

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

METODOLOGIA DE CONTRATUALIZAÇÃO

9 de Março de 2012

ÍNDICE

Índice	2
Siglas utilizadas	3
Introdução	4
A Contratualização Interna e a Contratualização Externa	6
Calendário de Contratualização	9
Modelo de Contratualização e Acompanhamento dos ACES	11
Caracterização do ACES e Definição de Prioridades Assistenciais	11
O Índice de Necessidades em Saúde para a Alocação de Recursos Financeiros	13
O Plano de Desempenho	14
O Contrato Programa	15
Indicadores de Desempenho	15
Instruções Gerais ao Processo Negocial	17
Monitorização e Acompanhamento do Contrato-Programa	18
Modelo de Contratualização Interna	19
Unidades de Saúde Familiar	22
Contratualização	22
Quinze Indicadores da Carteira Básica de Serviços	23
Como avaliar?	25
Quais as consequências?	25
Tempos associados	27
Modelo B	27
Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados	30
Indicadores para a monitorização do desempenho e sistema de informação	31
Unidades de Saúde Pública	32
Unidades de Cuidados na Comunidade	34
Monitorização do Processo de Contratualização	36

SIGLAS UTILIZADAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CC	Conselho Clínico
CP	Contrato Programa
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DCARS	Departamento de Contratualização da ARS
DE	Diretor Executivo
DGS	Direcção geral da Saúde
DSP	Departamento de Saúde Pública
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Índice de Necessidades em Saúde
PD	Plano de Desempenho
PNS	Plano Nacional de Saúde
PVP	Preço de Venda ao Público
SICA	Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UAG	Unidade de Apoio à Gestão
UC	Unidades Contratualizadas
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UF	Unidade Funcional
UFCSP	Unidade Funcional para os Cuidados de Saúde Primários
ULS	Unidade Local de Saúde
UP	Unidades Ponderadas
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde primários (CSP) são o pilar central do sistema de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

Com a constituição dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), e tendo por base a experiência das Unidades de Saúde Familiar (USF), tornou-se necessário aprimorar a estratégia nacional para a implementação do processo de contratualização com os prestadores, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações e, acima de tudo, visando a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poder alcançar maiores ganhos em saúde.

Nesse sentido, durante o ano de 2010, foram implementados experimentalmente dois instrumentos previsionais junto dos recém-criados ACES: Plano de Desempenho (PD) e Contrato-Programa (CP). Estes instrumentos refletem a necessidade em promover a autonomização e responsabilização dos prestadores para melhor responder às necessidades em saúde das populações.

A experiência tida em 2010 permitiu que em 2011 o processo decorresse com mais maturidade e, em todas as regiões, tendo sido possível desencadear o processo de contratualização interna não só com as USF mas também com as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

Ainda durante o ano de 2011, e de forma a aperfeiçoar e fazer evoluir o modelo de contratualização interna entre Diretor Executivo (DE)/ Conselho Clínico (CC) e Unidades Funcionais (USF e UCSP), promoveu-se a discussão pública de novos indicadores de contratualização/accompanhamento. Este processo de revisão de indicadores de contratualização já estava previsto na Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril, e foi operacionalizado de acordo com o definido no Despacho do Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 13 de Julho de 2011.

É importante salientar que esta fase de auscultação pública foi bastante participada e produtiva, destacando-se as sessões de discussão e debate promovidas pelas várias Administrações Regionais de Saúde (ARS), nas quais os vários prestadores de CSP analisaram os indicadores inicialmente propostos.

Os contributos recolhidos no âmbito do processo de discussão pública permitiram fazer as devidas adaptações aos indicadores inicialmente propostos tendo resultado numa matriz final com 78 indicadores. Esta versão final de indicadores permitiu, por um lado, aumentar a abrangência a novas áreas clínicas que até ao momento não eram consideradas no âmbito do processo de contratualização com as unidades funcionais (como a área da saúde mental e das doenças respiratórias) e, por outro, possibilitou a introdução de indicadores de resultado no processo de contratualização com os CSP.

Desta forma, será possível em 2012, iniciar um processo de monitorização tendo por base um conjunto de novos indicadores para que, em 2013, o processo de contratualização assente já num novo conjunto de informação. Verifica-se pelos resultados atingidos, que alguns dos indicadores utilizados neste processo apresentam já níveis de excelência, devendo por isso, ser substituídos por outros que reflitam áreas onde é necessária intervenção.

Paralelamente, importa continuar a reforçar a aproximação do processo de contratualização entre as UCSP e as USF, com objetivo de aumentar a exigência, qualidade e satisfação em termos de prestação de cuidados de saúde, promovendo as condições para o surgimento de USF. Igualmente, é previsto que durante o ano de 2012 decorram processos experimentais e pontuais de contratualização interna com as Unidades de Saúde Pública (USP) e com as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) com o objetivo de estabelecer um quadro estável de indicadores de monitorização e acompanhamento da sua atividade.

Em termos de contratualização externa, compete aos DE/ CC desenvolver os processos de diagnóstico de necessidades e de planeamento em saúde de forma a reduzir o hiato entre o estado de saúde atual e o estado de saúde desejável da população.

Espera-se que em 2012, o processo de contratualização e a sofisticação da alocação de recursos permita uma progressão efetiva da autonomização e responsabilização dos ACES pela efetividade dos cuidados de saúde prestados à população.

A CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA E A CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA

Os ACES, serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, são constituídos por várias unidades funcionais, tendo por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica.

Destas unidades funcionais constam as USF, as UCSP, as UCC, as USP e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários pelas ARS. Cada unidade funcional (UF) assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES.

O desafio do processo de contratualização com os ACES, centrado nas necessidades em saúde das diferentes populações, tem por base a contratação de cuidados de saúde, através do desenvolvimento do CP e, posteriormente, com as restantes UF, através de cartas de compromisso.

O processo de contratualização tem dois momentos distintos, a Contratualização Externa, formalizada com a assinatura do CP e a Contratualização Interna, formalizada com a assinatura de Cartas de Compromisso.

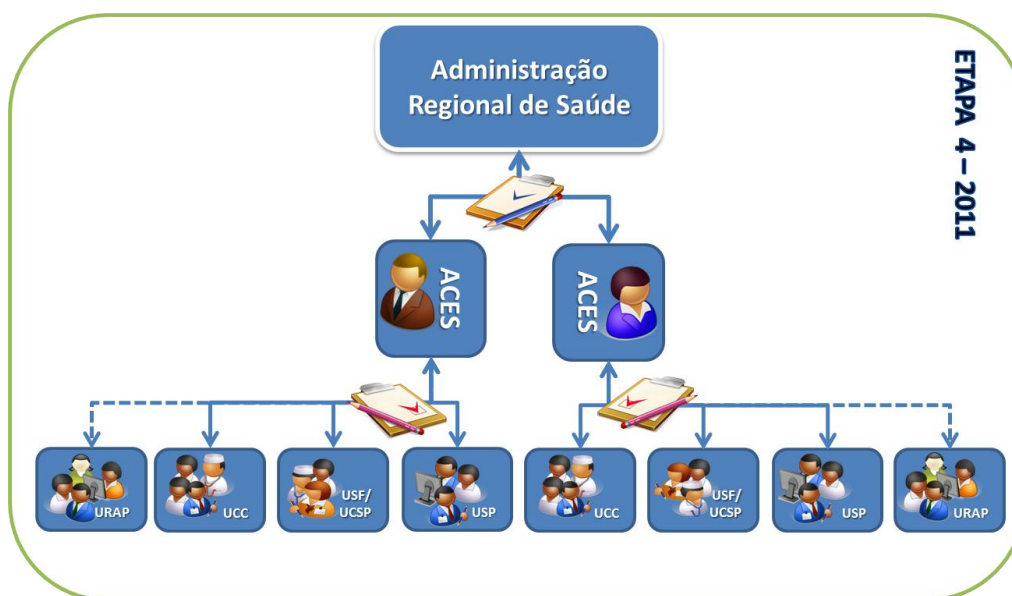


Figura 1. Modelo de contratualização interna e externa.

A contratualização interna consiste na definição da atividade que será desenvolvida pelas várias unidades funcionais dentro do ACES, tendo em vista envolver os profissionais de saúde, responder às necessidades em saúde da população e às prioridades assistenciais definidas pelo DE e CC do ACES. A contratualização interna deve considerar, para além dos indicadores específicos de cada UF, os indicadores constantes do PD e CP do ACES (ie. Eixo Nacional, Eixo Regional, Eixo Local) com objetivo de sinalizar que do trabalho de cada equipa dependem os resultados assistenciais alcançados pelo ACES.

O resultado deste processo termina no momento da contratualização externa em que, decorrente da proposta de PD elaborada pelo ACES, o DE /Presidente do CC irá negociar com a respectiva ARS a

atividade a desenvolver para esse ano, bem como as contrapartidas associadas a determinado nível de metas acordadas.

O processo negocial culmina com a assinatura do CP em sessão pública com a presença do Conselho Executivo de cada ACES. Idealmente, a sessão pública deve contar com a presença de todos os ACES da região de saúde respectiva.

O processo de negociação interna e externa é dinâmico e contínuo. A contratualização interna não se encerra com a proposta de PD, cujo resultado global decorre do que foi negociado numa primeira fase com as várias UF existentes no ACES. Na sequência do que for acordado entre o ACES e a ARS (contratualização externa), numa segunda fase, poderão ter que ser ajustados objetivos e atividades com as várias unidades.

Após a contratualização externa entre ARS e o ACES, visando a assunção de um compromisso no âmbito da prestação de cuidados, estão criadas as condições para finalizar o processo de contratualização interna através da assinatura da carta de compromisso, podendo ser necessário ajustar as metas contratualizadas com cada UF, como acima já referido.

Para efeitos de gestão, os CP existem enquanto acordos celebrados entre o ACES e o Conselho Diretivo da ARS pelo qual se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objetivos do ACES e os recursos afetos ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à respectiva execução.

Se, por um lado, a contratualização tem inerente um maior sentido de exigência e de responsabilização dos prestadores, também tem implicações claras para com a administração em saúde, ou seja, esta tem que ter capacidade para identificar as necessidades em saúde, assumir a diferença, avaliar, responsabilizar e diferenciar as boas práticas.

Unidades Locais de Saúde

O modelo de contratualização com os ACES deve ser adaptado às Unidades Locais de Saúde (ULS) na sua vertente de prestação de CSP (Decreto-Lei n.º 102/2009, de 11 de Maio). Com efeito, em 2012 estarão em funcionamento 7 ULS abrangendo 10,6% da população portuguesa. Estas entidades públicas empresariais integram numa única entidade pública os vários serviços e instituições do SNS existentes numa determinada área geográfica. Assim, o definido no presente documento para os ACES em termos de organização e funcionamento deve ser cumprido e incorporado, com as necessárias adaptações, pelas ULS nos seus regulamentos internos.

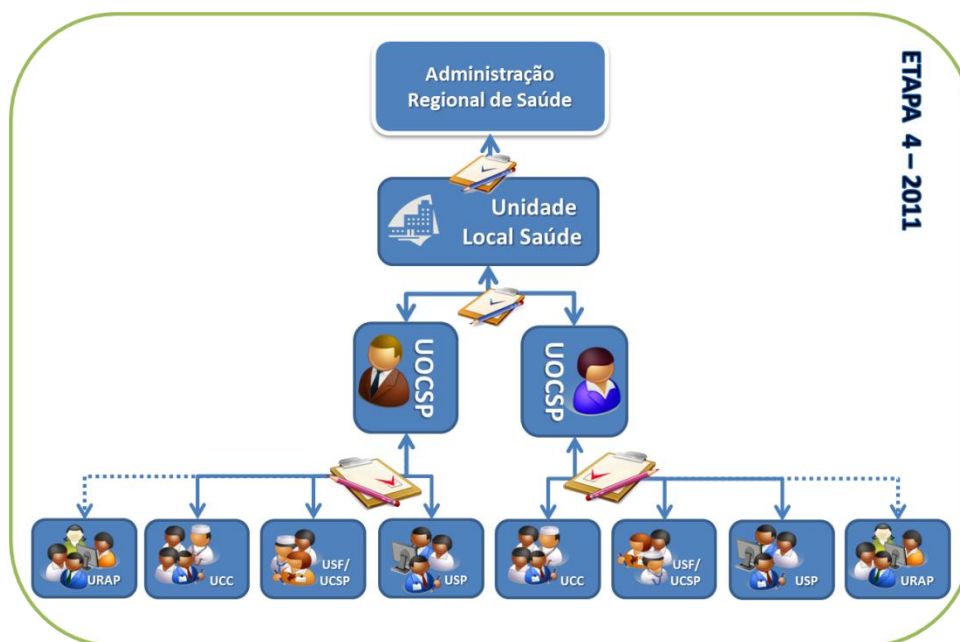


Figura 2. Modelo de contratualização interna e externa nas Unidades Locais de Saúde.

CALENDÁRIO DE CONTRATUALIZAÇÃO

O calendário de contratualização para 2012 não sendo o calendário ideal é aquele que se torna possível nesta fase. Assim, em termos de datas, o processo deverá decorrer de acordo com as seguintes datas:

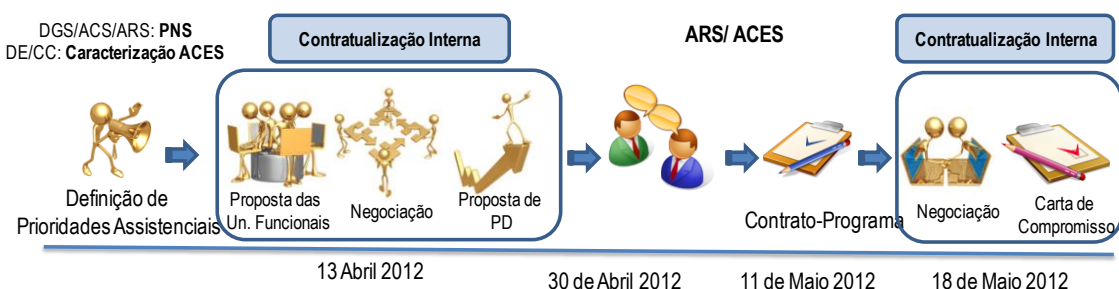


Figura 3. Calendário processo de contratualização 2012

Assim, o processo de contratualização com as UF deverá decorrer até ao dia 13 de Abril de 2012, com submissão do PD até dia 20 do mesmo mês. Até ao final do mês de Abril deverá ocorrer o processo de contratualização externa ou seja, as negociações entre as ARS e os ACES, culminando com a assinatura do CP a 30 de Abril. O processo de contratualização interna é encerrado com a assinatura das cartas de compromisso entre o ACES e as USF/UCSP até 18 de Maio de 2012.

As datas chave do processo de contratualização em 2012 são:

Contratualização Interna	Até 13 de Abril de 2012
Submissão do Plano de Desempenho	Até 20 de Abril de 2012
Contratualização Externa	Até 30 de Abril de 2012
Assinatura de Contratos-Programa com ACES	Até 11 de Maio de 2012
Assinatura de Cartas de Compromisso	Até 18 de Maio de 2012

Dada a natureza técnica do modelo de contratualização e acompanhamento, será necessário continuar a capacitar as Unidades de Apoio à Gestão (UAG) dos ACES, de forma a prestarem o melhor serviço de apoio à decisão do DE e ao necessário acompanhamento da atividade pelo CC. Neste sentido, dando seguimento ao operado durante os dois últimos anos, ainda em 2012 e, de forma a transmitir progressiva e sustentadamente as competências de contratualização para os ACES, os DCARS trabalharão em estreita proximidade com as UAG, devendo para tal desenvolver um conjunto de iniciativas, designadamente ações de formação externa, formação em serviço, estágios nas ARS, reuniões regulares entre ARS/UAG, suporte técnico permanente e auditorias, de acordo com as necessidades identificadas.

Em 2012, os DCARS devem adicionalmente apoiar a instrução do processo de contratualização interna dos ACES com as USF/UCSP, devendo monitorizar a qualidade e a coerência do processo. Na sequência do processo de 2011, assume-se que existem ACES com a maturidade necessária ao desenvolvimento autónomo do processo de contratualização interna.

Nas reuniões em que os DCARS participem devem, no final das reuniões, promover com os responsáveis do ACES (designadamente o DE, o CC e o Coordenador da UAG) uma análise crítica do desenrolar das mesmas, no sentido de identificar aspetos a melhorar (eg. pontos fracos e pontos fortes). Devem ainda apresentar relatório, ao Conselho Diretivo da ARS no prazo de 30 dias após a última reunião de contratualização com as USF/ UCSP, devendo considerar um plano de capacitação do respetivo ACES de forma a melhorar a sua prestação.

MODELO DE CONTRATUALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS ACES

O ACES, dotado de autonomia administrativa, é um serviço desconcentrado das ARS ou integrado em ULS e, neste sentido, o processo de contratualização inicia-se com a definição de prioridades assistenciais pelos Conselhos Diretivos das ARS.

CARACTERIZAÇÃO DO ACES E DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES ASSISTENCIAIS

O processo de contratualização, seja ele encetado com unidades prestadores de cuidados de saúde primários, secundários ou integrados, deve objetivar reduzir o hiato entre o estado de saúde atual e o estado de saúde desejável da população. Para tal é necessário um reforço e capacitação nos processos de diagnóstico de necessidades, de planeamento em saúde, de contratualização de cuidados de saúde e a sofisticação das modalidades de pagamento.

A recente reforma dos CSP, e especificamente a constituição dos ACES, constitui uma oportunidade única para se abordar as necessidades específicas das populações e desenvolver respostas locais adequadas através do processo de contratualização.

Assim, e no âmbito do PD dos ACES, apresentado pelo Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contratualização com os CSP (Despacho n.º 7816/2009, de 9 de Março de 2009), a ACSS, em parceria com o Instituto Nacional de Estatística (INE) e Hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), tem vindo a recolher e trabalhar um conjunto de informação demográfica e epidemiológica de cada ACES que habilita os prestadores de cuidados a desenvolver as melhores respostas, capacitando desta forma, o processo de contratualização.

Estes indicadores no seu conjunto permitem a caracterização dos ACES, de forma a promover localmente o planeamento das atividades assistenciais e de prevenção com base nas necessidades em saúde da população por parte das ARS. Toda a informação foi calculada ao nível do ACES, incluindo os agrupamentos que estão integrados em ULS, com a melhor informação disponível.

A informação foi alvo da devida validação junto das ARS, no contexto dos trabalhos do Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contratualização com os CSP. Esta mesma informação está disponível no sistema de informação geográfica da Direção-Geral de Saúde (DGS), e pode ser acedida através do site: www.websiq.acs.min-saude.pt.

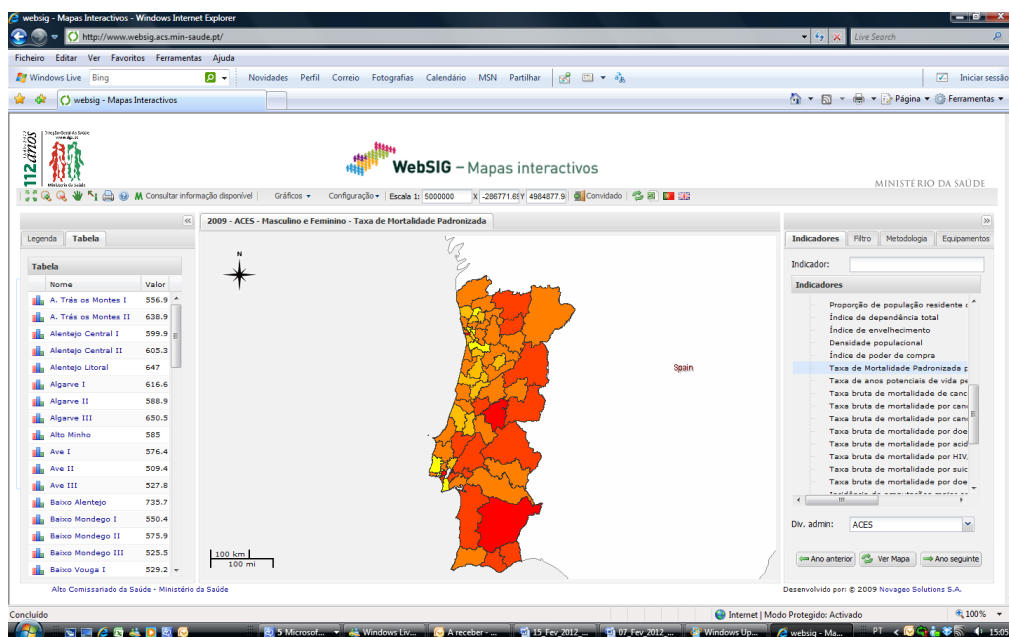


Figura 4. Taxa de mortalidade padronizada por todas as causas (2009)

A definição de prioridades assistenciais baseia-se nas necessidades em saúde particulares de cada região e no Plano Nacional de Saúde (PNS), devendo complementar as iniciativas da DGS. A definição das prioridades regionais e locais é um aspeto fundamental para a obtenção de ganhos em saúde que, na maioria das vezes só podem conseguir-se, com atenção às especificidades da população num dado do território.

A definição das prioridades assistenciais e linhas estratégicas permitirá ao ACES definir o Plano de Atividades anual e plurianual, de acordo com os recursos existentes. O Plano de Atividades é reflexo do planeamento conjunto de todas as unidades funcionais dos ACES e dos seus órgãos de gestão, mais especificamente do DE e do CC. Para o sucesso desta tarefa é necessário o envolvimento do Departamento de Estudos e Planeamento e do Departamento de Saúde Pública de cada ARS, bem como da USP de cada ACES.



Figura 5. A Montante e a Jusante do Plano de Desempenho.

O ÍNDICE DE NECESSIDADES EM SAÚDE PARA A ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

No âmbito do trabalho da ACSS no domínio dos modelos de financiamento e modalidades de pagamento para o sistema de saúde, a Unidade Funcional para os Cuidados de Saúde Primários (UFCSP) na ACSS, preparou uma proposta de alocação normativa de recursos financeiros a cada ACES, através do desenvolvimento de um Índice de Necessidades em Saúde (INS).

Reconhecidamente, a alocação de recursos aos CSP deve induzir um desempenho equitativo e de elevada qualidade e efetividade. Importa, assim, definir uma alocação de recursos financeiros aos ACES de carácter normativo, adequada ao risco de morbilidade da população que estes servem, para orientar de modo indicativo o financiamento da prestação de CSP.

Os valores normativos/expectáveis apurados por ACES não correspondem a valores “ideais” de gastos a ajustar instantaneamente. Os valores normativos apresentados são indicativos e não devem ser analisados sem uma concreta e precisa contextualização da prestação de cuidados de saúde em cada ACES. Apenas visam fornecer uma possível orientação às ARS sobre a forma como o financiamento disponível poderá ser redistribuído entre os seus ACES, de acordo com as necessidades em saúde da população, mediante a análise regional que cada ARS entender efetuar.

A definição das prioridades regionais e locais associada a uma utilização eficiente dos recursos é um aspeto fundamental para a obtenção de ganhos em saúde que, na maioria das vezes só podem conseguir-se, com atenção às especificidades da população num dado território.

Assim, o INS constitui um instrumento adicional para o planeamento da prestação de cuidados de saúde e da redistribuição de recursos financeiros escassos, no contexto de processos de financiamento e contratualização.

O PLANO DE DESEMPENHO

O PD é um documento estratégico negociado anualmente com o ACES, no qual se caracteriza o ACES, designadamente através de indicadores populacionais de cariz sociodemográfico, socioeconómico e de resultados em saúde, são definidas prioridades assistenciais para o ano seguinte, são explicitados os recursos materiais, humanos e financeiros que o ACES tem ao dispor para cumprir a sua missão assistencial. Trata-se de uma ferramenta de monitorização e acompanhamento muito importante para todos os profissionais que trabalham no ACES e, em particular, para os seus responsáveis.

O PD está organizado em nove grandes áreas: (1) Caracterização; (2) Linhas estratégicas; (3) Plano de Atividades; (4) Plano de Formação; (5) Mapa de Equipamentos; (6) Mapa de Recursos Humanos; (7) Indicadores de Desempenho; (8) Plano de Investimentos e (9) Orçamento-Económico. A atividade assistencial é acordada através da definição de uma carteira básica de serviços fracionada em grandes áreas, seguidas de áreas de intervenção, por atividades/cuidados prestados, finalizando-se na definição de indicadores de desempenho. Os indicadores têm como base a população residente ou os utentes inscritos, e podem referir-se a processos, coordenação de cuidados de saúde (entre prestadores do mesmo ou diferentes níveis de cuidados), resultados ou qualidade de registos.

A ACSS desenvolveu a ferramenta informática de recolha do PD: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA). O PD deverá ser submetido informaticamente até 20 de Abril de 2012.

Após a apreciação da proposta do PD, deve decorrer o processo formal de negociação entre a ARS e o ACES, para definição de metas por indicador contratualizado, bem como, as contrapartidas inerentes à realização da atividade em causa pelo ACES.

A condução das reuniões é da responsabilidade do Conselho Diretivo da ARS, apoiado pelo seu DCARS. O ACES é representado pelo DE, devendo este ser acompanhado pelo CC e apoiado pelo Coordenador da UAG. A documentação a ser analisada em reunião deve ser apresentada mutuamente com pelo menos 48 horas úteis de antecedência. Assim, caso exista contra-proposta da ARS à proposta inicial de PD, tal facto deve ser transmitido previamente ao ACES. Nestas reuniões podem ser convidados a assistir, pela ARS, representantes de organismos do Ministério da Saúde, nomeadamente da ACSS.

O CONTRATO PROGRAMA

O CP é o documento que o ACES deve outorgar com a ARS e está alinhado com o definido no PD concretizando o compromisso assumido ao identificar claramente as obrigações e as contrapartidas de ambas as partes e as regras de acompanhamento, monitorização e avaliação das atividades a desenvolver pelo ACES.

Os objetivos e metas assistenciais expressas no CP não correspondem necessariamente a todos os indicadores de desempenho apresentados em PD. Além dos indicadores definidos para os ACES a nível nacional, que serão 14, cada região seleciona 6 indicadores de acordo com áreas prioritárias de intervenção localmente definidas, sendo que 2 desses indicadores são específicos para cada ACES (eixo local).

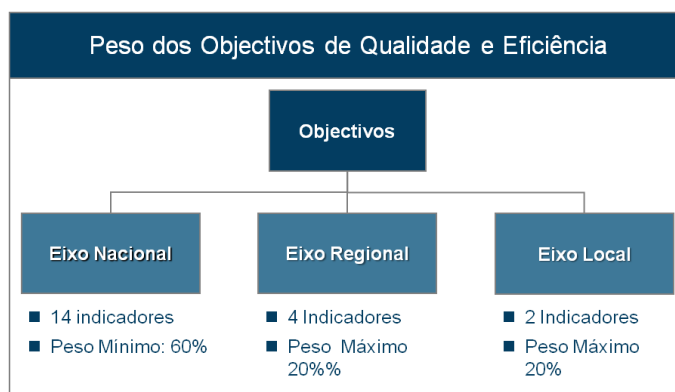


Figura 6. Peso dos indicadores nacionais, regionais e locais

INDICADORES DE DESEMPENHO

A seleção de indicadores para o CP de 2012 incide sobre a panóplia de indicadores de acompanhamento, descritos no PD, devendo nesta fase ser valorizados de acordo com as prioridades assistenciais nacionais e regionais. O número de indicadores não ultrapassa os 20, distribuídos em dois eixos: eixo nacional e eixo regional. O eixo nacional é constituído por 14 indicadores. O eixo regional é constituído por 6 indicadores, dos quais dois podem variar por ACES. Destes seis indicadores regionais, deve ser selecionado pelo menos um indicador da área de coordenação de cuidados/ qualidade técnica/ efetividade e outro da área de eficiência. A definição dos seis indicadores regionais é da responsabilidade da ARS, podendo os dois indicadores de eixo local ser definidos conjuntamente com o respetivo ACES de acordo com as necessidades em saúde apuradas.

Serão atribuídas as seguintes ponderações aos indicadores selecionados:

Objetivos de Cuidados de Saúde Primários		Peso Relativo	Peso relativo (%)	Margem de flexibilidade ARS
Eixo Nacional		Min. 60%		
3.15	Taxa de utilização global de consultas médicas		8,0%	1,6%
3.22d1	Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar		8,0%	1,6%
	Percentagem de recém-nascidos, de termo, com baixo peso		7,0%	1,4%
6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias		8,0%	1,6%
6.1Md3	Percentagem de Utentes com Plano Nacional de Vacinação atualizado aos 13 anos		8,0%	1,6%
5.3d1	Percentagem de inscritos entre 50 e 74 anos com deteção precoce de cancro colo-rectal efetuado		7,0%	1,4%
	Incidência de amputações major em diabéticos na população residente		6,0%	1,2%
	Incidência de acidentes vasculares cerebrais na população residente com menos de 65 anos		6,0%	1,2%
8.17	Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado do SNS em ambulatório (Dose Diária Definida/1000 habitantes/dia)		6,0%	1,2%
8.1	Percentagem de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação de um problema associado		6,0%	1,2%
	Percentagem de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos		6,0%	1,2%
7.6d3	Percentagem de consumo de medicamentos genéricos em embalagens, no total de embalagens de medicamentos		8,0%	1,6%
7.6d4	Custo médio de medicamentos faturados por utilizador		8,0%	1,6%
7.7d1	Custo médio de MCDT faturados por utilizador		8,0%	1,6%
			100,0%	var. 20%
Eixo Regional		Até. 20%		
			25,0%	6,3%
			25,0%	6,3%
			25,0%	6,3%
			25,0%	6,3%
			100,0%	var. 25%
Eixo Local		Até. 20%		
			50,0%	25,0%
			50,0%	25,0%
			100,0%	var. 50%

Figura 7. Ponderação dos indicadores de eixo nacional, regional e local

Os indicadores regionais devem ser escolhidos pelas ARS tendo em conta as necessidades em saúde da população da região, devendo os indicadores escolhidos para os ACES visar especificamente as necessidades daquela área de influência.

Os indicadores relacionados com a incidência de acidentes vasculares cerebrais idade < 65 anos, incidência de amputações *major* em diabéticos e recém-nascidos de baixo peso apenas devem ser avaliados no final do CP em 2012.

Se, por um lado, a contratualização tem inerente um maior sentido de exigência e de responsabilização dos prestadores, também tem implicações claras para com a administração em saúde, ou seja, esta tem que ter capacidade para identificar as necessidades em saúde, assumir a diferença, avaliar, responsabilizar e diferenciar as boas práticas.

A definição das metas para cada indicador depende da negociação a ser efetuada entre a ARS e o ACES. As metas devem ser exigentes, mas viáveis, baseadas nas melhores práticas, com o fim de garantir que as características inerentes à constituição dos ACES tragam melhores resultados em saúde, sem colocar em causa a sua implementação e o desenvolvimento organizacional da equipa.

A proposta de metas considera os valores definidos como objetivos de cada plano de saúde, o histórico observado nos últimos três anos e as características dos ACES.

De forma a homogeneizar este processo, no que diz respeito à forma como as metas são definidas e ao grau de exigência que lhes está inerente, será disponibilizado aos DCARS o resultado da aplicação de uma metodologia de *clusterização*, para os indicadores de eixo nacional, calculada com base nos resultados obtidos em 2010 pelos ACES.

Nesta metodologia de *clusterização hierárquica (Método de Ward)* já utilizada no processo de contratualização interna com as USF em 2011, tendo por base os resultados atingidos para cada indicador no ano 2010, são criados seis grupos de *clusters*. Dependente do posicionamento que cada ACES verificou em termos do seu desempenho, será posicionado num determinado *cluster*. O nível de exigência da meta a definir e, a evolução proposta, terá por base esse ponto de partida e a definição do grau de evolução pré-definido. Desta forma as metas por indicador são acordadas com base numa orientação e um nível de exigência comum para as cinco regiões.

INSTRUÇÕES GERAIS AO PROCESSO NEGOCIAL

O ano de 2012 caracteriza-se por um quadro de particular restrição orçamental das Finanças Públicas pelo que o processo de contratualização, a encetar em 2012, deve constituir-se como um instrumento relevante neste contexto.

Considerando a necessidade de interiorização deste processo, e os condicionalismos referidos em documentos próprios, é necessária a participação e o envolvimento de todos os atores relevantes.

As ARS devem negociar com cada instituição a atividade e os resultados a alcançar, tendo em especial atenção as características e necessidades em saúde da população abrangida num contexto de prestação coordenada dos cuidados de saúde, sustentada nos CSP e na sua capacidade para gerir o estado de saúde dos Utentes promovendo, desta forma, a prestação dos cuidados no nível mais adequado e efetivo.

O processo negocial a encetar entre as Regiões de Saúde e os ACES deve:

- i. Basear-se na avaliação das necessidades em saúde regionais e locais;
- ii. Considerar o INS na alocação de recursos financeiros;

- iii. Estimular a instituição de programas de governação clínica, por iniciativa do CC, que promovam o exercício da atividade clínica baseada na evidência científica, a eficiência e qualidade dos cuidados e a satisfação dos Utentes;
- iv. Fomentar a constituição das diferentes UF, tal como do processo de contratualização interna;
- v. Otimizar a utilização dos recursos disponíveis, reservando-se o acesso aos cuidados secundários, para as situações que exijam este grau de intervenção;
- vi. Promover a qualidade do reporte económico-financeiro dos ACES e consequentemente das ARS;
- vii. Promover a acessibilidade dos Utentes pelo cumprimento, por um lado, dos tempos máximos de resposta garantidos definidos na legislação em vigor e, por outro lado, pelo desenvolvimento de circuitos de coordenação e referenciação de Utentes;
- viii. Coordenar o acompanhamento dos Utentes que necessitem de cuidados hospitalares em ambulatório ou internamento, e cuidados após a alta, designadamente, cuidados continuados integrados paliativos, convalescença e domiciliários;
- ix. Garantir o compromisso assumido de contenção de custos e de sustentabilidade económica do SNS.

MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO-PROGRAMA

A monitorização da atividade de cada ACES envolve o controlo (interno) e o acompanhamento (externo). O controlo interno é permanente e da responsabilidade da UAG, devendo debruçar-se sobre os compromissos assumidos pelas diversas UF, por um lado, e sobre os compromissos assumidos com a assinatura do CP por outro. Como tal devem ser apresentados pela UAG relatórios de execução do CP e das Cartas de Compromisso ao DE/CC e às respetivas UF. É responsabilidade do DE/CC analisar os desvios e propor a implementação de medidas corretivas. Quer o relatório, quer as medidas corretivas, devem ser discutidos formalmente pelo DE com os vários Coordenadores das UF.

A monitorização do CP é realizada pelos DCARS. Sempre que necessário, o Conselho Diretivo da ARS deve convocar o ACES para uma reunião de acompanhamento da execução do CP, devendo ser analisados os resultados alcançados. A reunião deve ser instruída pelo DCARS, e os dados em análise comunicados previamente ao ACES. Preferencialmente, recomenda-se a realização de uma reunião semestral de acompanhamento por ACES.

Durante o ano de 2012, os ACES apresentam ao Conselho Diretivo da sua ARS um relatório analítico de monitorização semestral sobre o nível de cumprimento das Cartas de Compromisso das USF.

MODELO DE CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

Os ACES são compostos por várias UF de acordo com os diferentes âmbitos de atuação: a) Comunitário e de base populacional; b) Personalizado, com base na livre escolha do médico de família pelos utentes; c) do exercício de funções de autoridade de saúde.

Como visto anteriormente, os ACES podem contar com USF/ UCSP, UCC, USP, URAP, e outras unidades ou serviços, propostos pela respetiva ARS, I. P., e aprovados por despacho do Ministro da Saúde, e que venham a ser considerados como necessários.

Durante os últimos anos, identificámos a contratualização com as USF como um ponto fundamental, indutor de maior responsabilização e exigência, sempre no sentido de alcançar melhores resultados em saúde, com maior eficiência. O início da contratualização com as UCSP, já no âmbito dos ACES, vem reforçar esta necessidade, pela tentativa de aproximação do processo existente com as USF às recém-constituídas UCSP. Aliás, é consensual que a implementação de novas UF deve estar associada a um processo de contratualização com a administração, em que são negociadas metas em relação ao acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho económico.

Atendendo que ainda se encontra em progresso a instalação das restantes UF dos ACES, o presente capítulo centra-se na contratualização com as USF e apresenta de seguida as linhas orientadoras para o processo de contratualização interna com estas. Sempre que estejam reunidas as condições mínimas, deve ser encetado o processo de contratualização com as UCSP, estimulando os profissionais a organizarem-se em torno de um compromisso comum com vista a uma autonomia organizativa e técnica.

Prevê-se que durante o ano de 2012 decorram processos experimentais e pontuais de contratualização com USP e UCC, nomeadamente com o objetivo de estabelecer um quadro estável de indicadores de monitorização e acompanhamento da sua atividade.

A metodologia de contratualização com os prestadores de CSP previa já em 2011, a introdução de novos indicadores de acompanhamento de atividade dos cuidados de saúde personalizados, com o objetivo de testar e, posteriormente alargar o leque disponível de indicadores para contratualização. Não tendo sido possível introduzir testar os novos indicadores em 2011, os mesmos deverão estar em condições de ser acompanhados no decurso do ano 2012.

O novo conjunto de indicadores de monitorização decorre do processo de revisão de indicadores já previsto na Portaria n.º 301/2008 de 18 de Abril. Nesse contexto, e no âmbito das suas funções, o Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento do Processo de Contratualização nos CSP (GT-CSP) propôs uma nova matriz de indicadores de contratualização, para alargamento do número de indicadores de resultado e abrangência das patologias selecionadas. A nova matriz de indicadores foi submetida a discussão pública, por despacho do Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, datado de 13 de Julho de 2011.

Findo o processo de discussão pública e feitas as devidas adaptações daí decorrentes, resulta uma matriz de 78 indicadores, abrangendo-se áreas como os cuidados ao recém-nascido/saúde infantil, saúde da mulher, doenças neoplásicas, doenças cardiocerebrovasculares, doenças metabólicas, doenças respiratórias e saúde mental. Em 2012 deverão ser feitas as adaptações por parte dos sistemas de informação, para que o acompanhamento dos indicadores seja viável no ano em causa e permita que os mesmos, estejam em condições de servir de base ao processo de contratualização em 2013.

Para o efeito foi já apresentado um cronograma para a disponibilização dos indicadores constantes na nova matriz, de acordo com as seguintes datas:

Tabela 1. Cronograma para a disponibilização da nova matriz de indicadores no SIM@SNS

SIM@SNS	Data de Início	Data de Fim
Indicadores Nacionais (comuns a todas as UF)	1 Mar 2012	12 Abr 2012
Indicadores Regionais	2 Jul 2012	27 Jul 2012
Restantes Indicadores - fase 1	3 Out 2012	25 Out 2012
Restantes Indicadores - fase 2	26 Out 2012	19 Nov 2012

É ainda previsível, que para 2013 se verifiquem alterações à forma de seleção dos indicadores para as USF e UCSP, devendo o processo evoluir numa lógica semelhante ao que acontece com os ACES. Ou seja, é expectável, que passe a vigorar uma lista comum de indicadores nacionais, comuns a todas as unidades, e, um outro conjunto de indicadores, selecionados em função das características regionais e locais.

Tabela 2. Lista de indicadores, comuns às UF, que deverão ser acompanhados durante o ano de 2012

Área	Indicador
Acesso	Taxa de consultas no domicílio de enfermagem por 1.000 inscritos
	Taxa de utilização global de consultas nos últimos 3 anos
Desempenho	Percentagem de hipertensos com acompanhamento adequado
Assistencial	Percentagem de diabéticos com acompanhamento adequado
	Percentagem de inscritos maiores de 13 anos com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos
	Percentagem de grávidas com acompanhamento adequado
	Percentagem de mulheres às quais foi prestado adequado planeamento familiar
	Percentagem de inscritos maiores de 13 anos com quantificação do consumo de álcool nos últimos 3 anos
	Percentagem de utilizadores com idade igual ou superior a 65 anos sem prescrição de benzodiazepinas
	Percentagem de crianças até um ano de idade com acompanhamento adequado
	Percentagem de crianças com 14 anos com exame global de saúde realizado entre os 11 e os 13 anos (inclui PNV)
Satisfação dos Utentes	Indicador dependente do estadió de processo de acreditação DGS.
	Indicador base: processo de autoavaliação concluído.
Eficiência	Custo médio de medicamentos por utilizador (valor faturado em PVP)
	Custo médio de MCDT por utilizador (valor faturado)

Adicionalmente, e na sequência da primeira fase do trabalho desenvolvido pelo grupo para a melhoria do registo da morbilidade nos CSP, é previsto para 2012 alargar o manual de codificação clínica com cerca de 24 novos códigos, por forma a aumentar o número de patologias a codificar de forma sistemática e uniforme pelos médicos de família.

Sem bons registos clínicos não é possível garantir cuidados adequados e, muito menos monitorizar e avaliar o trabalho realizado e os cuidados prestados. Assim, em 2012, e na sequência do que tem vindo a ser feito, deverá haver um esforço prioritário a nível de cada ACES, sob liderança dos CC, para melhorar os registos clínicos em todas as unidades funcionais, designadamente nas USF e UCSP.

Deve ainda ser considerada a possibilidade da introdução de indicadores de acompanhamento de monitorização das normas de boa prática clínica, publicadas pela DGS.

UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

O processo de implementação das USF encontra-se a decorrer, existindo atualmente 315 USF (CSP, 6 Fevereiro 2012) em atividade.

Nem todas as USF estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de USF é resultante do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo, dos incentivos aos profissionais e do modelo de financiamento, bem como do respetivo estatuto jurídico.

Para 2012, o modelo de contratualização com as USF consubstanciará as alterações introduzidas em anos anteriores decorrentes da criação dos ACES, pela aproximação do modelo existente de contratualização externa com base em indicadores nacionais, regionais e locais, de acordo com as especificidades de cada unidade.

Pelo facto de se prever que existam USF que iniciem a sua atividade ao longo do ano de 2012, será ainda necessário utilizar, determinados níveis de contratualização, ou seja:

- Apenas as USF que têm **mais de 6 meses de atividade** (que iniciem até 1 de Julho de 2012, inclusive) entram no processo de avaliação para atribuição dos **incentivos institucionais referentes a 2012**;
- Às USF que iniciem a sua atividade, após 1 de Julho de 2012 e que tenham mais de 3 meses de atividade será aplicado o modelo de contratualização, mas não terão acesso aos incentivos institucionais;
- Todas as USF que celebrarem Carta de Compromisso com o ACES devem ser alvo de acompanhamento da carteira básica de serviços.

CONTRATUALIZAÇÃO

Quando contratualizar?

Para as USF que iniciaram atividade até ao final de 2011, o processo de contratualização decorrerá de acordo com o calendário apresentado anteriormente.

Para as restantes, **nos 60 dias após a homologação do parecer pela ARS**, e preferencialmente antes do início de atividade, o ACES (DE/CC e USF) com o apoio da ARS, negociará as metas para os indicadores selecionados, ajustadas ao tempo de contratualização. Deverá também ser negociada a carteira adicional de serviços, caso esta exista, bem como os respetivos indicadores.

O que contratuar para atribuição de incentivos institucionais?

QUINZE INDICADORES DA CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS

Os indicadores a utilizar na contratualização com as USF são agrupados em quatro grandes áreas: acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho económico.

De modo a flexibilizar e simplificar o processo, **devem ser contratualizados 15 indicadores** cuja distribuição é feita com base na seguinte tabela:

Tabela 3. Distribuição dos indicadores base a selecionar pelas USF

Área	Nº de Indicadores base
Acesso	4
Desempenho Assistencial	8
Qualidade Percebida	1
Desempenho Económico	2

Apresenta-se de seguida a lista de indicadores base, comuns a todas a USF. Salienta-se que a opção pelos indicadores apresentados se deveu à disponibilidade e validação destes indicadores pelos sistemas de informação.

Tabela 4. Indicadores para atribuição de incentivos institucionais

Área	N.º SI	Indicador	Valor de Referência 2012
Acesso	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	85
	3.15	Taxa de utilização global de consultas	75
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	30
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	145
Desempenho Assistencial	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada	60
	5.1M	Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos	70
	5.4M2	Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registada nos últimos doze meses, desde que abranjam dois semestres	85
	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	95
	6.1Md1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos	98
	6.1Md2	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos	97
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	75

	6.9M	Porcentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	80
Satisfação dos Utentes		Porcentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos	-
Eficiência	7.6d4	Custo médio de medicamentos faturados por utilizador (em PVP)	-
	7.7d1	Custo médio de MCDT faturados por utilizador	-

Nos indicadores de eficiência para 2012 são objeto de contratualização os medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica faturados ao SNS (e que abrangem, neste momento, a quase totalidade dos utilizadores). Para os medicamentos, considera-se o Preço de Venda ao Público (PVP), com o objetivo de eliminar o efeito dos diferentes escalões de comparticipação. No entanto, o acompanhamento desta área é também feito com base nos valores prescritos.

Definição de Metas

A definição das metas para cada indicador depende da negociação a ser efetuada entre a USF e o DE/CC, acompanhado pelo respetivo DCARS, e deve considerar os objetivos de saúde traçados pela ARS e pelo ACES. Igualmente, deve ser considerado o comportamento dos indicadores na própria UF, o seu posicionamento face às restantes, e outros elementos considerados pertinentes. As metas devem ser definidas em função do número de meses previstos de funcionamento da USF para o ano – será apenas considerado o número de meses completos de atividade. As metas devem ser exigentes, mas viáveis, baseadas nas melhores práticas, com o fim de garantir que as características inerentes à constituição das USF tragam melhores resultados em saúde.

À semelhança do que se passou no processo de contratualização 2011 com as USF, a UFCSP com base na metodologia já referida anteriormente, criou seis grupos de *clusters* para cada um dos indicadores para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros (tendo por base os resultados atingidos em 2010). Desta forma, são identificados os valores mínimos, medianos e máximos de cada *cluster* para que se torne possível situar o desempenho da USF em cada indicador.

Para a definição da meta a contratualizar em 2012, é definida uma orientação, explicitando em que sentido esta deve ser negociada, com base na posição da USF para determinado indicador, em 2011.

Carteira Adicional

Encontra-se em estudo o circuito de definição e aprovação do programa de cada carteira adicional, o circuito de proposta, análise, cabimentação e aprovação de execução de uma carteira adicional no contexto ACES, e o modelo de acompanhamento e avaliação da execução das carteiras adicionais (i.e. possibilidade de indicadores de desempenho, calendário de avaliação, critérios de extinção/manutenção da carteira adicional de acordo com mínimos de desempenho).

Plano de Acompanhamento Interno

Paralelamente à contratualização dos indicadores associados à carteira básica de serviços, cada USF deverá iniciar a progressiva implementação de **um plano de acompanhamento interno**, iniciando, assim, um processo de autoavaliação, tendo por fim chegar à acreditação.

O **plano de acompanhamento interno** deverá ser construído com o apoio dos CC e em estreita articulação com as ERA no âmbito do processo de acompanhamento das USF. O referido plano a implementar deverá avaliar o grau de cumprimento de um ou mais procedimentos e as não conformidades associadas.

A ERA deverá verificar a existência e implementação do plano de acompanhamento interno e remeter aos DCARS, anualmente, um relatório resumo, onde explicita o(s) procedimento(s) que estão a ser alvo de auditoria e o grau de execução do referido plano.

COMO AVALIAR?

O **acompanhamento dos indicadores** deve ser feito pela UAG com o apoio dos DCARS, de forma automatizada, isto é, sem trabalho adicional para os elementos da USF.

A avaliação do compromisso contratualizado será feita de acordo com a seguinte tabela:

Tabela 5. Métrica de avaliação das metas contratualizadas

Estado	Pontuação	Classes	
		Acessibilidade Desempenho Assistencial Satisfação dos Utentes	Eficiência
Atingido	2	> 90 %	<= 100 %
Quase Atingido	1	[80 %, 90 %]]100 %, 105 %]
Não Atingido	0	< 80 %	> 105 %

As metas estabelecidas para os indicadores 2.7.1/6.1 e 2.7.2/6.1 (PNV aos 2 e 6 anos) devem ser consideradas não atingidas se os valores obtidos forem inferiores ao estabelecido.

QUAIS AS CONSEQUÊNCIAS?

Do apuramento dos resultados finais da contratualização deve resultar a atribuição, ou não, de um **Incentivo Institucional**.

Adicionalmente, o não cumprimento dos indicadores propostos pode, de acordo com regulamentação futura, implicar a passagem de USF Modelo B para Modelo A, ou em último recurso a extinção da USF.

O valor dos incentivos é atribuído na totalidade, nos casos em que se verifique cumulativamente o compromisso nas quatro classes de indicadores, conforme a tabela seguinte:

Tabela 6. Atribuição de 100% de incentivos institucionais

Classes	Número de indicadores contratualizados	Pontuação máxima possível (100%)	Pontuação mínima a obter (90%)
Acessibilidade	4	8	7
Desempenho assistencial	8	16	14
Satisfação dos utentes	1	2	2
Eficiência	2	4	4

O valor dos incentivos é atribuído a 50% nos casos em que se verifique cumulativamente o compromisso nas quatro classes de indicadores e em que pelo menos um dos indicadores de eficiência é cumprido, conforme a tabela seguinte:

Tabela 7. Atribuição de 50% de incentivos institucionais

Número de indicadores contratualizados	Pontuação máxima possível (100%)	Pontuação mínima a obter (80%)
15	30	24

As USF que tenham direito ao Incentivo Institucional devem elaborar um **Plano para a Aplicação do Incentivo**, após terem sido informadas pelos seus DE. O Plano para Aplicação de Incentivos deve ser remetido pelo DE do ACES (com parecer do CC) para o Conselho Diretivo da ARS, com conhecimento ao DCARS. Nas USF que integram ULS o Plano para a Aplicação do Incentivo deve ser remetido ao Conselho de Administração da respetiva ULS.

Cabe ao Conselho Diretivo da ARS aprovar o Plano para a Aplicação do Incentivo, garantindo, assim, a cabimentação orçamental para o valor em causa. Caso o Plano de Aplicação de Incentivos não vá ao encontro da estratégia regional de saúde definida pela ARS, esta deve devolver o documento ao DE do ACES. Este, com a participação do CC, deve negociar com a USF, dentro dos prazos previstos, as alterações necessárias no referido plano. A aplicação do incentivo deve decorrer durante o ano subsequente à atividade que originou este incentivo.

O Plano para a Aplicação do Incentivo permite que a iniciativa e seleção do investimento parta da equipa, devendo traduzir-se, nomeadamente, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da USF, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional (conforme o nº2, Artº38, do Decreto-Lei 298/2007). Este programa deve estar preferencialmente enquadrado num programa de melhoria contínua.

O valor de incentivos institucionais é definido de acordo com a seguinte tabela, e varia de acordo com as unidades ponderadas (UP) de cada USF:

Tabela 8. Valor dos incentivos institucionais

Número de unidades ponderadas (UP) por USF	Valor dos Incentivos (euros)
<8 500	9 600
8 500 – 15 500	15 200
>= 15 500	20 000

Caso a USF não venha a despende a totalidade do incentivo a que teve direito até ao final do ano civil, pode transferi-lo para o ano seguinte.

TEMPOS ASSOCIADOS

A USF elabora o relatório de atividades, focalizado nas metas dos indicadores contratualizados, e proposta de plano de aplicação de incentivos institucionais, que remete ao DE do ACES que, após validação junto do CC, o remeterá ao DCARS respetivo até ao dia 15 de Fevereiro.

A ARS deve comunicar ao ACES / USF, até 31 de Março, a decisão relativa à atribuição de incentivos referentes ao ano civil anterior.

O DE/CC do ACES pode, se assim o entender e em articulação com a ARS, providenciar a realização de uma auditoria clínica para verificar o cumprimento das metas, que deve estar concluída até 15 de Abril, no que se refere à carta de compromisso do ano civil anterior. O processo de auditoria clínica também pode ser desencadeado por iniciativa da ARS em articulação com o DE/CC do respetivo ACES. Sempre que se inicie uma auditoria, o processo de atribuição de incentivos fica suspenso durante os 30 dias posteriores à data de decisão da sua realização.

A ARS aprova o plano de aplicação de incentivos institucionais remetido pelo DE do ACES até 30 de Abril e este, comunica ou negocia com a USF a sua aplicação em consonância com a estratégia regional de saúde.

MODELO B

As USF de modelo B são unidades funcionais com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar deve ser uma prática efetiva e em que os profissionais estão dispostos a aceitar um nível de contratualização de **patamares de desempenho mais exigentes**, traduzindo-se, tendencialmente, por metas com valores médios mais elevados

Às USF modelo B são atribuídos incentivos institucionais (de acordo com princípios explicitados para as USF modelo A) e incentivos financeiros aos profissionais.

A atribuição de incentivos aos profissionais das USF é regulada pelo Decreto-lei nº 298/2007, de 22 de Agosto, pela Portaria n.º 301/2008 de 18 de Abril, clarificados pelo “Regulamento para Cálculo das

Remunerações dos Profissionais Integrados em USF de Modelo B, homologado pelo Sr. Secretário de Estado da Saúde a 23 de Abril de 2008.

Os incentivos atribuídos aos médicos são aferidos pela compensação das atividades específicas e os dos restantes profissionais — enfermeiros e pessoal administrativo — integrados na compensação pelo desempenho.

A atribuição de incentivos financeiros a enfermeiros e pessoal administrativo depende da concretização de metas contratualizadas referentes a atividades decorrentes de (I) vigilância de mulheres em planeamento familiar e (II) grávidas, de vigilância de (III) crianças no primeiro ano de vida e (IV) durante o segundo ano de vida, de vigilância de (V) diabéticos e de (VI) hipertensos.

O valor máximo anual dos incentivos financeiros a distribuir, por enfermeiro é de € 3.600, e por assistente administrativo, é de €1.150.

Tabela 9. Indicadores para atribuição de incentivos financeiros

Área	N.º SI	Indicador	Valor de Referência 2012
I	3.22M	Taxa de utilização de consultas de enfermagem em planeamento familiar	50
	5.2M	Percentagem de mulheres entre os 25 -49 anos vigiadas na USF com colpocitologia atualizada	80
II	4.22M	Percentagem de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna	80
	6.4	Percentagem de grávidas com revisão de puerpério efetuada	80
	4.33	Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a puérperas vigiadas na USF durante a gravidez	80
III	6.13	Percentagem de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizados até ao 7.º dia de vida do recém-nascido	99
	4.34M	Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a recém-nascidos até aos 15 dias de vida	80
	4.9M1m	Percentagem de crianças com pelo menos seis consultas de vigilância de saúde infantil dos 0 aos 11 meses	80
IV	4.10M1m	Percentagem de crianças com pelo menos 3 consultas de saúde infantil no 2.º ano de vida	80
	5.13M2	Percentagem de inscritos com peso e altura registados nos últimos 12 meses	95
	6.1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos	98
V	6.19M	Percentagem de diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem	90
		Percentagem de casos com registo de gestão do regime terapêutico	90
	5.7	Percentagem de diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano	90
VI	5.13M1	Percentagem de hipertensos com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses	85
	5.10Mf	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial em cada semestre	95
	6.2M	Percentagem de hipertensos com vacina antitetânica atualizada	95

O apuramento dos incentivos financeiros obtém-se segundo a seguinte métrica de avaliação:

Tabela 10. Métrica para atribuição de incentivos financeiros

Estado	Pontuação por Actividade	Indicador
Atingido	2	> 90 %
Quase Atingido	1	[80 %, 90 %]
Não Atingido	0	< 80 %

O valor dos incentivos é atribuído, na sua totalidade, nos casos em que se verifique o seguinte cumprimento das metas nos 17 indicadores de desempenho. Excepcionalmente, a meta estabelecida para o indicador 2.7.2/6.1 (PNV aos 2 anos) deve ser considerada não atingida se o valor obtido for inferior ao estabelecido.

Tabela 11. Atribuição de 100% de incentivos financeiros

Número de indicadores de desempenho contratualizados	Pontuação máxima possível (100 %)	Pontuação mínima a obter (90 %)
17	34	30

O valor dos incentivos é atribuído a 50 %, nos casos em que se verifique o seguinte cumprimento das metas nos 17 indicadores de desempenho:

Tabela 12. Atribuição de 50% de incentivos financeiros

Número de indicadores de desempenho contratualizados	Pontuação máxima possível (100 %)	Pontuação mínima a obter (75 %)
17	34	25

Caso haja lugar à atribuição de incentivos financeiros, a ARS procede ao cálculo até 31 Março de 2012 e a respectiva entrega aos enfermeiros, até 30 de Abril de 2012 (datas ajustadas caso a USF seja alvo de auditoria por parte da ARS)

UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS

As UCSP são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal da área administrativa. A atividade das UCSP desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica, integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do ACES. As UCSP têm uma estrutura idêntica às USF e prestam cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos, isto é, apresentam uma carteira de serviços idêntica àquelas unidades funcionais, assente na Portaria 1368/2007, de 18 de Outubro ou nos dispositivos legais que no futuro as venham a alterar.

As UCSP devem orientar a sua atividade pelos seguintes princípios:

- a) Conciliação, que assegura a prestação de cuidados de saúde personalizados, sem descurar os objetivos de eficiência e qualidade;
- b) Cooperação, que se exige de todos os elementos da equipa para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;
- c) Articulação, que estabelece a necessária ligação entre a atividade desenvolvida pelas UCSP e as outras unidades funcionais do ACES;
- d) Avaliação, que sendo objetiva e permanente, visa a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do plano de ação.

A organização e funcionamento das UCSP constam do seu regulamento interno proposto pelo coordenador e aprovado pelo DE, ouvido o CC.

O plano de ação da UCSP traduz o seu programa de atuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada e contém o compromisso assistencial, os seus objetivos, indicadores e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência. O plano de ação deve ser construído para três anos, com metas anuais ajustadas aos regimes de trabalho dos profissionais e à legislação em vigor.

O compromisso assistencial das UCSP é constituído pela prestação de cuidados incluídos na carteira de serviços definida para as USF na Portaria n.º 1368/2007, de 18 de Outubro. A UCSP pode propor ou receber propostas do ACES para desenvolver as carteiras adicionais definidas nesta portaria, se forem supletivas aos serviços já fornecidos aos cidadãos do ACES.

O compromisso assistencial é formalizado anualmente, mediante carta de compromisso acordada entre o coordenador e o ACES, da qual deve ainda constar a afetação dos recursos necessários ao cumprimento do plano de ação e o manual de articulação do ACES com a UCSP.

Os profissionais das UCSP, à semelhança de todos os profissionais das várias UF têm a obrigação de colaborar, de acordo com as competências específicas de cada um, no cumprimento do plano de desempenho dos respetivos ACES.

INDICADORES PARA A MONITORIZAÇÃO DO DESEMPENHO E SISTEMA DE INFORMAÇÃO

A carteira de serviços de saúde pessoal e familiar, sendo comum para as USF e as UCSP, exige que o sistema de informação esteja preparado para fornecer os mesmos indicadores para ambos os tipos de unidades, permitindo deste modo que as equipas possam monitorizar e acompanhar a evolução do seu próprio desempenho ao longo do tempo.

Porém, considerando os diversos estádios de desenvolvimento que as UCSP possam ter nas várias regiões de saúde, em diferentes ACES e até dentro do mesmo ACES, recomenda-se que seja constituído um painel flexível de acordo com as necessidades e condições locais e com o grau de desenvolvimento de cada unidade.

De igual modo, o processo de compromisso ou contratualização interna deve adotar metas ajustadas ao grau de desenvolvimento de cada UCSP, sem prejudicar requisitos mínimos de satisfação das necessidades da população, designadamente garantia de níveis adequados de imunização e de prevenção secundária dos problemas de saúde mais prevalentes e importantes para a proteção de saúde da respectiva população.

Sem prejuízo da flexibilidade e abrangência do painel de indicadores acordado a nível local no processo de contratualização interna entre o ACES e cada UCSP, deverá ser considerado o quadro de indicadores de monitorização e avaliação de desempenho das USF como referência.

UNIDADES DE SAÚDE PÚBLICA

A USP tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.

A USP, observatório de saúde da área geográfica onde se insere, desenvolve atividades de planeamento em saúde, de promoção e proteção da saúde, incluindo a avaliação do impacto em saúde, de prevenção da doença, de vigilância epidemiológica, de vigilância em saúde ambiental, de investigação em saúde e de gestão ou participação em programas de saúde pública.

Consideram-se requisitos **essenciais e prévios** à constituição e implementação de uma USP que o ACES assuma o compromisso de dotar a USP dos meios necessários ao exercício das suas funções, tais como:

- a) Garantir acesso adequado a um sistema de informação eficaz, a ser utilizado pelos profissionais das USP, designadamente, às aplicações atualmente existentes nos serviços de CSP: SINUS, SAM (ou *VitaCare/ Medicine One*), SAPE, SIARS e outras, específicas da atividade de saúde pública;
- b) Garantir aos profissionais das USP a possibilidade de obterem e terem acesso à formação necessária para poderem manusear as referidas aplicações;
- c) Aprovar o *regulamento interno* cuja proposta é da responsabilidade do coordenador da USP;
- d) Assegurar os recursos humanos, em número e em diferenciação, indispensáveis para responder às funções que lhes estão atribuídas;
- e) Dotar a USP e seus profissionais dos respectivos meios técnicos, materiais e viaturas, adequados às funções que lhes são exigidas e às características de cada USP;
- f) Garantir as instalações necessárias ao trabalho da UF.

Para começar a identificar as atividades que a USP deve desenvolver, é urgente que seja feito, por cada USP, um trabalho prévio de análise com os Departamentos de Saúde Pública (DSP) das ARS, para conhecer os projetos em curso e que contributos o DSP pode disponibilizar à USP. Por exemplo: pode haver atividades que façam mais sentido serem desenvolvidas a nível regional, porque com menos investimento ou de um modo mais automático podem facultar informação útil a todos os ACES e, neste caso, já as USP não precisam recolher e tratar a informação relativa a essa atividade. Esta prática dos DSP deve ser entendida num quadro de apoio às USP, proporcionando mais-valia e ganhos em eficiência, bem como ter sempre presente a preocupação de não se tornar centralista ou limitadora da USP e do espírito da reforma dos CSP, que deve acontecer nos ACES e nas suas unidades funcionais.

Os compromissos que uma USP vai assumir com o seu ACES, podem variar conforme a realidade populacional e até organizacional de cada ACES. Contudo, há uma lista mínima de compromissos, comum a todos os ACES, que deve nortear a respectiva contratualização.

Neste sentido as USP devem assumir e trabalhar uma “Carteira Básica de Serviços” nas seguintes seis áreas:

- a) Função Observatório Local de Saúde
- b) Elaboração de proposta do Plano Local de Saúde
- c) Vigilância Epidemiológica e Investigação de surtos epidêmicos
- d) Gestão e participação na execução de programas e projetos
- e) Funções de Autoridade de Saúde
- f) Formação contínua e formação pré e pós graduada

Para 2012, no desenvolvimento de uma lista de indicadores de contratualização, importa compreender que a *carteira de serviços* é mais robusta, provavelmente fixa para os próximos anos, já que decorre das competências e modelos internacionalmente aceites para a saúde pública, cujo ritmo de alteração é naturalmente lento. A lista de indicadores deve refletir a fase de arranque em que se encontra a contratualização em saúde pública, cujos indicadores estarão em aperfeiçoamento contínuo, e pretende constituir uma resposta adequada às diferentes realidades das USP do país, quer no que diz respeito aos recursos disponíveis, quer ao inerente desenvolvimento de atividades.

UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo, assim e de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Tendo em consideração as recomendações previstas no PNS que prevêm uma abordagem centrada na família e no ciclo de vida e a necessidade de intervir de uma forma mais visível nos problemas de saúde de origem social, priorizando a intervenção nos diferentes *settings*, em contexto comunitário, a carteira básica de serviços da UCC deverá integrar projetos e programas que tenham em conta a realidade de saúde e social da sua área de intervenção.

Assim, ela decorre, numa primeira fase, de um diagnóstico de situação que retrate as necessidades atuais. Este diagnóstico deve ser sempre o ponto de partida para qualquer plano de ação e dele fazer parte integrante.

No que se refere às atividades relacionadas com os programas geridos pela USP, em especial dos Programas Nacionais de Saúde Escolar e de Promoção de Saúde Oral (PNSE e PNPSO, respetivamente), deverão ser discutidos e consensualizados com esta unidade, a qual define, para cada programa, objetivos, população alvo, tipo e quantidade de atividades a assegurar recursos e respectiva avaliação.

Este trabalho conjunto decorre das necessidades de articulação, cooperação e complementaridade entre as diferentes unidades funcionais. Concomitantemente, pelo carácter interventivo e de proximidade com as pessoas, famílias, grupos e comunidade, assume especial relevância a sua colaboração na concretização dos diagnósticos de saúde e sociais da comunidade que venham a ser realizados, da responsabilidade da USP.

A construção da oferta de serviços de cada UCC deve, claramente, permitir a identificação dessas especificidades, que se refletirão na diversidade de programas e projetos, bem como nas metas e atividades que os permitirão concretizar. Nesta construção recomenda-se que os elementos da equipa equacionem, de forma sustentada, as experiências de boas práticas que já são desenvolvidas em cada contexto e procurem a evidência da sua atualidade e resultados face às necessidades identificadas.

No momento atual, dadas as limitações a nível do sistema de informação que é incipiente e é absolutamente diferente de local para local, com significativa expressão no que se refere ao trabalho dos técnicos, esta capacidade ficará aquém do desejável e deverá ser tida em conta no processo experimental de contratualização.

Em intervenção comunitária e num processo de implementação e consolidação das UCC, em 2012 é determinante a definição de um painel nacional de indicadores que seja fiável e que responda às características específicas desta nova UF. Este painel de indicadores deve considerar as possíveis áreas

de intervenção da carteira de serviços da UCC de forma a ser possível selecionar um subpainel de indicadores adequado ao plano de ação de cada UCC.

Embora conscientes do constrangimento ao nível do sistema de informação de apoio à prática dos profissionais que integram esta unidade, não pode ser fator impeditivo à implementação de processos experimentais de contratualização, pelo que é necessário adaptar o software já existente no sentido da possibilidade de monitorização e de acompanhamento do desempenho destas equipas.

É essencial investir num resumo mínimo de dados que permita parametrizar um conjunto de indicadores base, que reflitam a atividade destas unidades, nos quais os profissionais nelas integrados se revejam de forma a tornar possível o desencadear de um processo de contratualização interna.

Estando conscientes que nesta fase inicial não existe histórico relativo ao funcionamento das UCC, é necessário em 2012 caminhar para uma contratualização de indicadores que traduzam ganhos em saúde.

MONITORIZAÇÃO DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO

A implementação do processo de contratualização nos CSP é bastante complexo e exigente, e do seu sucesso depende o êxito do novo modelo organizacional nos CSP.

O grau de exigência para todos os atores merece um processo de coordenação centralizado e o desenvolvimento de uma ferramenta de monitorização. Se por um lado, o grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os CSP tem vindo a assumir um papel coordenador neste processo (Despacho n.º 7816/2009), por outro lado é necessário implementar um conjunto de ferramentas que nos permitam acompanhar o grau de implementação e maturação, nos seus vários vetores;

- i. Planeamento
- ii. Monitorização
- iii. Negociação
- iv. Promoção da qualidade
- v. Serviços de suporte

e níveis de responsabilidade:

- i. Conselho Diretivo ARS
- ii. Departamento de Contratualização
- iii. Diretor Executivo
- iv. Conselho Clínicos
- v. UAG
- vi. Coordenador Unidades Funcionais.

As ferramentas a utilizar passam por *Tableaux de Bord* nacional, regionais e locais, e por inquéritos periódicos ao grau de implementação do processo e perceção dos atores.

O despacho n.º 11374/2011 de 7 de Setembro de 2011 vem garantir a obrigatoriedade do reporte mensal de informação relativa à produção e dados económico-financeiros no âmbito dos CSP. Esta informação tem vindo a ser publicada desde Outubro de 2011 com referência ao mês (n-2), de forma agregada por região de saúde, sendo objetivo que a mesma passe a ser divulgada por ACES. Nesse sentido, passará a estar disponível mensalmente o acompanhamento dos contratos programa celebrados a este nível de cuidados.