

DPS

METODOLOGIA DE CONTRATUALIZAÇÃO PARA OS CUIDADOS
DE SAÚDE PRIMÁRIOS NO ANO DE 2013

Março 2013

ÍNDICE GERAL

Enquadramento.....	1
Introdução	2
Metodologia de contratualização para 2013	6
1. Instruções Gerais para o Processo Negocial.....	8
2. Calendário de Contratualização para 2013	10
3. Contratualização Interna para 2013.....	10
3.1. Matriz de Indicadores para Contratualização de Incentivos Institucionais com USF	11
3.2. Métrica para Atribuição de Incentivos Institucionais nas USF	13
3.3. Matriz de Indicadores para Contratualização Interna com UCSP	14
3.4. Matriz de Indicadores para Atribuição de Incentivos Financeiros das USF Modelo B	14
3.5. Métrica para Atribuição de Incentivos Financeiros nas USF Modelo B	15
3.6. Matriz de Indicadores para Atividades Específicas em USF Modelo B	15
3.7. Negociação de Metas com USF e UCSP	16
3.8. Carteira Adicional.....	16
3.9. Plano de Acompanhamento Interno	16
3.10. Acompanhamento do Processo de Contratualização de 2013	17
3.11. Avaliação de Incentivos Institucionais das USF	17
3.12. Avaliação de Incentivos Financeiros das USF Modelo B	17
3.13. Aplicação dos Incentivos Institucionais	18
3.14. Aplicação de Incentivos Financeiros	18
4. Contratualização Externa	19
4.1. O Plano de Desempenho.....	20
4.2. O Contrato-Programa	20
4.3. Caracterização do ACES e Definição de Prioridades Assistenciais	21
4.4. Matriz de Indicadores de Contratualização Externa	21
4.5. Negociação de metas para contratualização externa com os ACES.....	24
4.6. Orçamento Económico dos ACES.....	24
4.7. Acompanhamento.....	25
4.8. Avaliação	26
4.9. Aplicação dos Incentivos	27
Unidades de Saúde Pública	28
Unidades de Cuidados na Comunidade	29
Monitorização do processo de contratualização	31

GLOSSÁRIO DE ABREVIATURAS

SIGLA	SIGNIFICADO
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
BII	Bilhete de Identidade do Indicador
CCS	Conselho Clínico e de Saúde
CP	Contrato Programa
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DCARS	Departamento de Contratualização da ARS
DE	Diretor Executivo
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogéneos
PD	Plano de Desempenho
SIJ	Saúde Infantil e Juvenil
SM/PF	Saúde Mulher e Planeamento Familiar
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UF	Unidade Funcional
ULS	Unidade Local de Saúde
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública

ENQUADRAMENTO

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

As unidades prestadoras de cuidados de saúde primários encontram-se integradas em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e em Unidades Locais de Saúde (ULS).

Os ACES são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa que têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica. São constituídos pelos seguintes tipos de unidades funcionais (UF): Unidades de Saúde Familiar (USF); Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidades de Saúde Pública (USP); Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Cada UF assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica.

As ULS são entidades públicas empresariais que têm por objeto principal a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população residente na área geográfica por ela abrangida, e ainda assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde.

Em termos de política de saúde, o quadro de forte restrição orçamental previsto para 2013, decorrente da atual conjuntura económica e financeira, exige um acrescido rigor e responsabilização na gestão do bem público e uma definição clara dos objetivos a alcançar. Com os recursos disponíveis, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) terá de, sem perda de qualidade, salvaguardando os atuais níveis de acesso e eficiência, continuar a responder às necessidades em saúde dos cidadãos ao nível da prestação de cuidados.

O desenvolvimento organizacional dos cuidados de saúde primários constitui-se como um processo evolutivo e de melhoria contínua que concorre decisivamente para a sustentabilidade económica, financeira e social do SNS.

Neste contexto, o processo de contratualização nos cuidados de saúde primários, que tem vindo a ser implementado e consolidado nos últimos anos, deverá continuar a demonstrar a sua mais-valia na melhoria do acesso, da qualidade e da eficiência dos cuidados de saúde que são prestados aos cidadãos.

O elevado grau de maturidade atingido pelos Departamentos de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde (ARS), pelos ACES e pelas unidades funcionais que os compõem, permite-nos encarar o processo de 2013 com a certeza de que os objetivos propostos serão alcançados.

INTRODUÇÃO

O decreto-lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, veio estabelecer a organização e funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir aos respetivos profissionais, prevendo a existência de incentivos institucionais a atribuir à equipa multiprofissional das USF modelo A e modelo B, de incentivos financeiros a atribuir a assistentes técnicos e enfermeiros nas USF modelo B e de compensações pelo desempenho a atribuir a médicos em USF modelo B, por atividades específicas realizadas.

Através da Portaria n.º 1368/2007, de 28 de outubro, é aprovada a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das USF.

O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, veio, depois, criar os ACES do SNS, e estabelecer o seu regime de organização e funcionamento, constituídos por várias unidades funcionais, cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários aos cidadãos e famílias de determinada área geográfica. O mesmo diploma prevê a celebração de contratos-programa entre os conselhos diretivos das ARS e os diretores executivos do ACES, pelo qual se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objetivos dos ACES e os recursos afetos ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à sua execução.

A portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, veio regular os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF, especificando os indicadores usados na contratualização de cada tipo de incentivos e a métrica de avaliação das metas contratualizadas. O n.º 2 do artigo 2º da referida portaria prevê a contratualização, com todas as USF, de 15 indicadores para os incentivos institucionais, 13 dos quais identificados no respetivo anexo I e 2 outros selecionados entre indicadores validados pela ACSS (segundo a alínea b) do n.º 2 do artigo 2º. O artigo 3º referida portaria define que a atribuição de incentivos financeiros a enfermeiros e secretários clínicos, depende da concretização de metas contratualizadas referentes a atividades decorrentes de vigilância de mulheres em planeamento familiar e grávidas, de vigilância de crianças do nascimento até ao segundo ano de vida, de vigilância de diabéticos e de hipertensos, segundo métrica de avaliação e critérios constantes do anexo II referida portaria. O anexo II da referida portaria define 17 indicadores a usar para a contratualização de incentivos financeiros.

Em 18 de março de 2009 foram publicadas as portarias n.º 272/2009, n.º 273/2009, n.º 274/2009, n.º 275/2009 e n.º 276/2009, criando vários ACES, integrados respetivamente na Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve, I. P., na ARS do Norte, I. P., na ARS do Centro, I. P., na ARS do Alentejo, I. P. e na ARS de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.

Em 11 de maio de 2009 foi publicado o decreto-lei n.º 102/2009, que estabeleceu que os ACES integrados em ULS deveriam seguir, com as necessárias adaptações, o regime de organização e de funcionamento dos ACES previsto no decreto-lei 22/2008, refletindo-o nos respetivos regulamentos internos.

Mais recentemente, foram publicadas novas portarias com a reconfiguração dos ACES, as quais permitem reduzir o número de ACES existentes, por agregação em estruturas de maior dimensão e mais eficientes que

abranjam grupos de população mais numerosa, cumprindo também, atento o contexto económico atual, o imperativo de adoção de medidas para a racionalização da despesa e otimização dos recursos disponíveis – Portaria n.º 308/2012, de 9 de outubro (ARS Alentejo), Portaria n.º 310/2012, de 10 de outubro (ARS Norte), Portaria n.º 394-A/2012, de 29 de novembro (ARS Centro) e Portaria n.º 394-B/2012, de 29 de novembro (ARS LVT).

Com base nesta legislação, e depois das experiências de contratualização iniciadas em 2006 pelas Agências de Contratualização, têm vindo a ser publicados vários documentos que enquadram a nível nacional o processo de contratualização nos cuidados de saúde primários, com especial destaque para:

- **Unidades de Saúde Familiar - Metodologia de Contratualização – USF modelo A e modelo B**

Operacionaliza pela primeira vez, em 2009, a metodologia da contratualização com as USF modelo A e modelo B e divulgou as regras de cálculo para os indicadores usados nos incentivos financeiros das USF modelo B. Foi publicado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), em 3 de janeiro de 2009 ¹.

- **Unidades de Saúde Familiar e Unidades Cuidados de Saúde Personalizados - Cálculo de indicadores de desempenho - Critérios a observar na sua implementação**

Definiu as regras de cálculo e os bilhetes de identidade dos indicadores usados nos incentivos institucionais, nos incentivos financeiros e nas atividades específicas, produzindo efeitos a partir de 2010. Publicado pela ACSS em 3 de setembro de 2009 ².

- **Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados - Metodologia de Contratualização para o ano de 2010**

Estabeleceu a metodologia de contratualização com as USF modelo A e B para o ano de 2010. Introduziu a contratualização nacional com as UCSP. Operacionalizou-se desta forma a **contratualização interna** efetuada entre os responsáveis dos ACES e das unidades funcionais. Publicado pela ACSS em 24 de fevereiro de 2010 ³.

- **Agrupamentos de Centros de Saúde - Metodologia de Contratualização para o ano de 2010**

Operacionalizou, pela primeira vez, a **contratualização externa** com os recém-criados ACES. Neste documento estabeleceu-se que a contratualização dos ACES se baseava em 14 indicadores definidos a nível nacional, 4 selecionados a nível regional e 2 a nível local e definiu-se a implementação, em termos

¹ Disponível em www.acss.min-saude.pt/portals/0/MetodologiaContratualizacao_USF_2009.pdf [acedido em 1-9-2012].

² Disponível em www.acss.min-saude.pt/portals/0/CalculoIndicadoresDesempenho.pdf [acedido em 1-9-2012].

³ Disponível em www.acss.min-saude.pt/portals/0/MetodologiaContratualizacao_USF_UCSP_2010.pdf, [acedido em 1-9-2012]

experimentais, de dois instrumentos previsionais junto dos recém-criados ACES: O Plano de Desempenho (PD) e o Contrato-Programa (CP). Estes instrumentos surgiram devido à necessidade de promover a autonomização e responsabilização dos prestadores para melhor responder às necessidades em saúde das populações. Foi publicado pela ACSS em março de 2010.⁴

- **Bilhete de Identidade dos Indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários**

Define, de forma clara e transparente, as regras de cálculo e as especificações de registo de uma matriz de 100 indicadores de contratualização e monitorização, abrangendo um maior número de áreas clínicas e alargando o número de indicadores de resultado que estão disponíveis no processo de contratualização nos cuidados de saúde primários⁵. Este documento foi publicado pela ACSS em janeiro de 2013 e resultou de uma discussão abrangente com os DCARS, o colégio da especialidade da ordem dos médicos e com a USF-AN.

De facto, e fruto deste trabalho evolutivo e de melhoria contínua, constatamos que a contratualização com os cuidados de saúde primários é um instrumento que está hoje plenamente implementado em Portugal, sendo norteado pelos seguintes princípios gerais:

- 1 Reduzir o hiato entre o estado de saúde atual e o estado de saúde desejável da população, reforçando os processos de diagnóstico de necessidades específicas das populações e de planeamento em saúde, de forma a desenvolver respostas locais adequadas e a promover as boas práticas;
- 2 Incentivar a cultura da prestação de cuidados de saúde em equipa, com realce para a equipa de saúde da família, procurando melhorar o acesso, a qualidade e a continuidade de cuidados, seja na perspetiva da intervenção personalizada, seja envolvendo a família e a comunidade
- 3 Basear-se em indicadores que monitorizam a evolução de processos ou resultados da atividade assistencial, que a evidência científica demonstra que podem conduzir a ganhos em saúde, ganhos de acessibilidade ou ganhos de satisfação;
- 4 Promover a responsabilização das entidades prestadoras através da negociação transparente de metas para os indicadores;
- 5 Induzir nas entidades prestadoras mecanismos de auto-regulação que orientem a prática no sentido da excelência da prestação de cuidados de saúde, da eficiência do sistema de saúde, de ganhos em satisfação de utentes e profissionais;
- 6 Promover a autonomia técnica das unidades prestadoras e a participação dos profissionais na definição

⁴Disponível em www.acss.min-saude.pt/portals/0/Metodologia_ContratualizacaoACES_2010.pdf [acedido em 1-11-2012].

⁵Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/R_DOC_BI_01_DETALHADO_2013_01_11.pdf.pdf [acedido em 26-3-2013].

e implementação das estratégias necessárias para atingir os objetivos acordados, em função dos recursos humanos, técnicos e financeiros que estão disponíveis;

- 7 Premiar, através da atribuição de incentivos institucionais, os ACES e as unidades prestadoras com melhor desempenho;
- 8 Indexar (nas USF Modelo B) uma componente do vencimento dos profissionais ao nível de desempenho medido por determinados indicadores.

O presente documento operacionaliza o processo de contratualização (externa e interna) para o ano de 2013, procurando consolidar a evolução organizacional dos cuidados de saúde primários e continuando o processo de passagem de uma cultura de comando-controle vertical, para uma cultura de compromisso e de responsabilidade a todos os níveis da prestação de cuidados nesta área.

METODOLOGIA DE CONTRATUALIZAÇÃO PARA 2013

Conforme já foi referido, os ACES, serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, são constituídos por várias unidades funcionais, tendo por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

Cada unidade funcional 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 cuidados de saúde primários, centrado nas necessidades em saúde das diferentes populações, tem por base a contratação de cuidados de saúde, através de Cartas de Compromisso estabelecidas com as unidades funcionais dos ACES e, posteriormente, de Contratos-Programa acordados entre os Conselhos Diretivos das ARS e os responsáveis desses ACES.

O processo de contratualização tem dois momentos distintos, que correspondem a dois subprocessos:

1. A **contratualização interna**, realizada entre os ACES e as respetivas unidades funcionais, formalizada com a assinatura das Cartas de Compromisso;
2. A **contratualização externa**, realizada entre as ARS e os respetivos ACES, formalizada com a assinatura dos Contrato-Programa.



Figura 1. Modelo de contratualização de uma ARS com os ACES (externa) e destes com as respetivas UF (interna).

O modelo de contratualização com os ACES deve ser adaptado às Unidades Locais de Saúde (ULS) na sua vertente de prestação de cuidados de saúde primários (Decreto-Lei n.º 102/2009, de 11 de Maio). Com efeito, em 2013 estarão em funcionamento 8 ULS abrangendo 11,7% da população portuguesa (1248940

inscritos a 31-12-2012) ⁶. Estas entidades públicas empresariais integram numa única entidade pública os vários serviços e instituições do SNS existentes numa determinada área geográfica.

Nesta sequência, para o caso das ULS, no respeito pelos princípios da autonomia técnica própria dos cuidados de saúde primários, da delegação de competências e da responsabilização dos profissionais, o regime de contratualização deve observar as regras aplicáveis aos ACES, desenvolvendo-se um processo de contratualização interna que envolva o Conselho de Administração das ULS e os responsáveis pela gestão interna e pela prestação de cuidados ao nível dos cuidados de saúde primários, de maneira a que seja garantido o alinhamento dos objetivos específicos deste nível de cuidados e da ULS como um todo, na garantia do contínuo da prestação dos cuidados.

Ainda em relação às ULS, recorde-se que 6% do valor do Contrato-Programa está associado ao cumprimento de objetivos de qualidade, distribuídos de forma equitativa entre os cuidados de saúde hospitalares (3%) e os cuidados de saúde primários (3%), estando estes últimos alinhados com a contratualização efetuada a nível nacional com os ACES.

Em termos gerais, os processos de contratualização externa e interna operacionalizam-se em 3 fases:

1. Negociação – fase que vai desde os trabalhos preparatórios da negociação até à assinatura do Contrato-Programa entre a ARS e os ACES e das Cartas de Compromisso entre o ACES e as suas Unidades Funcionais, na qual se efetua a aproximação entre a oferta e a procura (necessidades em saúde), tendo em conta o preconizado pela política de saúde em vigor para o período, as restrições orçamentais e outros condicionalismos associados à negociação e à partilha do risco em saúde. A negociação não se limita a troca de propostas. Regra geral, é sensato acompanhar as propostas das razões que as justificam e, idealmente, as justificações devem preceder as propostas;
2. Monitorização e acompanhamento - fase em que se efetua a recolha sistemática da informação sobre o compromisso assumido entre as partes nas diferentes dimensões de análise (produção assistencial contratada, objetivos para as dimensões acesso, qualidade assistencial, eficiência e desempenho económico-financeiro, entre outras), e em que se discutem em tempo útil as várias possibilidades de introdução de medidas que permitam corrigir eventuais desvios em relação ao preconizado pelas partes;
3. Avaliação – enquanto fase crucial que encerra o ciclo do processo de contratualização, a avaliação é não só um momento de prestação de contas mas também um momento de reflexão sobre o desempenho de todos os intervenientes no processo, os quais deverão ter a capacidade de avaliar de forma desprendida e objetiva os resultados alcançados, agindo em função dos mesmos. A fase de avaliação tem um enorme potencial transformador, pretendendo-se que a mesma contribua significativamente para a mudança de comportamentos, de atitudes e de práticas de gestão, visando a

⁶ Fonte SIM@SNS, dados referentes ao denominador do indicador 2013.001.V1 com data de referência de 31-12-2012,acedido a 22-3-2013

melhoria dos resultados globais das entidades envolvidas no processo de contratualização.

1. INSTRUÇÕES GERAIS PARA O PROCESSO NEGOCIAL

O ano de 2013 caracteriza-se por um quadro de restrição orçamental das Finanças Públicas, pelo que o processo de contratualização deste ano se deve constituir como um instrumento muito relevante neste contexto, nomeadamente no que toca à necessidade de gestão mais eficiente dos recursos disponíveis e ao reforço do controlo do acompanhamento dos custos, essencialmente com medicamentos e MCDT's.

De facto, 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.

Considerando a necessidade de interiorização deste processo, as ARS devem negociar com cada instituição a atividade e os resultados a alcançar, tendo em conta as características e as necessidades em saúde da população abrangida num contexto de prestação coordenada dos cuidados de saúde, sustentada nos cuidados de saúde primários 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.

Assim, o processo negocial que vai decorrer entre as ARS e os ACES deve:

- i. Basear-se na avaliação das necessidades em saúde regionais e locais;
- ii. Estimular a implementação de programas de governação clínica e de respostas adequadas aos problemas e necessidades em saúde de grupos específicos e da população no seu todo, por iniciativa do Conselho Clínico e de Saúde, de forma a promover o exercício da atividade clínica baseada na evidência científica, a eficiência e qualidade dos cuidados e a satisfação dos utentes;
- iii. Promover a acessibilidade dos utentes, por um lado, através do cumprimento 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;
- iv. 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;
- v. Otimizar a utilização dos recursos disponíveis, reservando-se o acesso aos cuidados secundários para as situações que exijam este grau de intervenção;
- vi. Considerar o envolvimento e responsabilização dos cidadãos e das comunidades, através de órgãos e

- de práticas formais (gabinetes do cidadão e conselhos da comunidade) e informais que promovam a participação e a cidadania em saúde;
- vii. Aumentar o impacto dos cuidados de saúde primários na saúde dos cidadãos, das famílias e das comunidades, através do fortalecimento da integração dos cuidados de promoção da saúde, de prevenção, de proteção da saúde individual e coletiva, da capacitação dos indivíduos e do envolvimento intersectorial;
 - viii. Fomentar o processo de contratualização interna nas diferentes unidades funcionais, que reforce a autonomia e a responsabilidade das equipas;
 - ix. Desenvolver competências de gestão organizacional e de controlo de gestão, nomeadamente na área da gestão financeira (melhoria da qualidade do reporte económico-financeiro dos ACES e consequentemente das ARS), de recursos humanos, de instalações e equipamentos, de recursos materiais e aprovisionamento, de sistemas de informação, entre outras;
 - x. Garantir o compromisso assumido de contenção de custos, de sustentabilidade económica do SNS e de melhoria do acesso e da qualidade dos cuidados que são prestados.

Dada a natureza técnica do modelo de contratualização e acompanhamento, e as alterações recentes ao nível da configuração dos ACES e dos seus responsáveis, 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 Diretor Executivo e ao acompanhamento da atividade pelo Conselho Clínico e de Saúde.

Nesta perspetiva, os Departamentos de Contratualização das ARS avaliarão a necessidade de participarem na elaboração dos processo de contratualização interna dos ACES, ficando no entanto com a incumbência de continuarem a fornecer o suporte e o apoio de proximidade que têm prestado nos últimos anos aos ACES, de forma a transmitir progressiva e sustentadamente as competências de contratualização para os ACES e a dotarem os seus responsáveis com os conhecimentos que permitam implementar um processo de contratualização interna coerente, de qualidade e tecnicamente robusto.

Os Departamentos de Contratualização das ARS deverão monitorizar a qualidade e a coerência dos processos de contratualização interna, mesmo nas situações em que não se verifique a sua participação direta nas reuniões de contratualização interna.

Adicionalmente, e à semelhança do que tem vindo a ser promovido nos últimos anos, importa continuar a melhorar os registos de morbilidade nos cuidados de saúde primários, através de uma codificação sistemática e rigorosa 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.

2. CALENDÁRIO DE CONTRATUALIZAÇÃO PARA 2013

O processo de contratualização interna com as unidades funcionais deverá decorrer até dia 30 de abril de 2013, com submissão do Plano de Desempenho pelos ACES até dia 10 de maio. Até ao dia 24 de maio deverá ocorrer o processo de contratualização externa, ou seja, as negociações entre as ARS e os ACES, culminando com a assinatura do Contrato-Programa até ao dia 31 de maio. O processo de contratualização interna é encerrado com a assinatura das cartas de compromisso entre o ACES e as USF/UCSP até ao final do mês de maio de 2013.

As datas chave do processo de contratualização em 2013 são:

Contratualização Interna	Até 30 de abril de 2013
Submissão do Plano de Desempenho	Até 10 de maio de 2013
Contratualização Externa	Até 24 de maio de 2013
Assinatura de Contratos-Programa com ACES	Até 31 de maio de 2013
Assinatura de Cartas de Compromisso	Até 31 de maio de 2013

Os processos de contratualização interna e externa são dinâmicos e interdependentes, pois:

1. A proposta de metas para os indicadores do plano de desempenho do ACES deverá ser elaborada após estabelecidas as metas para a contratualização interna;
2. Na sequência do que for acordado entre o ACES e a ARS (contratualização externa), poderão ter que ser ajustadas metas previamente negociadas com as várias USF e UCSP.

3. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA PARA 2013

Os ACES são compostos por várias unidades funcionais que intervêm no âmbito de:

- a) Cuidados de saúde comunitários e de base populacional;
- b) Cuidados de saúde personalizados, baseados na livre escolha do médico de família pelos utentes;
- c) Saúde pública.

Em concreto, 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.

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 Diretor Executivo e pelo Conselho Clínico e de Saúde do ACES.

O ano de 2013 permitirá ainda consolidar os processos experimentais (e pontuais) de contratualização com USP e UCC, que se iniciaram em 2012 em várias regiões de saúde, nomeadamente com o objetivo de estabelecer um quadro estável de indicadores de monitorização e acompanhamento da sua atividade para o futuro.

3.1. MATRIZ DE INDICADORES PARA CONTRATUALIZAÇÃO DE INCENTIVOS INSTITUCIONAIS COM USF

Os indicadores a utilizar na contratualização de incentivos institucionais com as USF são agrupados em quatro grandes áreas: acesso, desempenho assistencial, satisfação de utentes e desempenho económico.

Dos 15 indicadores a contratualizar com as USF, 13 são estabelecidos no anexo I da Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril e os restantes 2 serão definidos pelas ARS, de entre os indicadores validados pela ACSS (segundo a alínea b do n.º 2 do artigo 2.º da referida portaria) no âmbito do documento referente ao Bilhete de Identidade dos Indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários publicado pela ACSS em janeiro de 2013.

Apresenta-se na Tabela 1 a lista de 13 indicadores base, comuns a todas a USF e UCSP a nível nacional.

Tabela 1 - Indicadores relacionados com a contratualização de incentivos institucionais com as USF e contratualização interna com UCSP

Nome do Indicador	Área Clínica	Tipo
Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	Transversal	Acesso
Taxa de utilização global de consultas	Transversal	Acesso
Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	Transversal	Acesso
Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	Transversal	Acesso
Percentagem de mulheres entre os 25 e os 64 anos, com colpocitologia actualizada (uma em três anos)	Rastreio Oncológico	Desempenho assistencial
Percentagem de diabéticos com pelo menos 2 HgbA1c no último ano, desde que abranjam os 2 semestres	Diabetes	Desempenho assistencial
Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial em cada semestre	Hipertensão arterial	Desempenho assistencial
Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos	PNV	Desempenho assistencial
Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	Saúde infantil	Desempenho assistencial
Percentagem de 1ª consultas de gravidez no 1º trimestre	Saúde materna	Desempenho assistencial
Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos	Transversal	Satisfação de utentes
Custo médio de medicamentos faturados por utente utilizador (baseado no PVP)	Transversal	Eficiência
Custo médio de MCDTs faturados por utente utilizador do SNS	Transversal	Eficiência

Em relação ao indicador 8.07 – Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos, importa referir que se encontram atualmente reunidas as condições para a sua implementação a nível nacional. De facto, a avaliação da satisfação dos utilizadores das USF e UCSP dos ACES, ou de qualquer unidade de saúde, é reconhecida como sendo um indicador de qualidade que visa medir directamente a resposta dos utilizadores e indirectamente a adequação da oferta de serviços por parte do prestador perante as necessidades sentidas pelos referidos utilizadores, pelo que a sua operacionalização neste ano de 2013 permitirá analisar as diferenças entre as expectativas dos utentes e o nível de serviços que recebem, numa política de promoção de melhoria contínua dos serviços que são prestados à população.

Para completar o conjunto de 15 indicadores anteriormente referido, cada ARS escolherá, para a contratualização de incentivos institucionais com as respetivas Unidades Funcionais, 2 indicadores de desempenho assistencial de entre a lista de indicadores enunciada na tabela seguinte.

Tabela 2 - Indicadores de desempenho assistencial elegíveis para seleção pelas ARS para a contratualização de incentivos institucionais com as USF e contratualização interna com as UCSP

Código *	Nome do Indicador	Área Clínica
5.19	Proporção de utentes com diabetes tipo 2 com terapêutica com metformina	Diabetes
5.30	Proporção de utentes com diabetes, com microalbuminúria no último ano	Diabetes
6.05.01	Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0 %	Diabetes
7.08	Rácio entre a despesa faturada com inibidores DPP-4 e a faturada com antidiabéticos orais, em doentes com diabetes mellitus tipo 2	Diabetes
5.16	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com prescrição de anti-hipertensores do tipo tiazídico	Hipertensão
6.20	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	Hipertensão
5.01.01	Proporção de mulheres entre [50; 70[anos, com mamografia registada nos últimos dois anos	Rastreio Oncológico
5.03	Proporção de inscritos com idade entre [50; 75[anos, com rastreio de cancro do colon e reto efetuado	Rastreio Oncológico
5.22	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 75 anos, com prescrição crónica inferior a cinco fármacos	Saúde adultos
5.25	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	Transversal
5.27	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos alcoólicos nos últimos 3 anos	Transversal

* De acordo com o documento referente ao Bilhete de Identidade dos Indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários publicados pela ACSS.

Todos os indicadores referidos na tabela anterior serão negociados para 2013, sendo que os que não forem seleccionados pelas ARS para integrarem o processo de atribuição de incentivos institucionais (2 deles), serão considerados indicadores de monitorização da atividade das Equipas neste ano.

3.2. MÉTRICA PARA ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS INSTITUCIONAIS NAS USF

De acordo com o estabelecido no anexo III da Portaria n.º 301/2008, de 22 de abril, o apuramento dos incentivos institucionais obtém-se segundo a seguinte métrica de avaliação:

Tabela 3 - Métrica para atribuição de incentivos institucionais

Estado	Pontuação por Atividade	Classes de indicadores	
		Acesso, desempenho assistencial e satisfação dos utentes	Eficiência
Atingido	2	> 90 %	< 100%
Quase Atingido	1	[80 %, 90 %]	[100 %, 105 %]
Não Atingido	0	< 80 %	> 105 %

A meta estabelecida para o indicador 6.01.01 (PNV aos 2 anos) deve ser considerada “não atingida” se o valor obtido for inferior à meta.

O valor dos incentivos é atribuído, na sua totalidade (a 100%), quando se verificam totalidade das condições seguintes:

- A. O somatório de pontos é igual ou superior a 27 (máximo de 30 pontos);
- B. O somatório de pontos nos indicadores de acesso é igual ou superior a 7 (máximo de 8 pontos);
- C. O somatório de pontos nos indicadores de desempenho assistencial é igual ou superior a 14 (máximo de 17 pontos);
- D. O somatório de pontos no indicador de satisfação de utentes é igual a 2;
- E. O somatório de pontos nos indicadores de eficiência é igual a 4 pontos;

O valor dos incentivos é atribuído a 50%, quando a condição [A e (B ou C)] é verdadeira:

- A. O somatório de pontos é igual a 24, 25 ou 26;
- B. A USF atingiu 2 pontos no indicador de eficiência [7.06 - Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)];
- C. A USF atingiu 2 pontos no indicador de eficiência [7.07 - Despesa média de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)];

O valor máximo anual dos incentivos institucionais a atribuir depende do número de unidades ponderadas de utentes inscritos, de acordo com a tabela seguinte:

Tabela 4 – Valor dos incentivos institucionais

Número de UP's de utentes inscritos	Incentivo potencial (euros)
[0; 8500[9.600
[8500; 15500[15.200
≥15500	20.000

3.3. MATRIZ DE INDICADORES PARA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA COM UCSP

Estabelece-se que se aplica à contratualização interna com UCSP a mesma matriz de indicadores usada na contratualização de incentivos institucionais com USF.

3.4. MATRIZ DE INDICADORES PARA ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS FINANCEIROS DAS USF MODELO B

As USF 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.

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

Tabela 5 - Indicadores relacionados com incentivos financeiros nas USF modelo B.

Nome do Indicador	Área Clínica
Taxa de utilização de consultas de enfermagem de planeamento familiar	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar
Proporção de mulheres vigiadas em PF entre 25 e 49 anos com colpocitologia atualizada (3 anos)	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar
Proporção de grávidas com consulta de revisão de puerpério efetuada	Saúde Materna
Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna	Saúde Materna
Proporção de puérperas com consulta domiciliária de enfermagem	Saúde Materna
Proporção de recém-nascidos, com diagnóstico precoce (TSHPKU) realizado até ao sexto dia de vida	Saúde Infantil e Juvenil – 1º ano de vida
Proporção de crianças com pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 1º ano de vida	Saúde Infantil e Juvenil – 1º ano de vida
Proporção de recém-nascidos com consulta domiciliária de enfermagem realizada até ao 15º dia de vida	Saúde Infantil e Juvenil – 1º ano de vida
Proporção de crianças com pelo menos 3 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 2º ano de vida	Saúde Infantil e Juvenil – 2º ano de vida
Proporção de crianças com 2 anos, com peso e altura registado no último ano	Saúde Infantil e Juvenil – 2º ano de vida
Proporção de crianças com 2 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 2º aniversário	Saúde Infantil e Juvenil – 2º ano de vida
Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos um exame dos pés registado no último ano	Diabetes
Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância e registo de gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano	Diabetes
Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes no último ano	Diabetes
Proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de pressão arterial em cada semestre	Hipertensão

Nome do Indicador	Área Clínica
Proporção de utentes com hipertensão arterial, com pelo menos um registo de IMC nos Hipertensão últimos 12 meses	
Proporção de utentes com hipertensão arterial, com 25 ou mais anos, que têm a vacina Hipertensão antitetânica atualizada	

Em concreto, a contratualização de incentivos financeiros para pagamento a enfermeiros e assistentes técnicos, faz-se através de uma matriz de 17 indicadores apresentada na Tabela 5.

3.5. MÉTRICA PARA ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS FINANCEIROS NAS USF MODELO B

De acordo com o estabelecido no anexo II da portaria 301/2008 de 22 de abril, o apuramento dos incentivos financeiros obtém-se segundo a seguinte métrica de avaliação:

Tabela 6 - Métrica para atribuição de incentivos financeiros

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

A meta estabelecida para o indicador 6.01.01 (PNV aos 2 anos) deve ser considerada “não atingida” se o valor obtido for inferior à meta.

O valor dos incentivos é atribuído, na sua totalidade (a 100%), quando a USF atinge uma pontuação de 30 ou mais pontos.

O valor dos incentivos é atribuído a 50%, quando a USF atinge uma pontuação entre 25, 26, 26 28 ou 29 pontos.

O valor máximo anual dos incentivos financeiros a distribuir, por enfermeiro é de € 3.600 (três mil e seiscentos euros), e por assistente técnico, é de € 1.150 (mil cento e cinquenta euros).

3.6. MATRIZ DE INDICADORES PARA ATIVIDADES ESPECÍFICAS EM USF MODELO B

A componente da remuneração dos profissionais médicos das USF modelo B relacionada com as atividades específicas, previstas no artigo 29º do decreto-lei n.º 298/207, é determinada pelo número de unidades de contratualização (UC), obtido a partir do somatório dos resultados dos indicadores das actividades específicas de vigilância efectuadas a utentes vulneráveis e de risco referidos no mesmo artigo 29º, segundo as orientações técnicas da Direcção -Geral da Saúde.

Para o ano de 2013, as regras de cálculo destes indicadores não sofrem alterações.

3.7. NEGOCIAÇÃO DE METAS COM USF E UCSP

A definição das metas para cada indicador depende da negociação a ser efetuada entre o ACES e as unidades funcionais que o compõem. As metas devem ser exigentes, mas viáveis, com o fim de garantir os melhores resultados em saúde, a motivação dos profissionais e o desenvolvimento organizacional das equipas.

A proposta de meta para um indicador deve considerar:

1. O valor definido como objetivo para esse indicador no Plano de Ação da unidade funcional, no Plano de Atividades do ACES e nos Planos de Saúde (regionais e nacional);
2. O histórico de resultados do indicador na unidade funcional, na região e a nível nacional;
3. Os recursos disponíveis em cada USF/ UCSP.
4. As boas práticas de prestação de cuidados de saúde, assim como uma melhoria ao nível da acessibilidade, da satisfação dos utentes e do desempenho assistencial e económico-financeiro.

De forma a homogeneizar o processo de negociação de metas e o grau de exigência que lhes está inerente, será disponibilizado aos DCARS e por estes às entidades contratualizadas (ACES, UCSP e USF) uma análise dos resultados referentes a 31 de dezembro de 2012, de todos os indicadores a contratualizar em 2013, definindo para cada um deles a média, o desvio padrão e os percentis de 10% a 90% (com intervalos de 5%), para os resultados de todas as UCSP, de todas as USF modelo A, de todas as USF modelo B e de todos os ACES (dados nacionais e regionais).

A partir desta informação, será definido um racional de definição das metas, que promova a convergência para patamares de desempenho harmonizados a nível nacional.

3.8. CARTEIRA ADICIONAL

Deverá ser considerado um circuito de definição e aprovação do programa de cada carteira adicional, um circuito de proposta, análise, cabimentação e aprovação de execução de uma carteira adicional no contexto do 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 níveis mínimos de desempenho).

3.9. PLANO DE ACOMPANHAMENTO INTERNO

À semelhança do que tem vindo a ser referido, e paralelamente à contratualização dos indicadores associados à carteira básica de serviços, cada USF deve implementar um plano de acompanhamento interno, iniciando, assim, um processo de auto-avaliação, tendo por fim chegar à acreditação.

O plano de acompanhamento interno deverá ser construído com o apoio dos CCS e em estreita articulação com as ARS 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.

3.10. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO DE 2013

O processo de acompanhamento das UCSP e USF (modelo A e B) deverá decorrer de acordo com o cronograma e a metodologia proposta na tabela seguinte.

Tabela 7 - Acompanhamento e avaliação do desempenho das unidades prestadoras dos ACES.

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
15-JUN-2013	Reunião de acompanhamento do 1º trimestre.	ACES
15-SET-2013	Reunião de acompanhamento do 2º trimestre.	ACES
15-NOV-2013	Reunião de acompanhamento do 3º trimestre.	ACES

Os momentos de acompanhamento devem ser usados para discussão de estratégias, partilha de responsabilidades e reprogramação da alocação de recursos materiais, humanos ou financeiros. Podem ainda ser usados para renegociação de metas de indicadores, sempre que se verifiquem alterações relevantes aos pressupostos da contratualização.

3.11. AVALIAÇÃO DE INCENTIVOS INSTITUCIONAIS DAS USF

A avaliação faz-se com base nos indicadores publicados no SIARS, com data de referência de 31 de dezembro de 2013. Alguns dos indicadores referentes a 31 de dezembro devem ser recalculados 1 mês depois (após 31 de janeiro de 2014), pelo que a avaliação ocorrerá com o output de dados do SIARS publicado no final do mês de fevereiro de 2014.

Para o caso particular dos indicadores de desempenho económico, nomeadamente na área dos custos com medicamentos, poderão ser efetuados ajustamentos à avaliação dos resultados finais alcançados pelas Equipas, decorrentes de evidência sobre variações administrativas do preço de medicamentos que tenham ocorrido no período a que se refere a contratualização.

3.12. AVALIAÇÃO DE INCENTIVOS FINANCEIROS DAS USF MODELO B

Preconiza-se um momento de avaliação final, calendarizado na tabela seguinte.

Tabela 8 - Acompanhamento e avaliação do desempenho da USF e UCSP

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
31-MARÇO-2014	Reunião para apresentação e discussão do relatório de atividades das USF modelo B.	ACES
31-MAIO-2014	ACES informa sobre quais as USF modelo B que têm acesso a incentivos financeiros	ARS e ACES

3.13. APLICAÇÃO DOS INCENTIVOS INSTITUCIONAIS

As USF com direito a incentivo institucional devem elaborar um Plano para a Aplicação do Incentivo Institucional (PAII), no máximo até 31 de Março de 2014.

Prioritariamente, o PAII deve ser utilizado pela Equipa (nomeadamente pelas USF Modelo B) para proporcionar a sua entrada no processo de acreditação que está instituído para o Serviço Nacional de Saúde, devendo ser enviado ao Diretor Executivo do ACES, que por sua vez remete (com parecer do Conselho Clínico e de Saúde) para aprovação do Conselho Diretivo da ARS.

Cabe ao Conselho Diretivo da ARS aprovar o PAII, garantindo, assim, a cabimentação orçamental para o valor em causa. Caso o PAII não vá ao encontro da estratégia regional de saúde definida pela ARS, esta deve devolver o documento ao DE do ACES para que se inicie o processo de reformulação. Este, com a participação do CCS, deve negociar com a entidade prestadora sobre as alterações a proceder e voltar a submetê-lo a aprovação do Conselho Diretivo da ARS.

A aprovação do PAII deve ser feita até 31 de maio de 2014.

3.14. APLICAÇÃO DE INCENTIVOS FINANCEIROS

O pagamento dos incentivos financeiros a enfermeiros e assistentes técnicos das USF Modelo B, referente a 2013, deve ser efetuado até 30 de junho de 2014.

4. CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA

Após terminada a fase de negociação de metas da contratualização interna, o Diretor Executivo e o Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES elaboram uma proposta de **Plano de Desempenho** (PD), que inclui, entre muitos outros aspetos, propostas de metas para os indicadores da contratualização externa, que negociam posteriormente junto da respetiva ARS, num processo designado por **contratualização externa**. O processo negocial culmina com a assinatura do **Contrato-Programa**.

O Plano de Desempenho e o Contrato-Programa dos ACES são, por excelência, os 2 verdadeiros instrumentos de transferência de autonomia e de responsabilidade para os responsáveis dos cuidados de saúde primários.



Para 2013, os objectivos passam por continuar a melhorar as regras de negociação, acompanhamento/monitorização e avaliação dos indicadores e das atividades desenvolvidas pelos ACES, assim como aumentar o enfoque na negociação (e monitorização da execução) do Orçamento Económico do ACES para 2013.

De facto, e considerando o quadro de forte restrição orçamental previsto para 2013, decorrente da atual conjuntura económica e financeira, importa fomentar a aplicação de instrumentos que possibilitem acompanhar as orientações estratégicas para a redução da despesa e os comportamentos dos atores no terreno, reforçando os mecanismos de transparência e de responsabilização da gestão.

É nesta sequência que as ARS devem negociar orçamentos económicos com cada um dos seus ACES, os quais estão necessariamente dependentes e limitados pelos orçamentos das respetivas ARS, aumentando a participação e o envolvimento dos responsáveis dos ACES e das unidades funcionais no cumprimento dos objetivos económico-financeiros que estão estipulados para o ano de 2013.

4.1. O PLANO DE DESEMPENHO

O Plano de Desempenho 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 e 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 do ACES e, em particular, para os seus responsáveis.

O Plano de Desempenho 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.

Preconiza-se que os ACES submetam informaticamente o seu Plano de Desempenho **até 10 de maio de 2013** para que seja analisada a proposta efetuada pelo ACES e seja realizada a **sua negociação até 24 de maio de 2013**.

A condução das reuniões de negociação no âmbito da contratualização externa é da responsabilidade do Conselho Diretivo da ARS, apoiado pelo seu DCARS. O ACES é representado pelo DE, devendo este ser acompanhado pelo Conselho Clínico e de Saúde 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.

4.2. O CONTRATO-PROGRAMA

O Contrato-Programa 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.

4.3. 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 ter como objetivo 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 saúde e a sofisticação das modalidades de pagamento.

As alterações organizacionais que se têm registado ao nível dos cuidados de saúde primários, e especificamente a constituição dos ACES, constitui uma oportunidade para se abordar as necessidades específicas das populações e desenvolver respostas locais cada vez mais adequadas.

Assim, a ACSS, em parceria com o Instituto Nacional de Estatística (INE) e os 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 é calculada ao nível do ACES, incluindo os agrupamentos que estão integrados em ULS, com a melhor informação disponível.

4.4. MATRIZ DE INDICADORES DE CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA

A contratualização entre as ARS e os ACES será baseada numa matriz de 20 indicadores, em 3 eixos:

- **Eixo nacional:** 14 indicadores selecionados a nível nacional, suscetíveis de avaliar ganhos em saúde. Oito dos indicadores selecionados neste eixo são comuns à contratualização externa e interna, por forma a induzir um alinhamento de objetivos de contratualização. Dois dos indicadores comuns são de desempenho económico. A soma das ponderações destes indicadores é de 75%.
- **Eixo regional:** As ARS escolhem 4 indicadores para a contratualização externa que vão ao encontro dos programas regionais ou prioridades de saúde definidas regionalmente que não tenham ficado colmatados pelos indicadores do eixo nacional. Os indicadores selecionados para a contratualização externa aplicam-se a todos os ACES pertencentes à ARS. A soma das ponderações destes indicadores é de 17%.
- **Eixo local:** Cada ACES tem a possibilidade de, em conjunto com a ARS, definir 2 indicadores específicos, de acordo com necessidades locais de saúde. A soma das ponderações destes indicadores é de 8%.

Todos os indicadores de contratualização externa estão disponíveis no documento referente ao Bilhete de Identidade dos Indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários anteriormente referido.

Tabela 9 - Indicadores de âmbito nacional, relacionados com a contratualização externa dos ACES.

Código	Nome do Indicador	Área Clínica	Tipo	Ponder.	ID
3.15.02	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	Transversal	Acesso	5,0%	6
4.30.01	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	Transversal	Acesso	4,0%	4
7.09.01	Proporção medicam. faturados, que são genéricos	Transversal	Desemp. assist.	6,0%	66
5.25	Proporção inscritos >= 14 A, c/ hábitos tabágicos	Transversal	Desemp. assist.	4,0%	47
5.28.01	Proporção cons. méd. presenciais, com ICPC-2	Transversal	Desemp. assist.	6,0%	74
6.41	Taxa internam. DCV, entre residentes < 65 A	Saúde adultos	Desemp. assist.	3,0%	87
6.30	Proporção MIF, com acompanhamento em PF	SM / PF	Desemp. assist.	6,0%	52
6.40	Proporção de RN de termo, de baixo peso	Saúde Materna	Desemp. assist.	1,5%	86
6.38	Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV	SIJ	Desemp. assist.	2,5%	64
6.39	Incid. amputações major Minf. (DM), em residentes	Diabetes	Desemp. assist.	3,0%	85
5.21.01	Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.	Saúde Mental	Desemp. assist.	4,0%	56
8.07	Proporção de utilizadores muito satisfeitos	Transversal	Satisfação de utentes		
7.06.02	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	Transversal	Eficiência	16,0%	68
7.07.02	Despesa MCDTs fatur., por utiliz. SNS (p. conv.)	Transversal	Eficiência	8,0%	69

LEGENDA: Ponder. – Ponderação do indicador na contabilização do Score; **SIJ** – Saúde infantil e Juvenil; **SM/PF** - Saúde da Mulher e Planeamento Familiar; **Desemp. assist.** - Desempenho assistencial; **ID** – N° sequencial do Indicador no documento “Bilhete de identidade dos indicadores utilizados na contratualização dos ACES, USF e UCSP”.

Os indicadores do eixo regional e local serão escolhidos de entre os indicados na tabela seguinte.

Tabela 10 - Indicadores de âmbito regional ou local para ACES

Código	Nome do Indicador	Área Clínica	Tipo	Ponder.	ID
3.12.01	Proporção de consultas realizadas pelo MF	Transversal	Acesso	2	1
3.12.02	Proporção de consultas realizadas pelo EF	Transversal	Acesso	2	5
3.15.03	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	Transversal	Acesso	7	99
4.18.01	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	Transversal	Acesso	4	3
5.13.05	Proporção inscritos > 14A, c/ IMC últimos 3 anos	Transversal	Desemp. assist.	2	33
6.27	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	Transversal	Desemp. assist.	4	34
6.28	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A	Transversal	Desemp. assist.	4	48
7.10	Proporção utiliz. referenciados p/ consulta hosp.	Transversal	Desemp. assist.	2	7
5.22	Proporção utentes >= 75 A, c/ presc. cró. < 5 fár.	Saúde adultos	Desemp. assist.	4	65
5.29	Proporção hipocoagulados controlados na unidade	Saúde Adultos	Desemp. assist.	2	92
6.01.04	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	Saúde adultos	Desemp. assist.	3	30
6.01.08	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	Saúde Adultos	Desemp. assist.	2	98
5.01.01	Proporção mulheres [50; 70[A, c/ mamogr. (2 anos)	R. Oncológ.	Desemp. assist.	2	44
5.02.01	Proporção mulheres [25; 60[A, c/ colpoc. (3 anos)	R. Oncológ.	Desemp. assist.	6	45
5.03.01	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	R. Oncológ.	Desemp. assist.	2	46
3.22.01	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	SM/PF	Desemp. assist.	5	8
3.22.02	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	SM/PF	Desemp. assist.	4	9

Código	Nome do Indicador	Área Clínica	Tipo	Ponder.	ID
6.04.01	Proporção grávidas c/ consulta RP efetuada	Saúde Materna	Desemp. assist.	2	50
6.09.01	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	Saúde Materna	Desemp. assist.	2	11
6.26.01	Proporção grávidas c/ 6+ cons. vigil. enferm.	Saúde Materna	Desemp. assist.	5	12
6.42.01	Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem	Saúde Materna	Desemp. assist.	2	13
5.13.03	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	SIJ	Desemp. assist.	1	31
5.13.04	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	SIJ	Desemp. assist.	1	32
6.01.01	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido até 2A	SIJ	Desemp. assist.	2	27
6.01.02	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido até 7A	SIJ	Desemp. assist.	2	28
6.01.03	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido até 14A	SIJ	Desemp. assist.	2	29
6.12.01	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	SIJ	Desemp. assist.	2	14
6.13.01	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	SIJ	Desemp. assist.	1	57
6.22.01	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	SIJ	Desemp. assist.	5	16
6.23.01	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	SIJ	Desemp. assist.	3	17
6.37.01	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	SIJ	Desemp. assist.	2	63
6.43.01	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	SIJ	Desemp. assist.	2	15
5.10.01	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	Hipertensão	Desemp. assist.	1	19
5.13.01	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	Hipertensão	Desemp. assist.	1	18
5.16	Proporção hipertensos, c/ prescrição de tiazidas	Hipertensão	Desemp. assist.	2	21
5.17	Proporção hipertensos sem DM c/ prescrição ARA II	Hipertensão	Desemp. assist.	2	22
6.16.01	Proporção hipertensos, c/ cons. enf. e gestão RT	Hipertensão	Desemp. assist.	2	24
6.20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	Hipertensão	Desemp. assist.	2	20
6.21	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	Hipertensão	Desemp. assist.	2	23
5.04.01	Proporção DM c/ 1 HgbA1c por semestre	Diabetes	Desemp. assist.	2	38
5.07.01	Proporção DM com exame pés último ano	Diabetes	Desemp. assist.	2	35
5.09	Proporção DM c/ exame oftalmológico último ano	Diabetes	Desemp. assist.	2	40
5.18	Proporção DM2 em terapêut. c/ insulina	Diabetes	Desemp. assist.	2	41
5.19	Proporção DM2 em terapêut. c/ metformina	Diabetes	Desemp. assist.	2	42
5.30	Proporção DM c/ microalbum. último ano	Diabetes	Desemp. assist.	2	97
6.05.01	Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0 %	Diabetes	Desemp. assist.	2	39
6.05.02	Proporção DM < 65 A, c/ HgbA1c <= 6,5 %	Diabetes	Desemp. assist.	2	91
6.16.02	Proporção DM c/ cons. enf. e gestão RT último ano	Diabetes	Desemp. assist.	2	36
7.08.01	Rácio despesa faturada DPP4 e antidiabét. orais	Diabetes	Eficiência	2	96
5.27	Proporção inscritos >= 14 A, c/ hábitos alcoólicos	Saúde Mental	Desemp. assist.	2	53
6.29	Proporção utentes hábitos alcoól., c/ consulta 3A	Saúde Mental	Desemp. assist.	4	54

LEGENDA: SIJ – Saúde infantil e Juvenil; SM/PF - Saúde da Mulher e Planeamento Familiar; Desemp. assist. – Desempenho assistencial; R. Oncológ. – Rastreamento Oncológico; Ponder. – Ponderação do indicador na contabilização do Score; ID – N° sequencial do Indicador no documento “Bilhete de identidade dos indicadores utilizados na contratualização dos ACES, USF e UCSP”.

Em resumo, a ponderação dos 20 indicadores da contratualização externa distribui-se como especificado na tabela seguinte.

Tabela 11 – Ponderações de grupos de indicadores na contratualização externa dos ACES

Número	Âmbito	Tipo	Ponder.
2	Nacional	Acesso	9,0%
9	Nacional	Desempenho assistencial	36,0%
2	Nacional	Eficiência (desempenho económico)	24,0%
1	Nacional	Satisfação	6,0%
4	Regional	Qualquer	17,0%
2	Local	Qualquer	8,0%

4.5. NEGOCIAÇÃO DE METAS PARA CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA COM OS ACES

A fase de negociação de metas para a contratualização externa em 2013 deverá decorrer de acordo com a calendarização definida na página 10 do presente documento.

Assim, a proposta de meta para cada um dos indicadores a negociar com os ACES deve considerar:

1. O valor definido como objetivo para esse indicador no Plano de Atividades do ACES e nos Planos de Saúde (regionais e nacional);
2. O histórico de resultados do indicador no ACES, na região e a nível nacional;
3. Os recursos disponíveis no ACES;
4. As boas práticas de prestação de cuidados de saúde, assim como uma melhoria ao nível da acessibilidade, da satisfação dos utentes e do desempenho assistencial e económico-financeiro.

De forma a homogeneizar o processo de negociação de metas e o grau de exigência que lhes está inerente, será disponibilizado aos DCARS e por estes aos ACES uma análise dos resultados referentes a 31 de dezembro de 2012, de todos os indicadores a contratualizar em 2013, definindo para cada um deles a média, o desvio padrão e os percentis de 5% a 95% (com intervalos de 5%) de cada um dos ACES (dados nacionais e regionais).

A partir desta informação, será definido um racional de definição das metas, que promova a convergência para patamares de desempenho harmonizados a nível regional e nacional.

4.6. ORÇAMENTO ECONÓMICO DOS ACES

O orçamento dos ACES assume uma estrutura de “orçamento económico” e decorre das condicionantes apresentadas em termos de gestão financeira e da própria natureza do ACES enquanto serviços de saúde com autonomia administrativa. Nesta perspectiva, os orçamentos económicos de cada ACES estão dependentes e limitados pelos orçamentos das respetivas ARS.

Nos últimos anos, têm vindo a ser desenvolvidos pelas ARS (e pelos ACES), em articulação com a ACSS, várias iniciativas que visam a melhoria da imputação dos custos ao nível dos ACES e das Unidades Funcionais que os compõem, de entre as quais se destacam:

- Estabilização de um Plano de Contas Analíticas, que reflita a realidade de cada ARS, de acordo com as circulares emitidas pela ACSS;
- Melhoria do reporte de informação financeira pelas ARS, com um reporte periódico de dados financeiros por centro de resultados, de acordo com a estrutura implementada;
- Alocação de custos ao nível das unidades funcionais, nomeadamente recursos humanos, medicamentos e MCDT's;

Conjugando estas melhorias ao nível da informação económico-financeira com a redução do número de ACES operada no final de 2012 - por agregação dos anteriores ACES em estruturas de maior dimensão e mais eficientes -, abrangendo grupos de população mais numerosa, cumprindo também, atento o contexto económico atual, o imperativo de adoção de medidas para a racionalização da despesa e otimização dos recursos disponíveis -, passam a estar criadas as condições para que todos os ACES negoceiem com as ARS respetivas um orçamento-económico para o ano de 2013.

Esta negociação deverá centra-se na contenção e racionalização de custos, procurando atingir uma maior eficiência, efetividade e sustentabilidade económico-financeira, e aumentando a participação dos responsáveis dos ACES e das unidades funcionais que o compõem no cumprimento dos objetivos económico-financeiros que estão estipulados para o ano de 2013.

O orçamento-económico do ACES para 2013 deverá ser negociado e assumido pelos responsáveis da ARS e do ACES, os quais deverão acompanhar a sua execução ao longo do ano, analisando mensalmente e de forma criteriosa as variações das principais rubricas de custos (face ao período homólogo e face ao orçamentado), identificando as causas dessas variações e adotando as medidas preventivas ou corretivas que contribuam para um efetivo controlo sobre o crescimento dos custos do ACES e, conseqüentemente da ARS em que este se integra.

4.7. ACOMPANHAMENTO

O processo de acompanhamento dos ACES deverá decorrer de acordo com o cronograma e a metodologia proposta na tabela seguinte.

Tabela 12 - Acompanhamento do desempenho dos ACES.

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
15-JUN-2013	Reunião de acompanhamento do 1º trimestre.	ARS
30-SET-2013	Reunião de acompanhamento do 2º trimestre.	ARS
30-NOV-2013	Reunião de acompanhamento do 3º trimestre.	ARS

Os momentos de acompanhamento devem ser usados para discussão de estratégias, partilha de responsabilidades e reprogramação da alocação de recursos materiais, humanos ou financeiros.

Como referido anteriormente, podem ainda ser usados para renegociação de metas de indicadores, sempre que se verifiquem alterações relevantes aos pressupostos da contratualização.

4.8. AVALIAÇÃO

Preconiza-se um momento de avaliação final, calendarizado na tabela seguinte:

Tabela 13 - Acompanhamento e avaliação do desempenho dos ACES

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
31-MARÇO-2014	Reunião para apresentação e discussão do relatório de atividades do ACES, referente a 2013	ARS
31-MAIO-2014	ARS informa sobre quais os ACES que têm acesso a incentivos institucionais	ARS

Para 2013, a avaliação dos resultados dos indicadores e a determinação da atribuição dos respetivos incentivos aos ACES será efetuada através de um Índice de Desempenho Global. Desta forma, o resultado de cada indicador deixa de ter validade *per si*, sem qualquer conexão com todos os outros, passando a contribuir para a construção do Índice de Desempenho Global do ACES.

Assim, são definidos os seguintes limites, com exceção dos indicadores da taxa de utilização, vacinação e de desempenho económico-financeiro:

- Grau de cumprimento do indicador inferior a 90% => grau de cumprimento ajustado = 0%
- Grau de cumprimento do indicador entre 90% e 110% => grau de cumprimento ajustado = ao próprio valor
- Grau de cumprimento do indicador superior a 110% => grau de cumprimento ajustado = 110%.

Em relação aos indicadores da taxa de utilização com ID 6 e de vacinação com ID's 27, 28 e 29, a margem de cumprimento será valorizada entre 95% e 105%. Para os indicadores de desempenho económico-financeiro com ID's 68 e 69, a margem de cumprimento será também valorizada entre 95% e 105%.

Para além disso, e no caso dos ACES, são definidos os seguintes critérios para atribuição do valor de incentivos, de acordo com o Índice de Desempenho Global apurado:

- A avaliação de desempenho é considerada negativa sempre que o índice de desempenho global for inferior a 75%, não havendo lugar a atribuição de qualquer valor de incentivo;
- Para um índice de desempenho global entre 75% e 100%, atribuição de incentivo correspondente ao IDG apurado X valor afeto a incentivos;

O incentivo a alocar pela ARS aos ACES só será atribuído àqueles que tenham gerado uma redução mínima de 5% nos encargos do SNS com medicamentos e MCDT prescritos pelo ACES.

O valor potencial de incentivo é calculado através da redução dos encargos financeiros do SNS com medicamentos cedidos em farmácia de oficina e MCDT, de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{se } \text{Med}_t < 0,95 \times \text{Med}_{t-1} \Rightarrow 0,10 \times (\text{Med}_{t-1} - \text{Med}_t)$$

em que:

Med_{t-1} - Despesa incorrida pelo Estado relativa a participações financeiras na aquisição de produtos farmacêuticos distribuídos em farmácias de oficina e MCDT faturados, para o período compreendido entre 01 de Janeiro e 31 de Dezembro do ano t-1;

Med_t - Despesa incorrida pelo Estado relativa a participações financeiras na aquisição de produtos farmacêuticos distribuídos em farmácias de oficina e MCDT faturados para o período compreendido entre 01 de Janeiro e 31 de Dezembro do ano t;

t-1 - Ano anterior ao do contrato-programa;

t - Ano referente ao contrato-programa.

O valor efetivo de incentivo a alocar pela ARS é calculado de entre o menor dos dois valores seguintes:

- Produto entre o valor potencial de incentivo e o Índice de Desempenho Global apurado;
- Produto entre o Índice de Desempenho Global apurado e o valor *per capita* da poupança nos custos de medicamentos e MCDT alcançada a nível regional, multiplicado pelos inscritos no ACES.

4.9. APLICAÇÃO DOS INCENTIVOS

Os ACES com direito a incentivo devem elaborar um Plano para a Aplicação do Incentivo Institucional do ACES (PAII ACES), no máximo até 31 de maio de 2014.

O PAII ACES deve ser remetido pelo Diretor Executivo do ACES (com parecer do Conselho Clínico e de Saúde) para o Conselho Diretivo da ARS.

Cabe ao Conselho Diretivo da ARS aprovar o PAII ACES, garantindo, assim, a cabimentação orçamental para o valor em causa. Caso o PAII ACES não vá ao encontro da estratégia de saúde definida para a região, o Conselho Diretivo da ARS deve devolver o documento ao Diretor Executivo do ACES, no máximo até 15 de junho de 2014. Este, com a participação do Conselho Clínico e de Saúde, deve proceder às alterações necessárias e voltar a submetê-lo à aprovação da ARS.

À semelhança do que se passa para os incentivos institucionais da contratualização interna, a verba proveniente dos incentivos deve ser utilizada pelos responsáveis do ACES para proporcionar a entrada das suas unidades funcionais no processo de acreditação que está instituído para o SNS.

A aprovação do PAII ACES deve ser feita, no máximo até 30 de junho de 2014.

UNIDADES DE SAÚDE PÚBLICA

As Unidades de Saúde Pública (USP) têm 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 cuidados de saúde primários;
- 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, 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.

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 áreas:

- a) Função Observatório Local de Saúde
- b) Elaboração de proposta do Plano Local de Saúde
- c) Vigilância Epidemiológica e Investigação de surtos epidémicos
- 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 2013, importa dar continuidade ao trabalho já iniciado de desenvolvimento de uma lista de indicadores de contratualização (relacionados com o Plano Nacional de Vacinação, entre outras áreas), que estarão em aperfeiçoamento contínuo ao longo do ano, de maneira a enquadrar a atividade desenvolvida por estas unidades e os recursos disponíveis.

UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) têm 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 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 Plano Nacional de Saúde que prevêem 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.

A construção da oferta de serviços de cada UCC deve considerar as suas 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 ano de 2012 iniciaram-se algumas experiências piloto de contratualização com UCC (nomeadamente na ARS Alentejo, ARS LVT e ARS Norte), as quais permitiram identificar um conjunto de indicadores que sejam monitorizáveis ao nível dos sistemas de informação disponíveis e de entre os quais destacamos:

- Proporção de crianças e jovens por nível de ensino, alvo de intervenção no Programa nacional de Saúde Escolar (PNSE);
- Proporção de crianças e jovens com necessidades de saúde especiais, alvo de intervenção pela equipa de saúde escolar;
- Taxa de eficácia na prevenção das úlceras de pressão;
- Taxa de resolução de diagnóstico de úlceras de pressão;
- Proporção de pessoas com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor;
- Proporção de pessoas com ganhos em independência nos autocuidados (higiene, vestuário, uso sanitário, transferir-se, posicionar-se, alimentar-se, deambular);
- Taxa de ocupação da ECCI;
- Proporção de pessoas com resposta das ECCI nas primeiras 24 horas, apos a admissão;
- Proporção de pessoas abrangidas por cuidados de enfermagem em cuidados continuados integrados/visita domiciliária;
- Proporção de pessoas abrangidas por cuidados de fisioterapia em cuidados continuados

integrados/visita domiciliária;

- Proporção de pessoas abrangidas por cuidados de terapia ocupacional em cuidados continuados integrados/visita domiciliária;
- Proporção de grávidas (casais) que frequentaram o Curso de Preparação para o parto;
- Proporção de famílias de risco com Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), no âmbito do programa de Intervenção precoce (PII).

No entanto, para o ano de 2013, é necessário continuar a investir num resumo mínimo de dados parametrizados a nível nacional que permita operacionalizar 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 alargamento ao resto do País das experiências piloto que se iniciaram em 2012.

De facto, importa continuar a trabalhar na introdução de mecanismos de contratualização que sejam complementares à negociação que tem vindo a ser realizada em relação à atividade das UCC e que permitam colocar enfoque nas áreas de intervenção mais prioritárias, tentando induzir comportamentos e atitudes no sentido de se prestarem cuidados de saúde cada vez mais eficazes e efetivos.

A sistematização de um processo de contratualização com as UCC permitirá que a monitorização e avaliação dos processos e resultados apresentem uma perspetiva construtiva, com base em critérios e indicadores consensualizados para a avaliação das práticas realizadas pelas unidades.

MONITORIZAÇÃO DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO

A implementação do processo de contratualização nos cuidados de saúde primários 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 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. Departamentos de Contratualização
- iii. Diretor Executivo
- iv. Conselho Clínicos e de Saúde
- v. Unidades de Apoio à Gestão
- vi. Coordenadores Unidades Funcionais.

As ferramentas a utilizar passam por *Tableaux de Bord* nacionais, 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.