EM AUDIÇÃO E TESTE DE APLICABILIDADE
ATÉ 30 DE OUTUBRO DE 2011

NORMA
DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco Henrique Moura George
Digitally signed by Francisco Henrique Moura George
DN: c=PT, o=Ministério da Saúde, ou=Direção-Geral da Saúde, cn=Francisco Henrique Moura George
Date: 2011.09.30 15:25:47 +01'00'

1899-2011 111 anos
Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt
Ministério da Saúde

NÚMERO: 018/2011
DATA: 28/09/2011

ASSUNTO:	**Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Oxigenoterapia**
PALAVRAS-CHAVE:	**Oxigenoterapia**
PARA:	**Médicos do Sistema Nacional de Saúde**
CONTACTOS:	**Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)**

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de dezembro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite a seguinte

I – NORMA

1. Nos doentes com insuficiência respiratória crónica estável, a prescrição de oxigenoterapia de longa duração é determinada pelos seguintes valores da gasometria arterial:
   a) Pa $O_2 \leq 55$ mm Hg;
   b) Pa O_2 entre 55-60 mm Hg, se na presença de *cor pulmonale* crónico ou hipertensão da artéria pulmonar e/ou poliglobulia (hematócrito > 55 %).
2. São indicações para prescrição de oxigenoterapia de ambulatório, na condição de existência de deambulação diária e verificada e garantida a monitorização da oxigenoterapia, os valores da gasometria arterial e situações clínicas seguintes:
   a) Pa $O_2 \leq 55$ mm Hg;
   b) Pa O_2 entre 55-60 mm Hg, nos doentes com cor pulmonale crónico ou hipertensão da artéria pulmonar e/ou poliglobulia (hematócrito > 55 %);
   c) doentes normoxémicos em repouso que, na prova de marcha de 6 minutos, apresentem saturação periférica de O_2 < 88 % ou uma redução de 4 % para valores inferiores a 90 %, que é corrigida pela administração de O_2;
   d) o O_2 Líquido e o concentrador portátil só são prescritos em doentes seguidos em programas de reabilitação respiratória.
3. A prescrição de oxigenoterapia de longa duração:
   a) tem que ser sempre prescrita durante mais de 15 horas por dia, incluindo o período noturno;
   b) não é clinicamente aceitável em regime de SOS ou sem avaliação, exceto nos cuidados paliativos em pessoas em fase terminal de vida;
   c) não está indicada para alívio de dispneia em pessoas normoxémicas;
   d) não está indicada nas doentes que apenas dessaturam no sono.

4. Na prescrição de oxigenoterapia domiciliária o médico tem que incluir a seleção da fonte de O_2 (concentrador, gasoso, líquido), do interface necessário (óculos, sonda nasal, máscara) e o respetivo débito em repouso e no exercício (estes devem ser corretamente aferidos para se manter uma saturação periférica por oximetria de O_2 > a 90%.
5. O controlo clínico do doente que inclui, no mínimo, gasometria arterial e consulta especializada, é realizado com periodicidade bianual.
6. O registo periódico por oximetria das saturações de O_2 nos doentes em oxigenoterapia de longa duração, sem e com O_2 no débito prescrito, é utilizado para monitorização de doentes no domicílio, com conhecimento e controlo do médico assistente ou do serviço hospitalar em que o doente é seguido.
7. Os doentes adultos com indicação para oxigenoterapia de ambulatório, que estão com O_2 Líquido, são seguidos em programas de reabilitação respiratória. Em idade pediátrica, têm que ser seguidos em serviços especializados com reconhecida experiência.
8. Em idade pediátrica, as regras de prescrição de oxigenoterapia de longa duração, aferição de débito e controlo clínico são adaptadas aos grupos nosológicos e idades do doente. Nestes casos, a prescrição é restrita a serviços especializados com reconhecida experiência.
9. Na criança com doença pulmonar crónica, sobretudo nos primeiros anos de vida, o débito de O_2 deve ser aferido para valores de saturação periférica $0_2 \geq 93\%$. O controlo é efetuado pela oximetria de pulso, por um período mínimo de 6 horas, que inclua várias fases de atividade (sono, alimentação, etc).
10. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.

II – CRITÉRIOS

a) A oxigenoterapia domiciliária é um tratamento dirigido à correção da hipoxémia, entendida como um valor PaO_2 inferior a 60 mm Hg, medido por gasometria arterial ou saturação de O_2 inferior a 90 %, quando a avaliação é feita no exercício. Em idade pediátrica, sobretudo no lactente e em idade pré-escolar, os critérios devem ser saturação periférica de 0_2 (SpO_2) < 93% em período de monitorização prolongada por meios não invasivos, uma vez que há sobrevalorização de hipoxémia se utilizados os métodos invasivos de determinação.
b) A oxigenoterapia domiciliária é administrada de forma permanente. Na grande maioria das situações, a oxigenoterapia de longa duração será para toda a vida. Pode ser prescrita, de forma transitória, nas agudizações de patologia crónica, em pessoas previamente hipoxémicas e na criança com doença pulmonar crónica.
c) Na prescrição de oxigenoterapia de longa duração (OLD):

    i. a insuficiência respiratória crónica é definida como uma hipoxemia com valor de PaO_2 inferior a 60 mmHg, com ou sem hipercapnia, diagnosticada mediante realização de gasometria arterial em repouso, em ar ambiente e em período estável, isto é, mínimo de três meses após agudização. Um valor de PaO_2 inferior ou igual a 55 mm Hg ou entre 55 e 60 mm Hg e com *cor pulmonale crónico* ou hipertensão da artéria

pulmonar e/ou poliglobulia (hematocrito superior a 55 %), são critérios para a prescrição de OLD;

ii. é recomendável a confirmação laboratorial da evicção tabágica e, se necessária, a referenciação para consulta de cessação tabágica.

iii. a fonte de O_2 é o concentrador, exceto nos casos em que o débito de O_2 tiver que ser igual ou superior a 4 L /min, em que a fonte é o O2 Líquido;

iv. o débito de O_2 deve ser suficiente para assegurar uma saturação de O_2 de 90%;

v. na criança tem de se demonstrar hipoxémia por métodos não invasivos (SpO_2 < 93%) em contexto clínico predisponente, com ou sem hipercápnia, otimizadas todas as outras medidas terapêuticas por um período superior a 30 dias.

d) Na prescrição de oxigenoterapia de ambulatório (OA):

i. a correção com O_2 das dessaturações no exercício deve ser demonstrada;

ii. a melhoria com O_2 da capacidade de exercício e da dispneia devem ser documentadas;

iii. não há vantagem de prolongar a administração de O_2 nos períodos de inatividade;

iv. todos os doentes carecem de avaliação em centros com reabilitação respiratória;

v. a fonte de oxigénio pode ser O_2 líquido ou concentrador portátil, este último com limitações ao seu uso, devido ao peso e a só permitir débitos baixos de O_2.

III – AVALIAÇÃO

a) A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional.

b) A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.

c) A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.

d) A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde, e a Administração Central do Sistema de Saúde elaboram e divulgam relatórios de progresso de monitorização.

e) A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores e que constam nos bilhetes de identidade que se encontram em anexo à presente Norma e dela fazem parte integrante:

i. % pessoas inscritas com prescrição de oxigenoterapia;

ii. % custos da oxigenoterapia no total de custos com cuidados respiratórios domiciliários;

iii. % custos totais da oxigenoterapia no total de custos com meios complementares de diagnóstico e terapêutico.

IV - FUNDAMENTAÇÃO

a) A oxigenoterapia domiciliária refere-se ao fornecimento de oxigénio para utilização no domicílio. Pode ser prescrita em vários contextos:

i. oxigenoterapia de longa duração;

ii. oxigenoterapia de ambulatório;

iii. oxigenoterapia paliativa, de curta duração e adjuvante da ventiloterapia.

b) Em doentes com insuficiência respiratória crónica, a OLD melhora a tolerância ao esforço e a funcionalidade do doente, incluindo o seu desempenho cognitivo. Existe evidência de que a OLD só é eficaz se for feita durante mais de 15 horas por dia, estando associada a uma menor incidência de complicações e a uma redução do número de hospitalizações.

c) A grande maioria dos doentes em OLD tem insuficiência respiratória crónica por doença pulmonar obstrutiva crónica. Nestes doentes está provado que a OLD realizada com mais de 15 horas por dia aumenta a esperança de vida. A eficácia é ainda maior se for igual ou superior a 18 horas por dia. Nos doentes com outras etiologias de insuficiência respiratória crónica, como na fibrose pulmonar e, igualmente, com indicação de OLD, não há estudos clínicos que permitam concluir que há aumento da esperança de vida.

d) A OLD deve, à partida, ser entendida como uma terapêutica necessária para toda a vida.

e) A administração de O_2 por sistemas portáteis na deambulação em doentes com patologia respiratória, que estão em OLD e nos que são normoxémicos em repouso e com dessaturações no exercício, corrigidas com O_2, aumenta a capacidade de exercício e deve ser considerada no contexto de programas de reabilitação respiratória.

f) As indicações da OLD em idade pediátrica estão concentradas em doentes com hipoxémia documentada, integrada em patologias específicas. Demonstrou-se ser fundamental nestes doentes, para proporcionar e manter um adequado desenvolvimento cognitivo e estatoponderal, prevenir a morte súbita em lactentes e minimizar a hipertensão pulmonar secundária.

g) Na displasia broncopulmonar e em outras doenças neonatais e na bronquiolite obliterante, a OLD deve ser entendida como uma terapêutica transitória mas fundamental durante os anos de crescimento pulmonar, sendo a sua duração variável de acordo com a gravidade da situação clínica. A evidência sugere a necessidade transitória de OLD, por períodos de 24 horas, pelo que os sistemas portáteis devem ser privilegiados, admitindo-se que, no desmame, a utilização de OLD possa ser durante o período noturno.

V - APOIO CIENTÍFICO

a) Elsa Soares Jara (coordenação científica), Carlos Silva Vaz (coordenação executiva), António de Sousa Uva, Cândido Matos Campos, Celeste Barreto, Cristina Bárbara, Isabel Castelão, Joaquim Moita, Paula Pinto, Paula Simão, Sofia Mariz.

b) A presente Norma foi visada pelo presidente da Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas.

c) A versão de teste da presente Norma vai ser submetida à audição de:

   i. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral;

   ii. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna;

   iii. Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação;

   iv. Sociedade Portuguesa de Pediatria;

   v. Sociedade Portuguesa de Pneumologia.

d) A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, ao abrigo de protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.

e) Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.

f) Durante o período de audição só serão aceites comentários inscritos em formulário próprio disponível no site desta Direção-Geral, acompanhados das respetivas declarações de interesse.

BIBLIOGRAFIA

American College of Physicians – Diagnosis and management of stable COPD. American internal Medicine 2011; 155:179 -191.

American Thoracic Society – Management of stable COPD. Long-term oxygen therapy, disponível em: http://www.thoracic.org/clinical/copd-guidelines/for-health-professionals/management-of-stable-copd/long-term-oxygen-therapy/index.php *Ann Intern Med.* 2011;155:179-191.

Balfour-Lynn IM *et a*l. - BTS guidelines for home oxygen in children. Thorax. 2009; 64 Suppl 2:ii1-26.

BTS Working Group on home oxygen services - Clinical guidelines for home oxygen assessment. disponível em www.brit-thoracic.org.uk.

BTS Working Group on home oxygen services. Clinical component for the home oxygen service in England and Wales; 2006. www.brit-thoracic.org.uk.

Caetano, F. – Prescrição de OLD no Distrito de Évora. Rev. Port. Pneum. 2002; VIII; 5: 508.

Campos, C. - Cuidados Respiratórios Domiciliários: Programa de intervenção (Sub-Região de Saúde de Aveiro) - Coordenação Distrital das Doenças Respiratórias Crónicas. Comunicação apresentada nas XXXII Jornadas de Pneumologia do H U Coimbra; julho de 2008, publicada no Livro das respetivas Jornadas.

Christine F, McDonald P *et al.* - Optimizing the therapeutic use of oxygen in Australia. MJA 2009; 191(10):526-527.

Cuidados de Saúde Respiratórios Domiciliários em Portugal, Relatórios da Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários 2011: Boas Práticas em Cuidados Respiratórios Domiciliários; Circuitos, Suportes e Gestão de Informação; Proposta de atualização da Circular Normativa Nº 06/DSPCS da Direção-Geral da Saúde; Relatório de Situação.

Drummond, M. et al. - Prescrição e uso de oxigenoterapia de longa duração: situação atual no distrito do Porto. Rev. Port. Pneum. 2001: VII;3: 297-303.

Ferreira R, Bandeira T - Oxigenoterapia de longa duração em pediatria: lições do passado e orientações para o futuro. Ata Pediatr Port 2003; 34: 69-78.

MacLean JE, Fitzgerald DA. - A rational approach to home oxygen use in infants and children. Paediatr Respir Rev. 2006; 7: 215-222.

McDonald CF, Crockett AJ, Young IH. - Adult domiciliary oxygen therapy. Position statement of the Thoracic Society of Australia and New Zealand. Med J Aust. 2005; 182: 621-6.

NHS-NICE – Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Initial assessment for long-term oxygen therapy, disponível em http://www.nice.org.uk/guidance/qualitystandards/chronicobstructivepulmonarydisease/initialassessmentforlongtermoxygentherapy.jsp atualizado em agosto 2011.

Paredes MC *et al*. - Fundamentos de la oxigenoterapia en situaciones agudas y cronicas: indicaciones, metodos, controles y seguimiento. Na Pediatr (Barc). 2009;71:161-174.

Prescrição de Cuidados Respiratórios Domiciliários, Circular Normativa nº 6/DSPCS, de 07/06/2006, Direção-Geral da Saúde

Primhak R A et al. - Use of home oxygen for children in England and Wales. Arch. Dis. Child. 2010;.Jun 3 [Epub ahead of print].

Ringbaek, TJ - Home oxygen therapy in COPD patients. Danish Medical Bulletin 2006; 52: 310-325.

Sandland, C.J., Morgan, M.D., Singh, S.J. - Patterns of domestic activity and ambulatory oxygen usage in COPD. Chest. 2008;134: 753-60.

Serginson John G, *et al*. - Variability in the rate of prescription and cost of domiciliary oxygen therapy in Australia. MJA 2009;191: 549-553.

Simão, P. et al. - Protocolo de estudo de doentes em oxigenoterapia de longa duração (OLD).Rev. Port. Pneumol. 2000; VI;5: 537.

Stevenson NJ, Calverly MA - Effect of oxygen on recovery from maximal exercise in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2004; 59: 668-672.

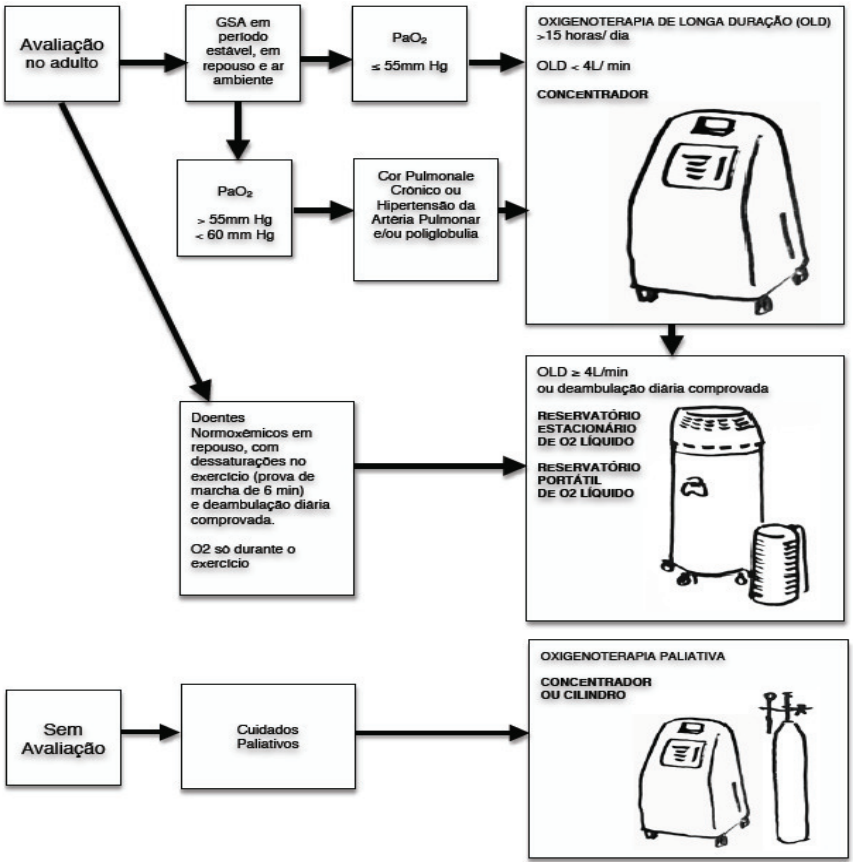
Stoller, J.K.; Panos, R.J.; Krachman, S.; Doherty, D.E.; Make, B. - The Long-term Oxygen Treatment Trial Research Group. Oxygen Therapy for Patients with COPD. Chest 2010; 138: 179-87

Wedzicha, J.A. - All changes for home oxygen services in England and Wales. Thorax 2006; 61: 7-9.

Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXOS

FLUXOGRAMA DE PRESCRIÇÃO DE OXIGENOTERAPIA NO DOMICILIO



EQUIPAMENTO PARA OXIGENOTERAPIA DOMICILIÁRIA

A escolha do equipamento para oxigenoterapia domiciliária deve basear-se não apenas nos valores da gasometria arterial mas, também, na facilidade de utilização do aparelho, na idade da pessoa, na sua mobilidade, na capacidade de compreensão do tratamento pelo doente e seus familiares/cuidadores, nas condições de habitação e no débito prescrito. Três fontes de oxigénio são possíveis: Concentrador, Oxigénio Líquido e Cilindro de Oxigénio gasoso.

O Concentrador de oxigénio filtra o ar ambiente para a obtenção de um ar fortemente oxigenado (87 a 93%) e sem impurezas. Funciona com eletricidade e tem a vantagem de não ter problemas de armazenamento nem de substituições. Está indicado em doentes em OLD (mais de 15 horas por dia de oxigenoterapia) com débitos até 4L/min de O_2.
Apareceram, recentemente, vários modelos de concentrador portátil, que funcionam com baterias recarregáveis e que, muitas vezes, estão equipados com uma válvula dita " economizadora" para aumentar a duração de deambulação (por interromper o débito de O_2 logo que o doente inicia a expiração). Têm a desvantagem do peso e de só fornecerem débitos baixos de oxigénio.
O Oxigénio Líquido é uma fonte que permite uma grande autonomia. Está indicado nos doentes com deambulação diária fora do domicílio e nos que necessitam de débitos elevados de O_2.
Os dispositivos de Oxigénio Líquido são constituídos por um reservatório estacionário (com cerca de 4 a 12 dias de autonomia) e um reservatório portátil para a deambulação (com cerca de 4h a um débito de 3L/m). Os reservatórios portáteis têm também, muitas vezes, a válvula dita "economizadora".
O O2 não está sob pressão e, portanto, não há perigo de explosão. O doente deve aprender a encher corretamente o seu reservatório portátil e saber a conduta a seguir em caso de problema técnico (congelamento que faz aderência do equipamento portátil ao estacionário). Há, também, o desperdício por evaporação dos reservatórios. O apoio técnico necessário, no domicílio, vai desde 1 vez todos os 15 dias até 2 vezes por semana.
O Cilindro de oxigénio gasoso é utilizado como fonte de recurso. Os cilindros maiores têm uma capacidade entre 4000 e 6000 L. São necessários 16 cilindros por mês para cumprimento de uma terapêutica em OLD de 18h/dia a 2L/min com cilindros de 4200L.
Os cilindros de oxigénio gasoso portáteis têm cerca de 400 L e permitem deslocações de curta duração (autonomia de cerca de 2h para um débito de 3L/m).

NOTA:

Os óculos nasais são os mais frequentemente usados na grande maioria das situações. As máscaras ficam reservadas para casos particulares, como a necessidade de fazer débitos elevados.

O concentrador, que é a fonte principal de oxigénio em OLD, consome energia elétrica durante mais de 15 horas por dia.

REGRAS DE PRESCRIÇÃO DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS (CRD)

A prescrição de CRD deve ser feita, obrigatoriamente, por via eletrónica. Quando a prescrição eletrónica não for possível, utilizar-se-á um formulário único, de uso obrigatório em todas as administrações regionais de saúde, com base no conteúdo do formulário eletrónico.

A prescrição inicial de CRD deverá respeitar as regras estabelecidas na presente Norma, em coerência com a evidência científica vigente.

Os médicos prescritores deverão ter competência na área respetiva e acesso aos meios técnicos necessários à fundamentação da prescrição.

O uso ocasional e justificado deste suporte impresso, no caso do sistema eletrónico já tiver sido implementado, deve ser seguido do seu registo no sistema informático em tempo oportuno.

A prescrição deve incluir quatro componentes: identificação, prescrição, fundamentação clínica e temporal.

Na componente de identificação incluem-se campos destinados ao local de prescrição, ao prescritor e ao doente.

A componente de prescrição inclui a caracterização do tipo de prescrição: inicial, continuação ou modificação.

No caso de ser uma prescrição inicial ou de modificação é absolutamente obrigatório o preenchimento de todos os campos, especialmente os que se referem à fundamentação, com os critérios fisiopatológicos aplicáveis.

Sublinhe-se que a especificação de tratamento/s e respetivo/s equipamento/s se rege pelo princípio de preenchimento obrigatório de todos os campos.

Em caso de prescrição do tipo continuação, apenas os campos relativos ao tipo de tratamento continuado serão preenchidos.

A componente temporal impõe que a prescrição tenha a validade máxima de 90 (noventa) dias, finda a qual a prescrição termina, se a mesma não for renovada.

A folha de prescrição impressa, destinada aos casos residuais, em que a via eletrónica não seja possível, disporá de uma cópia com identificação por código de barras ou outro sistema.

O original do pedido de prestação de CRD seguirá para a empresa fornecedora, via doente. Uma cópia, com todos os elementos, técnicos e clínicos, destina-se ao processo clínico e permitirá o posterior registo na aplicação informática de suporte, quando aplicável.

No site da Direção-Geral da Saúde, onde este formulário deve ser descarregado, está acessível um resumo das indicações de prescrição e instruções para um correto preenchimento do formulário.

A aplicação eletrónica/informática será o pilar principal do processo de prescrição de CRD, pelo que a prescrição manual deve ser vista como um processo de transição ou recurso.

BILHETES DE IDENTIDADE DOS INDICADORES

Designação	**Percentagem de pessoas inscritas com prescrição de oxigenoterapia**		
Tipo de Indicador	QUALIDADE TÉCNICA / EFETIVIDADE	**Entidade Gestora**	ACES
Tipo de falha		**Período aplicável**	Ano
Objetivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do Indicador	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico		
Frequência de monitorização	Trimestral	**Unidade de medida**	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES/ ARS	**Fórmula**	A / B x 100
		Output	Percentagem de utentes
Prazo Entrega Reporting	Dia 25 do mês n+1	**Valor de Referência**	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	**Meta**	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Critérios de inclusão	Numerador: - Denominador - Ter prescrição de oxigenoterapia Denominador: - Ter inscrição no ACES no período em análise		
Observações			
Fator crítico			

Variáveis	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Número de inscritos com prescrição de oxigenoterapia	SI USF/UCSP	Nº de inscritos
B - Denominador	Número de inscritos	SI USF/UCSP	Nº de inscritos

Designação	**Percentagem de custos com oxigenoterapia no total de custos com cuidados respiratórios domiciliários**		
Tipo de Indicador	EFICIÊNCIA	**Entidade Gestora**	ARS
Tipo de falha		**Período aplicável**	Ano
Objetivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do Indicador	Indicador que exprime a proporção de custos de oxigenoterapia no total de custos com terapêuticas respiratórias domiciliárias		
Frequência de monitorização	Trimestral	**Unidade de medida**	Percentagem
Responsável pela monitorização	ARS	**Fórmula**	A / B x 100
		Output	Percentagem de custos
Prazo Entrega Reporting	Dia 25 do mês n+1	**Valor de Referência**	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	**Meta**	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Critérios de inclusão	Numerador: - Denominador - Custos totais com oxigenoterapia contabilizados Denominador: - Custos totais com cuidados respiratórios domiciliários contabilizados		
Observações			
Fator crítico			

Variáveis	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Custos totais com oxigenoterapia	SIEF	€
B - Denominador	Custos totais com cuidados respiratórios domiciliários	SIEF	€

Designação	**Percentagem de custos com oxigenoterapia no total de custos com meios complementares de diagnóstico e terapêutica**		
Tipo de Indicador	EFICIÊNCIA	**Entidade Gestora**	ARS
Tipo de falha		**Período aplicável**	Ano
Objetivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do Indicador	Indicador que exprime a proporção de custos de oxigenoterapia no total de custos com meios complementares de terapêutica		
Frequência de monitorização	Trimestral	**Unidade de medida**	Percentagem
Responsável pela monitorização	ARS	**Fórmula**	A / B x 100
		Output	Percentagem de custos
Prazo Entrega Reporting	Dia 25 do mês n+1	**Valor de Referência**	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	**Meta**	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Critérios de inclusão	Numerador: - Denominador - Custos totais com oxigenoterapia contabilizados Denominador: - Custos totais com meios complementares de terapêutica contabilizados		
Observações			
Fator crítico			

Variáveis	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Custos totais com oxigenoterapia	SIEF	€
B - Denominador	Custos totais com meios complementares de terapêutica	SIEF	€