

Regulamento do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes no Serviço Nacional de Saúde para 2017

Março de 2017

Índice

1. Enquadramento	1
2. Objetivo	2
3. Âmbito	2
3.1. Âmbito territorial	3
4. Beneficiários	3
5. Tipologia das operações	4
5.1. Realização de rastreios e de programas de diagnóstico precoce	4
5.1.1. Rastreio do cancro do colo do útero	4
5.1.2. Rastreio do cancro do cólon e reto	4
5.1.3. Rastreio para Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética	5
5.1.4. Rastreio Teledermatológico	6
5.2. Redução dos internamentos, consultas e urgências evitáveis	6
5.3. Programas integrados de apoio domiciliário	7
5.4. Valorização do percurso dos utentes	8
5.5. Articulação para a realização de MCDT no SNS	9
6. Duração do Programa de Incentivos	10
7. Dotação orçamental	10
8. Financiamento	10
8.1. Forma de apoio	10
8.2. Taxa máxima de financiamento	10
9. Elegibilidade das candidaturas	11
9.1. Critérios de elegibilidade dos beneficiários	11

9.2.	Critérios de elegibilidade das operações	11
9.3.	Critérios de elegibilidade das despesas	11
10.	Modalidade e procedimentos para apresentação das candidaturas	12
10.1.	Formalização da candidatura	12
10.2.	Prazo para apresentação de candidaturas	12
10.3.	Documentos a apresentar	12
11.	Procedimentos de análise e decisão das candidaturas	14
11.1.	Critérios de seleção.....	14
11.2.	Metodologia de avaliação do mérito	16
11.2.1.	Entidades responsáveis pela apreciação de mérito e pela decisão.....	16
11.2.2.	Fórmula de cálculo	16
11.2.3.	Majorações	17
12.	Calendarização do processo de análise e decisão	17
13.	Divulgação pública dos resultados.....	18
14.	Obrigações contratuais	18
14.1.	Contrato.....	18
14.2.	Pagamentos.....	19
15.	Indicadores de resultado	20
16.	Acompanhamento e avaliação	20
Anexo 1.	Indicadores de acompanhamento e avaliação dos projetos	22

1. ENQUADRAMENTO

As organizações prestadoras de cuidados, enquanto pilares estruturantes dos sistemas de saúde, detêm um papel central e fundamental na capacidade de resposta a novos desafios impostos nos dias de hoje, onde particularmente se salienta a necessidade da sua boa gestão para garantir uma resposta flexível e adaptativa constante ao meio envolvente emergente.

Entre estas respostas, salientam-se as iniciativas pragmáticas de reestruturação organizacional da oferta de cuidados centradas no doente, na qual se insere o movimento de integração de cuidados de saúde.

Em 2008, a Organização Mundial da Saúde definiu a integração de cuidados de saúde como “*as formas de interligação e cooperação na prestação e a garantia de continuidade assistencial dos utentes do SNS, tendo em vista a maximização da eficiência nas respostas e os melhores resultados em saúde.*”. Nesta perspetiva, a prestação de cuidados integrados contribuirá para melhorar a qualidade assistencial.

A integração clínica assume um papel crucial nos cuidados integrados, na medida em que envolve a coordenação de práticas clínicas, em torno de problemas específicos de saúde, de uma forma sustentável.

A crença generalizada das suas potencialidades, enquanto resposta aos grandes desafios colocados pela evolução prevista das características da oferta, epidemiológicas e sociodemográficas, conduziu a esforços cada vez mais dirigidos para as interligações das diferentes componentes do sistema, uma vez que a fraca integração de cuidados primários, secundários e terciários resultam em ineficiência e falta de qualidade, causando perturbações desnecessárias aos utentes.

É neste sentido que se estabelece um inovador **Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos utentes no Serviço Nacional de Saúde (SNS)**, com vista à criação de incentivos financeiros para a constituição de projetos partilhados por vários serviços do SNS, objetivando fomentar a articulação, coordenação e integração dos cuidados.

2. OBJETIVO

Pretende-se com o Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos utentes no SNS contribuir para:

- (i) O alinhamento dos interesses complementares das instituições;
- (ii) A aproximação dos instrumentos de gestão e de Governação Clínica e de Saúde e;
- (iii) A definição de programas comuns que alavanquem os níveis de produção e o desempenho global do SNS, adequando o conjunto de cuidados e/ou serviços às necessidades reais e específicas em saúde.

Através deste Programa é expectável que se incentive a apresentação de um conjunto de iniciativas de mudança organizacional sustentável, baseadas em parcerias entre várias entidades do SNS ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP), cuidados hospitalares e cuidados continuados integrados (CCI) e envolvendo sempre que possível outros parceiros da comunidade.

3. ÂMBITO

O Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes no SNS insere-se nas melhorias introduzidas no processo de contratualização de cuidados no âmbito do SNS para 2017. Este processo pretende reforçar o diagnóstico das necessidades em saúde da população e a implementação de boas práticas assistenciais e organizacionais que assegurem elevados níveis de acesso, qualidade e eficiência no SNS, colocando os cidadãos e as suas famílias no centro das intervenções de todos os prestadores de cuidados, reforçando a articulação e a coordenação, valorizando o desempenho dos profissionais e incentivando a Governação Clínica e de Saúde.

O programa de incentivo à integração de cuidados implica que as entidades envolvidas se articulem efetivamente entre si, incidindo, em concreto, sobre cinco áreas de intervenção:

- i. Realização de rastreios e de programas de diagnóstico precoce;
- ii. Redução dos internamentos, consultas e urgências hospitalares evitáveis;

- iii. Implementação de programas integrados de apoio domiciliário;
- iv. Programas para valorização do percurso dos utentes no SNS.
- v. Articulação para a realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) no SNS

3.1. ÂMBITO TERRITORIAL

Alguns dos valores fundamentais sobre os quais assenta o Sistema de Saúde são a universalidade, o acesso a cuidados de qualidade e a equidade.

A obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado, devem estar garantidos. Neste sentido, promove-se a abrangência deste programa de integração de cuidados a **nível nacional**, incentivado pela implementação de cotas regionais, a estabelecer em função da população residente ajustada por região.

4. BENEFICIÁRIOS

São beneficiários deste programa de incentivo à integração de cuidados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), os Hospitais e Centros Hospitalares do SNS do Setor Empresarial do Estado e as instituições públicas que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Incluem-se ainda as Administrações Regionais de Saúde (ARS) que apresentem candidaturas na área dos rastreios e diagnóstico precoce.

Encontram-se excluídas deste Programa as Unidades Locais de Saúde, as instituições de saúde em regime de parceria público-privada e as entidades pertencentes ao setor social e privado.

5. TIPOLOGIA DAS OPERAÇÕES

Os projetos devem enquadrar-se numa das seguintes tipologias:

5.1. REALIZAÇÃO DE RASTREIOS E DE PROGRAMAS DE DIAGNÓSTICO PRECOCE

Considerando a importância e a necessidade de se aumentar a articulação entre as instituições do SNS para melhorar a resposta à população, o presente Programa de Incentivos pretende criar condições para que o rastreio, nas áreas adiante mencionadas, possa ser alargado a nível nacional, replicando os bons resultados alcançados em várias instituições.

5.1.1. RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

De acordo com a Norma da Direção-Geral da Saúde (DGS) nº 018/2012, de 21 de Dezembro, deve ser assegurado o rastreio do cancro do colo do útero regularmente, de acordo com o tipo de exame (citologia e/ou teste de HPV), a todas as mulheres entre os 25 e os 64 anos de idade, que não o tenham ainda realizado.

Ao nível nacional, os rastreios de base populacional têm progredido de uma forma mais lenta do que o desejável. A sua dinâmica tem sido muito regional e, portanto, muito variável, causando iniquidades no acesso em termos geográficos, nomeadamente nos rastreios do cancro da mama, colo do útero e do cólon e reto (os únicos custo-efetivos). Por forma a colmatar esta constatação, o presente Programa visa incentivar a atividade do rastreio do colo do útero em 2017.

5.1.2. RASTREIO DO CANCRO DO CÓLON E RETO

Segundo a Norma da DGS n.º 003/2014, de 31 de março, referente ao Rastreio Oportunístico do Cancro do Cólon e Reto, devem ser sujeitos ao mesmo os utentes assintomáticos com idades compreendidas entre 50 e os 74 anos. Os utentes devem ser submetidos a colonoscopia total sempre que apresentem: (i) sinais e/ou sintomas sugestivos da existência de patologia do cólon

ou do reto, (ii) antecedentes pessoais de adenoma(s) ou de cancro do cólon ou do reto, (iii) doença inflamatória intestinal ou antecedentes familiares de primeiro grau de adenoma(s) ou de cancro do cólon ou do reto e (iv) síndromes hereditárias de cancro do cólon e reto.

O cancro é a principal causa de morte (prematura) antes dos 70 anos de idade e, no conjunto das causas de mortalidade em todas as idades, é a segunda causa de morte, sendo superada pelas doenças cérebro-cardiovasculares. Na última década, ocorreram progressos significativos na prevenção e tratamento do cancro em Portugal, para os quais contribuíram a implementação dos programas de combate às listas de espera para cirurgia e a instalação de novas unidades de radioecologia, bem como o reapetrechamento das já existentes. Este programa vem reforçar a atividade do rastreio do cancro do cólon e reto.

5.1.3. RASTREIO PARA DIAGNÓSTICO SISTEMÁTICO E TRATAMENTO DA RETINOPATIA DIABÉTICA

De acordo com a Norma da DGS n.º 006/2011, de 27 de janeiro, referente ao Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética, devem ser sujeitos a este procedimento, anualmente, os diabéticos de tipo 1 e de tipo 2 e, trimestralmente, a mulher com diabetes que engravida. O diagnóstico sistemático da retinopatia diabética deve ser simples e dirigido à população diabética identificada, de forma a detetar lesões que possam ser tratadas atempadamente, assinalando diabéticos em risco de cegueira, evitando, assim, os pedidos de consulta hospitalar e chegando mais rapidamente a um diagnóstico de necessidades dos doentes.

Por outro lado, atualmente existe dificuldade de resposta ao nível nacional na especialidade de Oftalmologia, sendo que um volume significativo dos pedidos de consulta se relaciona com a Retinopatia Diabética.

Ora, muitas das situações que se encontram a aguardar uma consulta da especialidade de Oftalmologia devem ser resolvidas no âmbito de rastreios de base populacional, os quais pressupõem a existência de retinógrafos e dos respetivos técnicos de diagnóstico e terapêutica de ortóptica, com vista à recolha de imagens nos ACES e o envio das retinografias para leitura nos hospitais.

Assim sendo, este Programa de Incentivos para 2017 pretende alavancar os rastreios para o Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética no SNS.

5.1.4. RASTREIO TELEDERMATOLÓGICO

O programa de rastreio teledermatológico (efetuado de acordo com a Norma da DGS n.º 5/2014, de 8 de abril) pretende contribuir para o diagnóstico precoce de lesões dermatológicas e do cancro de pele, assim como para melhorar o acesso às consultas de Dermato-Venereologia, contribuindo para o cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), monitorizados através do SIGA SNS.

Em concreto, este rastreio consiste na inscrição de um pedido de consulta para o rastreio teledermatológico, com anexação de imagem e de dados clínicos relevantes, seguindo-se uma análise por parte do especialista hospitalar, do serviço de referência, que estuda o caso clínico e, em função dessa análise, efetua o diagnóstico e estabelece a intervenção terapêutica adequada.

5.2. REDUÇÃO DOS INTERNAMENTOS, CONSULTAS E URGÊNCIAS EVITÁVEIS

Considerando as alterações que se vêm registando nas necessidades em saúde da população, importa colocar maior enfoque na implementação de medidas articuladas entre os vários prestadores de cuidados de saúde que contribuam para reforçar a autonomia, a responsabilidade e o empoderamento destes cidadãos no controlo e na gestão dos assuntos que dizem respeito à sua saúde e à utilização correta dos serviços de saúde, criando sinergias com outros setores da sociedade.

Para tal, em 2017 serão incentivados projetos conjuntos que permitam reduzir a utilização inadequada dos serviços de saúde ou fomentar a articulação entre estruturas, com destaque para as seguintes áreas:

- i. Internamentos hospitalares evitáveis, expressa pelos internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório – para patologias que podem e devem ser prevenidas e/ou tratadas ao nível dos cuidados de primeira linha, mas que acabam por ser tratados em internamento hospitalar (e.g. asma, diabetes, DPOC, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca);
- ii. Episódios de urgência e de consulta externa evitáveis.

5.3. PROGRAMAS INTEGRADOS DE APOIO DOMICILIÁRIO

As alterações demográficas, juntamente com as alterações do padrão de doença, vieram impor novos desafios aos Sistemas de Saúde, obrigando-os a repensar a sua organização e o seu modo de prestar cuidados de saúde.

Atualmente existe uma forte convicção e evidência de que a integração dos cuidados deve assumir um papel fulcral nos novos modelos de gestão da doença e de prestação de cuidados de saúde. Como tal, importa coordenar as práticas clínicas em torno de problemas específicos da saúde de cada utente de uma forma sustentável.

Face a esta nova realidade, o apoio domiciliário integrado pode ser uma resposta adequada num conjunto de condições clínicas em que estejam reunidos os critérios para proporcionar assistência fora das instituições, quando o internamento não é fator obrigatório.

O apoio domiciliário integrado visa a otimização dos recursos (repercutindo-se em facilitar altas precoces, evitar a sobrelotação de camas hospitalares, reduzir os custos, aumentar a eficiência) e a melhoria da qualidade assistencial dos cuidados de saúde.

A implementação de programas integrados de resposta à população no domicílio inclui respostas de hospitalização domiciliária, como também as respostas existentes ao nível das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), dos domicílios médicos e de enfermagem das Unidades de Saúde Familiares (USF), das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), das Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e das respostas de apoio domiciliário existentes em várias instituições de apoio social e da comunidade.

Serão incentivados projetos conjuntos que permitam:

- i. Hospitalização domiciliária, como alternativa ao internamento convencional, que proporciona assistência médica e paramédica aos utentes que, apesar de necessitarem cuidados hospitalares, reúnem um conjunto de critérios clínicos, sociais e geográficos que permitem que sejam hospitalizados no domicílio, sob vigilância de uma equipa multidisciplinar, após consentimento do doente e da sua família;
- ii. Visitas domiciliárias, as quais incluem visitas ou procedimentos realizados no domicílio do utente pelos CSP, como alternativa ao atendimento no ambulatório.

5.4. VALORIZAÇÃO DO PERCURSO DOS UTENTES

Acrescentar a gestão dos percursos das pessoas através dos serviços à gestão dos serviços de saúde é, atualmente, a principal “ideia transformadora” dos Sistemas de Saúde. No decurso das últimas décadas ocorreram múltiplas circunstâncias (e.g. crescente centralidade no cidadão) que tornaram mais clara e viável a noção de ser necessário acrescentar a gestão dos percursos das pessoas através dos “serviços” à gestão dos serviços de saúde.

De facto, uma arquitetura do Sistema de Saúde (e do SNS) orientada para a “gestão vertical” das organizações de saúde parece desfasada sob o ponto de vista das pessoas, interessando-lhes poder percorrer, o mais facilmente possível, os diversos serviços de que necessitam e quando deles carecem. Naturalmente que a valorização do percurso dos utentes será proporcional ao uso inteligente dos recursos comuns, sobretudo se se verificar um esforço efetivo na eliminação de barreiras desnecessárias a qual se refletirá em maiores níveis de conforto, repercutindo-se, a jusante, em bons resultados.

Gerir percursos em cuidados de saúde significa:

- i. Identificar os grupos populacionais em relação aos quais há o propósito de atuar, de forma integrada, na resposta aos problemas de saúde num determinado período de tempo, explicitando os resultados a alcançar e utilizando um dispositivo de notação (“plano”) adequado para o efeito;
- ii. Atuar, concertadamente, na gestão dos percursos das pessoas identificadas para este efeito, com a colaboração de todos que acrescentam valor a esse processo, considerando que a literacia da pessoa/doente em relação a cada objetivo identificado é um fator crítico para a realização do mesmo;
- iii. Monitorizar a realização das atividades e dos objetivos adotados através de um sistema de informação acessível a todos os participantes;
- iv. Avaliar resultados e aprender com isso.

Para 2017 prevê-se um número limitado de projetos de gestão de percursos em cuidados de saúde, com a intenção de desenvolver, ensaiar e avaliar, em estreita colaboração com todos os intervenientes no processo, as abordagens metodológicas e os instrumentos necessários.

Para a concretização dos desideratos em cada tipologia de prestação de cuidados de saúde identificam-se, de seguida, algumas estratégias que poderão ser utilizadas, sem prejuízo de existirem outras soluções inovadoras que se coadunem com os objetivos deste Programa:

- i. Médicos hospitalares a efetuar consultoria aos médicos dos cuidados de saúde primários.
- ii. Telemonitorização a partir do domicílio dos doentes para um lugar remoto (e.g. hospital ou centro de saúde), através de meios informáticos e de telecomunicação adequados.
A utilização desta ferramenta é especialmente relevante no âmbito de algumas doenças crónicas, uma vez que permite a monitorização remota, por uma equipa de profissionais de saúde a partir de um estabelecimento de saúde, e o conseqüente acompanhamento da evolução do estado clínico de um doente. Neste sentido, a telemonitorização revelar-se custo-efetiva, na medida em que pode permitir evitar internamentos hospitalares que, no caso de algumas doenças crónicas, são frequentes.
- iii. Promoção da educação do utente e da família para a gestão da doença, potenciando a adoção de práticas de autogestão da doença e o ensino da família para a prestação de cuidados de saúde.

5.5. ARTICULAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE MCDT NO SNS

A articulação entre unidades hospitalares e unidades funcionais que integram os CSP potencia a resposta atempada aos utentes do SNS no que respeita à realização de MCDT convencionais. A título de exemplo, esta articulação pode contemplar a colheita de produtos biológicos nas instalações comuns das unidades funcionais, realizadas por técnicos de diagnóstico e terapêutica da unidade hospitalar, para posterior processamento no laboratório do Hospital.

O alargamento deste tipo de parcerias aos vários MCDTs representa uma medida de utilização eficiente e racional dos recursos do SNS através da internalização deste tipo de prestações em entidades do SNS. Adicionalmente representa uma resposta com impacto positivo na acessibilidade dos utentes, aproximando-o da sua Unidade de Saúde. Pelo que, o presente programa pretende impulsionar este tipo de projetos de integração de cuidados.

6. DURAÇÃO DO PROGRAMA DE INCENTIVOS

O programa tem a duração máxima de dois anos, ou seja, até 31 de dezembro de 2018.

7. DOTAÇÃO ORÇAMENTAL

A dotação orçamental atribuída à totalidade das operações a selecionar no âmbito deste Programa de Incentivos é de 35 (trinta e cinco) milhões de euros, distribuída de acordo com o volume financeiro das candidaturas que vierem a se apresentadas, por tipologia, e de acordo com os princípios de equidade regional de alocação dos recursos financeiros.

8. FINANCIAMENTO

O financiamento deste Programa efetuar-se-á através de mecanismos competitivos de alocação de verbas, onde as melhores propostas de integração de cuidados tenderão a apresentar um nível relativo de financiamento superior, numa avaliação que tem componentes nacionais e regionais.

8.1. FORMA DE APOIO

O financiamento das operações reveste a forma de subvenções não reembolsáveis.

8.2. TAXA MÁXIMA DE FINANCIAMENTO

A taxa máxima de financiamento para as operações apoiadas é de 85% (oitenta e cinco por cento).

9. ELEGIBILIDADE DAS CANDIDATURAS

9.1. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DOS BENEFICIÁRIOS

Para que os beneficiários sejam elegíveis devem verificar-se as seguintes condições:

- i. Existência de um acordo de parceria entre as entidades envolvidas na prestação dos serviços. Os beneficiários devem pertencer a duas, ou mais, entidades legais diferentes e independentes, que sirvam a mesma área de influência. Podem, ainda, ter outros parceiros associados, não beneficiários, como por exemplo entidades privadas, prestadores da RNCCI do setor social e/ou privado, autarquias, associações da comunidade, entre outras.
- ii. As entidades não podem ser beneficiárias de outro financiamento para as operações a que se propõem (ver ponto 10.3).

9.2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DAS OPERAÇÕES

As operações elegíveis são aquelas que se enquadram nas tipologias expressas no ponto 5, exceto os rastreios no caso das ULS, uma vez que o seu financiamento já incorpora essa vertente.

9.3. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DAS DESPESAS

As despesas consideradas elegíveis nestes projetos são listadas de seguida, de forma não exaustiva. Para que as referidas despesas sejam elegíveis, deve ser demonstrada a sustentabilidade das mesmas após o término do programa de incentivo.

- i. Deslocações para consultoria entre entidades ou visitas domiciliárias;
- ii. Equipamentos para telemonitorização e sistemas de informação/*software* conexo;
- iii. Telemóveis ou outro equipamento para telecomunicações;
- iv. Adaptação de espaços/instalações;

- v. Campanhas de divulgação;
- vi. Sistemas de informação (com a finalidade de gerar alertas, partilhar informação de forma transversal a todos os níveis de cuidados, entre outros);
- vii. Consumíveis Médicos e de Enfermagem, até ao máximo de 10% do valor financiado;
- viii. Formação dos profissionais no âmbito da integração de cuidados;
- ix. Veículos;
- x. Rastreios, se realizados em Hospitais do SNS (ex. leitura das amostras do; a realização da leitura do sangue oculto nas fezes; a realização de colonoscopias; entre outros);
- xi. Equipamentos médicos inerentes às operações;
- xii. Horas extraordinárias ou prestações de serviço, exclusivamente para o período de adaptação à nova organização de cuidados;

10. MODALIDADE E PROCEDIMENTOS PARA APRESENTAÇÃO DAS CANDIDATURAS

10.1. FORMALIZAÇÃO DA CANDIDATURA

As candidaturas deverão ser instruídas junto da Administração Regional de Saúde (ARS) territorialmente competente em formulário próprio, com todos os elementos informativos e probatórios requeridos (ponto 10.3).

10.2. PRAZO PARA APRESENTAÇÃO DE CANDIDATURAS

As candidaturas devem ser apresentadas até 30 de maio de 2017.

10.3. DOCUMENTOS A APRESENTAR

No ato da candidatura, o formulário de candidatura deve ser acompanhado da seguinte documentação:

- i. Acordo de parceria, estabelecido entre as entidades envolvidas. O acordo deve conter:
 - o O período em que vigora a parceria;
 - o A fundamentação da parceria, expondo os objetivos macro e, para cada um deles, os principais resultados esperados;
 - o A demonstração da sustentabilidade das medidas destinadas a assegurar a concordância com os princípios inerentes à(s) área(s) do programa de integração de cuidados de saúde para a(s) qual(is) o promotor se candidata;
 - o A identificação da entidade e do membro coordenador da parceria;
 - o A identificação das entidades que constituem a parceria;
 - o A demonstração da capacidade de integração harmoniosa do desempenho de cada entidade, explicitando as obrigações e objetivos de cada uma das instituições, no garante do cumprimento dos critérios definidos para cada programa;
 - o A definição de princípios de partilha de risco entre entidades, nomeadamente atribuindo a responsabilidade de lidar com as consequências dos riscos a cada uma das partes.
- ii. Plano de ações a implementar. O plano deve conter, entre outros aspetos:
 - 1) Análise Custo-benefício;
 - Identificação dos objetivos (objetivo, indicador, meta, período exetável para o seu alcance e afetação de recursos);
 - Análise dos custos (operacionais, investimentos);
 - Análise dos benefícios (clínicos, não clínicos);
 - Análise Financeira e período de Payback.
 - 2) Evidência da partilha de recursos e de informações entre os prestadores;
 - 3) Previsão das alterações organizacionais, da melhoria da qualidade assistencial devida a maior integração dos cuidados, da adequação dos recursos humanos, dos internamentos, das consultas e das urgências evitadas, dos rastreios;
 - 4) Compromisso de manutenção do projeto após o período de financiamento específico e demonstração da sua sustentabilidade a prazo.
- iii. Declaração assinada pelas entidades responsáveis ou dirigentes máximos das instituições, sob compromisso de honra, de não serem beneficiários de qualquer outra participação de natureza financeira no projeto, por parte de outras entidades.
- iv. Faturas pró-forma ou orçamentos indicativos discriminados que consubstanciem o pedido de concessão de apoio. Na eventualidade de estar em curso um processo de consulta ao

mercado e, por esta circunstância, não ser possível no período de candidatura apresentar aqueles documentos, poderá ser apresentada em sua substituição uma declaração, emitida pela entidade proponente, com o valor estimado, constituindo este valor o montante máximo para efeitos do cálculo do co -financiamento público;

- v. Declaração do cabimento financeiro referente à parte do projeto não financiada pelo presente concurso. A parte não financiada pelo programa pode corresponder a encargos com recursos humanos.

A falta de apresentação da documentação que se refere neste artigo determina a anulação da candidatura.

11. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E DECISÃO DAS CANDIDATURAS

11.1. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

A análise das candidaturas apresentadas a financiamento é consubstanciada na análise e avaliação dos planos de intervenção que asseguram a prossecução dos objetivos do presente programa de financiamento, a realizar pelas diferentes entidades beneficiárias, com vista à respetiva hierarquização dos projetos, a partir da determinação do seu mérito, suportada na aplicação da grelha de análise, construída com base nos critérios de seleção especificados no Quadro 1.

Os critérios de seleção são individualmente valorados em função dos elementos apresentados pelas entidades beneficiárias nas suas candidaturas e na informação de que a ARS/Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) dispõe acerca do desempenho das entidades, tendo por base a seguinte escala de avaliação qualitativa: Inexistente; Baixo; Médio e Elevado.

A pontuação mínima necessária para garantir a seleção das candidaturas para financiamento, não poderá ser inferior a 50 pontos, numa escala de 0 a 100.

Assim, cada critério de seleção será avaliado em termos de graus de realização mediante a atribuição de pontuação (Quadro 1):

Quadro 1 – Pontuação por grau de realização.

Pontuação	Grau de realização
0	Insatisfatório
25	Fraco
50	Satisfatório
75	Bom
100	Muito bom

Tendo como objetivo a harmonização de critérios e respetiva aplicação, é apresentado um conjunto de orientações de análise no Quadro 2.

Quadro 2 – Critérios de seleção.

A1	<ul style="list-style-type: none"> • Coerência do projeto face aos objetivos do programa de incentivo • Adequação da análise custo-benefício • Adequação do Plano de Ações proposto e metas associadas • Identificação do <i>trade-off</i> de atividades e custos entre entidades • Caráter inovador do projeto
B1	<ul style="list-style-type: none"> • Sustentabilidade do projeto para além do período do programa • Grau de envolvimento dos utentes no projeto proposto • Nível de articulação, coordenação ou integração da resposta ao utente • Envolvimento de outros agentes da comunidade, como por exemplo o setor social, lares, entre outros
B2	<ul style="list-style-type: none"> • Seleção da população alvo com base na estratificação do risco • Impacto que o projeto terá sobre o modelo de prestação de cuidados à população • Impacto que o projeto terá na melhoria dos resultados que são medidos através dos indicadores de monitorização do acesso, do desempenho e da eficiência no SNS, nomeadamente os que constam no Anexo 1
C1	<ul style="list-style-type: none"> • Alinhamento com as prioridades definidas no âmbito do Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão 2020, ou dos programas de saúde definidos como prioritários

	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar a importância do projeto e o seu alinhamento estratégico com o posicionamento definido para a instituição no âmbito do SNS. A entidade deverá evidenciar o grau de alinhamento do projeto com o posicionamento da instituição no âmbito do plano estratégico da região (definição da carteira de serviços da instituição e alinhamento com a estratégia global definida pela ARS respetiva), das redes de referência hospitalar, dos centros de referência, das prioridades definidas pelo Programa Consulta a Tempo e Horas (maiores dificuldades de acesso e de cumprimento dos TMRG), assim como deverá demonstrar o custo-benefício e a efetividade das intervenções na resposta à população para a área que o projeto contempla
--	--

11.2. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DO MÉRITO

11.2.1. ENTIDADES RESPONSÁVEIS PELA APRECIÇÃO DE MÉRITO E PELA DECISÃO

Quanto à verificação de requisitos e condições de acesso das candidaturas, a aceitação das candidaturas pela ARS territorialmente competente compreende a observação do cumprimento dos requisitos e das condições de acesso estipulados no presente Regulamento. O incumprimento dos requisitos e condições de acesso previstos no número anterior determina a não-aceitação da candidatura.

A análise técnica das candidaturas elegíveis é da responsabilidade das ARS, podendo solicitar, a todo o tempo, os esclarecimentos que considerem necessários e oportunos.

O parecer final, tendo por base a hierarquização nacional dos projetos, é da responsabilidade da ACSS.

11.2.2. FÓRMULA DE CÁLCULO

Com base no Quadro 2, é definida a seguinte fórmula de cálculo para a avaliação final (AF):

$$AF = 25\% (A1) + 40\% (B1) + 25\% (B2) + 10\% (C1)$$

11.2.3. MAJORAÇÕES

Serão, ainda, majorados os projetos relativos a áreas consideradas prioritárias, designadamente:

- i. No caso dos rastreios, serão majorados os projetos das regiões deficitárias em cada uma das áreas clínicas;
- ii. No caso dos internamentos e consultas evitáveis, serão majorados os projetos para a DPOC, Diabetes, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva, pneumonias, multi-morbilidade crónica.
- iii. No caso dos Serviços de Urgência, serão ainda majorados projetos direcionados aos utilizadores frequentes da urgência.

Desta forma, priorizam-se os projetos mediante a oferta na região, de acordo com o quadro seguinte:

Quadro 3 – Valores de majoração.

Majoração	Oferta na região
5 %	Deficitária
10 %	Muito deficitária
15 %	Inexistente

12. CALENDARIZAÇÃO DO PROCESSO DE ANÁLISE E DECISÃO

Após o término do período de aceitação das candidaturas, decorrerá o período de análise e hierarquização das candidaturas, pelas ARS, até 30 de junho de 2017, sendo produzida a respetiva lista final ordenada até ao candidato que esgota o valor da verba disponibilizado (ponto 7).

O parecer final das candidaturas, tendo por base a hierarquização nacional dos projetos, para posterior submissão à aprovação da tutela, é da responsabilidade da ACSS e deverá ocorrer até 31 de julho de 2017.

13. DIVULGAÇÃO PÚBLICA DOS RESULTADOS

Os resultados da decisão serão, posteriormente, comunicados até 15 de agosto de 2017.

14. OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS

14.1. CONTRATO

A concessão do apoio financeiro é estabelecida através de contrato celebrado, no prazo de 15 dias após a aprovação da candidatura, entre a ACSS, por parte do Ministério da Saúde, e os representantes legais das entidades beneficiárias.

Da minuta devem constar cláusulas relativas aos objetivos gerais do projeto, prazos de execução, resultados a atingir em termos de interação de cuidados, ao montante do apoio financeiro, cronograma de aquisição dos bens ou serviços previstos, bem como os direitos e deveres das partes.

A garantia do apoio financeiro aprovado caduca caso o contrato não se celebre por razões imputáveis às entidades beneficiárias.

O contrato pode ser rescindido nos seguintes casos:

- i. Incumprimento dos objetivos e obrigações legais e contratuais e dos prazos estabelecidos no contrato, por facto imputável à entidade beneficiária;
- ii. Recusa de prestação de informações ou prestação de informações falsas pela entidade beneficiária.

A rescisão do contrato, nos termos do número anterior, implica a caducidade do apoio financeiro, sendo a entidade beneficiária obrigada à restituição das importâncias recebidas, no prazo máximo de 60 dias a contar da sua notificação.

14.2. PAGAMENTOS

Os pagamentos são efetuados pela ACSS ao abrigo do programa de incentivo destinado à integração de cuidados, distribuídos por três tranches. A primeira tranche será transferida até 31 de outubro de 2017 e corresponde um montante que vai até 40% do total financiado pelo Programa, uma segunda tranche até 31 de janeiro de 2018 (até 40% do montante total financiado pelo Programa) e a tranche final até 30 de abril de 2018, referente aos restantes 20% do montante total financiado pelo Programa (Quadro 4).

Quadro 4. Distribuição dos pagamentos

Pagamentos	Valor	Data
1º	40% do valor financiado	Até 31-10-2017
2º	Máximo de 40% do valor financiado	Até 31-01-2018
3º	Máximo de 20% do valor financiado	Até 30-04-2018
	Valor remanescente	Até 31-12-2018

A transferência da segunda e terceira tranches estão dependentes da apresentação dos documentos justificativos de despesa e de quitação da despesa da tranche anterior. Os documentos justificativos de despesa e de quitação da despesa da terceira tranche deverão ser entregues até 31 de julho de 2018.

Caso o valor dos documentos justificativos de despesa e de quitação da despesa entregues sejam inferiores ao valor do pagamento efetuado, será feita a retificação no pagamento seguinte. Nesta situação, o valor remanescente será pago no final do Projeto após a entrega dos documentos justificativos de despesa e de quitação da despesa.

As entidades beneficiárias devem remeter os segundo e terceiro pedidos de pagamento às ARS, que conferenciam os respetivos documentos de suporte e enviam para a ACSS para transferência, acompanhado de cópias dos documentos justificativos de despesa e de quitação da despesa.

Após a emissão da autorização de pagamento, a entidade gestora (ACSS) processa a transferência bancária do montante correspondente para a conta das entidades beneficiárias.

15. INDICADORES DE RESULTADO

O primeiro indicador de resultado será o projeto implementado. Simultaneamente considera-se que os projetos atingiram os resultados se atingirem as metas a que se propuseram relativamente aos indicadores do Anexo 1.

16. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A monitorização e avaliação da execução dos projetos objeto de financiamento são da responsabilidade da ACSS e ARS, nos termos das respetivas competências.

Com periodicidade trimestral, as entidades que forem alvo deste financiamento, deverão remeter relatórios de execução pormenorizados sobre o impacto dos projetos (nomeadamente a nível de ganhos e articulação, qualidade assistencial, evolução das listas de espera, evolução dos internamentos evitáveis, evolução das urgências evitáveis e dos indicadores do Anexo 1, evidência dos *trade off* - custos e atividades) à respetiva ARS e publicitar os mesmos no seu sítio da Internet.

Com a periodicidade trimestral, as ARS deverão elaborar relatórios em que seja efetuada a consolidação dos resultados atingidos com os vários projetos financiados na sua região, nomeadamente os ganhos em saúde e organizacionais conseguidos em função dos investimentos realizados, devendo remeter os mesmos à ACSS e publicitá-los no seu sítio da Internet.

O acompanhamento será feito com base nos indicadores do quadro constante no anexo 1.

Decorrido um ano após o término do financiamento, as entidades deverão enviar, num prazo de um mês (a contar da data do término do projeto) à respetiva ARS, um novo relatório de monitorização dos projetos, evidenciando as principais informações sobre a execução do programa (com base nos indicadores de acompanhamento e metas quantificadas, incluindo

eventuais alterações nos valores dos indicadores de resultados), os progressos alcançados na realização dos objetivos do programa, a sua sustentabilidade e implementação efetiva dos novos modelos de cuidados.

A ARS competente analisa o relatório anual final e submete-o à ACSS, no prazo de um mês a contar da data da receção do relatório por parte das entidades que foram alvo do financiamento, para posterior publicação no seu sítio da Internet.

ANEXO 1. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PROJETOS

Programa Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos no SNS	
A. Rastreios e programas de diagnóstico precoce	
Rastreio do cancro do colo do útero	A.1. % mulheres alvo do rastreio com colpocitologia realizada
	A.2. % mulheres rastreadas com resultado da colpocitologia positivo, agendadas para primeira consulta hospitalar
Rastreio do Cancro do Cólon e Reto	A.2.% de utentes rastreados entre os 50 e os 74 anos
	A.3. % de colonoscopias realizadas no hospital após iPSOF positivo em < 30 dias
Rastreio da Retinopatia Diabética	A.4. % de diabéticos identificados com rastreio de retinopatia efetuado no último ano
	A.5. % de diabéticos com retinopatia diagnosticada com fotocoagulação por laser
Rastreio Teledermatológico	A.6. % de consultas de telerastreio realizadas dentro dos TMRG
	A.7. % de consultas de dermatologia realizadas por telerastreio
B. Resultados em internamentos, consultas hospitalares e urgências evitáveis	
	B.1. Taxa de internamento por complicações agudas da diabetes
	B.2. Taxa de internamento por diabetes descompensada
	B.3. Taxa de internamento por asma ou DPOC em adultos
	B.4. Taxa de internamento por asma em jovens adultos
	B.5. Taxa de internamento por hipertensão arterial
	B.6. Taxa de internamento por insuficiência cardíaca congestiva
	B.7. Taxa de internamento por pneumonia
	B.8. Taxa de internamento por complicações agudas da diabetes
	B.9. Número de ações de consultoria realizadas pelos médicos hospitalares nos CSP
	B.10. % de readmissões não programadas no Serviço de Urgência
C. Programas integrados de apoio domiciliário	
	C.1. Rácio entre n.º lugares de internamento domiciliário (HH+CSP) e o n.º camas hospitalares
	C.2. % utentes acompanhados no domicílio com plano de cuidados elaborados de

forma integrada (CSP, HH, Setor Social)

C.3. % utentes acompanhados no domicílio com programa de telemonitorização

D. Programas para valorização do Percurso dos Utentes no SNS

D.1. Número de pessoas, dos grupos populacionais específicos *, com planos de cuidados estabelecidos em colaboração com pelo menos duas unidades de cuidados de saúde, com relatórios de monitorização produzidos pela governação clínica das unidades envolvidas

D.2. Percentagem das pessoas com planos de cuidados cuja realização dos objetivos expressos nesses planos de cuidados se situa acima dos valores da norma estabelecida para o efeito

F. Articulação para a realização de MCDT no SNS

F.1. Número de MCDT realizados nos CSP ou nos hospitais, com origem na prescrição nos CSP

F.2. Número de MCDT realizados nos hospitais com origem na prescrição nos CSP