteriores à intervenção, quando não houve colocação de prótese (qualquer corpo estranho de origem não humana como válvula cardíaca, prótese valvular, articular, que se implanta de forma permanente), ou dentro do primeiro ano se tiver havido colocação de prótese, e a infecção está relacionada com o procedimento cirúrgico e, para além disso, a infecção afecta os tecidos moles profundos da incisão (fascia e parede muscular). Para além disso, deve verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. drenagem purulenta da zona profunda da incisão, mas não de órgãos ou espaços;

⁸ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

⁹ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

3c	<p align="center">Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 2</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 2. a incisão profunda abre-se espontaneamente ou é aberta pelo cirurgião quando o doente tem pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas, a não ser que o exame microbiológico cultural seja negativo: febre (>38°); dor localizada; e hipersensibilidade ao tacto ou à pressão; 3. durante uma re-intervenção ou por inspecção directa ou no exame histopatológico ou radiológico, se encontra um abscesso ou outra evidência de infecção que afecta os tecidos profundos da incisão; 4. diagnóstico médico de infecção incisional profunda. <p>Uma infecção de órgão ou espaço deve verificar o seguinte critério¹⁰: surgir nos 30 dias posteriores à intervenção, se não tiver havido colocação de prótese, ou no decurso do ano seguinte à intervenção no caso de prótese, e a infecção deve estar relacionada com o procedimento cirúrgico e, para além disso, deve afectar qualquer parte do corpo aberta ou manipulada durante o acto operatório, distinta da incisão. Deve ainda verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. líquido purulento recolhido mediante drenagem colocada num órgão ou num espaço; 2. cultura positiva de amostras obtidas de forma asséptica a partir de fluidos ou tecidos provenientes de órgãos ou espaços; 3. no decurso de uma re-intervenção ou por inspecção directa, ou no exame histopatológico ou radiológico, observação de um abscesso ou outra evidência de infecção que afecta um órgão ou espaço; 4. diagnóstico médico de infecção cirúrgica de órgão ou espaço.
Justificação	<p>Um dos indicadores que permite medir a qualidade técnico-científica dos cirurgiões é a infecção de ferida cirúrgica.</p> <p>O facto de se considerar apenas a ferida cirúrgica resultante de cirurgia programada permite uma maior comparabilidade, garantindo-se a possibilidade de se proceder à preparação adequada do Utente.</p>
Medida da Falha	<p>[Número de doentes com nível de risco 2, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, aos quais foi diagnosticada infecção de ferida cirúrgica durante o período em análise, que tenham sido submetidos a Intervenção Cirúrgica programada limpa ou limpa-contaminada/ Número total de doentes com nível de risco 2, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos a Intervenção Cirúrgica programada limpa ou limpa-contaminada, durante o período em análise]</p>
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Os Utentes com nível de risco 2, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes cirurgias programadas limpas: cirurgia da histerectomia abdominal, cirurgia da mama e cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, sempre e quando os sintomas apareçam durante o primeiro mês após a Intervenção Cirúrgica e durante o primeiro ano no caso da aplicação de próteses osteoarticulares; ▪ Os Utentes com nível de risco 2, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes cirurgias programadas limpa-contaminadas: cirurgia do cólon ou da vesícula, sempre e quando os sintomas apareçam durante o primeiro mês após a Intervenção Cirúrgica. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Os Utentes submetidos a cirurgia urgente, quer se trate de uma primeira intervenção, quer se trate de uma re-intervenção.

¹⁰ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

0774
 fi

3c	Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 2
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de doentes com nível de risco 2, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, aos quais foi diagnosticada infecção de ferida cirúrgica durante o período em análise, que tenham sido submetidos às seguintes Intervenções Cirúrgicas programadas limpas ou limpa-contaminada: cirurgia da histerectomia abdominal, cirurgia da mama, cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, cirurgia do cólon ou cirurgia da vesícula; ▪ Número total de doentes com nível de risco 2, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes Intervenções Cirúrgicas programadas limpas ou limpa-contaminadas, durante o período em análise: cirurgia da histerectomia abdominal, cirurgia da mama, cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, cirurgia do cólon ou cirurgia da vesícula.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: 75 x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável.

RW
 RW

3d	Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 3
Descrição	<p>Pretende medir as infecções na ferida cirúrgica, ocasionadas por bactérias frequentes nos hospitais, após Intervenção Cirúrgica programada limpa ou Intervenção Cirúrgica programada limpa-contaminada dos Utentes com nível de risco 3, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>.</p> <p>Neste âmbito, considera-se ferida cirúrgica a infecção incisional superficial, a infecção incisional profunda e a infecção de órgão ou espaço.</p> <p>Uma infecção incisional superficial deve verificar os seguintes critérios¹¹: surge durante os 30 dias posteriores à cirurgia e afecta apenas a pele e o tecido celular subcutâneo no local da incisão e, para além disso, deve verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. drenagem purulenta da incisão superficial; 2. cultura positiva de líquido ou de tecido proveniente da incisão superficial (a partir de uma amostra colhida assepticamente); 3. pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas de infecção: dor ou hipersensibilidade ao tacto ou à pressão, inflamação local, calor ou eritema; e a incisão superficial é aberta deliberadamente pelo cirurgião, a não ser que a cultura seja negativa; 4. diagnóstico médico de infecção superficial da incisão. <p>Os seguintes casos não se consideram infecções superficiais: abcesso mínimo do ponto de sutura, queimadura infectada, infecção incisional que se estende até à fascia e parede muscular, infecção do local de circuncisão, e episiotomia.</p> <p>Uma infecção incisional profunda deve verificar o seguinte critério¹²: surgir nos 30 dias posteriores à intervenção, quando não houve colocação de prótese</p>

RW

fi

RW

¹¹ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

¹² De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

3d	<p align="center">Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 3</p>
	<p>(qualquer corpo estranho de origem não humana como válvula cardíaca, prótese valvular, articular, que se implanta de forma permanente), ou dentro do primeiro ano se tiver havido colocação de prótese, e a infecção está relacionada com o procedimento cirúrgico e, para além disso, a infecção afecta os tecidos moles profundos da incisão (fascia e parede muscular). Para além disso, deve verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. drenagem purulenta da zona profunda da incisão, mas não de órgãos ou espaços; 2. a incisão profunda abre-se espontaneamente ou é aberta pelo cirurgião quando o doente tem pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas, a não ser que o exame microbiológico cultural seja negativo: febre (>38°); dor localizada; e hipersensibilidade ao tacto ou à pressão; 3. durante uma re-intervenção ou por inspecção directa ou no exame histopatológico ou radiológico, se encontra um abscesso ou outra evidência de infecção que afecta os tecidos profundos da incisão; 4. diagnóstico médico de infecção incisional profunda. <p>Uma infecção de órgão ou espaço deve verificar o seguinte critério¹³: surgir nos 30 dias posteriores à intervenção, se não tiver havido colocação de prótese, ou no decurso do ano seguinte à intervenção no caso de prótese, e a infecção deve estar relacionada com o procedimento cirúrgico e, para além disso, deve afectar qualquer parte do corpo aberta ou manipulada durante o acto operatório, distinta da incisão. Deve ainda verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. líquido purulento recolhido mediante drenagem colocada num órgão ou num espaço; 2. cultura positiva de amostras obtidas de forma asséptica a partir de fluidos ou tecidos provenientes de órgãos ou espaços; 3. no decurso de uma re-intervenção ou por inspecção directa, ou no exame histopatológico ou radiológico, observação de um abscesso ou outra evidência de infecção que afecta um órgão ou espaço; 4. diagnóstico médico de infecção cirúrgica de órgão ou espaço.
Justificação	<p>Um dos indicadores que permite medir a qualidade técnico-científica dos cirurgões é a infecção de ferida cirúrgica.</p> <p>O facto de se considerar apenas a ferida cirúrgica resultante de cirurgia programada permite uma maior comparabilidade, garantindo-se a possibilidade de se proceder à preparação adequada do Utente.</p>
Medida da Falha	<p>[Número de doentes com nível de risco 3, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, aos quais foi diagnosticada infecção de ferida cirúrgica durante o período em análise, que tenham sido submetidos a Intervenção Cirúrgica programada limpa ou limpa-contaminada/ Número total de doentes com nível de risco 3, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos a Intervenção Cirúrgica programada limpa ou limpa-contaminada, durante o período em análise]</p>
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Os Utentes com nível de risco 3, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes cirurgias programadas limpas: cirurgia da histerecomia abdominal, cirurgia da mama e cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, sempre e quando os sintomas apareçam durante o primeiro mês após a Intervenção Cirúrgica e durante o primeiro

¹³ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

3d	Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 3
	<p>ano no caso da aplicação de próteses osteoarticulares;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Os Utentes com nível de risco 3, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes cirurgias programadas limpa-contaminadas: cirurgia do cólon ou da vesícula, sempre e quando os sintomas apareçam durante o primeiro mês após a Intervenção Cirúrgica. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Os Utentes submetidos a cirurgia urgente, quer se trate de uma primeira intervenção, quer se trate de uma re-intervenção.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de doentes com nível de risco 3, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, aos quais foi diagnosticada infecção de ferida cirúrgica durante o período em análise, que tenham sido submetidos às seguintes Intervenções Cirúrgicas programadas limpas ou limpa-contaminadas: cirurgia da histerectomia abdominal, cirurgia da mama, cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, cirurgia do cólon ou cirurgia da vesícula; ▪ Número total de doentes com nível de risco 3, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes Intervenções Cirúrgicas programadas limpas ou limpa-contaminadas, durante o período em análise: cirurgia da histerectomia abdominal, cirurgia da mama, cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, cirurgia do cólon ou cirurgia da vesícula.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: $75 \times [(taxa\ verificada / valor\ de\ referência) - 1]$ pontos
Límite ao Valor de Referência	Não aplicável.

4.	Taxa de Infecção Respiratória Associada a Ventilação Mecânica na UCI
Descrição	<p>Pretende medir as infecções respiratórias (pneumonia) ocasionadas por flora frequente nos hospitais ou flora respiratória do próprio doente e, em doentes submetidos a ventilação mecânica na UCI.</p> <p>Uma pneumonia deve cumprir, pelo menos, um dos seguintes critérios¹⁴:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Critério 1: Respiração ruidosa ou falta de sensibilidade no exame físico do tórax, e pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Aparecimento de nova expectoração purulenta ou alteração das suas características; 2. Hemocultura positiva; 3. Cultura positiva de uma amostra obtida por aspiração traqueal, broncoscopia ou biopsia. ▪ Critério 2: Exame raio-X do tórax que evidencia infiltrado novo ou progressivo e persistente, consolidação, cativação ou derrame pleural e, pelo menos, um dos seguintes sinais e sintomas:

¹⁴ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

4.	Taxa de Infecção Respiratória Associada a Ventilação Mecânica na UCI
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aparecimento de nova expectoração purulenta ou alteração das suas características; 2. Hemocultura positiva; 3. Cultura positiva de uma amostra obtida por aspiração traqueal (> 10⁶ ufc/ml), broncoscopia (>10³ ufc/ml) ou biópsia (>10⁴ ufc/ml); 4. Isolamento de vírus ou resultado positivo de uma prova para detecção de antígenos virais nas secreções respiratórias; 5. Título significativo de anticorpos IgM específicos ou aumento de pelo menos quatro vezes de IgG em amostras sucessivas; 6. Evidência histopatológica de pneumonia. <p>(ufc: unidades formadoras de colónias)</p>
Justificação	<p>A infecção respiratória é uma das infecções nosocomiais mais frequentes em Unidades de Cuidados Intensivos (adultos, crianças e recém-nascidos). Dentro deste grupo, as pneumonias em doentes submetidos a ventilação mecânica são as mais importantes, pela maior morbilidade e mortalidade associadas.</p> <p>O estabelecimento de medidas de vigilância e controlo permite a diminuição da incidência destas infecções.</p>
Medida da Falha	[Número de pneumonias de Utentes submetidos a ventilação mecânica na Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise / Número total de dias de ventilação mecânica de Utentes admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utentes internados na UCI submetidos a ventilação mecânica <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utentes que apresentem os sintomas no momento da admissão na UCI; ▪ Utentes não internados na Unidade de Cuidados Intensivos
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de pneumonias de Utentes submetidos a ventilação mecânica na Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise; ▪ Número de Utentes submetidos a ventilação mecânica na Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise; ▪ Número total de dias de ventilação mecânica de Utentes admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: 300 x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável.

5.	Tempo médio de espera para a realização de Primeiras Consultas
Descrição	Pretende monitorizar o tempo médio de espera entre a data de registo da solicitação e a data de realização de Primeiras Consultas.
Justificação	Este parâmetro representa uma medida de acessibilidade, em tempo adequado, à realização de Primeiras Consultas. Com efeito, muitas vezes os tempos de espera

5.	Tempo médio de espera para a realização de Primeiras Consultas
	para acesso a Primeiras Consultas são demasiado elevados, quer devido a uma gestão ineficiente das agendas, quer devido à indisponibilidade de recursos, nomeadamente de médicos, com potenciais consequências negativas ao nível do agravamento da situação clínica do Utente e contribuindo para a insatisfação dos Utentes, que muitas vezes acabam por se dirigir ao Serviço de Urgência, sobrecarregando desnecessariamente este serviço.
Medida da Falha	[Somatório do tempo de espera, em dias, contado desde a data de registo da solicitação para Primeira Consulta até à data da realização da Primeira Consulta, para as Primeiras Consultas realizadas durante o período em análise] / [Número de Primeiras Consultas realizadas durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Primeiras Consultas que tenham sido adiadas por solicitação do Utente ou do centro de saúde ▪ Primeiras Consultas que tenham sido canceladas devido às seguintes razões clínicas: <ul style="list-style-type: none"> – Os Utentes tenham sido admitidos no Serviço de Urgência nas 12 horas que antecedem a hora agendada para a consulta; – Os Utentes estejam internados na data agendada para a Primeira Consulta; ▪ Primeiras Consultas que tenham sido canceladas quando o Utente tenha comparecido após a hora agendada para a consulta, ▪ Primeiras Consultas que tenham sido canceladas quando o Utente não tenha comparecido no dia agendado para a consulta.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tempo de espera, em dias, contado desde a data de registo da solicitação para Primeira Consulta até à data da realização da Primeira Consulta, para as Primeiras Consultas realizadas durante o período em análise; ▪ Número de Primeiras Consultas realizadas durante o período em análise.
Dedução	Anual (aplicável tendo em conta o definido no ponto 11 do Anexo VII)
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> \text{VR}: 120 \times [(\text{tempo médio verificado} / \text{valor de referência}) - 1]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	Limite fixado anualmente no âmbito do procedimento anual respeitante à Entidade Gestora do Estabelecimento

6.	Tempo Médio de Espera no dia da Consulta Externa
Descrição	Pretende monitorizar o tempo médio de espera dos Utentes entre a hora programada para a realização da Consulta Externa e a hora de início de realização da consulta.
Justificação	Uma programação adequada das Consultas Externas e uma alocação correcta dos recursos permite minimizar tempos de espera dos Utentes no dia da realização da Consulta Externa, evitando a aglomeração de Utentes, muitas vezes com elevados níveis de desconforto, e minimizando o tempo dispendido pelos Utentes e seus acompanhantes, muitas vezes com implicações relevantes a nível pessoal.
Medida da Falha	[Número total de minutos de espera para as Consultas Externas programadas para o período em análise, efectivamente realizadas / Número total de Consultas Externas programadas para o período em análise, efectivamente realizadas]

6.	Tempo Médio de Espera no dia da Consulta Externa
Inclui/Exclui	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultas Externas não realizadas por falta de comparência do Utente; ▪ Consultas Externas em que o Utente tenha comparecido após a hora agendada para a consulta; ▪ Adiantamentos de Consultas Externas, ou seja, o tempo de adiantamento da Consulta Externa quando esta tenha início antes da hora programada.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Minutos de espera para as Consultas Externas programadas para o período em análise, efectivamente realizadas; ▪ Número total de Consultas Externas programadas para o período em análise, efectivamente realizadas.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: $150 \times [(tempo\ médio\ verificado / valor\ de\ referência) - 1]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	O Valor de Referência não pode exceder 40 minutos

7.	Tempo Médio de Espera no dia da Sessão de Hospital de Dia Médico
Descrição	Pretende monitorizar o tempo médio de espera dos Utentes entre a hora programada para a realização da Sessão de Hospital de Dia Médico e a hora de início de realização da sessão.
Justificação	Uma programação adequada das Sessões de Hospital de Dia Médico e uma alocação correcta dos recursos permite minimizar tempos de espera dos Utentes no dia de realização da sessão, evitando a aglomeração de Utentes, muitas vezes com elevados níveis de desconforto, e minimizando o tempo dispendido pelos Utentes e seus acompanhantes, nos dias de realização das sessões, muitas vezes com implicações relevantes a nível pessoal.
Medida da Falha	[Número total de minutos de espera para as Sessões de Hospital de Dia Médico programadas para o período em análise, efectivamente realizadas/ Número total de Sessões de Hospital de Dia Médico programadas para o período em análise, efectivamente realizadas]
Inclui/Exclui	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sessões de Hospital de Dia Médico não realizadas por falta de comparência do Utente; ▪ Sessões de Hospital de Dia Médico em que o Utente tenha comparecido após a hora agendada para a sessão; ▪ Adiantamentos de Sessões de Hospital de Dia Médico, ou seja, o tempo de adiantamento da sessão quando esta tenha início antes da hora programada.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Minutos de espera para as Sessões de Hospital de Dia Médico programadas para o período em análise, efectivamente realizadas; ▪ Número total de Sessões de Hospital de Dia Médico programadas para o período em análise, efectivamente realizadas.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência	> VR: $150 \times [(tempo\ médio\ verificado / valor\ de\ referência) - 1]$ pontos

7.	Tempo Médio de Espera no dia da Sessão de Hospital de Dia Médico
Referência (VR)	
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

8.	Taxa de Cancelamento de Sessões de Hospital de Dia
Descrição	Pretende monitorizar os cancelamentos de Sessões de Hospital de Dia Médico, excluindo os cancelamentos por solicitação do Utente.
Justificação	O cancelamento de uma Sessão de Hospital de Dia Médico provoca um nível elevado de insatisfação aos Utentes e pode contribuir para o agravamento da sua situação clínica, sendo muitas vezes resultado de uma gestão ineficiente das agendas, assim como de indisponibilidade de recursos, nomeadamente de pessoal de enfermagem e/ou médico.
Medida da Falha	[Número de Sessões de Hospital de Dia Médico canceladas de Utentes com sessão programada para o período em análise / Número de Sessões de Hospital de Dia Médico programadas para o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cancelamentos de Sessões de Hospital de Dia Médico por solicitação do Utente; ▪ Cancelamentos de Sessões de Hospital de Dia Médico devido às seguintes razões clínicas: <ul style="list-style-type: none"> - Os Utentes tenham sido admitidos no Serviço de Urgência nas 12 horas que antecedem a hora agendada para a Sessão de Hospital de Dia Médico; - Os Utentes estejam internados na data agendada para a Sessão de Hospital de Dia Médico; - A avaliação programada que antecede a Sessão de Hospital de Dia Médico conclua que os resultados clínicos ou analíticos justificam o cancelamento da sessão; ▪ Cancelamentos de Sessões de Hospital de Dia Médico quando o Utente tenha comparecido após a hora agendada para a sessão; ▪ Cancelamentos de Sessões de Hospital de Dia Médico quando o Utente não tenha comparecido no dia agendado para a sessão; ▪ Cancelamentos de Sessões de Hospital de Dia Médico com reprogramação para a mesma data, desde que o cancelamento não tenha ocorrido na data programada para a sessão;
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de Sessões de Hospital de Dia Médico canceladas de Utentes com sessão programada para o período em análise; ▪ Número de Sessões de Hospital de Dia Médico programadas para o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: 105 x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

9.	Tempo médio de espera para internamento cirúrgico programado
Descrição	Pretende medir o tempo médio de espera entre a data da solicitação pelo médico de Internamento para a realização de Intervenção Cirúrgica convencional programada e a data do respectivo Internamento. A solicitação deve ser registada na lista de espera para Intervenções Cirúrgicas no dia da indicação pelo médico da necessidade de Internamento para a realização de Intervenção Cirúrgica convencional programada.
Justificação	Este parâmetro representa uma medida de acessibilidade, em tempo adequado, à realização de Intervenções Cirúrgicas programadas convencionais com Internamento. Com efeito, é sabido que a lista de espera para a realização de Intervenções Cirúrgicas tem alcançado em Portugal valores elevados, com implicações graves ao nível da situação clínica dos Utentes e contribuindo para a sua insatisfação. Tal deve-se, por vezes, quer a uma gestão ineficiente dos recursos, quer a uma indisponibilidade de recursos, o que se deverá combater.
Medida da Falha	[Somatório do tempo de espera, em dias, contado desde a data da solicitação pelo médico do Internamento para Intervenção Cirúrgica convencional programada até à data do respectivo Internamento, para os Internamentos para Intervenção Cirúrgica convencional programada verificados durante o período em análise/ Número total de Internamentos para Intervenção Cirúrgica convencional programada, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Internamentos cirúrgicos que tenham sido adiados por solicitação do Utente; ▪ Internamentos cirúrgicos que tenham sido cancelados por não comparência do Utente no dia agendado para o Internamento cirúrgico.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tempo de espera, em dias, contado desde a data da solicitação pelo médico dado Internamento para Intervenção Cirúrgica convencional programada até à data do respectivo Internamento, para os Internamentos para Intervenção Cirúrgica convencional programada verificados durante o período em análise; ▪ Número total de Internamentos para Intervenção Cirúrgica convencional programada, durante o período em análise.
Dedução	Anual (aplicável tendo em conta o definido no ponto 11 do Anexo VII)
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> VR: 120 \times [(tempo\ médio\ verificado / valor\ de\ referência) - 1]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	Limite fixado anualmente no âmbito do procedimento anual respeitante à Entidade Gestora do Estabelecimento

10.	Tempo médio de espera para Intervenção em Cirurgia de Ambulatório programada
Descrição	Pretende medir o tempo médio de espera entre a data da solicitação pelo médico de Intervenção em Cirurgia de Ambulatório programada e a data da realização da respectiva intervenção. A solicitação deve ser registada na lista de espera para Intervenções Cirúrgicas no dia da indicação pelo médico da necessidade de realização de Intervenção Cirúrgica de Ambulatório programada.

10.	Tempo médio de espera para Intervenção em Cirurgia de Ambulatório programada
Justificação	Este parâmetro representa uma medida de acessibilidade, em tempo adequado, à realização de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório programadas. Com efeito, é sabido que a lista de espera para a realização de Intervenções Cirúrgicas tem alcançado em Portugal valores elevados, com implicações graves ao nível da situação clínica dos Utentes e contribuindo para a sua insatisfação. Tal deve-se, por vezes, quer a uma gestão ineficiente dos recursos, quer a uma indisponibilidade de recursos, o que se deverá combater.
Medida da Falha	[Somatório do tempo de espera, em dias, contado desde a data da solicitação pelo médico de Intervenção em Cirurgia de Ambulatório programada até à data da respectiva intervenção, para as Intervenções em Cirurgia de Ambulatório programada realizadas no período em análise/ Número total de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório programada, realizadas durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenções em Cirurgia de Ambulatório que tenham sido adiadas por solicitação do Utente; ▪ Intervenções em Cirurgia de Ambulatório que tenham sido canceladas quando o Utente tenha comparecido após a hora agendada para a Intervenção Cirúrgica; ▪ Intervenções em Cirurgia de Ambulatório que tenham sido canceladas quando o Utente não tenha comparecido no dia agendado para a Intervenção Cirúrgica.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tempo de espera, em dias, contado desde a data da solicitação pelo médico de Intervenção em Cirurgia de Ambulatório programada até à data da respectiva intervenção, para as Intervenções em Cirurgia de Ambulatório programada realizadas no período em análise; ▪ Número total de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório programada, realizadas durante o período em análise.
Dedução	Anual (aplicável tendo em conta o definido no ponto 11 do Anexo VII)
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: $120 \times [(tempo\ médio\ verificado / valor\ de\ referência) - 1]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	Limite fixado anualmente no âmbito do procedimento anual respeitante à Entidade Gestora do Estabelecimento

11.	Taxa de admissões não programadas posteriores a procedimentos ambulatórios
Descrição	<p>Pretende monitorizar o Internamento não programado, até 24 horas após a realização do procedimento ambulatório, de Utentes submetidos aos seguintes procedimentos ambulatórios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exames endoscópicos digestivos; - Exames endoscópicos pneumológicos; - Exames endoscópicos urológicos; <p>Neste âmbito, entende-se por procedimento ambulatório aquele que permite o regresso do Utente ao seu domicílio no próprio dia da realização do procedimento, quer logo após a realização do exame e/ou tratamento, quer após um período de observação numa área adequada para o efeito.</p>

11.	Taxa de admissões não programadas posteriores a procedimentos ambulatoriais
Justificação	Este indicador é uma medida indirecta da qualidade dos serviços de saúde prestados. Mais concretamente, este indicador permite medir a qualidade da realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica, assim como a valorização adequada do risco do Utente.
Medida da Falha	[Número de admissões não programadas até 24 horas após a realização de procedimentos ambulatoriais realizados durante o período em análise / Número total de procedimentos ambulatoriais realizados durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utentes submetidos aos seguintes procedimentos ambulatoriais: <ul style="list-style-type: none"> - Exames endoscópicos digestivos; - Exames endoscópicos pneumológicos; - Exames endoscópicos urológicos; <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utentes internados, que requerem a realização dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica acima referidos, durante o episódio de internamento; ▪ Utentes internados no período até 24 horas após a realização dos procedimentos ambulatoriais acima referidos, se o episódio de internamento for codificado num GDH pertencente às seguintes GCD: <ul style="list-style-type: none"> - GCD 21: Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas; - GCD 22: Queimaduras; - GCD 25: Traumatismos Múltiplos Significativos.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de admissões não programadas até 24 horas após a realização de procedimentos ambulatoriais realizados durante o período em análise; ▪ Número total de procedimentos ambulatoriais realizados durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> VR: 150 \times [(taxa\ verificada / valor\ de\ referência) - 1]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

12.	Taxa de execução de relatórios operatórios sobre o total de Intervenções Cirúrgicas
Descrição	<p>Pretende monitorizar a execução de relatórios operatórios.</p> <p>Os dados a incluir no relatório operatório devem respeitar a legislação vigente, devendo incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Data e hora de início da Intervenção Cirúrgica; ▪ Dados de identificação do Utente; ▪ Dados de identificação da equipa de cirurgia (cirurgiões, anestesistas, pessoal de enfermagem); ▪ Diagnóstico pré-operatório; ▪ Técnica cirúrgica empregue e posição do Utente; ▪ Descobertas relevantes durante a operação cirúrgica;

12.	Taxa de execução de relatórios operatórios sobre o total de Intervenções Cirúrgicas
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registo de envio de amostras e respectiva quantidade para análise na unidade de Anatomia Patológica (caso não sejam enviadas amostras também deve ser registado); ▪ Diagnóstico pós-operatório; ▪ Data e hora de fim da Intervenção Cirúrgica; ▪ Assinatura do cirurgião principal.
Justificação	O relatório operatório é um relatório de carácter obrigatório, cujas principais vantagens são registar os actos realizados no âmbito das Intervenções Cirúrgicas e a sua adequação com o diagnóstico inicial, possibilitando a avaliação da prática segundo a "lex artis", e proteger, quer o hospital, quer os profissionais de possíveis questões levantadas sobre as intervenções realizadas. Para além disso, o relatório operatório permite avaliar possíveis causas de infeções nosocomiais e/ou outras ocorrências após a Intervenção Cirúrgica.
Medida da Falha	[Número de relatórios operatórios de Intervenções Cirúrgicas realizadas durante o período em análise/Total de Intervenções Cirúrgicas realizadas durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Todas as Intervenções Cirúrgicas (Intervenção Cirúrgica convencional programada, Intervenção em Cirurgia de Ambulatório programada, Intervenção Cirúrgica urgente).
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de relatórios operatórios de Intervenções Cirúrgicas realizadas durante o período em análise; ▪ Total de Intervenções Cirúrgicas realizadas durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	< VR: $45 \times [1 - (\text{taxa verificada} / \text{valor de referência})]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	O Valor de Referência não pode ser inferior a 95%

13.	Taxa de Partos com Anestesia Epidural
Descrição	Pretende monitorizar a realização de partos com anestesia epidural no total dos partos realizados no hospital.
Justificação	A anestesia epidural é uma técnica anestésica loco-regional que tem por objectivo diminuir a dor provocada pelo parto e permitir a consciência da gestante no caso de um parto por cesariana, elevando os níveis de conforto e a recuperação posterior.
Medida da Falha	[Número de partos com anestesia epidural, realizados no hospital durante o período em análise / Total de partos realizados no hospital durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Partos das Utentes que tenham renunciado voluntariamente à anestesia epidural, situação que deve estar expressa no consentimento informado para a realização do parto.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de partos com anestesia epidural, realizados no hospital durante o período em análise;

13.	Taxa de Partos com Anestesia Epidural
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Total de partos realizados no hospital durante o período em análise.
Dedução	Não aplicável.
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	< VR: obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

14.	Taxa de Ocorrência de Quedas em Doentes Internados
Descrição	Pretende medir as quedas de Utentes durante o seu período de Internamento. Neste âmbito, entende-se por período de Internamento o período que decorre entre a admissão no Internamento e o momento de saída do hospital por alta (alta voluntária ou alta pelo médico), independentemente do destino final do Utente (domicílio, transferência para outros hospitais, falecimento, entre outros).
Justificação	A avaliação deste parâmetro é uma medida indirecta do nível de cuidados do pessoal enfermagem e do pessoal auxiliar, assim como do pessoal responsável pelo transporte de Utentes no interior do hospital.
Medida da Falha	[Número de quedas de Utentes durante o seu período de Internamento, com alta de Internamento durante o período em análise /Número total de Dias de Internamento gerados pelos doentes com alta de Internamento durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ As quedas do Utente durante o período de Internamento, incluindo as quedas ocorridas no interior do hospital durante as deslocações para a realização de exames complementares de diagnóstico ou a deslocação a outros serviços; ▪ As quedas ocorridas durante as deslocações dos Utentes do Serviço de Urgência para as unidades de internamento.
Indicadores e Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de quedas de Utentes durante o seu período de Internamento, com alta de Internamento durante o período em análise; ▪ Número total de dias de Internamento gerados pelos doentes com alta de Internamento durante o período em análise.
Dedução	Não aplicável
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável.

15.	Taxa de Regressos a Unidades de Cuidados Intensivos
Descrição	Pretende monitorizar os regressos à Unidade de Cuidados Intensivos, ou seja, qualquer regresso de Utentes que tenham saído da unidade durante as 48 horas anteriores, por qualquer motivo, estando ou não directamente relacionado com o episódio prévio.
Justificação	A transferência de Utentes da Unidade de Cuidados Intensivos deve ser muito bem ponderada, tendo em consideração a situação clínica dos Utentes e a capaci-

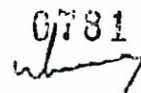

15.	Taxa de Regressos a Unidades de Cuidados Intensivos
	dade das unidades para onde são transferidos em darem a resposta adequada à sua situação. Com efeito, um nível elevado de regressos à Unidade de Cuidados Intensivos reflecte, muitas vezes, altas prematuras da unidade, problemas na prestação de cuidados de nível inferior, entre outros aspectos. Para além disso, o regresso está tipicamente associado a uma maior morbilidade e até mesmo mortalidade, assim como à necessidade de um maior número de Dias de Internamento.
Medida da Falha	[Número total de readmissões na Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise, no período das 48 horas posteriores à hora de saída da Unidade de Cuidados Intensivos /Total de doentes saídos da Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Readmissões após 48 horas da saída da Unidade de Cuidados Intensivos; ▪ Deslocações no hospital para a realização de exames ou tratamentos
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número total de readmissões na Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise, no período das 48 horas posteriores à hora de saída da Unidade de Cuidados Intensivos; ▪ Total de doentes saídos da Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: $150 \times [(taxa\ verificada / valor\ de\ referência) - 1]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável.

16.	Taxa de Regressos não Programados ao Bloco Operatório
Descrição	Pretende monitorizar os regressos não programados ao Bloco Operatório de Utentes que tenham sido submetidos a uma Intervenção Cirúrgica nos 31 dias que antecedem o regresso pela mesma razão clínica (mesma Grande Categoria de Diagnóstico).
Justificação	É um indicador de risco, eficácia e eficiência, contribuindo para controlar os processos em que uma incorrecta decisão ou <i>praxis</i> assistencial têm como consequência uma re-intervenção cirúrgica, com a consequente repercussão clínica.
Medida da Falha	[Número total de regressos não programados ao bloco operatório, durante o período em análise, no período dos 31 dias posteriores à saída do bloco operatório, pela mesma razão clínica (mesma Grande Categoria de Diagnóstico) /Total de Intervenções Cirúrgicas realizadas, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Regressos programados, sendo que nesse caso deverá ser registada, logo após a Intervenção Cirúrgica, a previsão de re-intervenção cirúrgica nas 48 horas após a realização da Intervenção Cirúrgica que lhe dá origem; ▪ Regressos após 31 dias da Intervenção Cirúrgica.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número total de regressos não programados ao bloco operatório, durante o período em análise, no período dos 31 dias posteriores à saída do bloco operatório, pela mesma razão clínica (mesma Grande Categoria de Diagnóstico); ▪ Total de Intervenções Cirúrgicas realizadas, durante o período em análise.

16.	Taxa de Regressos não Programados ao Bloco Operatório
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: 150 x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável.

17.	Taxa de Ocorrência de Complicações Anestésicas
Descrição	<p>Pretende monitorizar as complicações à anestesia loco-regional ou anestesia geral, ocorridas nas salas de pré-anestesia, nas salas operatórias ou nas salas de recobro.</p> <p>Entende-se por complicação anestésica qualquer evento inesperado que ocorra em relação ao acto anestésico. As complicações anestésicas classificam-se em:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Complicações relacionadas com a técnica: injeção loco-regional, intubação endotraqueal, posicionamento do Utente, canulação vascular, entre outros; ▪ Complicações relacionadas com os fármacos utilizados. <p>As complicações anestésicas podem ser imediatas, sendo detectadas quando se procede à administração da anestesia e/ou durante a Intervenção Cirúrgica, ou podem detectar-se após a Intervenção Cirúrgica.</p>
Justificação	O conhecimento das potenciais complicações anestésicas ajuda à prevenção das mesmas e atenua as consequências negativas que estas têm sobre os Utentes.
Medida da Falha	[Número de complicações à anestesia loco-regional ou geral, ocorridas nas salas de pré-anestesia, nas salas operatórias ou nas salas de recobro, durante o período em análise / Total de anestésias loco-regionais e gerais administradas durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Todas os procedimentos que se realizam com anestesia local, sedação mínima, sedação/analgesia consciente e sedação/analgesia profunda.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de complicações à anestesia loco-regional ou geral, ocorridas nas salas de pré-anestesia, nas salas operatórias ou nas salas de recobro, durante o período em análise; ▪ Total de anestésias loco-regionais e gerais administradas durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: 150 x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável.


18.	Taxa de Ocorrência de Apendicectomias com Diagnóstico Anatomopatológico Compatível com a Normalidade
Descrição	Pretende monitorizar a ocorrência de “apendicectomias brancas”, ou seja, a ocorrência de apendicectomias (ablação cirúrgica do apêndice) em que o diagnóstico anatomopatológico é compatível com a normalidade.


0781



18.	Taxa de Ocorrência de Apendicectomias com Diagnóstico Anatomopatológico Compatível com a Normalidade
Justificação	Alerta os hospitais sobre a possível realização de apendicectomias sem necessidade, eventualmente devido a uma prática clínica mais conservadora do que o necessário ou à não utilização adequada de meios complementares de diagnóstico que permitam determinar com mais rigor a necessidade da apendicectomias, em prejuízo do Utente.
Medida da Falha	[Número de apendicectomias, realizadas durante o período em análise, com diagnóstico anatomopatológico compatível com a normalidade/ Total de apendicectomias realizadas durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> Total de apendicectomias (ablação cirúrgica do apêndice) cujo diagnóstico pré-operatório é de apendicite aguda, independentemente do diagnóstico se alterar durante a realização da Intervenção Cirúrgica, ou seja, uma vez revista a cavidade abdominal. Exclui: <ul style="list-style-type: none"> Intervenções Cirúrgicas com o diagnóstico pré-operatório de apendicite aguda, sem que ocorra a ablação cirúrgica do apêndice.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de apendicectomias, realizadas durante o período em análise, com diagnóstico anatomopatológico compatível com a normalidade; Total de apendicectomias realizadas durante o período em análise.
Dedução	Não aplicável
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável.



19.	Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão
Descrição	Pretende monitorizar a ocorrência de úlceras de pressão em doentes internados. As úlceras de pressão (úlceras de decúbito, úlceras da pele) são lesões cutâneas que se produzem em consequência de uma pressão prolongada, tipicamente sobre saliências ósseas.
Justificação	<p>A ocorrência de úlceras de pressão nos hospitais é um fenómeno grave, podendo contribuir de forma significativa para um aumento da morbilidade e mesmo da mortalidade. Com efeito, as úlceras de pressão são, muitas vezes, de difícil tratamento resultando em dor, intervenção cirúrgica, desconfiguração, assim como prolongamento dos Dias de Internamento.</p> <p>Neste sentido, os hospitais devem enveredar os seus melhores esforços para prevenir a ocorrência de úlceras de pressão durante o período em que os Utentes estão internados e por isso mais sujeitos ao seu desenvolvimento, garantindo, nomeadamente, cuidados de enfermagem e uma gestão adequada dos recursos.</p> <p>Uma taxa elevada de ocorrência de úlceras de pressão pode ser resultado, entre outros, de: (i) ausência de protocolos na planificação dos tratamentos por parte das equipas assistenciais, (ii) falta ou utilização inadequada do material de prevenção, tanto básico como complementar, (iii) sobrecarga de trabalho dos profissionais e (iv) falta de formação dos profissionais.</p> <p>A medição deste parâmetro exige a elaboração de protocolos de avaliação por parte do pessoal de enfermagem.</p>





19.	Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão
Medida da Falha	[Número de altas de Internamento, durante o período em análise, de doentes aos quais foi diagnosticada úlcera de pressão com origem hospitalar/ Número total de altas de Internamento, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Altas de Internamento em que conste, em qualquer diagnóstico secundário, o código 707.0 da classificação CID-9. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Altas de Internamento em que a úlcera de pressão é o diagnóstico principal; ▪ Altas de Internamento em que a úlcera de pressão é o diagnóstico secundário, desde que exista registo da mesma à data de admissão do Utente; ▪ Altas de Internamento classificadas nas seguintes Grandes Categorias de Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> - GCD 9: Doenças e perturbações da pele, tecido celular subcutâneo e mama; - GDC 14: Gravidez, parto e puerpério.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de altas de Internamento, durante o período em análise, de doentes aos quais foi diagnosticada úlcera de pressão com origem hospitalar; ▪ Número total de altas de Internamento, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: $120 \times [(taxa\ verificada / valor\ de\ referência) - 1]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

20.	Taxa de ocorrência de reacções imediatas a transfusões
Descrição	<p>Pretende monitorizar a ocorrência de reacções adversas imediatas de Utentes que tenham recebido uma transfusão de sangue e/ou das suas componentes.</p> <p>As reacções transfusionais podem ser desencadeadas por mecanismos imunológicos e não imunológicos, sendo classificadas em: (i) reacções transfusionais imediatas, ou seja, as reacções que se produzem durante a transfusão ou pouco tempo depois (no período de 24 horas após a transfusão) e (ii) reacções transfusionais tardias, ou seja, as reacções que se produzem após 24 horas da transfusão. O âmbito deste parâmetro são as reacções transfusionais imediatas..</p>
Justificação	<p>Ainda que a transfusão de sangue e das suas componentes seja considerada uma terapêutica segura, tal depende dos procedimentos seguidos pelos profissionais de saúde, sendo que caso os mesmos não sejam seguidos de forma adequada podem surgir reacções adversas e indesejáveis, em prejuízo do Utente.</p> <p>Neste sentido, este indicador tem como principal objectivo monitorizar a observância dos procedimentos adequados, incluindo, entre outros aspectos, a identificação cuidada do Utente, a conservação do sangue e suas componentes, a vigilância do Utente durante a transfusão e a utilização adequada dos equipamentos.</p>
Medida da Falha	[Número de reacções adversas imediatas a transfusões registadas no hospital, durante o período em análise / Número total de unidades de hemoderivados transfusionadas no hospital, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemólise imunológica devida a incompatibilidade ABO;

20.	Taxa de ocorrência de reacções imediatas a transfusões
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemólise imunológica devida a alo-anticorpo; ▪ Hemólise não imunológica; ▪ Infecção bacteriana transmitida pela transfusão; ▪ Anafilaxia/Hipersensibilidade; ▪ Lesão pulmonar aguda pós transfusão; ▪ Infecção parasítica transmitida pela transfusão (paludismo) <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reacções transfusionais tardias, ou seja, as reacções que se produzam após 24 horas da transfusão.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de reacções adversas imediatas a transfusões registadas no hospital, durante o período em análise; ▪ Número total de unidades de hemoderivados transfusionadas no hospital, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> VR: 150 \times [(taxa verificada / valor de referência) - 1]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

21.	Taxa de Notificações de Reacções Adversas à Medicação
Descrição	<p>Pretende monitorizar as reacções adversas à medicação (iatrogenia), capturadas através de um sistema de farmacovigilância.</p> <p>De acordo com o Decreto-Lei n.º 242/2002, de 5 de Novembro, que define o Regulamento do Sistema Nacional de Farmacovigilância de Medicamentos de Uso Humano, uma reacção adversa a um medicamento é "qualquer reacção nociva e involuntária a um medicamento que ocorra com doses geralmente utilizadas no ser humano para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de doenças ou recuperação, correcção ou modificação de funções fisiológicas"</p>
Justificação	As reacções adversas à medicação contribuem para aumentar tanto a morbilidade como a mortalidade, sendo responsáveis pelo aumento do tempo de permanência dos Utentes no hospital, assim como pela ocorrência de reinternamentos. O conhecimento cada vez maior de possíveis efeitos secundários de um fármaco permite estabelecer medidas preventivas que minimizem este risco.
Medida da Falha	[Número de notificações de reacções adversas à medicação de doentes com alta de Internamento durante o período em análise/Número total de altas de Internamento, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reacções adversas a medicamentos de Utentes internados, independentemente do nível de gravidade, quer a reacção adversa se registre antes ou durante o Internamento, independentemente do medicamento ter sido administrado no hospital <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reacções adversas a medicamento de Utentes que não sejam internados.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de notificações de reacções adversas à medicação de doentes com alta de Internamento durante o período em análise;

21.	Taxa de Notificações de Reacções Adversas à Medicação
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número total de altas de internamento, durante o período em análise.
Dedução	Não aplicável.
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

22.	Taxa de erros na administração de derivados de sangue, por segmento.
Descrição	<p>Pretende monitorizar os erros na administração de derivados de sangue.</p> <p>A administração de derivados do sangue deve ser segmentada segundo as várias tipologias, incluindo sangue completo, concentrado de eritrocitário, plaquetas, leucócitos, plasma e factores de coagulação.</p> <p>Um erro na administração de derivados de sangue produz-se quando se administra um derivado de sangue (de qualquer dos segmentos possíveis) de forma errada, por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação incorrecta do utente; ▪ Erro na recolha da amostra; ▪ Erro de solicitação; ▪ Erro técnico no banco de sangue; ▪ Erro na distribuição do componente sanguíneo; ▪ Erro técnico durante a administração do componente sanguíneo. <p>O erro na administração de derivados de sangue pode gerar ou não uma reacção adversa no Utente.</p>
Justificação	<p>A hemovigilância engloba toda a cadeia transfusional, começando pela selecção dos dadores, a extracção de sangue, as complicações da doação, o processamento e análise dos componentes sanguíneos e finalmente, a transfusão e os efeitos adversos e inesperados que pode apresentar o receptor. Desta forma consegue-se uma valorização objectiva dos dados, que permitem adoptar medidas correctivas e preventivas, contribuindo para aumentar a segurança na transfusão sanguínea.</p> <p>A monitorização dos erros de administração derivados de sangue, permite avaliar o nível de segurança do circuito transfusional e detectar os pontos mais débeis do mesmo. Com efeito a detecção atempada de tais erros permite tomar medidas correctivas e evitar potenciais reacções adversas.</p>
Medida da Falha	[Somatório do número de erros notificados na administração de derivados de sangue para cada segmento, durante o período em análise/ Número total de unidades de derivados de sangue administradas, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Todas as administrações de derivados de sangue que ocorram no hospital;
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de erros notificados na administração de derivados de sangue para cada segmento, durante o período em análise; ▪ Número total de unidades de derivados de sangue, para cada segmento, administradas, durante o período em análise.
Dedução	Não aplicável.
Pontos de penalização por desvio face	> VR: obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio

22.	Taxa de erros na administração de derivados de sangue, por segmento.
ao Valor de Referência (VR)	
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

23.	Taxa de altas com nota de alta hospitalar
Descrição	<p>Pretende monitorizar a elaboração atempada da nota de alta hospitalar dos Utentes que tenham estado internados no Hospital.</p> <p>A nota de alta hospitalar é um documento que resume a evolução do Episódio de Internamento, elaborado pelo médico.</p> <p>A nota de alta hospitalar deve conter no mínimo os seguintes dados:</p> <p>1. Identificação do hospital e serviço hospitalar:</p> <ol style="list-style-type: none"> Nome do estabelecimento, morada e contactos telefónicos; Identificação do serviço clínico que dá a alta; Identificação do enfermeiro responsável; Identificação do assistente social, quando aplicável; Identificação e rubrica do médico responsável. <p>2. Identificação do Utente:</p> <ol style="list-style-type: none"> N.º do Utente; Nome completo, data de nascimento e sexo do Utente; Morada de residência habitual do Utente. <p>3. Processo assistencial:</p> <ol style="list-style-type: none"> Data de Internamento; Motivo do Internamento; Data de alta; Motivo de alta: cura ou melhoria, alta voluntária, falecimento ou transferência para outro hospitalar para diagnóstico e/ou tratamento; Resumo do processo clínico e exploração física; Descrição da actividade assistencial, incluindo, os procedimentos cirúrgicos e/ou obstétricos, os resultados dos exames complementares, e outros procedimentos significativos (em caso de falecimento, se se tiver realizado a autópsia, serão indicados os resultados mais significativos da mesma); Diagnóstico principal; Outros diagnósticos, no caso de existirem; Recomendações terapêuticas (incluindo as consultas e exames a realizar após a alta).
Justificação	Disponibilizar em tempo adequado informação que é útil para o Uteute, os seus familiares, o médico de cuidados primários, as instituições de cuidados continuados e/ou para qualquer outro nível assistencial.
Medida da Falha	[Número total de notas de alta de Internamento definitivas, elaboradas e entregues aos Utente durante o período em análise, no prazo máximo de 10 dias após a alta de internamento / Número total de altas de Internamento durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Exclui:

23.	Taxa de altas com nota de alta hospitalar
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ As notas de alta hospitalar por falecimento.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numero total de notas de alta de Internamento definitivas, elaboradas e entregues aos Utente durante o período em análise, no prazo máximo de 10 dias após a alta de Internamento; ▪ Número total de altas de Internamento durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$< VR: 45 \times [1 - (\text{taxa verificada} / \text{valor de referência})]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

24.	Taxa de execução de técnicas com Consentimento Informado
Descrição	Pretende monitorizar o cumprimento de obtenção de consentimento informado por escrito relativamente a determinados actos ou técnicas. Nas situações em que o Utente, de acordo com o previsto na lei, não tenha capacidade legal para manifestar livremente a sua vontade, deve ser aplicado o disposto na lei.
Justificação	O consentimento informado é um direito que assiste ao Utente e um dever legal e ético dos profissionais de saúde.
Medida da Falha	[Número total de consentimentos informados assinados para procedimentos sujeitos a consentimento informado realizados durante o período em análise / Número total de procedimentos sujeitos a consentimento informado realizados durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Os seguintes procedimentos nos termos em que sejam legalmente admitidos: <ul style="list-style-type: none"> - Intervenções Cirúrgicas com anestesia geral ou regional; - Radiologia com contraste intravascular, radiologia de intervenção, radiologia com anestesia ou sedação; - Endoscopia; - Biopsia de órgãos com risco; - Doação e recepção de hemoderivados; - Extracção de órgãos e tecidos e células de origem humana de dadores vivos; - Autópsias clínicas (neste caso a aprovar pelo familiar ou representante legal); - Ensaios clínicos; - Técnicas de reprodução humana assistida; - Partos; - Interrupção da gravidez; - Esterilização. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Os seguintes procedimentos: <ul style="list-style-type: none"> - Autópsia médico-legal, de acordo com a legislação em vigor; - Autópsia para fins de ensino e investigação científica, de acordo com a

24.	Taxa de execução de técnicas com Consentimento Informado
	<p>legislação em vigor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Extracção de órgãos, tecidos e células de origem humana de dadores mortos não inscritos no Registo Nacional de Não Dadores. ▪ Emergências médicas ou outras situações legalmente previstas.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número total de consentimentos informados assinados para procedimentos sujeitos a consentimento informado realizados durante o período em análise; ▪ Número total de procedimentos sujeitos a consentimento informado realizados durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$< VR: 120 \times [1 - (\text{taxa verificada} / \text{valor de referência})]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	Não pode ser inferior a 95%

25.	Taxa de Doentes Ventilados da UCI Submetidos a Sedação e Analgesia
Descrição	<p>Pretende medir a adequabilidade da sedação e analgesia de Utentes submetidos a ventilação mecânica.</p> <p>Consideram-se níveis adequados de sedação e analgesia de Utentes submetidos a ventilação mecânica os valores 2, 3 e 4 da escala de Ramsey.</p>
Justificação	Este parâmetro representa uma medida da qualidade da atenção ao Utente crítico, uma vez que um Utente submetido a ventilação mecânica sem um nível adequado de sedação, para adaptação ao mecanismo artificial de que necessita para permanecer com a função respiratória, pode apresentar complicações graves, tais como hipoxemia, hipoventilação, barotrauma e alterações hemodinâmicas que podem não só pôr em grave risco a sua vida, como também aumentar os tempos de permanência na Unidade de Cuidados Intensivos.
Medida da Falha	$[\text{N.}^\circ \text{ de doentes saídos da Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise, que tenham estado sujeitos a ventilação mecânica e tenham sido submetidos a sedação e analgesia com nível adequado segundo a escala de Ramsay} / \text{Número de doentes saídos da Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise, que tenham estado sujeitos a ventilação mecânica}]$
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utentes submetidos a ventilação mecânica na Unidade de Cuidados Intensivos <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casos em que existe renúncia voluntária, expressa no consentimento informado.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N.º de doentes saídos da Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise, que tenham estado sujeitos a ventilação mecânica e tenham sido submetidos a sedação e analgesia com nível adequado segundo a escala de Ramsay; ▪ Número de doentes saídos da Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise, que tenham estado sujeitos a ventilação mecânica.
Dedução	Não aplicável.

25.	Taxa de Doentes Ventilados da UCI Submetidos a Sedação e Analgesia
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	< VR: Obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

26.	Taxa de Doentes Submetidos a Sedação e Analgesia em Procedimentos de Endoscopia e de Imagiologia
Descrição	<p>Pretende medir a sedação e analgesia consciente e profunda para procedimentos de endoscopia e de imagiologia.</p> <p>Este parâmetro pretende medir a sedação e analgesia no que respeita aos seguintes procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Broncoscopia com ou sem realização de biopsia; ▪ Gastrosocopia terapêutica; ▪ Colonoscopia terapêutica; ▪ Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica; ▪ Enteroscopia (diagnóstica e terapêutica); ▪ Videoendoscopia; ▪ Realização de TAC e de Ressonância Magnética a Utentes pediátricos, demenciados e que sofram de claustrofobia; ▪ Os seguintes procedimentos neurorradiológicos: (i) embolização de malformações artériovenosas, (ii) endoterapia de angiomas venosos, e (iii) vertebroplastia; ▪ Os seguintes processos intervencionistas: (i) colocação de filtros na veia cava inferior, (ii) colocação de <i>tips</i> portocava, (iii) dilatação da via biliar com balão, (iv) esfínterectomia, (v) colocação de endoprótese biliar, e (f) arteriografia pulmonar; ▪ Ecografia a Utentes submetidos a ablação percutânea de tumores hepáticos. <p>De acordo com as linhas orientadoras da <i>American Society of Anesthesiologists</i>, os níveis de sedação e analgesia classificam-se em: (i) sedação mínima, (ii) sedação/analgesia moderada (consciente), (iii) sedação/analgesia profunda e (iv) anestesia geral; com base nos seguintes critérios¹⁵: (i) resposta a estímulos; (ii) permeabilidade da via aérea, (iii) ventilação espontânea e (iv) função cardiovascular.</p> <p>A <u>sedação mínima</u> (geralmente administrada por via oral) caracteriza-se por: (i) resposta normal a estímulos verbais, (ii) via aérea controlada, (iii) ventilação espontânea normal, (iv) função cardiovascular normal.</p> <p>A <u>sedação/analgesia moderada ou sedação/analgesia consciente</u> (geralmente administrada por via oral e ou intravenosa) caracteriza-se por: (i) resposta apropriada a estímulos verbais ou tácteis (o reflexo de um estímulo doloroso não é considerada uma resposta apropriada), (ii) via aérea controlada, (iii) ventilação espontânea adequada e (iv) função cardiovascular usualmente adequada.</p> <p>A <u>sedação/analgesia profunda</u> (geralmente administrada por via intravenosa) apresenta as seguintes características: (i) resposta apropriada a estímulos repetidos e dolorosos (o reflexo de um estímulo doloroso não é considerada uma res-</p>

¹⁵ Aprovado pela ASA House of Delegates, October 13, 1999.

26.	Taxa de Doentes Submetidos a Sedação e Analgesia em Procedimentos de Endoscopia e de Imagiologia
	<p>posta apropriada), (ii) via aérea que pode exigir intervenção, (iii) ventilação espontânea que exige vigilância e controlo porque pode ser inadequada e (iv) função cardiovascular usualmente adequada, mas que exige vigilância e controlo.</p> <p>A <u>anestesia geral</u> (geralmente administrada por via intravenosa) caracteriza-se por: (i) ausência de resposta, inclusivamente a estímulos muito dolorosos, (ii) via aérea com necessidade de intervenção, (iii) ventilação espontânea inadequada, e (iv) função cardiovascular que exige vigilância e controlo exaustivos porque pode ser inadequada.</p>
Justificação	<p>A realização de determinadas técnicas e procedimentos exige, em alguns casos, a imobilização do Utente. Por outro lado, tendo em conta a evolução tecnológica actual, é possível aumentar o conforto do Utente evitando sofrimento desnecessário e contribuindo para: (i) diminuir o tempo de recuperação pós-procedimento, (ii) suprimir a dor como causa de profundas e graves alterações hemodinâmicas, diminuindo não só a iatrogenia como os custos associados à mesma, e (iii) aumentar a satisfação do Utente.</p>
Medida da Falha	<p>[N.º de doentes submetidos a sedação ou analgesia consciente e profunda, sujeitos a procedimentos assistenciais de endoscopia e imagiologia indicados na descrição, durante o período em análise / Número total de procedimentos assistenciais de endoscopia e imagiologia, indicados na descrição, realizados durante o período em análise]</p>
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utentes submetidos aos procedimentos indicados na descrição. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casos em que existe renúncia voluntária expressa no consentimento informado; ▪ Utentes que apenas necessitem de sedação mínima, de acordo com as linhas orientadoras da <i>American Society of Anesthesiologists</i>; ▪ Utentes que necessitem de anestesia geral, de acordo com as linhas orientadoras da <i>American Society of Anesthesiologists</i>.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N.º de doentes submetidos a sedação ou analgesia consciente e profunda, sujeitos a procedimentos assistenciais de endoscopia e imagiologia susceptíveis de ser realizados com sedação e analgesia consciente e profunda, durante o período em análise; ▪ Número total de procedimentos assistenciais de endoscopia e imagiologia realizados durante o período em análise, susceptíveis de sedação e analgesia consciente e profunda.
Dedução	Não aplicável.
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	< VR: Obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável
27.	Taxa de Doentes Submetidos a Sedação e Analgesia na Urgência
Descrição	Pretende medir a sedação e analgesia consciente e profunda no Serviço de Urgência.

27.	<p align="center">Taxa de Doentes Submetidos a Sedação e Analgesia na Urgência</p>
	<p>Este parâmetro pretende medir a sedação e analgesia no que respeita aos seguintes procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ cardioversão sincronizada; ▪ artrocenteses; ▪ toracocenteses; ▪ paracenteses; ▪ desbridamento de queimaduras; ▪ redução de fracturas; ▪ luxações ou hérnias; ▪ inserção de tubo de drenagem pleural ou de tubo de toracostomia. <p>De acordo com as linhas orientadoras da <i>American Society of Anesthesiologists</i>, os níveis de sedação e analgesia classificam-se em: (i) sedação mínima, (ii) sedação/analgesia moderada (consciente), (iii) sedação/analgesia profunda e (iv) anestesia geral; com base nos seguintes critérios¹⁶: (i) resposta a estímulos; (ii) permeabilidade da via aérea, (iii) ventilação espontânea e (iv) função cardiovascular.</p> <p>A <u>sedação mínima</u> (geralmente administrada por via oral) caracteriza-se por: (i) resposta normal a estímulos verbais, (ii) via aérea controlada, (iii) ventilação espontânea normal, (iv) função cardiovascular normal.</p> <p>A <u>sedação/analgesia moderada ou sedação/analgesia consciente</u> (geralmente administrada por via oral e ou intravenosa) caracteriza-se por: (i) resposta apropriada a estímulos verbais ou tácteis (o reflexo de um estímulo doloroso não é considerada uma resposta apropriada), (ii) via aérea controlada, (iii) ventilação espontânea adequada e (iv) função cardiovascular usualmente adequada.</p> <p>A <u>sedação/analgesia profunda</u> (geralmente administrada por via intravenosa) apresenta as seguintes características: (i) resposta apropriada a estímulos repetidos e dolorosos (o reflexo de um estímulo doloroso não é considerada uma resposta apropriada), (ii) via aérea que pode exigir intervenção, (iii) ventilação espontânea que exige vigilância e controlo porque pode ser inadequada e (iv) função cardiovascular usualmente adequada, mas que exige vigilância e controlo.</p> <p>A <u>anestesia geral</u> (geralmente administrada por via intravenosa) caracteriza-se por: (i) ausência de resposta, inclusivamente a estímulos muito dolorosos, (ii) via aérea com necessidade de intervenção, (iii) ventilação espontânea inadequada, e (iv) função cardiovascular que exige vigilância e controlo exaustivos porque pode ser inadequada.</p>
Justificação	<p>A realização de determinadas técnicas e procedimentos exige, em alguns casos, a imobilização do Utente. Por outro lado, tendo em conta a evolução tecnológica actual, é possível aumentar o conforto do Utente evitando sofrimento desnecessário e contribuindo para: (i) diminuir o tempo de recuperação pós-procedimento, (ii) minimizar o tempo de permanência na Urgência, (iii) suprimir a dor como causa de profundas e graves alterações hemodinâmicas, diminuindo não só a iatrogenia como os custos associados à mesma e (iv) aumentar a satisfação do Utente.</p>
Medida da Falha	<p>[N.º de doentes submetidos a sedação ou analgesia consciente e profunda, sujeitos a procedimentos assistenciais na urgência susceptíveis de ser realizados com sedação ou analgesia consciente e profunda, durante o período em análise / Número total de procedimentos assistenciais realizados susceptíveis de ser reali-</p>

¹⁶ Aprovado pela ASA House of Delegates, October 13, 1999.

201295

27.	Taxa de Doentes Submetidos a Sedação e Analgesia na Urgência
	zados com sedação ou analgesia consciente e profunda na Urgência, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> Utentes submetidos aos procedimentos indicados na descrição. Exclui: <ul style="list-style-type: none"> Casos em que existe renúncia voluntária expressa no consentimento informado; Utentes que apenas necessitem de sedação mínima, de acordo com as linhas orientadoras da <i>American Society of Anesthesiologists</i>; Utentes que necessitem de anestesia geral, de acordo com as linhas orientadoras da <i>American Society of Anesthesiologists</i>.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> N.º de doentes submetidos a sedação ou analgesia consciente e profunda, sujeitos a procedimentos assistenciais na Urgência susceptíveis de ser realizados com sedação ou analgesia consciente e profunda, durante o período em análise; Número total de procedimentos assistenciais realizados susceptíveis de ser realizados com sedação ou analgesia consciente e profunda na urgência, durante o período em análise.
Dedução	Não aplicável.
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	< VR: Obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

28.	Tempo Médio de Espera para triagem no Serviço de Urgência
Descrição	Pretende medir o tempo médio de espera dos Utentes para triagem no Serviço de Urgência.
Justificação	Este parâmetro representa uma medida da acessibilidade, em tempo adequado, à prestação de cuidados de saúde no Serviço de Urgência. O estabelecimento de sistemas de triagem no Serviço de Urgência tem por objectivo definir prioridades, garantindo o atendimento prioritário e rápido aos Utentes com maiores necessidades assistenciais face a Utentes que apresentem necessidades de menor complexidade.
Medida da Falha	[Somatório do tempo de espera entre o registo e a triagem para todos os Utentes registados na Urgência, durante o período em análise / Número total de Utentes registados na Urgência, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> Os Utentes registados na Urgência, independentemente do seu destino (alta pelo médico, alta voluntária, Internamento, transferência para outro hospital, falecimento, entre outros), sendo que no caso de abandono da Urgência pelo Utente, após registo e antes da triagem, para efeitos de cálculo deverá ser considerado o momento em que o Utente foi chamado para a triagem. Exclui: <ul style="list-style-type: none"> Os Utentes com acesso directo à prestação de cuidados assistenciais na urgência, em resultado da sua situação clínica.

28.	Tempo Médio de Espera para triagem no Serviço de Urgência
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Somatório do tempo de espera entre o registo e a triagem para todos os Utentes registados na Urgência, durante o período em análise; ▪ Número total de Utentes registados na Urgência, durante o período em análise.
Dedução	Anual (aplicável tendo em conta o definido no ponto 11 do Anexo VII)
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: $150 \times [(\text{tempo médio verificado} / \text{valor de referência}) - 1]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	O Valor de Referência não pode ser superior a 15 minutos.

29.	Tempo Médio de Espera Ajustado para Atendimento Após triagem na Urgência
Descrição	Pretende medir o tempo médio de espera dos Utentes entre a triagem e o momento em que recebem a primeira assistência médica, ajustado à casuística dos hospitais seleccionados do Grupo de Referência.
Justificação	<p>O estabelecimento de sistemas de triagem no Serviço de Urgência tem por objectivo definir prioridades, garantindo o atendimento prioritário e rápido aos Utentes com maiores necessidades assistenciais face a Utentes que apresentem necessidades de menor complexidade.</p> <p>Na medida em que o tempo de espera adequado entre a triagem e a primeira assistência médica varia consoante a classificação das necessidades dos Utentes, considera-se necessário calcular um tempo médio de espera ajustado, de forma a poder monitorizar com maior precisão os desvios que possam resultar de inadequabilidade no atendimento.</p>
Medida da Falha	<p>Somatório do tempo médio de espera dos Utentes entre a triagem e a primeira assistência médica, associado a cada nível de classificação, de acordo com o sistema de triagem de Manchester, ponderado pelo peso dos Utentes classificados no respectivo nível de triagem no total de Utentes submetidos a triagem nos hospitais do Grupo de Referência seleccionados para determinar o valor de referência.</p> <p>Mais concretamente, o tempo médio de espera ajustado para atendimento após triagem na Urgência calcula-se da seguinte forma:</p> $\sum_{i=1}^n [\text{Tempo médio de espera nível } i_{[Hosp]} \times \text{Peso nível } i_{[Grupo Ref.]}]$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Tempo médio de espera nível $i_{[Hosp]}$</i> = $\frac{\text{Somatório dos tempos de espera dos Utentes classificados no nível } i_{[Hosp]}}{N.º \text{ Utentes classificados no nível } i_{[Hosp]}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Somatório dos tempos de espera dos Utentes classificados no nível $i_{[Hosp]}$</i>, corresponde ao somatório do tempo de espera entre a triagem e a primeira assistência médica dos Utentes classificados no nível i do sistema de triagem de Manchester, no Hospital, durante o período em análise; ▪ <i>$N.º$ Utentes classificados no nível $i_{[Hosp]}$</i>, corresponde ao número total de Utentes que foram classificados, no Hospital, no nível i do sistema de

29.	<p align="center">Tempo Médio de Espera Ajustado para Atendimento Após triagem na Urgência</p>
	<p>triagem de Manchester, durante o período em análise.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ i corresponde ao nível de classificação de acordo com o sistema de triagem de Manchester; ▪ <i>Peso nível i [Grupo Ref.] =</i> $= \frac{\sum_{j=1}^m N.º \text{ Utentes classificados no nível } i_{\{Hospital\ j\}}}{\sum_{j=1}^m N.º \text{ Utentes triados no serviço de urgência}_{\{Hospital\ j\}}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ $N.º$ de Utentes classificados no nível $i_{\{Hospital\ j\}}$ corresponde ao número de Utentes classificados no nível i do sistema de triagem de Manchester, no hospital j, durante o período em análise; ▪ $N.º$ Utentes triados no Serviço de Urgência $\{Hospital\ j\}$, corresponde ao número total de Utentes que foram sujeitos à triagem de Manchester no hospital j, durante o período em análise; ▪ j, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência seleccionados. <p>O valor de referência para o tempo médio de espera ajustado para atendimento após triagem na urgência corresponderá a:</p> $= \frac{\sum_{j=1}^m \text{Somatório do tempo de espera dos Utentes}_{\{Hospital\ j\}}}{\sum_{j=1}^m N.º \text{ Utentes triados no serviço de urgência}_{\{Hospital\ j\}}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Somatório do tempo de espera dos Utentes $\{Hospital\ j\}$</i>, corresponde ao somatório do tempo de espera entre a triagem e a primeira assistência médica, para todos os Utentes submetidos à triagem de Manchester no hospital j, durante o período em análise; ▪ $N.º$ Utentes triados no Serviço de Urgência $\{Hospital\ j\}$, corresponde ao número total de Utentes submetidos à triagem de Manchester no hospital j, durante o período em análise; ▪ j, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência seleccionados.
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utentes submetidos a triagem no Serviço de Urgência, independentemente do seu destino (alta pelo médico, alta voluntária, Internamento, transferência para outro hospital, falecimento, entre outros), sendo que no caso de abandono da Urgência pelo Utente, após a triagem e antes da primeira assistência médica, para efeitos de cálculo deverá ser considerado o momento em que o Utente foi chamado para a primeira assistência médica.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> • Para cada nível de prioridade do sistema de triagem: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Tempo médio de espera nível i $\{Hosp\}$ =</i> $= \frac{\text{Somatório dos tempos de espera dos Utentes classificados no nível } i_{\{Hosp\}}}{N.º \text{ Utentes classificados no nível } i_{\{Hosp\}}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Somatório dos tempos de espera dos Utentes classificados no nível $i_{\{Hosp\}}$</i>, corresponde ao somatório do tempo de espera entre a triagem e a primeira assistência médica dos Utentes classificados no nível i do sis-

29.	Tempo Médio de Espera Ajustado para Atendimento Após triagem na Urgência
	<p>tema de triagem de Manchester, no Hospital, durante o período em análise;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>N.º Utentes classificados no nível $i_{(Hosp)}$</i>, corresponde ao número total de Utentes que foram classificados, no Hospital, no nível i do sistema de triagem de Manchester, durante o período em análise; ▪ i corresponde ao nível de classificação de acordo com o sistema de triagem de Manchester.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> VR: 150 \times [(tempo\ médio\ verificado / valor\ de\ referência) - 1]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

30.	Taxa de Doentes que permanecem na Urgência (excluindo a unidade de observação¹⁷) mais do que 3 horas
Descrição	<p>Pretende monitorizar os Utentes registados no Serviço de Urgência que permanecem neste serviço, excluindo a unidade de observação, mais do que 3 horas, independentemente do seu destino.</p> <p>Neste âmbito, entende-se por permanência no Serviço de Urgência, excluindo a unidade de observação, o período que decorre entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ o registo do Utente no Serviço de Urgência até ao momento de saída do serviço por alta (alta voluntária ou alta pelo médico), independentemente do destino final do utente (domicílio, Internamento, transferência para outros hospitais, falecimento, entre outros), para os Utentes que não tenham sido transferidos para a unidade de observação do Serviço de Urgência; ▪ o registo do Utente no Serviço de Urgência até ao momento da transferência para a unidade de observação, para os Utentes que tenham sido transferidos para a unidade de observação do Serviço de Urgência.
Justificação	<p>A prestação de um serviço de qualidade em urgências depende, entre outros aspectos, da organização funcional do serviço, assim como a existência de suportes que permitam prestar o serviço de forma e em tempo adequado.</p> <p>Este parâmetro permite identificar a possível existência de circuitos inadequados, défices de coordenação, lacunas de recursos, serviços de suporte insuficientes, entre outros, com impactos ao nível dos tempos de atendimento do Utente, em seu prejuízo.</p>
Medida da Falha	[Número de Utentes registados no Serviço de Urgência, durante o período em análise, que permanecem no serviço mais do que 3 horas, independentemente do destino, excluindo o tempo de permanência na unidade de observação/ Número total de Utentes registados no Serviço de Urgência, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utentes que saem do Serviço de Urgência com ou sem alta voluntária. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tempo de permanência na unidade de observação do Serviço de Urgência.

¹⁷ Ou outra designação atribuída funcionalmente à unidade de observação, desde que cumpra a respectiva função.

30.	Taxa de Doentes que permanecem na Urgência (excluindo a unidade de observação¹⁷) mais do que 3 horas
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de Utentes registados no Serviço de Urgência, durante o período em análise, que permanecem no serviço mais do que 3 horas, independentemente do destino, excluindo o tempo de permanência na unidade de observação; Número total de Utentes registados no Serviço de Urgência, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: 150 x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

31.	Taxa de Doentes que permanecem na Urgência (excluindo a unidade de observação¹⁸) mais do que 6 horas
Descrição	<p>Pretende monitorizar os Utentes registados no Serviço de Urgência que permanecem neste serviço, excluindo a unidade de observação, mais do que 6 horas, independentemente do seu destino.</p> <p>Neste âmbito, entende-se por permanência no Serviço de Urgência, excluindo a unidade de observação, o período que decorre entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> o registo do Utente no Serviço de Urgência até ao momento de saída do serviço por alta (alta voluntária ou alta pelo médico), independentemente do destino final do Utente (domicílio, Internamento, transferência para outros hospitais, falecimento, entre outros), para os Utentes que não tenham sido transferidos para a unidade de observação do Serviço de Urgência; o registo do Utente no Serviço de Urgência até ao momento da transferência para a unidade de observação, para os Utentes que tenham sido transferidos para a unidade de observação do Serviço de Urgência.
Justificação	<p>A prestação de um serviço de qualidade em urgências depende, entre outros aspectos, da organização funcional do serviço, assim como a existência de suportes que permitam prestar o serviço de forma e em tempo adequado.</p> <p>Este parâmetro permite identificar a possível existência de circuitos inadequados, défices de coordenação, lacunas de recursos, serviços de suporte insuficientes, entre outros, com impactos ao nível dos tempos de atendimento do utente, em seu prejuízo.</p>
Medida da Falha	[Número de Utentes registados no Serviço de Urgência, durante o período em análise, que permanecem no serviço mais do que 6 horas, independentemente do destino, excluindo o tempo de permanência na unidade de observação/ Número total de Utentes registados no Serviço de Urgência, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Utentes que saem do Serviço de Urgência com ou sem alta voluntária. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tempo de permanência na unidade de observação do Serviço de Urgência.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de Utentes registados no Serviço de Urgência, durante o período em análise, que permanecem no serviço mais do que 6 horas, independentemente

¹⁸ Ou outra designação atribuída funcionalmente à unidade de observação, desde que cumpra a respectiva função.

31.	Taxa de Doentes que permanecem na Urgência (excluindo a unidade de observação¹⁸) mais do que 6 horas
	te do destino, excluindo o tempo de permanência na unidade de observação; <ul style="list-style-type: none"> ▪ Número total de Utentes registados no Serviço de Urgência, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao VR⁽²⁾	> VR: 150 x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

32.	Taxa de Readmissão na Urgência no Período até 24 horas
Descrição	Pretende medir as readmissões de Utentes no Serviço de Urgência num prazo de 24 horas, independentemente do motivo da readmissão.
Justificação	Este parâmetro representa uma medida indirecta da qualidade dos serviços de saúde prestados. Mais concretamente, os regressos não programados ao Serviço de Urgência num curto espaço de tempo poderiam muitas vezes ser evitados, quer através de um diagnóstico e tratamento adequado na primeira deslocação do Utente, quer através de um melhor esclarecimento do Utente sobre como continuar o tratamento ou avaliar os sintomas. No entanto, é complexo comprovar se o motivo de retorno do Utente ao Serviço de Urgência é o mesmo que o fez dirigir ao serviço no momento anterior (uma complicação, um sintoma incorrectamente diagnosticado na primeira admissão ou um novo sintoma poderiam prejudicar a fiabilidade dos dados). Neste sentido, é preferível analisar um indicador que considere os regressos ao Serviço de Urgência por qualquer motivo, uma vez que deste modo o enviesamento é menor e menos relevante. ¹⁹
Medida da Falha	[Número de Utentes que regressam à Urgência, durante o período em análise, num prazo de 24 horas do atendimento anterior, por qualquer motivo / Número de Utentes atendidos na Urgência, por qualquer motivo]
Inclui/Exclui	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urgências pediátricas; ▪ Urgências obstétricas.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de Utentes que regressam à Urgência, durante o período em análise, num prazo de 24 horas do atendimento anterior, por qualquer motivo; ▪ Número de Utentes atendidos na Urgência, por qualquer motivo.
Dedução	Não aplicável.
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: Obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

¹⁹ *Sociedad Española de Medicina de Urgencias e Emergencias; Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias*

33.	Taxa de Readmissão na Urgência no Período até 72 horas com Internamento
Descrição	Pretende medir as readmissões de Utentes no Serviço de Urgência num prazo de 72 horas, com subsequente internamento, independentemente do motivo da readmissão.
Justificação	<p>A monitorização deste parâmetro tem como objectivo principal controlar situações em que não se tenha realizado um diagnóstico e tratamento adequado ou em que tenham surgido complicações com gravidade suficiente para originar o internamento do Utente num período até 72 horas após a deslocação anterior ao Serviço de Urgência.</p> <p>Na medida em que é complexo comprovar se o motivo de retorno do Utente ao Serviço de Urgência é exactamente o mesmo que o fez dirigir ao serviço no momento anterior (uma complicação, um sintoma incorrectamente diagnosticado na primeira admissão ou um novo sintoma poderiam prejudicar a fiabilidade dos dados) é preferível analisar um indicador que considere os regressos ao Serviço de Urgência por qualquer motivo, uma vez que deste modo o enviesamento é menor e menos relevante.²⁰</p>
Medida da Falha	[Número de Utentes que regressam à Urgência, durante o período em análise, no prazo de 72 horas do atendimento anterior, por qualquer motivo, com internamento posterior / Número de Utentes atendidos na Urgência, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utentes transferidos para Internamento noutra hospital. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urgências pediátricas; ▪ Urgências obstétricas.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de Utentes que regressam à Urgência, durante o período em análise, no prazo de 72 horas do atendimento anterior, por qualquer motivo, com internamento posterior; ▪ Número de Utentes atendidos na Urgência, durante o período em análise.
Dedução	Não aplicável.
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: Obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

34.	Taxa de Utentes que abandonam o Serviço de Urgência após a Triagem sem serem atendidos
Descrição	<p>Pretende medir a percentagem de Utentes que abandonam o Serviço de Urgência sem um atendimento completo.</p> <p>Neste âmbito, considera-se atendimento completo em urgências o período que decorre entre a triagem do Utente no Serviço de Urgência até à alta clínica da urgência, incluindo, o diagnóstico, a realização de exames complementares de diagnóstico, a realização de tratamentos, a monitorização na unidade de observação, quando necessários, e o registo da alta clínica da urgência, independente-</p>

²⁰ Sociedad Española de Medicina de Urgencias e Emergencias; Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias

34.	Taxa de Utentes que abandonam o Serviço de Urgência após a Triagem sem serem atendidos
	mente do destino final do Utente (domicílio, Internamento, transferência para outros hospitais falecimento, entre outros). Neste sentido, entende-se por Utentes que abandonam o Serviço de Urgência após Triagem sem um atendimento completo, a saída de um Utente do Serviço de Urgência, sem que tenha sido registada a alta clínica da Urgência.
Justificação	O abandono por parte dos Utentes após Triagem sem atendimento completo é um indicador de insatisfação dos Utentes no que respeita à qualidade ou à acessibilidade aos serviços de urgência. Uma vez avaliado este indicador, será importante investigar as possíveis causas de abandono, nomeadamente a sua relação com os circuitos assistenciais projectados, a dotação de recursos, entre outros.
Medida da Falha	[Número de doentes sujeitos a Triagem no Serviço de Urgência, durante o período em análise, que abandonam o Serviço de Urgência sem atendimento completo / Número de doentes sujeito a Triagem no Serviço de Urgência, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utentes que abandonam o Serviço de Urgência, sem atendimento completo, sem qualquer comunicação formal; ▪ Utentes que abandonam o Serviço de Urgência, sem atendimento completo, que solicitam formalmente a alta voluntária. Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utentes classificados com a cor azul ou verde, de acordo com o sistema de triagem de Manchester
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de doentes sujeitos a triagem no Serviço de Urgência, durante o período em análise, que abandonam o Serviço de Urgência sem atendimento completo; ▪ Número de doentes sujeitos a Triagem no Serviço de Urgência, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: $120 \times [(taxa\ verificada / valor\ de\ referência) - 1]$ pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

35.	Taxa de Ocorrência de Quedas de Utentes Após Triagem na Urgência
Descrição	Pretende medir as quedas de Utentes após Triagem no Serviço de Urgência, durante a sua permanência neste serviço. Neste âmbito, entende-se por permanência no Serviço de Urgência o período que decorre entre a Triagem do Utente no Serviço de Urgência até ao momento de saída do serviço por alta (alta voluntária ou alta clínica da urgência), independentemente do destino final do Utente (domicílio, Internamento, transferência para outros hospitais, falecimento, entre outros).
Justificação	A avaliação deste parâmetro é uma medida indirecta do nível de cuidados do pessoal enfermagem e do pessoal auxiliar de enfermagem, assim como do pessoal responsável pelo transporte de Utentes no interior do hospital.

35.	Taxa de Ocorrência de Quedas de Utentes Após Triagem na Urgência
Medida da Falha	[Número de quedas de doentes sujeitos a Triagem no Serviço de Urgência, durante o período em análise / Número de doentes registados no Serviço de Urgência, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> Quedas ocorridas após Triagem no Serviço de Urgência; Quedas ocorridas no interior do hospital durante as deslocações para a realização de exames complementares de diagnóstico ou a deslocação a outros serviços por solicitação do Serviço de Urgência.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de quedas de doentes sujeitos a Triagem no Serviço de Urgência, durante o período em análise; Número de doentes sujeitos a Triagem no Serviço de Urgência, durante o período em análise.
Dedução	Não aplicável.
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

N.º 3 da Cláusula 38.ª do Contrato – Número de Episódios de Internamento da Produção Efectiva por GCD face à Produção Prevista

36.	Número de Episódios de Internamento da Produção Efectiva por GCD
Descrição	Permite verificar se o número de Episódios de Internamento da Produção Efectiva em cada uma das GCD não é inferior, em cada ano, a 40% do número total de Episódios de Internamento que constituem a Produção Prevista desse ano, em cada GCD. Não são consideradas as GCD cujo número de Episódios de Internamento da Produção Prevista seja inferior a 150 episódios.
Justificação	A identificação de divergências entre a Produção Prevista e a Produção Efectiva é crucial para a avaliação da capacidade de atracção do Estabelecimento Hospitalar, permitindo desenvolver os esforços necessários para a resolução atempada de situações em que a Produção Efectiva seja significativamente inferior à Produção Prevista.
Medida da Falha	[Número de Episódios de Internamento da Produção Efectiva por GCD / Número de Episódios de Internamento da Produção Prevista desse ano por GCD]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> Episódios de Internamento da Produção Efectiva.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de Episódios de Internamento da Produção Efectiva por GCD; Número de Episódios de Internamento da Produção Prevista desse ano por GCD.
Dedução	Anual
Pontos de penaliza-	Taxa verificada por GCD < 40%: (-150 x taxa verificada por GCD + 60) pontos

36.	Número de Episódios de Internamento da Produção Efectiva por GCD
ção por desvio face ao Valor de Referência (VR)	
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

N.º 5 da Cláusula 38.ª do Contrato – Número de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva por GCD face à Produção Prevista

37.	Número de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva por GCD
Descrição	<p>Permite verificar se o número de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva em cada uma das GCD não é inferior, em cada ano, a 40% do número total de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório que constituem a Produção Prevista desse ano, em cada GCD.</p> <p>Não são consideradas as GCD cujo número de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Prevista represente, em cada ano, menos de 3% do total da Produção Prevista de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório desse ano.</p>
Justificação	A identificação de divergências entre a Produção Prevista e a Produção Efectiva é crucial para a avaliação da capacidade de atracção do Estabelecimento Hospitalar, permitindo desenvolver os esforços necessários para a resolução atempada de situações em que a Produção Efectiva seja significativamente inferior à Produção Prevista.
Medida da Falha	[Número de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva por GCD / Número de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Prevista desse ano por GCD]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva por GCD; ▪ Número de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Prevista desse ano por GCD.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	Taxa verificada por GCD <40%: (-37,5 x taxa verificada por GCD + 15) pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável

N.º 3 da Cláusula 40.ª do Contrato – Taxa de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva

38.	Taxa de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva
Descrição	Pretende medir o peso relativo das Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva no total das Intervenções Cirúrgicas da Produção Efectiva, permitindo verificar se foi atingido o objectivo anualmente fixado.
Justificação	A taxa de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório é um indicador relevante de qualidade e de eficiência, na medida em que o tratamento cirúrgico de muitos dos doentes em regime de ambulatório contribui para diminuir os tempos de Internamento e as listas de espera, com consequentes benefícios sócio-familiares, económicos e psicológicos para o doente.
Medida da Falha	[Número de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva/ Número de Intervenções Cirúrgicas totais da Produção Efectiva]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> Intervenções Cirúrgicas da Produção Efectiva.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva; Número de Intervenções Cirúrgicas totais da Produção Efectiva.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	<p><Objectivo fixado: $150 \times [1 - (\text{taxa verificada} / \text{valor de referência})]$ pontos</p> <p>O Valor de Referência corresponde ao valor médio dos resultados médios obtidos pelos hospitais do Grupo de Referência com valores superiores à mediana, no período de avaliação em causa, não podendo, no entanto, ser inferior ao limite estabelecido no n.º 3 da Cláusula 40.ª</p>
Limite ao Valor de Referência	De acordo com o n.º 4 da Cláusula 40.ª do Contrato.

Handwritten signatures and initials in the top right corner, including a blue ink signature.

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner.



Remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento

APÊNDICE 2

Parâmetros de Desempenho de Serviço

[Handwritten signatures in blue ink]

[Handwritten signatures in black ink]

N.ºs 3, 4, 5 e 6 da Cláusula 38.ª do Contrato

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 1
Descrição	A Entidade Gestora do Estabelecimento apresentou, conforme previsto no n.º 7 da Cláusula 38.ª, diagnóstico e plano de medidas para corrigir problemas quanto aos objectivos de produção constantes dos n.ºs 3, 4, 5 e 6 da Cláusulas 38.ª.
Medida da Falha	Número de dias de atraso face à data prevista de entrega constante do n.º 7 da Cláusula 38.ª.
Dedução	Ocasional
Requisitos do sistema de monitorização	<ul style="list-style-type: none"> – Registo da verificação da aplicação do n.º 7 da Cláusula 38.ª. – Registo da data de entrega/ data de notificação electrónica ao Gestor do Contrato, se aplicável. – Manutenção de cópia electrónica dos documentos pelo prazo legalmente fixado.
Pontos de penalização	Mín (25; N.º de dias de atraso x 25/30) pontos
Período Aplicável	Duração do Contrato

N.º 4 da Cláusula 41.ª do Contrato

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 2
Descrição	A codificação dos Episódios de Internamento e das Intervenções em Cirurgia de Ambulatório é realizada dentro dos prazos estabelecidos no regulamento interno do núcleo de codificação.
Medida da Falha	[Número de Episódios de Internamento e de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório codificados fora do prazo estabelecido no regulamento interno do núcleo de codificação / Número de Episódios de Internamento e de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva]

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 2
Dedução	Anual
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> - Número de Episódios de Internamento e de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório codificados fora do prazo estabelecido no regulamento interno do núcleo de codificação - Número de Episódios de Internamento e de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva
Requisitos do sistema de monitorização	<ul style="list-style-type: none"> - Registo da data da alta do Internamento e da data da Intervenção em Cirurgia de Ambulatório. - Registo da data de codificação.
Pontos de penalização	Min (15; 300 x Número de Episódios de Internamento e de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório codificados fora do prazo estabelecido no regulamento interno do núcleo de codificação/ Número de Episódios de Internamento e de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva) pontos
Período Aplicável	Duração do Contrato

wh
 Fil
 R
 R

N.º 2 da Cláusula 63.ª do Contrato

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 3
Descrição	A Entidade Gestora do Estabelecimento dispõe de Livro de Reclamações disponível em permanência.
Medida da Falha	Sim/ Não
Dedução	Anual
Requisitos do sistema de monitorização	Não aplicável
Pontos de	25 pontos

R
 Fil
 R
 R

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 3
penalização	
Período Aplicável	Duração do Contrato

N.º 4 da Cláusula 62.ª do Contrato

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 4
Descrição	As comissões de apoio técnico elaboram e entregam relatórios anuais de actividades, no prazo previsto no n.º 4 da Cláusula 62.ª.
Medida da Falha	Número de dias de atraso face à data prevista de entrega constante do n.º 4 da Cláusula 62.ª.
Dedução	Anual
Requisitos do sistema de monitorização	<ul style="list-style-type: none"> - Registo da data de entrega/ data de notificação electrónica ao Gestor do Contrato. - Manutenção de cópia electrónica dos relatórios pelo prazo legalmente fixado.
Pontos de penalização	Min (15; N.º de dias de atraso x 15/30) pontos
Período Aplicável	Duração do Contrato

N.º 2 da Cláusula 49.ª do Contrato

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 5
Descrição	A Entidade Gestora do Estabelecimento apresentou diagnóstico e plano de medidas para corrigir os problemas relativos à cobrança de Receitas de Terceiros Pagadores, no prazo estabelecido no n.º 2 da Cláusula 49.ª.

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 5
Medida da Falha	Número de dias de atraso face à data prevista de entrega constante do n.º 2 da Cláusula 49.ª.
Dedução	Ocasional
Requisitos do sistema de monitorização	<ul style="list-style-type: none"> – Registo da data de recepção da informação solicitada no ponto 4 do apêndice 3 do Anexo V. – Registo da verificação da necessidade de elaborar plano de medidas correctivas, nos termos do n.º 2 da Cláusula 49.ª – Registo da data de entrega/ data de notificação electrónica ao Gestor do Contrato, se aplicável. – Manutenção de cópia electrónica dos documentos apresentados pelo prazo legalmente fixado.
Pontos de penalização	Min (40; Nº de dias de atraso x 40/30) pontos
Período Aplicável	Duração do Contrato

N.ºs 2 e 3 da Cláusula 129.ª do Contrato

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 6
Descrição	A Entidade Gestora do Estabelecimento entregou toda a informação anual exigida nos termos da Cláusula 129.ª, n.ºs 2 e 3.
Medida da Falha	Número de dias de atraso face à data prevista de entrega constante da alínea a) do n.º 10 da Cláusula 129.ª.
Dedução	Anual
Requisitos do sistema de monitorização	<ul style="list-style-type: none"> – Registo da data de entrega/ data de notificação electrónica ao Gestor do Contrato. – Manutenção de cópia electrónica da informação pelo prazo legalmente fixado.

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 6
Pontos de penalização	Mín (25; N.º de dias de atraso x 25/30) pontos
Período Aplicável	Duração do Contrato

N.º 4 da Cláusula 129.ª do Contrato

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 7
Descrição	A Entidade Gestora do Estabelecimento entregou toda a informação anual exigida nos termos da Cláusula 129.ª n.º 4, excluindo a informação anual constante dos Parâmetros de Desempenho de serviço da Entidade Gestora do Estabelecimento números 4, 9, 11 e 21.
Medida da Falha	Número de dias de atraso face à data prevista de entrega da informação anual constante da alínea a) do n.º 10 da Cláusula 129.ª.
Dedução	Anual
Requisitos do sistema de monitorização	<ul style="list-style-type: none"> - Registo da data de entrega / data de notificação electrónica ao Gestor do Contrato. - Manutenção de cópia electrónica da informação entregue pelo prazo legalmente fixado.
Pontos de penalização	Mín (25; N.º de dias de atraso x 25/30) pontos
Período Aplicável	Duração do Contrato

N.º 4 da Cláusula 129.ª do Contrato

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 8
--	---

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 8
Descrição	A Entidade Gestora do Estabelecimento entregou toda a informação trimestral e semestral exigida nos termos da Cláusula 129.ª n.º 4, excluindo a informação semestral constante dos Parâmetros de Desempenho de serviço n.ºs 10 e 20.
Medida da Falha	Número de dias de atraso face à data prevista de entrega da informação trimestral constante da alínea b) do n.º 10 da Cláusula 129.ª.
Dedução	Trimestral/semestral
Requisitos do sistema de monitorização	<ul style="list-style-type: none"> - Registo da data de entrega / data de notificação electrónica ao Gestor do Contrato. - Manutenção de cópia electrónica da informação entregue pelo prazo legalmente fixado.
Pontos de penalização	Min (6.25; Nº dias atraso x 6.25/30) pontos
Período Aplicável	Duração do Contrato

N.º 6 da Cláusula 41.ª do Contrato

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 9
Descrição	A Entidade Gestora do Estabelecimento apresenta relatório anual de actividades, no prazo previsto no n.º 6 da Cláusula 41.ª.
Medida da Falha	Número de dias de atraso face à data prevista de entrega da informação anual constante no n.º 6 da Cláusula 41.ª.
Dedução	Anual
Requisitos do sistema de monitorização	<ul style="list-style-type: none"> - Registo da data de entrega/ data de notificação electrónica ao Gestor do Contrato. - Manutenção de cópia electrónica dos relatórios pelo prazo legalmente fixado.

Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 9	
Pontos de penalização	Min (15; Nº dias atraso x 15/30) pontos
Período Aplicável	Duração do Contrato

N.º 4 da Cláusula 42.ª do Contrato

Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 10	
Descrição	A Entidade Gestora do Estabelecimento apresenta relatório semestral das actividades de triagem, no prazo previsto na alínea b) do n.º 10 da Cláusula 129.ª.
Medida da Falha	Número de dias de atraso face à data prevista de entrega da informação semestral constante da alínea b) do n.º 10 da Cláusula 129.ª.
Dedução	Semestral
Requisitos do sistema de monitorização	<ul style="list-style-type: none"> – Registo da data de entrega/ data de notificação electrónica ao Gestor do Contrato. – Manutenção de cópia electrónica dos relatórios pelo prazo legalmente fixado.
Pontos de penalização	Min (6,25; Nº dias atraso x 6,25/30) pontos
Período Aplicável	Após a conclusão da implementação do sistema de triagem.

N.º 6 da Cláusula 61.ª do Contrato

Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 11	
Descrição	A Entidade Gestora do Estabelecimento Hospitalar apresenta o relatório anual

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 11
	sobre o sistema de gestão da qualidade, no prazo previsto no n.º 6 da Cláusula 61.ª.
Medida da Falha	Número de dias de atraso face à data de entrega prevista no n.º 6 da Cláusula 61.ª.
Dedução	Anual
Requisitos do sistema de monitorização	<ul style="list-style-type: none"> - Registo da data de entrega/ data de notificação electrónica ao Gestor do Contrato. - Manutenção de cópia electrónica dos relatórios pelo prazo legalmente fixado.
Pontos de penalização	Min (25; Nº dias atraso x 25/30) pontos
Período Aplicável	Após a conclusão da implementação do sistema de gestão de qualidade.

Anexo VII – 3.8 a)

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 12
Descrição	A Entidade Gestora do Estabelecimento apresentou o plano de medidas correctivas a que se refere a alínea a) do n.º 3.8 do Anexo VII.
Medida da Falha	Número de dias de atraso face à data de entrega prevista na alínea a) do n.º 3.8 do Anexo VII
Dedução	Ocasional
Requisitos do sistema de monitorização	<ul style="list-style-type: none"> - Registo da data de reporte de valores insatisfatórios para qualquer um dos Parâmetros de Desempenho. - Registo da data de entrega/ data de notificação electrónica ao Gestor do Contrato. - Manutenção de cópia electrónica dos documentos apresentados pelo prazo legalmente fixado.

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 12
Pontos de penalização	Mín (25; N.º dias atraso x 25/30) pontos
Período Aplicável	Duração do Contrato


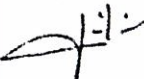

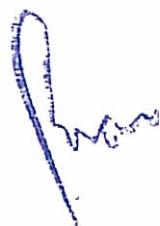
Anexo VII – 4

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 13
Descrição	A Entidade Gestora do Estabelecimento Hospitalar realizou o inquérito de satisfação dos Utentes na data prevista no n.º 4 do Anexo VII.
Medida da Falha	Número de dias de atraso face à data prevista de realização do inquérito constante do n.º 4 do Anexo VII.
Dedução	Anual
Requisitos do sistema de monitorização	<ul style="list-style-type: none"> – Registo da data de realização do inquérito. – Registo dos resultados do inquérito.
Pontos de penalização	Mín (50; N.º de dias de atraso x 50/30) pontos
Período Aplicável	Duração do Contrato

Anexo VII – 5


	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 14
Descrição	A Entidade Gestora do Estabelecimento Hospitalar realizou o inquérito de satisfação dos profissionais na data prevista no n.º 5 do Anexo VII.

Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 14	
Medida da Falha	Número de dias de atraso face à data prevista de realização do inquérito constante do n.º 5 do Anexo VII.
Dedução	Anual
Requisitos do sistema de monitorização	<ul style="list-style-type: none"> - Registo da data de realização do inquérito. - Registo dos resultados do inquérito.
Pontos de penalização	Min (50; N.º de dias de atraso x 50/30) pontos
Período Aplicável	Duração do Contrato

N.º 9 da Cláusula 53.ª do Contrato e Anexo VII – 4.7

Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 15	
Descrição	A Entidade Gestora do Estabelecimento apresentou um plano de medidas correctivas a que se refere a Cláusula 53.ª, n.º 9, e o n.º 4.7 do Anexo VII.
Medida da Falha	Número de dias de atraso face à data prevista no n.º 9 da Cláusula 53.ª.
Dedução	Ocasional
Requisitos do sistema de monitorização	<ul style="list-style-type: none"> - Registo da necessidade de elaborar plano de medidas correctivas. - Registo da data de entrega/ data de notificação electrónica ao Gestor do Contrato, se aplicável. - Manutenção de cópia electrónica dos documentos apresentados pelo prazo legalmente fixado.
Pontos de penalização	Min (12,5; N.º de dias de atraso x 12,5/30) pontos
Período Aplicável	Duração do Contrato






Anexo VII – 6.5 a)

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 16
Descrição	A Entidade Gestora do Estabelecimento apresentou um plano de medidas correctivas a que se refere a alínea a) do n.º 6.5 do Anexo VII.
Medida da Falha	Número de dias de atraso face à data prevista na alínea a) do n.º 6.5 do Anexo VII.
Dedução	Ocasional
Requisitos do sistema de monitorização	<ul style="list-style-type: none">– Registo da necessidade de elaborar plano de medidas correctivas.– Registo da data de entrega/ data de notificação electrónica ao Gestor do Contrato, se aplicável.– Manutenção de cópia electrónica dos documentos apresentados pelo prazo legalmente fixado.
Pontos de penalização	Min (40; N.º de dias de atraso x 40/30) pontos
Período Aplicável	A partir da data mais cedo entre: (i) a data de obtenção da acreditação completa ou (ii) após dois anos contados da data de Conclusão da Transferência do Estabelecimento Hospitalar para o Novo Edifício Hospitalar

Anexo VII – 6.5 c)

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 17
Descrição	A Entidade Gestora do Estabelecimento promoveu a auditoria parcelar do Estabelecimento Hospitalar e obteve da entidade acreditadora o relatório comprovativo a que se refere a alínea c) do n.º 6.5 do Anexo VII.
Medida da Falha	Número de dias de atraso face à data prevista na alínea c) do n.º 6.5 do Anexo VII.

Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 17	
Dedução	Ocasional
Requisitos do sistema de monitorização	Não aplicável
Pontos de penalização	Min (40; N.º de dias de atraso x 40/30) pontos
Período Aplicável	A partir da data mais cedo entre: (i) a data de obtenção da acreditação completa ou (ii) após dois anos contados da data de Conclusão da Transferência do Estabelecimento Hospitalar para o Novo Edifício Hospitalar

N.º 6 da Clausula 71.ª do Contrato

Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 18	
Descrição	A Entidade Gestora do Estabelecimento dispõe de um inventário actualizado dos Equipamentos e Sistemas Médicos, nos termos do Anexo X.
Medida da Falha	Sim/ Não
Dedução	Anual
Requisitos do sistema de monitorização	Manutenção de uma base de dados onde conste a informação, bem como as sucessivas alterações efectuadas, pelo prazo legalmente fixado.
Pontos de penalização	25 pontos
Período Aplicável	Duração do Contrato

N.º 6 da Cláusula 71.ª do Contrato

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 19
Descrição	A Entidade Gestora do Estabelecimento dispõe de um Plano de Renovação de Equipamentos e Sistemas Médicos, atualizado.
Medida da Falha	Sim/ Não
Dedução	Anual
Requisitos do sistema de monitorização	Manutenção de todos os documentos em formato electrónico, disponibilizando as diferentes versões, pelo prazo legalmente fixado.
Pontos de penalização	25 pontos
Período Aplicável	Após a Conclusão da Transferência para o Novo Edifício Hospitalar

N.º 4 da Cláusula 129.ª do Contrato

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 20
Descrição	A Entidade Gestora do Estabelecimento apresentou relatórios para o primeiro semestre de manutenção de Equipamentos e Sistemas Médicos
Medida da Falha	Número de dias de atraso face à data prevista na alínea b) do n.º 10 da Cláusula 129.ª.
Dedução	Anual
Requisitos do sistema de monitorização	<ul style="list-style-type: none">– Registo da data de entrega/ data de notificação electrónica ao Gestor do Contrato.– Manutenção de cópia electrónica dos relatórios pelo prazo legalmente fixado.

Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 20	
Pontos de penalização	Min (12,5; N.º de dias de atraso x 12,5/30) pontos
Período Aplicável	Duração do Contrato

N.º 4 da Cláusula 129.ª do Contrato

Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 21	
Descrição	A Entidade Gestora do Estabelecimento apresentou relatórios anuais de manutenção de Equipamentos e Sistemas Médicos.
Medida da Falha	Número de dias de atraso face à data prevista na alínea a) do n.º 10 da Cláusula 129.ª.
Dedução	Anual
Requisitos do sistema de monitorização	<ul style="list-style-type: none"> - Registo da data de entrega/ data de notificação electrónica ao Gestor do Contrato. - Manutenção de cópia electrónica dos relatórios pelo prazo legalmente fixado.
Pontos de penalização	Min (12,5; N.º de dias de atraso x 12,5/30) pontos
Período Aplicável	Duração do Contrato

Anexo XVI

Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 22	
Descrição	A Entidade Gestora do Estabelecimento dispõe de Programa de Formação Inicial para todo o pessoal, devidamente actualizado.

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 22
Medida da Falha	Sim/ Não
Dedução	Anual
Requisitos do sistema de monitorização	<ul style="list-style-type: none"> – Registo da data de comunicação à Entidade Pública Contratante. – Manutenção de cópia electrónica dos documentos pelo prazo legalmente fixado.
Pontos de penalização	25 pontos
Período Aplicável	Duração do Contrato

Anexo XVI

	Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 23
Descrição	A Entidade Gestora do Estabelecimento dispõe de Programa de Formação do Pessoal, devidamente actualizado
Medida da Falha	Sim/ Não
Dedução	Anual
Requisitos do sistema de monitorização	Manutenção de cópia electrónica dos documentos desenvolvidos, pelo prazo legalmente fixado.
Pontos de penalização	25 pontos
Período Aplicável	Duração do Contrato



Remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento

[Handwritten signatures]

APÊNDICE 3

Informação a prestar pela Entidade Pública Contratante

[Handwritten signatures]

1 Introdução

O não envio da informação a que se refere o presente apêndice não constitui a Entidade Pública Contratante em incumprimento, apenas dando origem à não aplicação das deduções que decorram dos Parâmetros de Desempenho para os quais não tenha sido prestada a respectiva informação.

2 Informação a remeter pela Entidade Pública Contratante no âmbito do apêndice 1 ao Anexo V

2.1 A informação trimestral constante da tabela seguinte deve ser remetida pela Entidade Pública Contratante à Entidade Gestora do Estabelecimento até 45 dias após o final de cada trimestre em análise:

Ref.	Designação do Parâmetro de Desempenho	Hospitais do Grupo de Referência				
		Hosp. 1	Hosp. 2	Hosp. 3	(...)	Hosp. n
A6	Taxa de Primeiras Consultas da Produção Efectiva					
A7	Taxa de Cancelamento de Consultas Externas					
A8	Taxa de Cancelamento de Intervenções Cirúrgicas					
A9	Taxa de Mortalidade Neonatal					
A10	Taxa de Mortalidade Pós-Operatória					
A11	Taxa de Mortalidade Durante o Acto Operatório					
A12	Taxa de Mortalidade no Internamento					
A13	Mortalidade Materna					
A14	Mortalidade Perinatal					
A15	Tempo médio de estadias pré-cirúrgicas					
A16	Taxa de Realização de Cesarianas					
A17	Taxa de Internamentos Urgentes da mesma GCD					
A18	Taxa de Reinternamento					
A19	Taxa de Altas Voluntárias de Internamento					
B1	Taxa de Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea em Utentes submetidos a Cateterização Intravascular					

Ref.	Designação do Parâmetro de Desempenho	Hospitais do Grupo de Referência				
		Hosp. 1	Hosp. 2	Hosp. 3	(...)	Hosp. n
	Central (CVC)					
B2	Taxa de Infecção Urinária em Doentes Internados Algalhados					
B3a	Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 0					
B3b	Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 1					
B3c	Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 2					
B3d	Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 3					
B4	Taxa de Infecção Respiratória Associada a Ventilação Mecânica na UCI					
B5	Tempo médio de espera para a realização de Primeiras Consultas Externas					
B6	Tempo Médio de Espera no dia da Consulta Externa					
B7	Tempo Médio de Espera no dia da Sessão de Hospital de Dia Médico					
B8	Taxa de Cancelamento de Sessões de Hospital de Dia					
B9	Tempo médio de espera para internamento cirúrgico programado					
B10	Tempo médio de espera para Intervenção em Cirurgia de Ambulatório programada					
B11	Taxa de admissões não programadas posteriores a procedimentos ambulatoriais					
B12	Taxa de execução de relatórios operatórios sobre o total de Intervenções Cirúrgicas					
B13	Taxa de Partos com Anestesia Epidural					
B14	Taxa de Ocorrência de Quedas em Doentes Internados					
B15	Taxa de Regressos a Unidades de Cuidados Intensivos					
B16	Taxa de Regressos não Programados ao Bloco Operatório					
B17	Taxa de Ocorrência de Complicações Anestésicas					
B18	Taxa de Ocorrência de Apendicectomias com Diagnóstico Anatomopatológico Compatível com a Normalidade					
B19	Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão					
B20	Taxa de ocorrência de reacções imediatas a transfusões					
B21	Taxa de Notificações de Reacções Adversas à Medicação					
B22	Taxa de erros na administração de derivados de sangue, por segmento.					

Ref.	Designação do Parâmetro de Desempenho	Hospitais do Grupo de Referência				
		Hosp. 1	Hosp. 2	Hosp. 3	(...)	Hosp. n
B23	Taxa de altas com nota de alta hospitalar					
B24	Taxa de execução de técnicas com Consentimento Informado					
B25	Taxa de Doentes Ventilados da UCI Submetidos a Sedação e Analgesia					
B26	Taxa de Doentes Submetidos a Sedação e Analgesia em Procedimentos de Endoscopia e de Imagiologia					
B27	Taxa de Doentes Submetidos a Sedação e Analgesia na Urgência					
B28	Tempo Médio de Espera para triagem no Serviço de Urgência					
B29	Tempo Médio de Espera para Atendimento Após triagem na Urgência					
B30	Taxa de Doentes que permanecem na Urgência (excluindo a unidade de observação ¹) mais do que 3 horas					
B31	Taxa de Doentes que permanecem na Urgência (excluindo a unidade de observação ¹) mais do que 6 horas					
B32	Taxa de Readmissão na Urgência no Período até 24 horas					
B33	Taxa de Readmissão na Urgência no Período até 72 horas com Internamento					
B34	Taxa de Utentes que abandonam o Serviço de Urgência após a Triagem sem serem atendidos					
B35	Taxa de Ocorrência de Quedas de Utentes Após Triagem na Urgência					
B38	Taxa de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva					

2.2 A Entidade Pública Contratante deve ainda disponibilizar, até 60 dias após o final de cada trimestre em análise, a seguinte informação para cada um dos hospitais do Grupo de Referência seleccionados:

- a) Para o cálculo das taxas de mortalidade ajustadas:
- Número de óbitos pós-operatórios, por GDH cirúrgico;
 - Número de óbitos durante o acto operatório, por GDH cirúrgico;

¹ Ou outra designação atribuída funcionalmente à unidade de observação, desde que cumpra a respectiva função.

- Número de doentes sujeitos a intervenção cirúrgica, por GDH cirúrgico;
- Número de óbitos de doentes internados, por GDH;
- Número de doentes internados, por GDH.

b) Para o cálculo do tempo médio de espera ajustado para atendimento após triagem na Urgência:

- Número de utentes classificados em cada nível do sistema de triagem de Manchester;
- Somatório do tempo de espera dos utentes após triagem nas urgências.

2.3 A Entidade Pública Contratante remete semestralmente, tal como estiver disponível e até 60 dias após o final de cada semestre em análise, a base de dados de GDH contendo informação respeitante aos Uteses pertencentes à População da Área de Influência do Hospital de Cascais, atendidos em outros estabelecimentos hospitalares, indicando uma estimativa da percentagem do total de Uteses pertencentes à População da Área de Influência do Hospital de Cascais, constante da mesma.

2.4 A Entidade Pública Contratante remete semestralmente, se disponível, até 60 dias após o final de cada semestre em análise, o número de consultas realizadas, em outros estabelecimentos hospitalares, a Uteses pertencentes à Área de Influência do Hospital de Cascais, divididas entre primeiras e subsequentes.

3 Informação a remeter pela Entidade Pública Contratante no âmbito da Cláusula 49.^a do Contrato de Gestão

Informação anual, até trinta dias após o fecho de contas de cada hospital do Grupo de Referência e no máximo até ao dia 30 de Junho do ano subsequente àquele a que respeite, de onde conste:

- A receita emitida e cobrada relativa a Terceiros Pagadores, por linha de produção, se disponível, e Terceiro Pagador, relativamente a cada hospital do Grupo de Referência, com indicação da percentagem no total da receita emitida;

- A receita emitida e cobrada relativa a Taxas Moderadoras, por linha de produção, se disponível, e Terceiro Pagador, relativamente a cada hospital do Grupo de Referência, com indicação da percentagem no total da receita emitida.

4 No âmbito da Cláusula 53.ª do Contrato de Gestão

Resultados obtidos pelos hospitais públicos nos Inquéritos de Satisfação de Utentes sempre que estes sejam efectuados.

5 No âmbito do ponto 12 do Anexo V

Informação, se disponível, em base trimestral sempre que possível, ou semestral, de onde conste:

- O valor total do consumo de produtos farmacêuticos prescritos pelos médicos do Hospital de Cascais e adquiridos nas farmácias comunitárias, por médico e por medicamento;
- As despesas *per capita* dos hospitais do Grupo de Referência, com indicação do valor total do consumo de produtos farmacêuticos prescritos pelos médicos dos respectivos hospitais e adquiridos nas farmácias comunitárias e do número de Utentes beneficiários do SNS (de acordo com a definição constante do referido ponto).