

DPS

METODOLOGIA DE CONTRATUALIZAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NO ANO DE 2014

Janeiro de 2014

ÍNDICE

Enquadramento.....	5
Introdução	6
Arquitetura do Processo de contratualização para 2014	10
1. Instruções Gerais para o Processo Negocial.....	12
2. Calendário de Contratualização para 2014	14
3. Registo e morbilidade em Cuidados de Saúde Primários	15
4. Satisfação dos Utilizadores.....	20
5. Contratualização Externa para 2014.....	21
5.1.Negociação da Contratualização Externa.....	21
5.1.1. O Plano de Desempenho.....	21
5.1.2. O Contrato-Programa.....	22
5.1.3. Caracterização do ACES e Definição de Prioridades Assistenciais.....	22
5.1.4. Matriz de Indicadores de Desempenho Para Contratualização Externa.....	23
5.1.5. Negociação de metas para contratualização externa com os ACES.....	27
5.1.6. Alinhamento entre a Contratualização Externa e a Contratualização Interna.....	27
5.1.7. Orçamento Económico dos ACES.....	28
5.2.Acompanhamento	29
5.3.Avaliação	30
5.3.1. Aplicação do Índice de Desempenho Global.....	30
5.3.2. Aplicação dos Incentivos.....	32
6. Contratualização Interna para 2014.....	33
6.1.Negociação da Contratualização Interna.....	33
6.1.1. Matriz de Indicadores de Contratualização com UCSP e USF para Atribuição de Incentivos Institucionais às USF.....	33
6.1.2. Matriz Indicadores para Atribuição de Incentivos Financeiros às USF Modelo B.....	36
6.1.3. Matriz de Indicadores para Atividades Específicas em USF Modelo B	37
6.1.4. Negociação com as UCSP.....	38
6.1.5. Negociação de Metas com USF e UCSP.....	39
6.1.6. Racional de metas.....	39
6.1.7. Clusters.....	40
6.1.8. Carteira Adicional.....	41
6.2.Acompanhamento	41
6.2.1. Plano de Acompanhamento Interno.....	41
6.2.2. Acompanhamento do Processo de Contratualização de 2014	41
6.3.Avaliação	42
6.3.1. Avaliação de Incentivos Institucionais das USF	42
6.3.2. Valor dos Incentivos Institucionais das USF	42
6.3.3. Avaliação de Incentivos	43
6.3.4. Aplicação dos Incentivos Institucionais.....	43
6.3.5. Aplicação de Incentivos Financeiros.....	44
Unidades de Saúde Pública.....	45
Unidades de Cuidados na Comunidade	46
Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados	48

ENQUADRAMENTO

No cumprimento do quadro normativo vigente, estabelecem-se os princípios orientadores do processo de contratualização nos cuidados de saúde primários para o ano de 2014, no que respeita a atividades, objetivos e resultados a alcançar neste ano.

A reforma dos cuidados de saúde primários que tem vindo a ser implementada nos últimos anos pretende reforçar a orientação deste nível de cuidados para a comunidade, apostando fortemente na autonomia, na responsabilização, na flexibilidade organizativa e de gestão, na desburocratização, na modernização, no trabalho em equipa, na melhoria contínua da qualidade, na prestação de contas e na avaliação do desempenho a todos os níveis.

Para 2014, importa continuar a sedimentar esta importante reforma, reforçando o espírito de trabalho em equipa multidisciplinar, potenciando a articulação e a complementaridade e encontrando soluções concretas e respostas adequadas em função das necessidades, dos recursos e das condições existentes para a prestação de cuidados de saúde à população.

Neste contexto, o processo de contratualização deverá renovar os objetivos em termos de melhoria dos resultados nas áreas do acesso, do desempenho assistencial, da qualidade e da eficiência, continuando a densificar os instrumentos de gestão, de governação clínica e os mecanismos de representação e de participação da comunidade.

De facto, o novo modelo organizativo dos cuidados de saúde primários é mais complexo do que o modelo de comando controlo que tradicionalmente vigora na Administração Pública. É um modelo que exige mais conhecimento, qualificação, capacidade, rigor e espírito construtivo por parte de todos os intervenientes no processo, e que permite responder de forma mais adequada às necessidades em saúde da população e aos desafios com que os sistemas de saúde se debatem, a nível nacional e internacional.

O processo de contratualização é uma ferramenta que desempenha um papel importante na nova arquitetura dos cuidados de saúde primários, pelo que importa continuar a reforçar a sua abrangência e relevância, harmonizando as práticas em vigor a nível nacional e assegurando igualdade e equidade no tratamento das equipas, dos profissionais e dos utentes que são acompanhados neste nível de cuidados.

Em termos de política de saúde, mantém-se em 2014 o quadro de forte restrição orçamental decorrente da atual conjuntura económica e financeira, exigindo rigor e disciplina na gestão do bem público e uma definição clara e realista dos objetivos a alcançar. 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 Serviço Nacional de Saúde (SNS), e o ano de 2014 deverá continuar a contribuir para este objetivo estratégico.

O documento que agora se publica pretende contribuir para a estabilização organizativa da prestação de cuidados de saúde primários, para a consolidação de uma cultura de gestão rigorosa, equilibrada, responsável, transparente e ciente das necessidades das populações, visando a criação de valor em saúde e a obtenção de ganhos de acesso e qualidade para a população, e de eficiência para as instituições.

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde primários constituem, idealmente, o primeiro ponto de contacto com os serviços que compõem o SNS, o que justifica a atenção particular e a prioridade que lhes tem sido dada nos últimos anos, concretizada na reforma dos cuidados de saúde primários em curso no nosso País.

Na tabela seguinte apresenta-se uma súmula da legislação que enquadra a organização e funcionamento dos cuidados de saúde primários, considerada relevante para este documento.

Tabela 1- Súmula da legislação referente à organização e funcionamento dos CSP

Legislação	Âmbito
Decreto-lei n.º 298/2007, de 22 de agosto	Estabelece a organização e funcionamento das USF e o regime de incentivos.
Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro	Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das USF.
Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro	Cria os ACES e estabelece o seu regime de organização e funcionamento.
Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril (revogada)	Regula 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.
Portarias n.º 272/2009, de 18 de Março (ARS Algarve) Portaria n.º 273/2009, de 18 de Março (ARS Norte) Portaria n.º 274/2009, de 18 de Março (ARS Centro) Portaria n.º 275/2009, de 18 de Março (ARS Alentejo) Portaria n.º 276/2009, de 18 de Março (ARS LVT)	Criam os vários ACES, integrados nas respetivas Administrações Regionais de Saúde (ARS).
Decreto-lei n.º 102/2009, de 11 de maio	Estabelece que os ACES integrados em ULS devem seguir, com as necessárias adaptações, o regime de organização e de funcionamento dos ACES previsto no decreto-lei 28/2008.
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) Portaria n.º 394-B/2012, de 29 de novembro (ARS LVT)	Estabelecem a reconfiguração dos ACES das respetivas Administrações Regionais de Saúde (ARS).
Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro	Procede à primeira alteração à Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, regulando os critérios e condições de atribuição dos incentivos institucionais e financeiros às USF e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados prestados.

A Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro recentemente publicada vem alterar a Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, modificando a atual estrutura de indicadores que compõem o processo de atribuição de incentivos institucionais às USF, não só porque passa a existir um total de 22 indicadores contratualizados, mas também por se apresentar um vasto conjunto de indicadores de contratualização e de monitorização da atividade dos cuidados de saúde personalizados (que permite abranger outras áreas e patologias, como as doenças respiratórias e de saúde mental, e reforçar o número de indicadores de resultado) e uma nova metodologia de avaliação do desempenho para a atribuição de incentivos institucionais às USF.

Com base na legislação apresentada na tabela anterior, e depois das experiências de contratualização iniciadas em 2006 pelas Agências de Contratualização, têm vindo a ser sucessivamente publicados desde 2009 vários documentos que suportam os processos de contratualização nos cuidados de saúde primários, de entre os quais se destacam:

- *"Unidades de Saúde Familiar - Metodologia de Contratualização – USF modelo A e modelo B", publicado em 2009;*
- *"Unidades de Saúde Familiar e Unidades Cuidados de Saúde Personalizados - Cálculo de indicadores de desempenho - Critérios a observar na sua implementação", também publicado em 2009;*
- *"Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados - Metodologia de Contratualização para o ano de 2010", onde se operacionalizou a **contratualização interna** efetuada entre os responsáveis dos recém-criados ACES e das unidades funcionais, e se falou pela primeira vez na contratualização com UCSP a nível nacional;*
- *"Agrupamentos de Centros de Saúde - Metodologia de Contratualização para o ano de 2010", onde se operacionalizou a **contratualização externa** com os ACES. Neste documento estabeleceu-se que a contratualização externa 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 experimentais, de dois instrumentos previsionais: o Plano de Desempenho (PD) e o Contrato-Programa (CP);*
- *"Metodologia de Contratualização para o ano de 2011", onde se continuou a **aperfeiçoar o modelo** de contratualização interna com as USF/UCSP e de contratualização externa com os ACES;*
- *"Metodologia de Contratualização para o ano de 2012", onde se definiu a necessidade de se iniciarem **processos experimentais e pontuais de contratualização interna** com as Unidades de Saúde Pública (USP) e com as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC);*

- No final do ano de 2012 foi produzido o documento *"Bilhete de identidade dos indicadores de monitorização dos Cuidados de Saúde Primários"*, o qual 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. Este documento foi reeditado a 1 de Outubro de 2013, com a introdução de importantes aperfeiçoamentos recolhidos ao longo de 9 meses de implementação;
- *"Metodologia de Contratualização para o ano de 2013"*, onde se implementou, entre outras alterações, a metodologia de avaliação dos ACES com base no Índice de Desempenho Global.

Fruto deste trabalho evolutivo, 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 de família, procurando melhorar o acesso, a qualidade e a continuidade de cuidados, seja na perspetiva da intervenção personalizada ao utente, seja envolvendo a família e a comunidade;
- 3 Basear-se em indicadores que a evidência científica demonstra que podem conduzir a ganhos em saúde, ganhos de acessibilidade ou ganhos de satisfação e que monitorizam a evolução de processos ou resultados da atividade assistencial;
- 4 Promover a responsabilização das entidades prestadoras através da negociação transparente e responsabilizante de metas para os indicadores, assegurando a sua monitorização ao longo do tempo;
- 5 Induzir nas entidades prestadoras mecanismos de autorregulação que orientem a prática no sentido da excelência da prestação de cuidados de saúde, da eficiência do sistema de saúde e da satisfação dos utentes e dos profissionais;
- 6 Promover a autonomia técnica das unidades prestadoras e a participação dos profissionais na definição 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 USF com melhor desempenho;
- 8 Indexar (nas USF Modelo B) uma componente da remuneração dos profissionais ao nível de desempenho medido por determinados indicadores.

Estes objetivos são partilhados pelos diferentes níveis de responsabilidade na prestação de cuidados de saúde primários, desde as ARS, aos ACES e às Unidades Funcionais, onde os prestadores são envolvidos neste processo de autonomia responsabilizante.

Para definição dos objetivos, consideram-se as necessidades em saúde detetadas a nível nacional, regional e local, identificadas no Plano Nacional de Saúde, dos Planos Regionais de Saúde, no Plano de Atividades dos ACES e nos Planos de Ação das Unidades Funcionais. Trata-se de uma lógica de planeamento em cadeia, em que todos são chamados a assumir compromissos de nível nacional, compromissos específicos da sua região, e compromissos concretos em relação à sua população de inscritos.

O presente documento operacionaliza o processo de contratualização (externa e interna) para o ano de 2014, procurando continuar a sedimentar as práticas a nível nacional e introduzindo como principais alterações as seguintes:

- Alteração da estrutura de contratualização interna, fruto da publicação da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, que altera a Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril;
- Reforço do alinhamento e do compromisso entre os objetivos das ARS, dos ACES e das Unidades Funcionais que os compõem;
- Fortalecimento do carácter negocial e das medidas que contribuem para o cumprimento dos prazos previstos na fase de negociação, acompanhamento e avaliação;
- Operacionalização do Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento dos ACES (SICA ACES), o qual permitirá harmonizar as práticas inerentes ao processo de contratualização externa;
- Criação de mecanismos de *benchmarking* para comparar o desempenho e proceder à publicitação de informação sobre a performance dos ACES, numa base mensal, através do *microsite* de "Monitorização da Atividade no SNS";
- Operacionalização da monitorização de satisfação dos utilizadores.

ARQUITETURA DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO PARA 2014

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.

A reconfiguração dos ACES, estabelecida pela Portaria n.º308/2012, de 9 de outubro, pela Portaria n.º310/2012, de 10 de outubro, pela Portaria n.º 394-A/2012, de 29 de novembro e pela Portaria n.º 394-B/2012, de 29 de novembro, permitiu reduzir o número de ACES existentes até à data, por agregação em estruturas de maior dimensão e mais eficientes que abrangem grupos de população mais numerosa, cumprindo também, atento o contexto financeiro atual, o imperativo de adoção de medidas para a racionalização da despesa e otimização dos recursos disponíveis.

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, organizada em dois subprocessos:

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

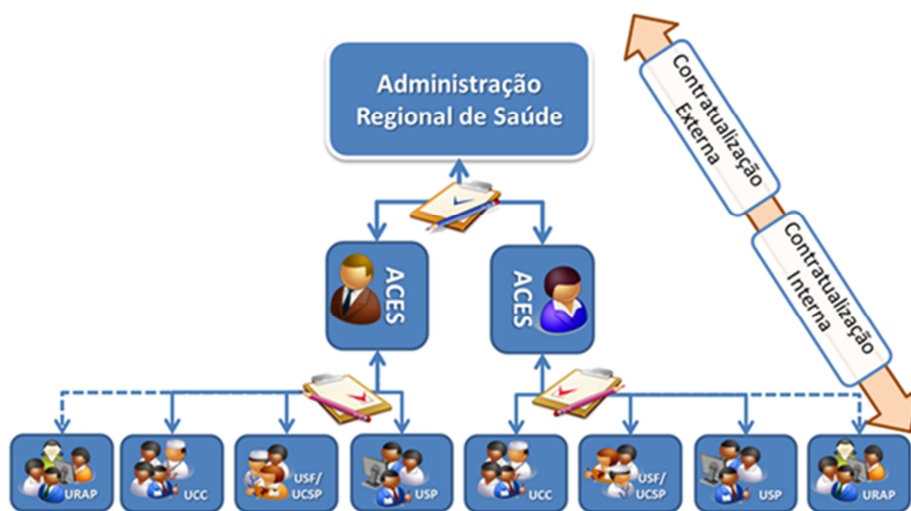


Figura 1 - Modelo de contratualização de uma ARS com os ACES (externa) e destes com as respetivas UF (interna).

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).

Considerando que em 2014 estarão em funcionamento 8 ULS abrangendo 11,5% da população portuguesa, importa realizar um processo de contratualização nos cuidados de saúde primários adequado e promotor da autonomia e da responsabilidade das equipas prestadoras de cuidados à população inscrita em ULS.

No respeito pelos princípios da autonomia técnica própria dos cuidados de saúde primários, da delegação de competências no âmbito das ULS e da responsabilização dos profissionais, o regime de contratualização deve observar as regras aplicáveis aos ACES. Assim, o processo de contratualização interna envolve o Conselho de Administração das ULS e os responsáveis pela gestão interna e pela prestação de cuidados ao nível dos cuidados de saúde primários, com o objetivo de garantir o alinhamento dos objetivos específicos deste nível de cuidados e da ULS como um todo, na garantia do *continuum* da prestação dos cuidados à população.

Destaca-se que 6% do valor do Contrato-Programa estabelecido entre as ULS e as ARS 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 entre as ARS e os ACES.

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

1. Negociação – fase que abrange 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 definida para o período, as restrições orçamentais e outros condicionalismos associados à negociação e à partilha do risco. A negociação não se limita a troca de propostas, merecendo que estas sejam sempre racionalizadas;
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 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 entre as 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 alteração de comportamentos, de atitudes e de práticas de gestão e de prestação de cuidados, visando a melhoria dos resultados globais das entidades envolvidas no processo de contratualização.

1. INSTRUÇÕES GERAIS PARA O PROCESSO NEGOCIAL

À semelhança do que tem ocorrido nos últimos anos, 2014 continuará a ser um ano em que se prossegue num ciclo de acentuada restrição orçamental das Finanças Públicas, pelo que o processo de contratualização assume-se como um instrumento muito relevante neste contexto, nomeadamente no que concerne à gestão mais eficiente dos recursos disponíveis e ao reforço do controlo do acompanhamento dos custos, essencialmente com medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT).

É perante esta realidade que o processo de contratualização nos cuidados de saúde primários deve contribuir para o objetivo geral do SNS de melhoria da sua performance de gestão e de prestação, de forma a garantir a salvaguarda de elevados níveis de acesso e de qualidade dos cuidados prestados à população. Através do processo de contratualização promove-se a prestação dos cuidados no nível mais adequado e efetivo e desenvolvem-se políticas de promoção da saúde e de prevenção da doença que contribuam para a melhoria do estado de saúde da população.

Para tal, num contexto de prestação coordenada dos cuidados de saúde, todos os intervenientes no processo devem negociar a atividade e os resultados a alcançar considerando as características e necessidades em saúde da população e potenciando a capacidade que os cuidados de saúde primários têm para gerir o estado de saúde dos utentes.

Nesta perspetiva, o processo negocial que vai decorrer no ano de 2014 deve:

- i. Basear-se no Plano Nacional de Saúde, no Plano Regional de Saúde de cada ARS e no Plano Local de Saúde de cada ACES, respondendo à avaliação das necessidades em saúde nacionais, regionais e locais;
- ii. Estimular, por iniciativa do Conselho Clínico e de Saúde, 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, 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 através do desenvolvimento de circuitos de coordenação e referenciação de utentes, cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos;
- iv. Coordenar o acompanhamento dos utentes que necessitem de cuidados hospitalares em ambulatório ou internamento, e cuidados após a alta, incluindo, cuidados continuados integrados domiciliários e de internamento (convalescença, média e longa duração e paliativos);
- v. Otimizar a utilização dos recursos disponíveis, reservando-se o acesso aos cuidados secundários para as situações que exijam este nível de intervenção;
- vi. Envolver os cidadãos e as 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 de políticas de promoção da saúde, prevenção da doença, proteção da saúde individual e coletiva, capacitação dos indivíduos e corresponsabilização de outros setores da sociedade;
- viii. Fomentar o processo de contratualização interna nas diferentes unidades funcionais, que reforce a autonomia e a responsabilidade das equipas, alargando cada vez mais o seu âmbito às UCSP que reúnam condições para integrar este processo;
- 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 de saúde prestados.

Para 2014, os Diretores Executivos e Presidentes dos Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACES assumem a responsabilidade pelo processo de contratualização interna com as USF e as UCSP que compõem o ACES, competindo aos Departamentos de Contratualização das ARS a função de acompanhar a qualidade e a coerência dos processos de contratualização, e assegurar a sua adequação e robustez técnica.

Para que este processo seja efetivo e consistente, é necessário continuar a promover a mudança de uma cultura de comando-controle vertical, para uma cultura de compromisso e de responsabilidade a todos os níveis da estrutura de prestação de cuidados.

Assim, importa que o processo de contratualização nos cuidados de saúde primários considere como ponto de referência os compromissos assumidos anualmente pelas ARS em sede de Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR).

De igual forma, importa alinhar o processo com o sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública (SIADAP), incluindo o subsistema de Avaliação do Desempenho dos Serviços da Administração Pública (SIADAP 1).

2. CALENDÁRIO DE CONTRATUALIZAÇÃO PARA 2014

O calendário de contratualização apresentado para 2014 pretende definir os principais prazos para a execução das tarefas relacionadas com o processo de contratualização externa e interna deste ano.

Os processos de contratualização externa e interna são dinâmicos e interdependentes sendo que a proposta de metas para os indicadores do plano de desempenho de cada ACES deve ter em consideração o contributo das suas Unidades Funcionais.

Importa compreender a relação entre as necessidades em saúde e os resultados obtidos pelas Unidades Funcionais face às políticas de saúde a implementar no ACES e realizar uma reflexão ponderada e realista sobre as metas a propor em sede de contratualização.

Assim, conforme assinalado na tabela que em seguida se apresenta, o processo de contratualização interna com as unidades funcionais deverá decorrer até ao final de março de 2014, enquanto a data limite para a submissão do Plano de Desempenho pelos ACES é o dia 14 de fevereiro. Até ao dia 28 de fevereiro estará concluído o processo de contratualização externa, ou seja, as negociações entre as ARS e os ACES.

O processo de contratualização culmina com a assinatura do Contrato Programa entre as ARS e os ACES e a assinatura das cartas de compromisso entre o ACES e as Unidades Funcionais, até ao dia 31 de março de 2014.

Tabela 2- Datas Chave da Contratualização de 2014

Fases do Processo	Datas de 2014
Submissão do Plano de Desempenho	14 fevereiro 2014
Contratualização Externa	28 fevereiro 2014
Contratualização Interna	31 março 2014
Assinatura de Contratos-Programa com ACES	31 março 2014
Assinatura de Cartas de Compromisso	31 março 2014

3. REGISTO E MORBILIDADE EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Durante o ano de 2014, e à semelhança do que tem vindo a ser promovido nos últimos anos, importa continuar a melhorar todos os registos clínicos, em particular os registos realizados pelos médicos de família que dão informação sobre a morbilidade ao nível dos cuidados de saúde primários, através de uma codificação sistemática e rigorosa dos problemas de saúde nas listas de problemas e nas consultas, usando a *International Classification of Primary Care*, segunda edição (ICPC-2).

Sem bons registos clínicos não é possível garantir a adequação de cuidados e, muito menos, monitorizar e avaliar o trabalho realizado e os cuidados prestados à população.

A existência desta cultura de codificação clínica nos cuidados de saúde primários permite começar a preparar a implementação futura de modelos de avaliação do risco, os quais devem estar à disposição dos profissionais, podendo ser utilizadas para vários fins, de entre os quais se destacam: a seleção de utentes para programas de gestão da doença e de gestão de caso, a investigação em saúde, a alocação de recursos financeiros, a avaliação do desempenho e o pagamento de incentivos e a análise da qualidade e/ou produtividade dos clínicos.

No início de 2010 foi constituída uma equipa nacional de peritos, coordenada pela ACSS, composta por elementos das cinco Administrações Regionais de Saúde e da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar com o objetivo de melhorar o Registo de Morbilidade e implementar um plano de codificação da carga de doença ao nível dos cuidados de saúde primários com base na ICPC-2.

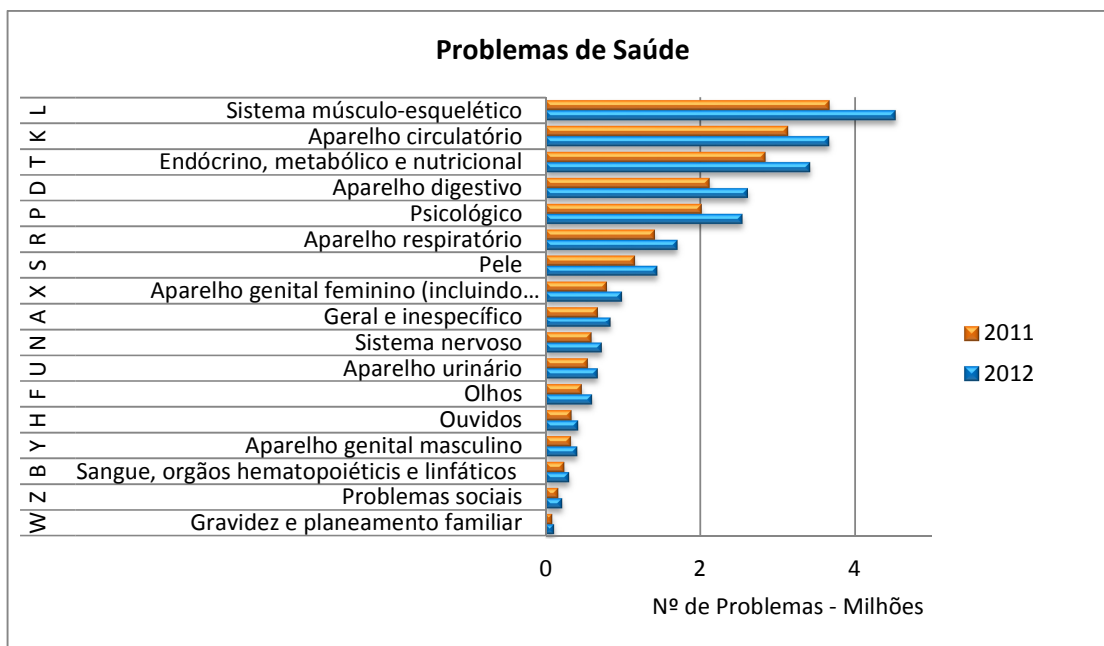
Na sequência deste trabalho e do enorme envolvimento e disponibilidade dos profissionais médicos das várias USF e UCSP, a percentagem de consultas médicas presenciais com codificação ICPC-2 nos cuidados de saúde primários é hoje elevada no nosso País (69,7% em 2011, 79,3% em finais de 2012 e 83,4% em outubro de 2013), pelo que em seguida se apresenta uma breve caracterização dos utentes atendidos nestas USF e UCSP, em termos de codificação dos problemas de saúde.

A lista de problemas ativos dos utentes contém os problemas de saúde em relação aos quais existe um plano de seguimento. A lista de problemas ativos deve conter as doenças mais relevantes (e.g. neoplasias, doenças recorrentes, intervenções cirúrgicas *major*), as doenças que requerem tratamento médico contínuo (e.g. Diabetes *Mellitus*), as doenças que condicionam a escolha da terapêutica (e.g. alergias e úlcera péptica), doenças que afetam as funções do doente (e.g. surdez e cegueira) e os problemas sociais.

Assim, o conjunto dos problemas de saúde existente nas listas de problemas ativos dos processos clínicos é útil para: (1) caracterizar os utentes, (2) caracterizar a atividade desenvolvida, e (3) programar atividade.

Apresenta-se na figura 2 uma distribuição dos problemas ativos das listas de problemas dos utentes pertencentes às USF e UCSP em 2011 e 2012, pelos diversos capítulos da ICPC-2, por ordem decrescente da respetiva frequência de registo.

Figura 2- Distribuição dos registos dos problemas ativos das listas de problemas dos utentes pelos capítulos da ICPC-2 (anos de 2011 e 2012).



Fonte: ACSS -SIM@SNS/SIARS, Maio 2013

Importa referir que estes dados refletem o aumento da codificação clínica, cada vez mais rotineira e sistemática na atividade de cada médico de família. Numa fase mais avançada do processo de melhoria dos registos de morbilidade, haverá informação com maior sensibilidade e fiabilidade para medir quer a prevalência quer a incidência dos problemas de saúde na população utilizadora.

No final de 2011 estavam identificados 20,6 milhões de problemas e no final de 2012, 25,2 milhões de problemas, o que corresponde a uma média de 2,0 problemas por utente em 2011 e 2,5 em 2012.

Os 5 capítulos da ICPC-2 com registos mais frequentes foram o [Sistema músculo-esquelético (L)], o [Circulatório (K)], o [Endócrino, metabólico e nutricional (T)], o [Aparelho digestivo (D)] e o [Psicológico (P)], totalizando cerca de 2/3 do total de problemas (66,5% em 2012 e 66,9% em 2011).

A tabela da página seguinte mostra os problemas de saúde mais frequentes nas listas de problemas ativos, codificados pela ICPC-2 e ordenados por ordem decrescente da frequência de registo. Os 41 problemas de saúde listados nesta tabela totalizam 50,1% do total dos problemas de saúde ativos dos utentes inscritos.

Assim, podemos afirmar que os 5 problemas de saúde mais frequentes, codificados nos cuidados de saúde primários pela ICPC-2 em 2012 foram:

1. Hipertensão sem complicações (prevalência de registo de 15,2%);
2. Alteração do metabolismo dos lípidos (prevalência de registo de 14,3%);
3. Perturbação depressiva (prevalência de registo de 6,4%);
4. Diabetes tipo 2 (prevalência de registo de 5,6%);
5. Abuso do tabaco (prevalência de registo de 5,2%).

Estes problemas de saúde encontram-se na génese de alguns indicadores presentes na Contratualização Externa e Interna de 2014 e anos seguintes e representam informação fundamental para a definição das áreas de intervenção prioritária ao nível dos ACES e das Unidades Funcionais que os compõem.

A análise desta tabela fornece informações sobre os problemas que motivaram consultas de seguimento de doenças crónicas, apesar de fornecer pouca informação sobre as vigilâncias em saúde e sobre a atividade em consultas por iniciativa dos utentes (urgências ou outras). Para isso, de forma complementar, os responsáveis dos ACES e das Unidades Funcionais devem analisar a informação de registo dos profissionais de saúde noutras áreas do processo clínico, designadamente as áreas de codificação pela ICPC-2 no A do “SOAP” (Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano) e de registos de consultas nos módulos aplicativos de apoio aos programas de saúde.

Tabela 3 – Frequência simples, frequência acumulada e prevalência dos 41 problemas de saúde mais frequentes nas listas de problemas ativos, codificados pela ICPC-2, em 2012.

I	CÓD	RÚBRICA	N	f (%)	F (%)	P (%)
1	K86	HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES	1.551.682	6,2	6,2	15,2
2	T93	ALTERAÇÃO DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS	1.451.735	5,8	11,9	14,3
3	P76	PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA	647.014	2,6	14,5	6,4
4	T90	DIABETES NÃO INSULINO-DEPENDENTE	570.765	2,3	16,7	5,6
5	P17	ABUSO DO TABACO	531.222	2,1	18,8	5,2
6	L86	SÍNDROME DA COLUNA COM IRRADIAÇÃO DE DORES	494.184	2,0	20,8	4,9
7	T82	OBESIDADE	436.917	1,7	22,5	4,3
8	P74	DISTÚRBIO ANSIOSO/ESTADO DE ANSIEDADE	373.247	1,5	24,0	3,7
9	T83	EXCESSO DE PESO	320.786	1,3	25,3	3,2
10	L03	SINAL/SINTOMA DA REGIÃO LOMBAR	316.172	1,3	26,5	3,1
11	R05	TOSSE	305.088	1,2	27,8	3,0
12	L90	OSTEOARTROSE DO JOELHO	278.766	1,1	28,9	2,7
13	K95	VEIAS VARICOSAS DA PERNA	275.395	1,1	29,9	2,7
14	L84	SÍNDROME DA COLUNA SEM IRRADIAÇÃO DE DOR	258.221	1,0	31,0	2,5
15	K85	TENSÃO ARTERIAL ELEVADA	243.770	1,0	31,9	2,4
16	K87	HIPERTENSÃO COM COMPLICAÇÕES	242.013	1,0	32,9	2,4
17	L87	BURSITE/TENDINITE/SINOVITE NE	235.430	0,9	33,8	2,3
18	L99	DOENÇA DO APARELHO MÚSCULO-ESQUELÉTICO, OUTRA	226.294	0,9	34,7	2,2
19	D87	ALTERAÇÃO FUNCIONAL DO ESTÔMAGO	223.436	0,9	35,6	2,2
20	L91	OSTEOARTROSE, OUTRA	219.943	0,9	36,5	2,2
21	Y85	HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA	213.383	0,8	37,3	2,1
22	R97	RINITE ALÉRGICA	211.604	0,8	38,2	2,1
23	P01	SENSAÇÃO DE ANSIEDADE/NERVOSISMO/TENSÃO	203.782	0,8	39,0	2,0
24	R21	SINAL/SINTOMA DA GARGANTA	194.812	0,8	39,8	1,9
25	L15	SINAL/SINTOMA DO JOELHO	189.455	0,8	40,5	1,9
26	L95	OSTEOPOROSE	181.072	0,7	41,2	1,8
27	D82	DOENÇA DOS DENTES/GENGIVAS	176.030	0,7	41,9	1,7

28	D99	DOENÇA DO SISTEMA DIGESTIVO, OUTRA	172.588	0,7	42,6	1,7
29	A99	DOENÇA/CONDIÇÃO DE NATUREZA/LOCAL NE	167.319	0,7	43,3	1,6
30	U95	CÁLCULO URINÁRIO	165.150	0,7	43,9	1,6
31	R96	ASMA	164.849	0,7	44,6	1,6
32	L83	SÍNDROME DA COLUNA CERVICAL	164.161	0,7	45,2	1,6
33	P06	PERTURBAÇÃO DO SONO	162.939	0,6	45,9	1,6
34	L92	SÍNDROME DO OMBRO DOLOROSO	148.308	0,6	46,5	1,5
35	L81	TRAUMATISMO DO APARELHO MÚSCULO-ESQUELÉTICO NE	148.214	0,6	47,0	1,5
36	T81	BÓCIO	139.561	0,6	47,6	1,4
37	D02	DOR ABDOMINAL EPIGÁSTRICA	138.175	0,5	48,1	1,4
38	N17	VERTIGENS/TONTURAS	137.837	0,5	48,7	1,4
39	N01	CEFALEIA	137.829	0,5	49,2	1,4
40	K96	HEMORRÓIDAS	136.112	0,5	49,8	1,3
41	R83	INFECÇÃO RESPIRATÓRIA, OUTRA	133.082	0,5	50,3	1,3

A Tabela 4 que em seguida se apresenta mostra a evolução de uma amostra de indicadores relativos a determinados problemas de saúde codificados pela ICPC. Estes problemas de saúde foram selecionados não só pela sua frequência ou prevalência, como demonstrado na Tabela 3, mas também por outros fatores, como sejam o seu significado clínico, a sua importância em termos de Saúde Pública ou o valor dos custos que lhes estão associados.

Ao fazer a análise desta informação é fundamental estar atento ao efeito da melhoria do registo e aumento da codificação clínica, distinguindo “novos casos” de “novas codificações”.

Tabela 4 – Evolução da proporção de inscritos com determinados problemas ativos em análise, codificados pela ICPC-2 – 2009 a 2012

Média de resultados, por indicador e por ano (a 31 de Dezembro de cada ano)				
Nota: os indicadores do tipo incidência (os 3 primeiros da lista) estão em per milagem e os indicadores do tipo "proporção de inscritos com o diagnóstico" estão em percentagem				
Indicadores	2009	2010	2011	2012
Incidência de "acidente vascular cerebral"	1,73	2,00	2,04	2,11
Incidência de "enfarte agudo do miocárdio"	0,78	0,82	0,89	0,92
Incidência de "Infecção VIH/Sida"	0,19	0,20	0,23	0,27
Proporção de inscritos com "Infecção VIH/Sida"	0,04	0,05	0,07	0,09
Proporção de inscritos com "hipertensão arterial"	9,78	12,66	15,25	17,87
Proporção de inscritos c/ "alteração do metabolismo de lípidos"	6,80	9,40	11,69	14,38
Proporção de inscritos com "diabetes mellitus"	3,89	4,87	5,61	6,39
Proporção de inscritos c/ "DM não insulínica"	3,19	4,15	4,91	5,68
Proporção inscritos com "DM insulínica"	0,71	0,72	0,70	0,72
Proporção de inscritos c/ "doença cardíaca isquémica"	0,65	0,86	1,03	1,25
Proporção de inscritos com "abuso crónico álcool"	0,42	0,55	0,68	0,85
Proporção de inscritos com "abuso de drogas"	0,13	0,17	0,21	0,26
Proporção de inscritos com "abuso de tabaco"	2,43	3,05	4,00	5,19
Proporção de inscritos com "obesidade"	1,36	1,91	3,28	4,21

Proporção de inscritos com "excesso de peso"	0,66	0,95	2,24	3,06
Proporção inscritos com "rinite alérgica"	0,77	1,12	1,51	1,99
Proporção de inscritos com "asma"	0,75	0,99	1,25	1,56
Proporção de inscritos com "bronquite crónica"	2,31	3,13	3,86	4,50
Proporção de inscritos com "DPOC"	0,36	0,49	0,62	0,78
Proporção de inscritos com "demência"	0,20	0,28	0,37	0,48
Proporção de inscritos c/ "perturbações depressivas"	2,75	3,90	4,92	6,31
Proporção de inscritos com "depressão (P76.001) "		0,05	0,72	0,33
Proporção de inscritos c "depressão endógena P76.016"		0,02	0,07	0,05
Proporção de inscritos c "depressão reativa P76.010"		0,02	0,25	0,18
Proporção de inscritos com "depressão pós-parto"		0,01	0,02	0,01
Proporção de inscritos com "distúrbio ansioso"	1,58	2,28	2,92	3,66
Proporção de inscritos com "sensação de ansiedade"	0,80	1,18	1,58	2,08
Proporção de inscritos com "Hiperplasia Benigna Próstata"	0,91	1,31	1,68	2,11
Proporção de inscritos com "neoplasia maligna"	1,21	1,63	2,01	2,50
Proporção de inscritos com "neoplasia colo do útero"	0,05	0,07	0,08	0,09
Proporção de inscritos com "neoplasia cólon / recto"	0,17	0,22	0,27	0,33
Proporção de inscritos com "neoplasia da próstata"	0,15	0,21	0,26	0,33
Proporção de inscritos com "neoplasia estômago"	0,07	0,08	0,09	0,10
Proporção de inscritos com "neoplasia mama feminina"	0,26	0,34	0,42	0,51
Proporção de inscritos c/ "neoplasia brônquio/pulmão"	0,03	0,04	0,05	0,06
Proporção de inscritos com "osteoartrose da anca"	0,51	0,78	1,00	1,28
Proporção de inscritos com "osteoartrose do joelho"	1,15	1,68	2,18	2,75
Proporção de inscritos com "osteoporose"	0,86	1,23	1,49	1,80
Proporção de inscritos com "doença do esófago"	0,32	0,49	0,64	0,84
Proporção de inscritos com "doenças dentes e gengivas"	0,66	1,02	1,34	1,71

Realça-se a crescente codificação de problemas de saúde a nível nacional, que reflete não só o aumento da sistematização da codificação clínica, como também a melhoria progressiva dos sistemas informáticos. Por outro lado, a crescente codificação tem dependido dos elevados níveis de exigência por parte dos utilizadores/prestadores de cuidados de saúde e por parte da própria administração.

Conforme se constata, alguns problemas já atingem valores próximos das prevalências esperadas para a população utilizadora, como seja a hipertensão. Outros problemas ficam aquém desse valor, como é o caso da asma. Esta informação é fundamental como alerta para a procura ativa de “novos” casos, ou seja, para a sinalização de utentes não diagnosticados ou não codificados. No seu conjunto, e ao nível da Unidade Funcional ou do Médico de Família, o conhecimento dos Problemas de Saúde permite uma melhor governação clínica.

Assim, importa continuar o trabalho de reforço da codificação da atividade clínica, na medida em que a informação que daí advém, conjugada com a já disponível, permitir-nos-á desenvolver vários modelos de avaliação do risco. Estes modelos irão possibilitar a introdução de medidas que ajustem os pagamentos ao risco previsível de cada população e que encorajem a prestação de cuidados de excelência para as condições mais onerosas. Por outro lado, podem contribuir para a implementação de estratégias inovadoras de prestação de cuidados especialmente desenhadas para as pessoas com maior risco, reduzindo a carga de doença e consequentes os custos económicos.

4. SATISFAÇÃO DOS UTILIZADORES

O ano de 2014 ficará marcado pela operacionalização de um processo de avaliação da satisfação dos utilizadores nos cuidados de saúde primários, integrado no processo de contratualização para este ano.

A avaliação da satisfação dos utilizadores das USF ou das UCSP dos ACES, ou de qualquer unidade de saúde, é reconhecida como sendo um indicador de qualidade que visa medir diretamente a qualidade percebida pelos utilizadores e indiretamente a adequação da oferta de serviços perante as necessidades sentidas de cada utilizador.

Embora reúnam itens de cariz mais técnico e itens integrados num contexto de interação pessoal entre profissionais e utentes, com uma componente emoção-razão incontornável, os indicadores de satisfação sobre os cuidados prestados revelam a diferença entre as expectativas dos utentes e o nível de serviços que recebem. Constituem uma ferramenta preciosa para a melhoria contínua dos serviços.

Desde a realização de questionários de satisfação aos utilizadores dos Centros de Saúde, de âmbito nacional, iniciado em 2001, sob a égide do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), fez-se um percurso que permite considerar a qualidade percebida um parâmetro indispensável para contratualização com as USF e as UCSP.

A operacionalização deste parâmetro no processo de contratualização de 2014 (ao nível de todas as USF e de parte das UCSP) permite a comparabilidade nacional e internacional, promovendo a melhoria contínua dos cuidados prestados à população através dos contributos dos utentes.

Serão explicitados em documento específico alguns aspetos fundamentais de forma a que o processo seja efetuado segundo normas uniformes e transparentes por todas as USF em todos os ACES. Adicionalmente, será possível incluir as UCSP, em número proporcional por ARS, através de um modelo de seleção aleatória. Os requisitos necessários para integrar este processo passam pelas seguintes especificações:

- a) Normalização da entrega do questionário: dias da semana e meses do ano;
- b) Definição dos utentes a quem se entrega o questionário (utentes das consultas médicas e de enfermagem, em sala de espera) e dos locais de entrega;
- c) Garantia do número de questionários entregues;
- d) Definição do número de urnas de recolha;
- e) Existência de cartazes a anunciar o questionário, definição do seu conteúdo e data de afixação;
- f) Possibilidade e definição do âmbito de trabalho de Voluntários;
- g) Instruções gerais para concluir a logística necessária para a entrega do questionário na véspera;
- h) Definição do número mínimo de questionários que devem ser recolhidos;
- i) Orientações sobre o que fazer com os questionários após a recolha, para onde enviar, se é necessário preencher algum formulário, por exemplo, com a identificação da unidade e o número de questionários entregues.

5. CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA PARA 2014

Para 2014, os objetivos ao nível da contratualização externa 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.

5.1. NEGOCIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA

Conforme tem vindo a ser praticado, 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 outros componentes, propostas de metas para os indicadores de desempenho, que negociam posteriormente com a 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 instrumentos de transferência de autonomia e de responsabilidade para os responsáveis dos cuidados de saúde primários.

Figura 3— Contratualização Externa – Plano de Desempenho e Contrato Programa.



5.1.1. 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. No Plano de Desempenho são definidas prioridades assistenciais 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 gestores e prestadores clínicos.

O Plano de Desempenho está organizado em nove grandes áreas: (1) Caracterização; (2) Linhas estratégicas; (3) Plano Atividades; (4) Plano 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 o seu Plano de Desempenho até 14 de fevereiro de 2014 para que seja analisada a proposta efetuada pelo ACES e seja realizada a sua negociação até 28 de fevereiro de 2014.

A condução das reuniões de negociação no âmbito da contratualização externa é da responsabilidade do Conselho Diretivo da ARS, apoiado pelo seu Departamento de Contratualização. O ACES é representado pelo Diretor Executivo, 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 contraproposta da ARS à proposta inicial de Plano de Desempenho apresentada pelo ACES, tal deve ser transmitido previamente ao ACES.

As ARS podem convidar representantes de organismos do Ministério da Saúde, nomeadamente da ACSS e DGS, para assistir às reuniões.

5.1.2. O CONTRATO-PROGRAMA

O Contrato-Programa é o documento que o ACES deve outorgar com a ARS e está alinhado com o definido no Plano de Desempenho, identificando 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 Contrato-Programa não correspondem necessariamente a todos os indicadores de desempenho apresentados em Plano de Desempenho.

5.1.3. 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 de saúde e de sofisticação das modalidades de pagamento.

Assim, a ACSS, em parceria com o Instituto Nacional de Estatística (INE) e os Hospitais do SNS, tem vindo a recolher e trabalhar um conjunto de informação demográfica e epidemiológica de cada ACES, que habilita os prestadores 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 dos ACES, incluindo os agrupamentos que estão integrados em ULS, e a informação é disponibilizada às ARS e aos ACES.

5.1.4. MATRIZ DE INDICADORES DE DESEMPENHO PARA CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA

Uma das principais componentes da fase de negociação da contratualização externa prende-se com a negociação da bateria de indicadores que permitem aferir o desempenho assistencial agregado das Unidades Funcionais que compõem o ACES, assim como os resultados em saúde alcançados para a população.

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

- **Eixo nacional:** 14 indicadores selecionados a nível nacional, suscetíveis de avaliar ganhos em saúde, e em linha com os objetivos de contratualização interna com as USF e UCSP. A soma das ponderações destes indicadores é de 75%.
- **Eixo regional:** 4 indicadores escolhidos pelas ARS que vão ao encontro dos programas regionais ou das prioridades de saúde definidas regionalmente e que não tenham ficado colmatados pelos indicadores do eixo nacional. Os indicadores regionais selecionados para a contratualização externa aplicam-se a todos os ACES pertencentes a determinada 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 e que não tenham ficado colmatados pelos indicadores do eixo nacional ou regional. A soma das ponderações destes indicadores é 8%.

Tabela 5 -Indicadores de âmbito nacional, relacionados com a contratualização externa dos ACES.

Código	Nome do Indicador	Área do Indicador	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 utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	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 adequado 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
7.06.02	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	Transversal	Eficiência	16,0%	68
7.07.02	Despesa MCDT 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”.

Tabela 6- Indicadores de âmbito regional ou local (para as contratualizações externa e interna)

Código	Nome do Indicador	Área Indicador	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
3.15.01	Taxa de utilização global de consultas médicas	Transversal	Acesso	7	2
3.15.03	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	Transversal	Acesso	7	99
3.15.04	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos	Transversal	Acesso	7	100
4.18.01	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	Transversal	Acesso	4	3
2.05.01	Proporção de DM2 com compromisso de vigilância	Diabetes	Caracterização	1	75
2.06.01	Proporção hipertensos com compromisso vigilância	Hipertensão	Caracterização	1	76
2.07.01	Proporção de utentes com diagnóstico de asma	Respiratório	Caracterização	2	77
2.08.01	Proporção de utentes com diagnóstico DPOC	Respiratório	Caracterização	2	78
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
3.22.03	Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	SM/PF	Desemp. assist.	4	10
5.01.01	Proporção mulheres [50; 70[A, c/ mamogr. (2 anos)	R. Oncológico	Desemp. assist.	2	44
5.02.01	Proporção mulheres [25; 60[A, c/ colpoc. (3 anos)	R. Oncológico	Desemp. assist.	6	45
5.03.01	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	R. Oncológico	Desemp. assist.	2	46
5.04.01	Proporção DM c/ 1 HgbA1c por semestre	Diabetes	Desemp. assist.	2	38
5.04.02	Proporção DM c/ registo HgbA1c 6 meses	Diabetes	Desemp. assist.	2	88
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
5.10.01	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	Hipertensão	Desemp. assist.	1	19
5.10.02	Proporção hipertensos c/ PA 6 meses	Hipertensão	Desemp. assist.	1	89
5.13.01	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	Hipertensão	Desemp. assist.	1	18
5.13.02	Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	1	59
5.13.03	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	1	31
5.13.04	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	1	32
5.13.05	Proporção utentes > 14A, c/ IMC últimos 3 anos	Transversal	Desemp. assist.	2	33
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
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
5.20	Proporção adultos c/ depres., c/ terap. anti-depr.	S. Mental	Desemp. assist.	2	55
5.22	Proporção utentes >= 75 A, c/ presc. cró. < 5 fôr.	S. Adultos	Desemp. assist.	4	65
5.24	Proporção idosos, sem prescrição trimetaz. (1 ano)	S. Adultos	Desemp. assist.	3	67
5.26	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	Respiratório	Desemp. assist.	1	49

5.27	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	S. Mental	Desemp. assist.	2	53
5.28	Proporção cons. méd. presenciais, com ICPC-2	Transversal	Desemp. assist.	4	74
5.29	Proporção hipocoagulados controlados na unidade	S. Adultos	Desemp. assist.	2	92
5.30	Proporção DM c/ microalbum. último ano	Diabetes	Desemp. assist.	2	97
6.01.01	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido até 2ª	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	2	27
6.01.02	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido até 7ª	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	2	28
6.01.03	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido até 14ª	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	2	29
6.01.04	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. Gripe	S. Adultos	Desemp. assist.	3	30
6.01.05	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	2	93
6.01.06	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	2	94
6.01.07	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	2	95
6.01.08	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	S. Adultos	Desemp. assist.	2	98
6.02.01	Proporção hipertensos >= 25A, c/ vacina tétano	Hipertensão	Desemp. assist.	2	26
6.04.01	Proporção grávidas c/ consulta RP efetuada	S. Materna	Desemp. assist.	2	50
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
6.09.01	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	S. Materna	Desemp. assist.	2	11
6.12.01	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	2	14
6.13.01	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	1	57
6.15	Proporção crianças 7A, sem doenças dentes e geng.	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	1	61
6.16.01	Proporção hipertensos, c/ cons. enf. e gestão RT	Hipertensão	Desemp. assist.	2	24
6.16.02	Proporção DM c/ cons. enf. e gestão RT último ano	Diabetes	Desemp. assist.	2	36
6.19.01	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	Diabetes	Desemp. assist.	4	37
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
6.22.01	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	5	16
6.23.01	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	3	17
6.26.01	Proporção grávidas c/ 6+ cons. vigil. enferm.	S. Materna	Desemp. assist.	5	12
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
6.29	Proporção utentes consumo álcool, c/ consulta 3A	S. Mental	Desemp. assist.	4	54
6.31	Proporção crianças 1 ano, c/ acompanham. adequado	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	6	58
6.32	Proporção crianças 2 anos, c/ acompanham. adequado	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	4	60
6.33	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	S. Materna	Desemp. assist.	5	51
6.34	Proporção DM c/ acompanham. Adequado	Diabetes	Desemp. assist.	6	43
6.35	Proporção de hipertensos, c/ acompanh. adequado	Hipertensão	Desemp. assist.	8	25
6.36	Proporção crianças 6M, c/ aleit. mat. exclus. < 3M	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	1	62

6.37.01	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	2	63
6.38	Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	2	64
6.42.01	Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem	S. Materna	Desemp. assist.	2	13
6.43.01	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	2	15
7.10	Proporção utiliz. referenciados p/ consulta hosp.	Transversal	Desemp. assist.	2	7
7.06.02	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	Transversal	Eficiência	16	68
7.06.03	Despesa medic. fatur., por utiliz. (v. compart.)	Transversal	Eficiência	16	90
7.07.02	Despesa MCDTs fatur., por utiliz. SNS (p. conv.)	Transversal	Eficiência	8	69
7.08.01	Rácio despesa faturada DPP4 e antidiabét. Orais	Diabetes	Eficiência	2	96
7.09.01	Proporção medicam. faturados, que são genéricos	Transversal	Eficiência	4	66
8.08.01	Núm. dias c/ reclam. por fechar, por 1000 cons.	Transversal	Satisfação	6	73

LEGENDA: S. Inf. Juv. – Saúde infantil e Juvenil; **SM/PF** - Saúde da Mulher e Planeamento Familiar; **Desemp. assist.** – Desempenho assistencial; **R. Oncológ.** – Rastreio Oncológico; **Ponder.** – Ponderação do indicador na contabilização do Score; **ID** – N° sequencial do Indicador no documento “Bilhete de identidade dos indicadores de monitorização dos cuidados de saúde primários”.

Dentro dos 14 indicadores de âmbito nacional, importa referir que no ano de 2014 será aplicado um questionário de satisfação a todas as USF e a um número determinado de UCSP por ARS, conforme explicitado em capítulo próprio, pelo que o indicador relativo à satisfação dos utentes deverá ser escolhido pela ACSS, sob proposta de cada uma das ARS, tendo em consideração a proporção de Unidades Funcionais que aplicam o questionário de satisfação em cada ACES, ou a proporção de utentes abrangidos pela sua aplicação. O indicador da satisfação será selecionado entre os que constam da tabela seguinte.

Tabela 7- Indicadores de satisfação, relacionados com a contratualização externa

Código	Nome do Indicador	Área do Indicador	Tipo	Ponder.	ID
8.07	Proporção utiliz. satisfeitos ou muito satisfeitos	Transversal	Satisfação	6,0%	72
8.08	Núm. dias c/ reclam. por fechar, por 1000 cons.	Transversal	Satisfação	6,0%	73

LEGENDA: **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 é a seguinte.

Tabela 8– Ponderações de grupos de indicadores na contratualização externa dos ACES

Número	Âmbito	Tipo	Ponderação
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%

5.1.5. NEGOCIAÇÃO DE METAS PARA CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA COM OS ACES

A fase de negociação de metas para a contratualização externa em 2014 deverá decorrer de acordo com a calendarização definida no 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 (regional e nacional);
2. O histórico de resultados do indicador no ACES, na região e a nível nacional;
3. O contexto e 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 alcançados pelas Equipas, de todos os indicadores a contratualizar em 2014, definindo os percentis para cada um deles.

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

5.1.6. ALINHAMENTO ENTRE A CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA E A CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

Considerando que em 2014 a contratualização interna passa a ser integralmente assumida pelos ACES, importa assegurar o seu alinhamento com os objetivos definidos a nível nacional, regional e local, sendo exigível uma maior articulação entre o denominado processo de contratualização externa e interna.

Assim, e no âmbito do processo de contratualização externa, a ARS define com o Diretor Executivo e com o Conselho Clínico e de Saúde do ACES os indicadores que compõem o denominado “eixo local dos ACES” do processo de contratualização interna. Adicionalmente, acordam o racional de definição de metas que serão negociados com as USF e UCSP, encontrando os valores de referência e as taxas de melhoria para as metas a negociar, assim como os *standards* mínimos e máximos adequados para que se garanta um nível de qualidade e de melhoria contínua em todo o ACES.

Uma vez alcançado este compromisso em sede de contratualização externa, os responsáveis do ACES assumem a condução plena da negociação do processo contratualização interna, não sendo consideradas como válidas as Cartas de Compromisso que contenham metas que não cumpram os intervalos de valores assumidos com a ARS, salvo em situações excecionais, devidamente justificadas pelo Diretor Executivo do ACES e aceites pelo Conselho Diretivo da ARS respetiva.

Todos os níveis têm grau de autonomia para definir as melhores estratégias para atingir os fins propostos, e todos são responsáveis entre si pelas condições e recursos necessários para os obter. Contudo, e com maior

ênfase num contexto de forte restrição orçamental, as estratégias devem garantir a melhor relação custo efetividade.

Neste sentido, a exposição e alinhamento dos compromissos assumidos por todos os intervenientes (ARS, ACES e Unidades Funcionais) é um fator determinante para que se continue a incentivar a participação ativa e a responsabilidade de todos os intervenientes, potenciando-se assim uma maior dinâmica organizacional e de melhoria contínua.

5.1.7. ORÇAMENTO ECONÓMICO DOS ACES

Considerando o atual estado de maturidade dos ACES, o ano de 2014 deverá implicar um maior enfoque no comportamento económico-financeiro destas entidades, pelo que **todas as ARS têm de negociar e acompanhar o orçamento-económico dos seus ACES.**

De facto, 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 perspetiva, 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 ao nível das ARS, com imputação 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.

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 a sua ARS um orçamento-económico para o ano de 2014.

Esta negociação deverá centrar-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 estipulados para o ano de 2014.

A ARS e o ACES devem acompanhar a execução do orçamento-económico ao longo do ano, analisando trimestralmente 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 orçamental.

5.2. ACOMPANHAMENTO

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

Tabela 9- Calendarização do acompanhamento do desempenho dos ACES.

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
30-MAIO-2014	Reunião de acompanhamento do 1º trimestre.	ARS
30-SET-2014	Reunião de acompanhamento do 2º trimestre.	ARS
30-NOV-2014	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. Podem ainda ser utilizados para renegociação de metas de indicadores, sempre que se verifiquem alterações relevantes e inesperadas aos pressupostos da contratualização.

O **SICA ACES** será desenvolvido no início de 2014 e permitirá estruturar e harmonizar o processo de acompanhamento a nível nacional, pelo que a responsabilidade dos vários atores deverá ser plenamente assumida e a informação terá de ser reportada e analisada de forma adequada e atempada.

Para além da disponibilização desta ferramenta informática, o ano de 2014 ficará igualmente marcado pelo **reforço dos mecanismos de benchmarking** que permitam comparar o desempenho e proceder à publicitação de informação sobre a performance dos ACES.

Assim, de acordo com o definido no Despacho n.º 9/2014 do Secretário de Estado da Saúde, publicado a 2 de janeiro, passará a ser disponibilizado um conjunto de *dashboards* que se referem à componente de “*benchmarking* nos cuidados de saúde primários”, integrada no processo de “Monitorização do Serviço Nacional de Saúde”, contendo informação sobre as diferentes dimensões de análise dos sistemas de saúde (acesso, desempenho assistencial, eficiência e satisfação), destinada a públicos-alvo diversos, nomeadamente cidadãos, utentes, profissionais de saúde, decisores políticos, académicos, entre outros.

Com a disponibilização desta informação pretende-se aumentar a transparência e a partilha de informação com as entidades do SNS e com a comunidade em geral, assim como se espera estar a contribuir para a identificação de boas práticas e de alavancas operacionais de gestão corrente que permitam capturar nos vários ACES o potencial de melhoria identificado. Este processo irá contribuir para a melhoria do acesso dos

utentes ao SNS e, simultaneamente, para a melhoria do desempenho assistencial e económico-financeiro das instituições que o compõem.

Esta nova ferramenta será atualizada trimestralmente e permite a observação de tendências longitudinais, possibilitando um acompanhamento mais tempestivo e equiparável entre ACES, com maior nível de detalhe e de flexibilidade do que até agora era possível.

5.3. AVALIAÇÃO

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

Tabela 10- Calendarização da avaliação do desempenho dos ACES

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
15-ABRIL-2015	Reunião para apresentação e discussão do relatório de atividades do ACES, referente a 2014	ARS
30-JUNHO-2015	ARS informa sobre quais os ACES que têm acesso a incentivos institucionais	ARS

A avaliação do ACES realiza-se com base nos indicadores publicados no SIARS, com data de referência de 31 de Dezembro de 2014. Alguns dos indicadores referentes a 31 de Dezembro devem ser recalculados 1 mês depois, pelo que **a avaliação de 2014 será efetuada com a informação que estiver disponível no SIARS até ao final de fevereiro de 2015**, com data de referência de 31 de Dezembro de 2014.

5.3.1. APLICAÇÃO DO ÍNDICE DE DESEMPENHO GLOBAL

Para 2014, conforme já sucedeu para a Contratualização Externa dos ACES em 2013, a avaliação dos resultados dos indicadores e a determinação da atribuição dos incentivos aos ACES será efetuada através de um Índice de Desempenho Global (IDG).

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 (ou da UF, conforme veremos adiante), tornando este processo mais coerente para as instituições envolvidas.

Para aplicação deste Índice de Desempenho Global devem ser considerados os seguintes conceitos:

- Grau de cumprimento do indicador, em relação à meta contratualizada (GCIRM)

O grau de cumprimento de cada indicador corresponde à percentagem de concretização da meta definida. Calcula-se mediante a divisão entre o [resultado obtido] e a [meta contratualizada].

- Grau de cumprimento ajustado do indicador (GCAI)

O grau de cumprimento ajustado de cada indicador corresponde ao grau de cumprimento do indicador, balizado por um limite superior e inferior. Estes limites destinam-se a que, por um lado, apenas contribuam para o score que determina a atribuição de incentivos os indicadores que tenham determinado nível de

cumprimento (por exemplo: 90%) e, por outro, impedir que níveis de concretização muito positivos ou muito negativos, que podem ser resultado de metas desadequadas ou de fatores imprevisíveis, possam afetar de forma determinante o *score* final, ou seja, o Índice de Desempenho Global.

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

- Se o grau de cumprimento do indicador for inferior a 90%, o grau de cumprimento ajustado é = 0%;
- Se o grau de cumprimento do indicador for igual ou superior a 90% e igual ou inferior a 110%, o grau de cumprimento ajustado é igual ao próprio valor;
- Se o grau de cumprimento do indicador for superior a 110%, o grau de cumprimento ajustado é igual a 110%.

Em relação aos indicadores da taxa de utilização com ID 6 e de vacinação com ID's 27, 28 e 29, 93, 94 e 95, a margem de cumprimento será valorizada entre 95% e 105%. Para os indicadores de desempenho económico-financeiro com ID's 68 e 69, 70, 71 e 90 a margem de cumprimento será também valorizada entre 95% e 105%.

- Peso relativo do indicador ou ponderação

Estabelece a importância relativa de cada indicador para o cálculo do IDG. O seu valor correlaciona-se com o volume de trabalho (dos profissionais de saúde) subjacente ao parâmetro monitorizado por cada indicador e com a sua importância para a melhoria do nível de saúde (dos utentes).

Pode afirmar-se que o peso relativo de cada indicador será tanto maior quanto:

- a) Mais complexa for a atividade monitorizada;
- b) Maior for o número de utentes alvo;
- c) Maior for o impacto dessa atividade sobre o nível de saúde da população;
- d) Maior for o alinhamento do indicador com as áreas prioritárias do Plano Nacional de Saúde;
- e) Maior for o respetivo potencial para a indução de ganhos de eficiência.

Uma vez que existem vários fatores a concorrer para a determinação do valor da ponderação de cada indicador, não é possível afirmar que um indicador ponderado com "4" seja 2 vezes mais complexo ou que exija 2 vezes mais trabalho do que um indicador ponderado com "2". Apenas se pode afirmar que o indicador ponderado com "4" é provavelmente mais complexo ou que a atividade que lhe está subjacente exige mais recursos ou que é mais efetiva na indução de ganhos em saúde do que o que está ponderado com "2".

Também pode suceder que a relação entre ponderações possa ser alterada ao longo do tempo, caso se alterem as prioridades ou o potencial para indução de ganhos de efetividade respetivos.

- Ponderação do grau de cumprimento ajustado do indicador (PGCAI)

A ponderação do grau de cumprimento ajustado de um indicador é o valor que resulta do produto entre o grau de cumprimento ajustado e o peso relativo do indicador.

- Índice de Desempenho Global (IDG)

O valor do Índice de Desempenho Global corresponde à soma das ponderações do grau de cumprimento ajustado de cada indicador.

Trata-se de um *score* calculado a partir do somatório da [PGCAI] de cada indicador da [matriz de indicadores], podendo assumir os valores de 0% (quando o IDG é inferior a 75%, o mesmo é automaticamente convertido em 0%) e valores entre 75 e 100%. Quando o IDG é superior a 100%, atribui-se o valor máximo de 100%.

- Incentivo potencial

Trata-se do valor do incentivo a atribuir se o IDG for de 100%

- Incentivo atribuído

Corresponde ao valor monetário do incentivo a que a entidade contratualizada tem direito, calculado pelo produto entre o IDG e o incentivo potencial.

5.3.2. 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 30 de junho de 2015.

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 e terá impacto no orçamento económico do ACES no ano seguinte à conclusão do processo de avaliação.

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 julho de 2015. 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 aplicados às USF, que nos capítulos seguintes se apresentam, 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 31 de julho de 2015.

6. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA PARA 2014

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.

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, com o apoio da informação do perfil de saúde elaborado pela Unidade de Saúde Pública.

Para o ano de 2014, o processo de contratualização com os prestadores de cuidados de saúde primários integra novos indicadores de contratualização e de monitorização da atividade dos cuidados de saúde personalizados. O novo conjunto de indicadores decorre da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, e permite não só alargar o número de indicadores de resultado, como também abranger outras áreas e patologias, incluindo as doenças cardiocerebrovasculares, doenças metabólicas, doenças neoplásicas, doenças respiratórias e de saúde mental, para além dos cuidados ao recém-nascido/saúde infantil e saúde da mulher.

Para este ano é ainda fundamental alargar o âmbito da contratualização com as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, em particular nas ARS onde esta prática não está plenamente implementada, estabelecendo critérios para inclusão das UCSP elegíveis para contratualização que permitam um processo mais homogêneo e comparável entre os diferentes tipos de unidades funcionais.

O ano de 2014 permitirá ainda consolidar os processos experimentais (e pontuais) de contratualização com USP e UCC, que se iniciaram em 2012 em várias regiões de saúde, e iniciar os trabalhos preparatórios de contratualização com as URAP, nomeadamente com o objetivo de estabelecer um quadro futuro estável de indicadores de monitorização e acompanhamento da sua atividade.

6.1. NEGOCIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

6.1.1. MATRIZ DE INDICADORES DE CONTRATUALIZAÇÃO COM UCSP E USF PARA ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS INSTITUCIONAIS ÀS USF

A contratualização entre os ACES e as respetivas USF e UCSP será baseada numa matriz de 22 indicadores com as seguintes características:

- A. 12 Indicadores comuns a todas as Unidades USF/UCSP, definidos a cada três anos pela Administração Central do Sistema de Saúde, de acordo com as prioridades da Política de Saúde definida para o período considerado, em termos de acesso, desempenho assistencial, satisfação de utentes e eficiência, e com o Plano Nacional de Saúde e os Programas de Saúde Prioritários;

- B. 4 Indicadores selecionados a cada três anos pela Administração Regional de Saúde, comuns às respectivas USF/UCSP da região de saúde, em termos de acesso e/ou desempenho assistencial, de acordo com as prioridades definidas no Plano Nacional de Saúde e nos Programas de Saúde Prioritários a nível regional;
- C. 2 Indicadores selecionados a cada três anos pelos ACES, específicos para cada USF/UCSP do ACES, em termos de acesso e/ou desempenho assistencial;
- D. 4 Indicadores propostos pela USF/UCSP para o triénio, em termos de acesso e/ou desempenho assistencial.

A. Os indicadores de âmbito nacional serão comuns a todas as USF/UCSP e encontram-se definidos na tabela seguinte. Desses 12 indicadores nacionais, 2 são de acesso, 7 são de desempenho assistencial, 1 de satisfação de utentes e 2 de eficiência (desempenho económico-financeiro).

De entre estes 12 indicadores, 10 encontram-se em alinhamento com os indicadores nacionais da contratualização externa dos ACES, de forma a garantir uma conjugação de objetivos e uma complementaridade entre a contratualização externa e interna. Foram atribuídas ponderações a cada indicador, discriminadas na coluna [Ponder.] da tabela seguinte, em função da importância relativa de cada indicador para o processo de contratualização e também do esforço relativo necessário para realizar a atividade monitorizada, conforme referido no ponto 5.3.1. deste documento.

Tabela 11- Indicadores de âmbito nacional, relacionados com a contratualização de incentivos institucionais e contratualização com UCSP

Código	Nome do Indicador	Área do Indicador	Tipo	Ponder.	ID
3.15.02	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	Transversal	Acesso	4.5%	6
4.30.01	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	Transversal	Acesso	3.0%	4
6.33	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	S. Materna	Desemp. assist.	4.5%	51
6.30	Proporção MIF, com acompanhamento adequado em PF	SM/PF	Desemp. assist.	5.0%	52
6.31	Proporção crianças 1 ano, c/ acompanham. adequado	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	6.0%	58
5.21.01	Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.	S. Mental	Desemp. assist.	2.0%	56
5.25	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	Transversal	Desemp. assist.	2.5%	47
6.20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	Hipertensão	Desemp. assist.	3.0%	20
6.05.01	Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0 %	Diabetes	Desemp. assist.	3.0%	39
8.07.02	Proporção utiliz. satisfeitos ou muito satisf.	Transversal	Satisfação	5.0%	72
7.06.01	Despesa medic. prescritos, por utiliz. (PVP)	Transversal	Eficiência	16.0%	70
7.07.01	Despesa MCDTsprescrit., por utiliz. (p. conv.)	Transversal	Eficiência	8.0%	71

LEGENDA: Ponder. – Ponderação do indicador na contabilização do Score; **S. Inf. Juv.** – 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 de monitorização dos cuidados de saúde primários".

Considerando que nem todas as UCSP terão possibilidade de aplicar o questionário de satisfação de utentes a ser utilizado no ano de 2014, deverá ser selecionado o indicador com id 73 na avaliação desta área de análise, conforme consta na tabela seguinte.

Tabela 12- Indicadores de satisfação, relacionados com incentivos institucionais das USF

Código	Nome do Indicador	Área do Indicador	Tipo	Ponder.	ID
8.07	Proporção utiliz. Satisfeitos ou muito satisfeitos	Transversal	Satisfação	5,0%	72
8.08	Núm. dias c/ reclam. por fechar, por 1000 cons.	Transversal	Satisfação	5,0%	73

LEGENDA: 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”.

B. Os 4 indicadores de âmbito regional, selecionados por cada ARS, serão definidos a partir da lista de 83 indicadores apresentada na tabela 7 e são comuns às respetivas USF/UCSP da região.

C. Os 2 indicadores de âmbito local, selecionados a cada três anos por cada ACES, serão definidos a partir da lista de 83 indicadores apresentada na tabela 7, e específicos para cada USF/UCSP do ACES.

D. Os 4 indicadores de âmbito local, propostos pela USF / UCSP para o triénio, serão definidos a partir da lista de 83 indicadores apresentada na tabela 7.

Para os indicadores de âmbito local referidos nas alíneas C e D, quando em três anos consecutivos é atingida a meta contratualizada e superado o referencial nacional, respetivamente ACES e USF/UCSP escolhem outro indicador, tendo como único critério o indicador refletir uma área de melhoria.

Para o caso das USF, esta matriz de indicadores é utilizada para efeitos de atribuição de incentivos institucionais.

Em resumo, a ponderação dos 22 indicadores da contratualização interna distribui-se como especificado na tabela seguinte:

Tabela 13– Ponderações de grupos de indicadores na contratualização interna

Número	Âmbito	Tipo	Ponder.
2	Nacional	Acesso	7,5%
7	Nacional	Desempenho assistencial	26,0%
2	Nacional	Eficiência (desempenho económico)	24,0%
1	Nacional	Satisfação	5,0%
4	Regional	Qualquer	15,0%
2	Local (ACES)	Qualquer	7,5%
4	Local (UF)	Qualquer	15,0%

6.1.2. MATRIZ INDICADORES PARA ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS FINANCEIROS ÀS USF MODELO B

As USF Modelo B são unidades funcionais com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa 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. Os incentivos atribuídos aos médicos são aferidos pela compensação das atividades específicas. Os incentivos financeiros são atribuídos aos enfermeiros e aos assistentes técnicos em função dos resultados obtidos pela respetiva equipa profissional, como parte da remuneração prevista para os profissionais das USF.

A atribuição de incentivos financeiros depende da concretização das 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 utentes diabéticos e de utentes hipertensos, rastreios oncológicos, vacinação e acessibilidade.

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

Tabela 14- Indicadores relacionados com incentivos financeiros nas USF modelo B

Código	Nome do Indicador	Área do Indicador	Tipo	ID
5.02.01	Proporção mulheres [25; 60[A, c/ colpoc. (3 anos)	R. Oncológ.	Desemp. assist.	45
3.15.03	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	Transversal	Desemp. assist.	99
5.13.05	Proporção inscritos > 14A, c/ IMC últimos 3 anos	Transversal	Desemp. assist.	33
6.01.08	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	Saúde Adultos	Desemp. assist.	98
3.22.02	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	SM / PF	Desemp. assist.	9
6.04.01	Proporção grávidas c/ consulta RP efetuada	Saúde Materna	Desemp. assist.	50
6.26.01	Proporção grávidas c/ 6+ cons. vigil. enferm.	Saúde Materna	Desemp. assist.	12
6.42.01	Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem	Saúde Materna	Desemp. assist.	13
6.01.01	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido até 2A	SIJ	Desemp. assist.	27
6.22.01	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	SIJ	Desemp. assist.	16
6.23.01	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	SIJ	Desemp. assist.	17
6.43.01	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	SIJ	Desemp. assist.	15
5.10.01	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	Hipertensão	Desemp. assist.	19
5.13.01	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	Hipertensão	Desemp. assist.	18
5.07.01	Proporção DM com exame pés último ano	Diabetes	Desemp. assist.	35
6.16.02	Proporção DM c/ cons. enf. e gestão RT último ano	Diabetes	Desemp. assist.	36
6.19.01	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	Diabetes	Desemp. assist.	37

Para o ano de 2014 são efetuadas 4 modificações específicas em relação a 2013:

1. Introduz-se o indicador [5.02.01 - Proporção mulheres [25; 60[A, c/ colpoc. (3 anos)], em substituição do indicador das [colpocitologias em mulheres vigiadas em PF];
2. Introduz-se o indicador [3.15.03 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos], em substituição do indicador do [teste do pezinho];
3. Introduz-se o indicador [5.13.05 - Proporção inscritos >=14A, c/ IMC últimos 3 anos] em substituição do indicador do [peso e altura no 2º ano de vida];
4. Introduz-se o indicador [6.01.08 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano] em substituição do indicador que monitorizava o [tétano nos utentes com HTA;].

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

Tabela 15- 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 5% inferior à meta, e “atingida”, caso contrário.

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 e 29 pontos.

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

6.1.3. 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, de 22 de fevereiro, é determinada pelo número de unidades de contratualização (UC), obtido a partir do somatório dos resultados dos indicadores apresentados na tabela seguinte.

Para o ano de 2014, as regras de cálculo destes indicadores não sofrem alterações.

Tabela 16- Indicadores que permitem determinar o valor das UC a pagar aos médicos das USF modelo B por atividades específicas.

Código	Nome do Indicador	Área do Indicador	ID
8.04.01	Número UC's PF (act. especif.)	SM / PF	82
8.03.01	Número UC's grávidas (act. especif.)	Saúde Materna	81
8.05.01	Número UC's s. infantil 1º ano (act. especif.)	SIJ	83
8.06.01	Número UC's s. infantil 2º ano (act. especif.)	SIJ	84
8.01.01	Número UC's hipertensos (act. especif.)	Hipertensão	79
8.02.01	Número UC's diabéticos (act. especif.)	Diabetes	80

LEGENDA: SIJ – Saúde infantil e Juvenil; SM/PF - Saúde da Mulher e Planeamento Familiar; ID – Nº sequencial do Indicador no documento "Bilhete de identidade dos indicadores utilizados na contratualização dos ACES, USF e UCSP".

6.1.4. NEGOCIAÇÃO COM AS UCSP

Conforme já referido, para o ano de 2014 é fundamental alargar a todo o País o âmbito da contratualização com as UCSP, em particular nas ARS onde não tem sido implementada esta metodologia.

As UCSP estabelecem o seu plano de ação anual, o qual 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.

Considerando o papel da contratualização como uma mais-valia substancial para a implementação da reforma dos cuidados de saúde primários, na medida em que define objetivos, estabelece indicadores e adequa e negocia metas para os alcançar, é importante referir que esta contribui para a determinação da organização do serviço e dos profissionais e para relevar o papel fulcral dos Diretores Executivos dos ACES e dos Conselhos Clínicos e de Saúde como entidades motivadoras, orientadoras, mas também responsáveis por este desenvolvimento.

Nesta sequência, estabelece-se na metodologia deste ano como critério para **inclusão obrigatória** neste processo de contratualização as UCSP que tenham pelo menos 2 médicos de família. Adicionalmente, e considerando as assimetrias existentes a nível nacional na distribuição de Médicos de Família e no impacto que a prestação de cuidados de saúde a utentes sem médico tem sobre a disponibilidade dos horários dos médicos para as suas listas de utentes, a contratualização das UCSP deve ser adequada à oferta de horas, designadamente com ajustamento das metas a negociar. A oferta de horas de enfermeiros e secretários clínicos também deve ser considerada neste processo.

A contratualização com as UCSP é obrigatória em 2014, nos moldes referidos no parágrafo anterior, devendo ficar expresso nas cartas de compromisso das UCSP o número de horas médicas disponíveis por cada 1.000 utentes.

Os ACES podem estabelecer processos de contratualização com UCSP que não cumpram os critérios mínimos aqui apresentados.

6.1.5. NEGOCIAÇÃO DE METAS COM USF E UCSP

A definição das metas dos indicadores 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.

As metas são negociadas com uma casa decimal e os resultados avaliados com arredondamento a uma casa decimal.

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 (regional 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 e as variáveis de contexto referentes à prestação de cuidados à população;
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.

Para obviar o facto de alguns indicadores só poderem estar encerrados em termos de apuramento dos valores alcançados no início do ano seguinte a que reportam, pode recorrer-se à análise dos indicadores na sua versão flutuante, ou à estimativa de valores para 12 meses de atividade, com base no histórico e no valor atingido nos meses já calculados.

Deste modo, e considerando que os indicadores são contratualizados para períodos mínimos de três anos, devem ser estabelecidas anualmente metas progressivas, entre os valores que historicamente são alcançados e o valor considerado de boa prática exigível para cada unidade funcional, dando margem para a implementação dos registos e para a estruturação da prestação de cuidados visada pelo indicador, enquadrada no já referido desenvolvimento organizacional das equipas.

6.1.6. RACIONAL DE METAS

De forma a homogeneizar o processo de negociação entre os vários intervenientes e a harmonizar o grau de exigência que lhes está inerente, será disponibilizado aos Departamentos de Contratualização das ARS, e por estes às entidades contratualizadas (ACES, UCSP e USF), uma análise dos resultados alcançados no ano de 2012 e em outros períodos de tempo (nomeadamente no ano de 2013, com base nos indicadores flutuantes), de todos os indicadores a contratualizar em 2014, definindo para cada um deles os percentis referentes aos resultados de todas as UCSP, de todas as USF modelo A, de todas as USF modelo B e de todos os ACES e ARS (dados nacionais e regionais).

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

Esse racional de definição de metas terá subjacentes os princípios e regras seguintes:

- A. As metas que cada ACES propõe a cada unidade funcional devem estar alinhadas com as que são assumidas pelo próprio (ACES) em sede de contratualização externa com a ARS. Por sua vez, as metas que cada ARS deve propor a cada ACES devem estar alinhadas com os compromissos assumidos pela ARS em sede de QUAR para o ano em causa.
- B. As metas que cada ACES propõe às respetivas unidades funcionais, devem ser reguladas pelos princípios seguintes:
 - a. Para indicadores do tipo "quanto mais alto melhor" o potencial de melhoria de cada USF/UCSP ao longo de 2014 será tanto maior quanto menor for o respetivo resultado no final de 2013, sucedendo o inverso com indicadores do tipo "quanto mais baixo melhor";
 - b. As metas alvo que serão estabelecidas no "racional de metas" serão as necessárias para se garantir que o ACES respetivo também atinge a respetiva meta alvo. As metas alvo propostas no racional de metas entram em linha de conta com este "potencial de melhoria" e com o *cluster* que integra a USF/UCSP.

6.1.7. CLUSTERS

Para suportar o processo de negociação das metas para as USF/UCSP, será disponibilizado um modelo de clusterização baseado no histórico, calculando-se a taxa de esforço para se atingir as metas propostas.

O modelo de clusterização considera não só os resultados alcançados pelas equipas, como também as características de contexto em que estas desenvolvem a sua atividade, nomeadamente:

Características e contexto das UF:

- A – Dimensão – considerar os dados das equipas com número de médicos ≤ 5 , e equipas com número de médicos > 5
- B – Antiguidade – considerar resultados das equipas com menos de 2 anos, e com mais de 2 anos. *(que só se reflete nas USF modelo A)*
- C – Modelo – USF A, B e UCSP;

Características da população de inscritos:

- A – Grupos etários – equipas com % de idosos (≥ 65 anos) superior à média nacional, e com menos que esse valor;
- B – Densidade Populacional.
- C – o peso da morbilidade em hipertensos e diabéticos;

6.1.8. 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).

6.2. ACOMPANHAMENTO

6.2.1. 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 unidade funcional deve implementar 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 Conselhos Clínicos e de Saúde e em estreita articulação com as ARS no âmbito do processo de acompanhamento das unidades funcionais. O plano a implementar deverá avaliar o grau de cumprimento de um ou mais procedimentos e as não conformidades associadas.

6.2.2. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO DE 2014

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 17- Acompanhamento e avaliação do desempenho das unidades prestadoras dos ACES

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
15-MAIO-2014	Reunião de acompanhamento do 1º trimestre.	ACES
15-SET-2014	Reunião de acompanhamento do 2º trimestre.	ACES
15-NOV-2014	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 e financeiros.

Podem ainda ser usados para renegociação de metas de indicadores, sempre que se verifiquem alterações relevantes aos pressupostos da contratualização. As alterações consideradas necessárias, assim como as justificações devem ser apresentadas pelo Diretor Executivo do ACES ao Conselho Diretivo da ARS, e só serão consideradas válidas se forem aprovadas por este último órgão.

6.3. AVALIAÇÃO

6.3.1. AVALIAÇÃO DE INCENTIVOS INSTITUCIONAIS DAS USF

Para 2014, e fruto da publicação da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, a avaliação dos resultados dos indicadores e a determinação do direito à atribuição de incentivos institucionais será alicerçada numa metodologia que tem por base uma aferição de performance total, permitindo caracterizar cada unidade funcional, através de um Índice de Desempenho Global, conforme mecanismo descrito no ponto 5.3.1. deste documento.

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 IDG.

A avaliação dos incentivos institucionais é efetuada pelo ACES, considerando os valores registados nos Sistemas de Informação (nomeadamente no SIARS) e as justificações apresentadas e documentadas pelas Equipas.

Neste âmbito, importa referir que as alterações introduzidas nas regras de cálculo dos indicadores (com a eliminação de critérios subjetivos) e a definição dos 3 momentos distintos de acompanhamento, contribui para a harmonização dos valores de avaliação e para que todas as partes assumam sem resistências os valores que se encontram refletidos nos Sistemas de Informação.

6.3.2. VALOR DOS INCENTIVOS INSTITUCIONAIS DAS USF

Os valores máximos dos incentivos institucionais a atribuir às USF são os constantes da seguinte tabela:

Tabela 18 – Valores máximos dos incentivos institucionais das USF

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

O valor dos incentivos institucionais é ajustado de acordo com o IDG da respetiva USF, atendendo aos seguintes critérios:

- Sempre que o IDG apurado for inferior a 75%, não há lugar à atribuição de incentivos;
- Quando o IDG apurado ficar entre 75% e 100%, a atribuição de incentivos corresponde ao produto do IDG pelo valor máximo de incentivos estabelecidos para as UP definidas na tabela anterior;
- Se o IDG apurado for superior a 100%, o incentivo corresponde a 100%.

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

- Se o grau de cumprimento do indicador for inferior a 80%, o grau de cumprimento ajustado é = 0%;
- Se o grau de cumprimento do indicador for igual ou superior a 80% e igual ou inferior a 110%, o grau de cumprimento ajustado é igual ao próprio valor;
- Se o grau de cumprimento do indicador for superior a 110%, o grau de cumprimento ajustado é igual a 110%.

Em relação aos indicadores da taxa de utilização com ID 6 e de vacinação com ID's 27, 28, 29, 93, 94 e 95 a margem de cumprimento será valorizada entre 95% e 105%, correspondendo o grau de cumprimento ao próprio valor. Para níveis de cumprimento inferiores ou superiores, o grau de cumprimento ajustado será de 0% e 105%, respetivamente.

Para os indicadores de desempenho económico-financeiro com ID's 68, 69, 70, 71 e 90 a margem de cumprimento será valorizada entre 95% e 105%.

6.3.3. AVALIAÇÃO DE INCENTIVOS

De acordo com o definido no número 1 do artigo 5.º da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, as USF elaboram um relatório de atividades com base nas metas dos indicadores contratualizados e dos dados fornecidos automaticamente pelo Sistema de Informação SIARS, remetendo-o para o Diretor Executivo do ACES até 31 de março de 2015 e, após parecer do Conselho Clínico e de Saúde, submete-o à aprovação do Conselho Diretivo da ARS. As UCSP devem proceder de forma idêntica às USF.

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

Tabela 19- Calendarização da avaliação do desempenho da USF

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
15-ABRIL-2015	Reunião para apresentação e discussão do relatório de atividades das USF	ACES
15-JUNHO-2015	A ARS, por intermédio do ACES, comunica à USF a decisão relativa à atribuição de incentivos	ARS e ACES

6.3.4. APLICAÇÃO DOS INCENTIVOS INSTITUCIONAIS

As USF com direito a incentivo institucional devem elaborar um Plano para a Aplicação do Incentivo Institucional (PAII), o qual será remetido para o ACES respetivo até 15 de julho de 2015.

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 SNS, 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 Diretor Executivo do ACES para que se inicie o processo de reformulação.

Este, com a participação do Conselho Clínico e de Saúde, deve negociar com a entidade prestadora 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 julho de 2015.

6.3.5. APLICAÇÃO DE INCENTIVOS FINANCEIROS

A métrica de atribuição de incentivos financeiros a enfermeiros e assistentes técnicos e de cálculo de atividades específicas a médicos mantém-se inalterada em relação ao que sucedeu nos anos anteriores.

O pagamento dos incentivos financeiros a enfermeiros e assistentes técnicos das USF Modelo B, referente a 2014, deve ser efetuado até 15 de julho de 2015.

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 respetivos 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 respetiva 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 2014, 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.

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 preveem 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, 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 2014, 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.

UNIDADES DE RECURSOS ASSISTENCIAIS PARTILHADOS

A URAP presta serviços de consultoria e assistenciais às unidades funcionais do ACES bem como organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares.

A URAP presta os seus serviços tendo presente os seguintes princípios:

- a) Cooperação com as outras unidades funcionais;
- b) Acessibilidade dos cidadãos;
- c) Autonomia técnica;
- d) Rentabilização dos recursos instalados;
- e) Articulação com outras instituições com destaque para os hospitais de referência, privilegiando o estabelecimento de protocolos;
- f) Gestão participativa assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os seus profissionais, promotores de ganhos de motivação e satisfação profissional;
- g) Avaliação continua, objetiva e permanente, que visa a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do plano de ação e da qualidade dos cuidados.

A URAP congrega vários profissionais, com competências diversas, nomeadamente médicos de especialidades, que não de medicina familiar e de saúde pública, os quais já se encontram integrados noutras unidades funcionais do ACES, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e ainda outros técnicos com competências diferentes das enumeradas, que estejam ou venham a ser integrados no ACES.

Dependendo do histórico dos centros de saúde, integrarão esta unidade os técnicos das áreas de meios complementares de diagnóstico já existentes ou que lhe venham a ser afetos. Estes profissionais poderão disponibilizar a totalidade, ou parte, do seu horário de trabalho às atividades inerentes a esta unidade, sendo a restante parte do horário afeta ao desenvolvimento de atividades em programas da responsabilidade de outras unidades funcionais.

Tal como as restantes unidades funcionais do ACES é conferida à URAP autonomia organizativa e técnica, em função dos objetivos e das metas assumidas pela direção executiva do ACES.

Durante o ano de 2014 pretende-se iniciar o desenho de um processo de contratualização interna adequado às especificidades e à missão das URAP, o qual deverá passar pela definição de níveis de serviço referentes à articulação desta Equipa com as restantes Unidades Funcionais dos ACES e pela definição de indicadores de resposta multidisciplinar às necessidades em saúde da população.

