

AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE

METODOLOGIA DE CONTRATUALIZAÇÃO

Março de 2010



Departamentos de Contratualização
Administrações Regionais de Saúde
Ministério da Saúde

ACSS Administração Central
do Sistema de Saúde, IP



missão para os cuidados
de saúde primários

Índice

Índice	1
Siglas utilizadas (ordenar)	1
Introdução	2
Modelo de contratualização e acompanhamento dos ACES	4
Calendário	8
Instrumentos previsionais	9
Incentivos a Aplicar em Plano de Investimento do ACES	16
Monitorização e acompanhamento do Contrato-Programa	18
Monitorização e acompanhamento do Processo de Contratualização	19
Fichas dos Indicadores	20



Departamentos de Contratualização
Administrações Regionais de Saúde
Ministério da Saúde

ACSS Administração Central
do Sistema de Saúde, IP



missão para os cuidados
de saúde primários

SIGLAS UTILIZADAS (ORDENAR)

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CP	Contrato-Programa
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DCARS	Departamento de Contratualização da ARS
GT-CSP	Grupo de Trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os CSP
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
PD	Plano de Desempenho
UAG	Unidade de Apoio à Gestão
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULS	Unidade Local de Saúde
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
SNS	Serviço Nacional de Saúde

INTRODUÇÃO

Os Programas dos XVII e XVIII Governos Constitucionais reconhecem os CSP como o pilar central do sistema de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

Uma das principais novidades da reforma dos CSP foi a criação de ACES, serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica (Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro).

Este processo visa incrementar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, potenciar os ganhos em saúde conseguidos pelas USF, melhorar a qualidade de cuidados e dotar o sistema de melhores estruturas de gestão.

Além das USF, integram os ACES as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários pelas ARS. Cada unidade funcional assenta numa equipa multi-profissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES.

Coadunando-se com a actual fase da reforma dos CSP, o Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde aprovou o Plano de Desempenho dos ACES e determinou, ainda que o título experimental, a implementação do processo de contratualização em 2010. O processo de contratualização culminará na assinatura de contratos-programa com todos os ACES, promovendo a sua autonomização organizacional através deste instrumento responsabilizante.

Dada a componente técnica do modelo de contratualização e acompanhamento será necessário capacitar as UAG dos ACES, de forma a prestarem o melhor serviço de apoio à decisão do Director Executivo e ao necessário acompanhamento da actividade pelo Conselho Clínico. Neste sentido, durante os próximos dois anos, de forma a transmitir progressivamente e sustentadamente as competências de contratualização para os ACES, os DCARS trabalharão em estreita proximidade com os Conselhos Clínicos e com as UAG, devendo para tal desenvolver um conjunto de iniciativas, designadamente acções de formação externa, formação em serviço, estágios nas ARS, reuniões regulares entre ARS/UAG, suporte técnico permanente e auditorias, de acordo com as necessidades identificadas.

Assim, importa, definir os mecanismos de contratualização a implementar em 2010 e descrever o sistema de monitorização e avaliação desta fase experimental, identificando os constrangimentos à mudança desejada e consolidando o modelo de contratualização.

MODELO DE CONTRATUALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS ACES

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

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

A actual reforma dos cuidados saúde primários, e especificamente a constituição dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), constitui uma oportunidade única para se abordar as necessidades específicas das populações e desenvolver a respostas locais adequadas através do processo de contratualização.

Assim, e no âmbito do Plano de Desempenho dos ACES, apresentado pelo Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contratualização com os Cuidados de Saúde Primários (Despacho n.º 7816/2009, de 9 de Março de 2009), a Unidade Funcional para os Cuidados de Saúde Primários (UFCSP) da ACSS, em parceria com o Instituto Nacional de Estatística (INE), recolheu e trabalhou um conjunto de informação demográfica e epidemiológica de cada ACES que habilita os prestadores de cuidados a desenvolver as melhores respostas, capacitando o processo de contratualização em 2010 e anos subsequentes.

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

A informação foi alvo da devida validação junto das ARS, no contexto dos trabalhos do Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contratualização com os Cuidados de Saúde Primários.

Para além dos valores calculados individualmente para cada ACES foi também calculado o valor regional e o valor do continente, o que permitirá estabelecer comparações e definir áreas prioritárias de intervenção a nível regional e local.

A informação está organizada em cinco grandes áreas:

- i) dados demográficos,
- ii) resultados em saúde (indicadores de mortalidade e de morbilidade),
- iii) índices de utilização hospitalar (médico e cirúrgico),
- iv) recursos humanos previstos, e
- v) custos apurados (medicamentos, recursos humanos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica).

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

Esta mesma informação está disponível no sistema de informação geográfica do Alto Comissariado da Saúde (ACS), e pode ser acedida através do site: www.websig.acs.min-saude.pt.

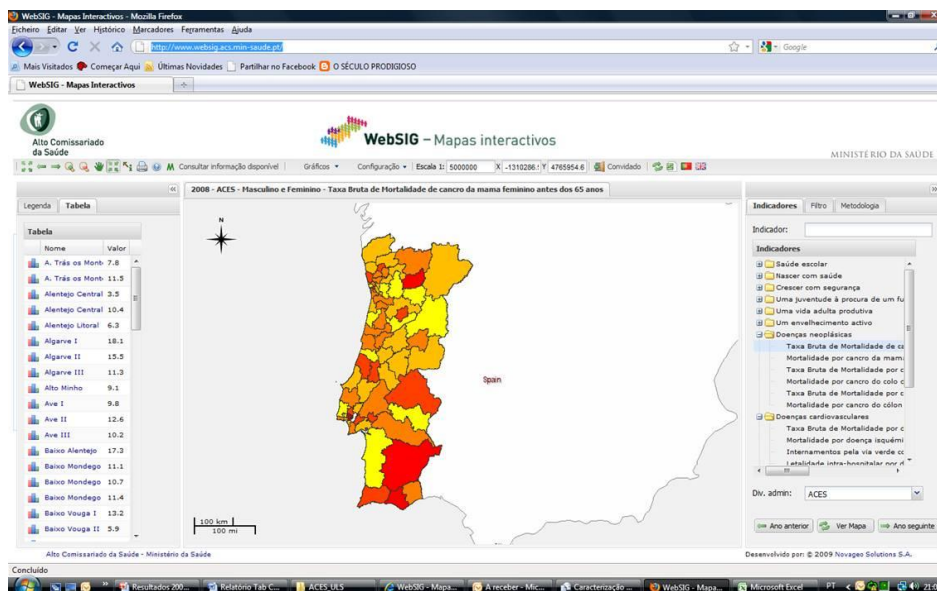
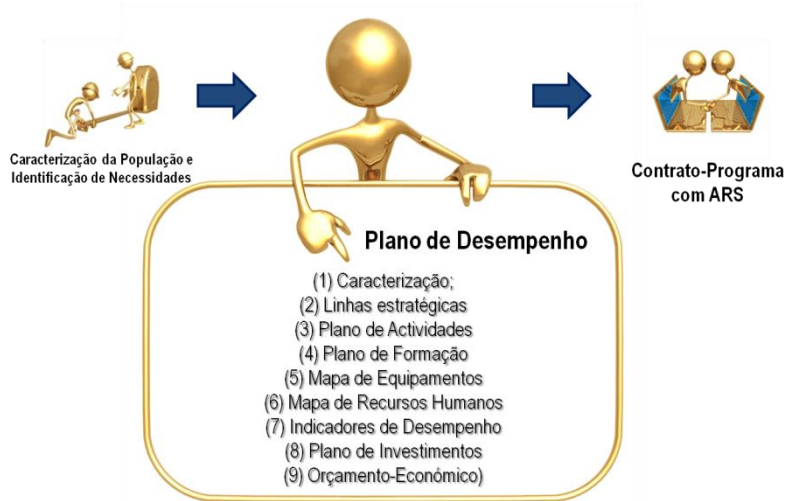


Figura 1. Taxa Bruta de Mortalidade por cancro da mama antes dos 65 anos (2008).

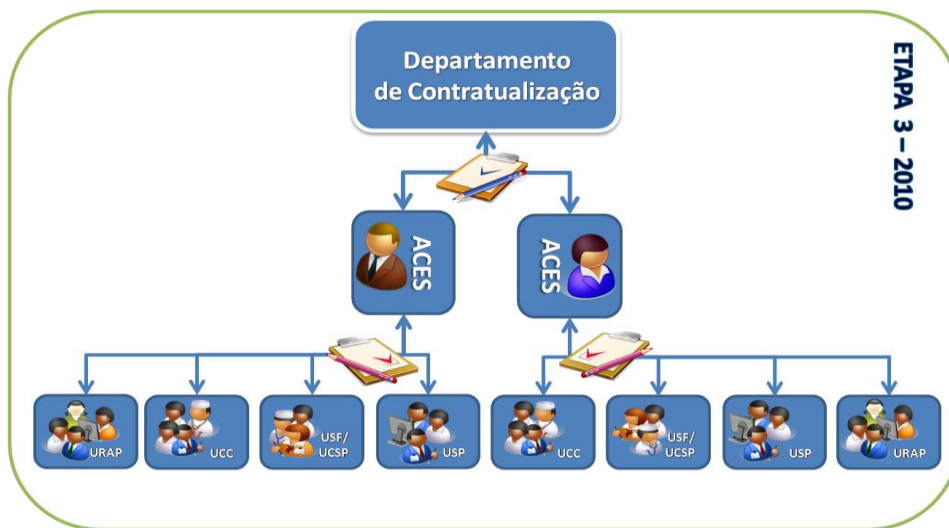
A definição das prioridades assistenciais e linhas estratégicas permitirá ao ACES definir o Plano de Actividades anual e plurianual, de acordo com os recursos existentes. O Plano de Actividades é reflexo

do planeamento conjunto de todas as unidades funcionais dos ACES e dos seus órgãos de gestão, mais especificamente do Director Executivo e do Conselho Clínico.



A CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA E A CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA

O processo de contratualização passará a ter dois momentos distintos, a Contratualização Externa, formalizada com a assinatura do Contrato Programa e a Contratualização Interna, formalizada com a assinatura de Cartas de Compromisso.



A contratualização interna consiste na definição da actividade 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 Director Executivo e Conselho Clínico do ACES. A metodologia de contratualização entre os ACES e as USF/UCSP, para 2010, está expressa em documento próprio.

O resultado deste processo termina na proposta de Plano de Desempenho do ACES, que o Director Executivo /Presidente do Conselho Clínico irá negociar com a respectiva ARS – contratualização externa.

Após a apreciação da proposta do Plano de Desempenho, deve decorrer o processo formal de negociação entre a ARS e o ACES. As sessões de negociação devem estar preferencialmente concluídas até 21 de Maio.

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

O processo negocial culmina com a assinatura do Contrato Programa ainda no mês Maio. Esta sessão pública deve envolver os vários interessados e, idealmente, reúne todos os ACES de cada Região de Saúde.

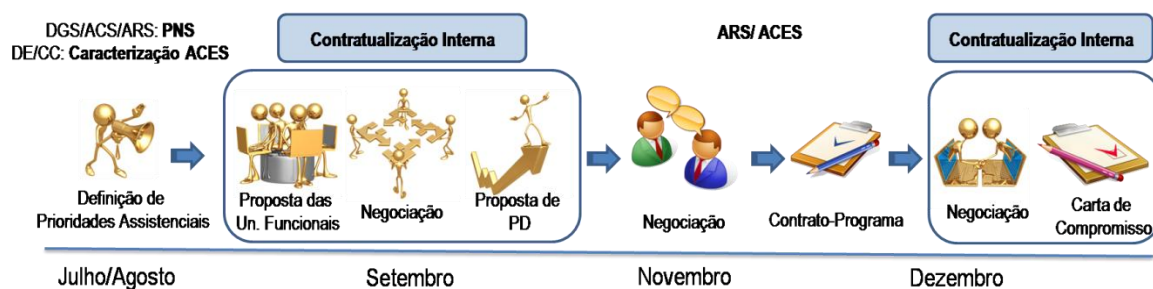
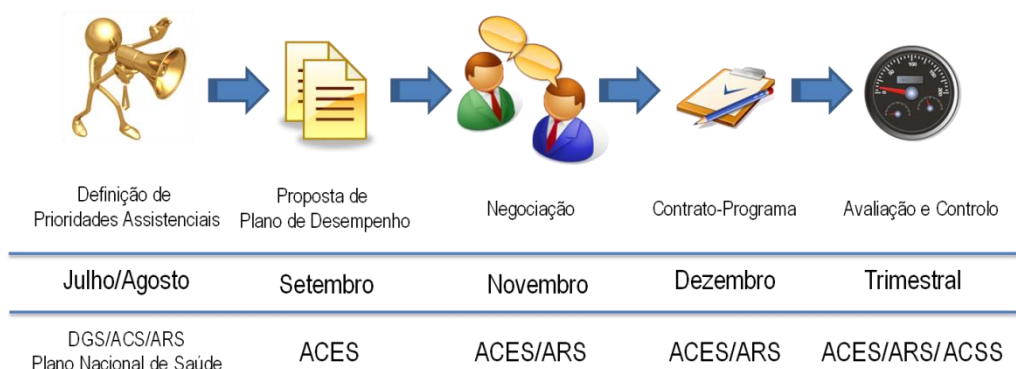
Para efeitos de gestão, os Contratos Programa existem enquanto acordos celebrados entre o ACES e o Conselho Directivo da ARS pelo qual se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objectivos do ACES e os recursos afectos ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à respectiva execução.

UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE

O modelo de contratualização com os ACES deve ser adaptado às ULS na sua vertente de prestação de cuidados de saúde primários (Decreto-Lei n.º 102/2009, de 11 de Maio). Com efeito, em 2010 estarão em funcionamento 6 ULS abrangendo 9,3% da população portuguesa. Estas entidades públicas empresariais integram numa única entidade pública os vários serviços e instituições do SNS existentes numa determinada área geográfica. Assim, o definido no presente documento para os ACES em termos de organização e funcionamento deve ser cumprido e incorporado, com as necessárias adaptações, pelas ULS nos seus regulamentos internos.

CALENDÁRIO

O calendário de contratualização a adoptar anualmente deverá ser o seguinte:



Para 2010, na impossibilidade de cumprir esta calendarização, devem ser congregados todos os esforços para se iniciar a contratualização interna e externa no mais curto espaço de tempo.

As datas chave do processo de contratualização em 2010 são:

Submissão de PD	até 16 de Abril
Negociação de PD/CP	de 26 Abril a 21 de Maio
Assinatura de CP	até 31 de Maio

INSTRUMENTOS PREVISIONAIS

Os desafios agora colocados, em termos de contratualização e acompanhamento, decorrem da experiência adquirida com as USF e centram-se no desenvolvimento da contratação de cuidados de saúde com os recém-criados ACES, através do desenvolvimento do Contrato Programa e, posteriormente, com as restantes unidades funcionais, através de cartas de compromisso.

O processo de contratualização baseia-se em dois instrumentos previsionais: o Plano de Desempenho e o Contrato Programa.

O PLANO DE DESEMPENHO

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

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

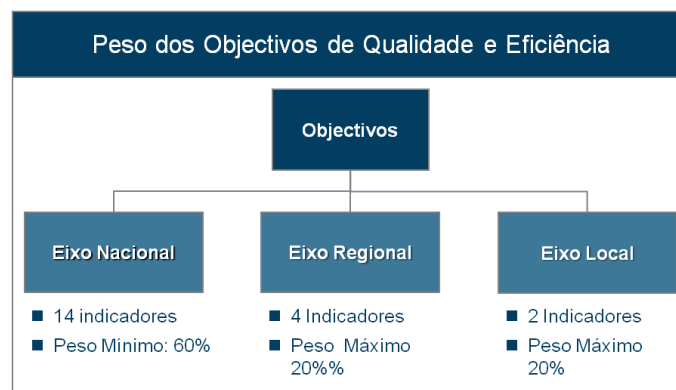
A ACSS desenvolveu a ferramenta informática de recolha do Plano de Desempenho: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA). Até 18 de Março deverá decorrer o processo de apresentação do SICA, e até 23 de Abril deverão decorrer sessões de formação activa.

O PD deverá ser submetido informaticamente até 23 Abril de 2010.

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 concretizando o compromisso assumido ao identificar claramente as obrigações e as contrapartidas de ambas as partes e as regras de acompanhamento, monitorização e avaliação das actividades a desenvolver pelo ACES.

Os objectivos e metas assistenciais expressas no Contrato Programa não correspondem necessariamente a todos os indicadores de desempenho apresentados em Plano de Desempenho. Além dos indicadores definidos para os ACES a nível nacional, que serão 14, cada região selecciona 6 indicadores de acordo com áreas prioritárias de intervenção localmente definidas, sendo que 2 desses indicadores são específicos para cada ACES.



INDICADORES DE DESEMPENHO

A selecção de indicadores para o contrato-programa de 2010 incidiu sobre a panóplia de indicadores de acompanhamento, descritos no PD, devendo nesta fase ser valorizados de acordo com as prioridades assistenciais nacionais e regionais. O número de indicadores não ultrapassa os 20, distribuídos em dois eixos: eixo nacional e eixo regional. O eixo nacional é constituído por 14 indicadores. O eixo regional é constituído por 6 indicadores, dos quais dois podem variar por ACES. Destes seis indicadores regionais, deve ser seleccionado pelo menos um indicador da área de coordenação de cuidados/ qualidade técnica/ efectividade e outro da área de eficiência.

Serão atribuídas as seguintes ponderações aos indicadores seleccionados:

		No subgrupo dos Indicadores Nacionais	Margem de flexibilidade ARS
Objectivos Nacionais - Eixo Nacional	Min. 60%		
Taxa de utilização global de consultas médicas		8,0%	1,6%
Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar		8,0%	1,6%
Percentagem de recém-nascidos, de termo, com baixo peso		7,0%	1,4%
Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias		8,0%	1,6%
Percentagem de Utentes com Plano Nacional de Vacinação actualizado		8,0%	1,6%
Percentagem de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro		7,0%	1,4%
Incidência de amputações em diabéticos na população residente		6,0%	1,2%
Incidência de acidentes vasculares cerebrais na população residente		6,0%	1,2%
Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e		6,0%	1,2%
Nº de episódios agudos que deram origem a codificação de episódio		6,0%	1,2%
Percentagem de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos		6,0%	1,2%
Percentagem de consumo de medicamentos genéricos em embalagens,		8,0%	1,6%
Custo médio de medicamentos facturados por utilizador		8,0%	1,6%
Custo médio de MCDT facturados por utilizador		8,0%	1,6%
		100,0%	var. 20%
Objectivos Regionais - Eixo Regional	Até 20%		
		25,0%	6,3%
		25,0%	6,3%
		25,0%	6,3%
		25,0%	6,3%
		100,0%	var. 25%
Objectivos Regionais - Eixo Local	Até 20%		
		50,0%	25,0%
		50,0%	25,0%
		100,0%	var. 50%

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

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

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

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

MODALIDADE DE PAGAMENTO

No âmbito do trabalho que tem vindo a ser desenvolvido considerou-se que o desenvolvimento de um contrato-programa para os ACES deve ter em linha de conta a capitação ajustada pelo risco associada a uma componente variável de pagamento por desempenho. Esta modalidade de pagamento mista tem a potencialidade de fazer o equilíbrio entre múltiplos objectivos, como a contenção de custos e a qualidade, promovendo o grau de autonomia, descentralização e inovação na prestação de cuidados de saúde.

Esta perspectiva é parte integrante da reorganização da prestação de cuidados de saúde e assenta numa gestão de base populacional do sistema de saúde. Sendo este sistema suportado pela rede de CSP, são da sua responsabilidade, os problemas de coordenação entre os diferentes níveis de cuidados. Esta coordenação deve visar a obtenção de cuidados no nível mais adequado e efectivo, através do reforço do papel da equipa de saúde de família, pela navegação do cidadão através dos diferentes níveis de prestação de cuidados.

A efectividade da prestação de cuidados de saúde é alcançada através de uma aposta na autonomia, responsabilidade e capacidade das equipas para gerirem o estado de saúde das populações e pela participação activa do cidadão, das famílias e dos grupos da comunidade, na gestão do seu próprio estado de saúde.

A prazo, a modalidade de pagamento utilizada para a remuneração da actividade dos ACES será baseada numa fórmula mista assente na capitação ajustada pelo risco associada a uma componente variável de pagamento por desempenho.

Para 2010, os orçamentos dos ACES basear-se-ão nos custos históricos. A verba inscrita no Orçamento de Estado para 2010 para afectação aos cuidados de saúde tem um acréscimo de 0,62% face ao ano anterior. As fortes restrições orçamentais exigem uma contenção da despesa, determinando semelhante contenção na distribuição e afectação dos recursos financeiros disponíveis.

INSTRUÇÕES GERAIS AO PROCESSO NEGOCIAL

O ano de 2010 vai continuar a caracterizar-se por um quadro de particular restrição orçamental das Finanças Públicas. O processo de contratualização, a encetar em 2010, deve constituir-se como um instrumento relevante neste contexto.

Considerando o carácter experimental deste processo, e os condicionalismos referidos em documentos próprios, é necessária a participação e envolvimento de todos os actores relevantes.

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

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

- i. Basear-se na avaliação das necessidades em saúde regionais e locais;
- ii. Estimular a instituição de programas de governação clínica, por iniciativa do Conselho Clínico, que promovam o exercício da actividade clínica baseada na evidência científica, a eficiência e qualidade dos cuidados e a satisfação dos Utentes;
- iii. Fomentar a constituição das diferentes unidades funcionais, tal como do processo de contratualização interna;
- iv. Optimizar a utilização dos recursos disponíveis, reservando-se o acesso aos cuidados secundários, para as situações que exijam este grau de intervenção;
- v. Promover a qualidade do reporte económico-financeiro dos ACES e conseqüentemente das ARS;
- vi. Promover a acessibilidade dos Utentes pelo cumprimento, por um lado, dos tempos máximos de resposta garantidos definidos na legislação em vigor e, por outro lado, pelo desenvolvimento de circuitos de coordenação e referenciação de Utentes;
- vii. Coordenar o acompanhamento dos Utentes que necessitem de cuidados hospitalares em ambulatório ou internamento, e cuidados após a alta, designadamente, cuidados continuados integrados paliativos, convalescença e domiciliários;

- viii. Garantir o compromisso assumido de contenção de custos e de sustentabilidade económica do SNS.

INCENTIVOS A APLICAR EM PLANO DE INVESTIMENTO DO ACES

O incentivo a alocar pela ARS ao ACES depende do cumprimento dos indicadores de desempenho contratados e da redução dos encargos do SNS com medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) prescritos pelo ACES.

Sendo um dos objectivos do actual processo de contratualização a racionalização da despesa em saúde, e a sustentabilidade do SNS, é expectável que a mesma conduza a uma maior eficiência na utilização dos recursos disponíveis.

Pretende-se que seja dada uma maior atenção aos custos envolvidos na prescrição de medicamentos e de MCDT, prevendo-se que 80% das poupanças geradas pelo ACES no ano N reverterão no ano N+1 em investimento do próprio ACES.

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

$$\text{se } \text{Medt} < \text{Medt-1} \Rightarrow 0,8 (\text{Medt-1-Medt})$$

em que:

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

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

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

t - Ano referente ao contrato-programa.

O valor efectivo de incentivo a alocar pela ARS é calculado pelo produto entre o valor potencial de incentivo e o grau de cumprimento dos indicadores contratados. Cada indicador é dado como cumprido se o valor apurado for igual ou superior à meta estabelecida. Para este efeito, o indicador é lido através do arredondamento à unidade.

Sempre que não seja possível medir um ou mais dos indicadores previstos, o referido indicador não é considerado para efeitos da aplicação, devendo ser distribuído *pro rata* o respectivo peso relativo pelos

restantes indicadores. O valor efectivo de incentivo é alocado no plano de investimentos do ACES no ano subsequente ao presente contrato.

MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO-PROGRAMA

A monitorização da actividade de cada ACES envolve o controlo (interno) e o acompanhamento. O controlo é permanente e da responsabilidade da UAG devendo para tal ser apresentado mensalmente um relatório de execução do CP ao DE e CC do ACES. É responsabilidade do DE analisar os desvios e propor a implementação de medidas correctivas. Quer o relatório, quer as medidas correctivas, devem ser apresentados formalmente pelo DE aos vários Coordenadores de Unidades Funcionais.

O acompanhamento é suportado pelo DCARS e pelas UAG. Ordinariamente, com uma periodicidade trimestral, o Conselho Directivo da ARS deve convocar o ACES para uma reunião de acompanhamento da execução do CP, devendo ser emitidos juízos sobre os resultados alcançados. A reunião deve ser instruída pelo DCARS, e os dados em análise comunicados previamente ao ACES.

Durante o ano de 2010, os ACES apresentam ao Conselho Directivo da sua ARS um relatório analítico de monitorização semestral sobre o nível de cumprimento das Cartas de Compromisso das USF.

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

MONITORIZAÇÃO DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO

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

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

1. Planeamento
2. Monitorização
3. Negociação
4. Promoção da qualidade
5. Serviços de suporte

e níveis de responsabilidade:

1. Conselho Directivo ARS
2. Departamento de Contratualização
3. Director Executivo
4. Conselho Clínicos
5. UAG
6. Coordenador Unidades Funcionais.

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

FICHAS DOS INDICADORES

N.º do Indicador	1.3.1.1	N.º do Indicador (Original)	3.15	
Designação	Taxa de utilização global de consultas médicas			
Tipo de Indicador	ACESSO	Entidade Gestora	ACES	
Tipo de falha		Período aplicável	Ano	
Objectivo	Avaliar o acesso a consultas médicas pela população inscrita.			
Descrição do Indicador	Indicador que exprime a percentagem de utentes que tiveram consulta médica, de qualquer tipo, no período em análise.			
Frequência de monitorização	Mensal	Unidade de medida	Percentagem	
Responsável pela monitorização	ACSS / ARS	Fórmula	A/B x 100	
		Output	Percentagem de utentes	
Prazo Entrega Reporting		Valor de Referência	Histórico	
Órgão fiscalizador	ARS	Meta		
Crítérios de inclusão	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denominador; - Ter pelo menos uma consulta médica, presencial ou não presencial, no período em análise. <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter inscrição no ACES, no período em análise. 			
Observações				
Factor crítico				
Variáveis	Código	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador 1	PC5	N.º de inscritos com pelo menos uma consulta médica	SI USF/UCSP	N.º de utentes
B - Denominador	SD2	N.º de inscritos	SI USF/UCSP	N.º de utentes

N.º do Indicador	2.1.1.1	N.º do Indicador (Original)	3.22	
Designação	Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar			
Tipo de Indicador	QUALIDADE TÉCNICA/EFFECTIVIDADE	Entidade Gestora	ACES	
Tipo de falha		Período aplicável	Ano	
Objectivo	Avaliar o acesso das mulheres em idade fértil a consultas de planeamento familiar.			
Descrição do Indicador	Indicador que exprime a percentagem de mulheres em idade fértil, inscritas no ACES, que tiveram uma consulta em planeamento familiar no período em análise.			
Frequência de monitorização	Mensal	Unidade de medida	Percentagem	
Responsável pela monitorização	ACSS / ARS	Fórmula	A/B x 100	
		Output	Percentagem de utentes	
Prazo Entrega Reporting		Valor de Referência		
Órgão fiscalizador	ARS	Meta		
Crítérios de inclusão	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denominador; - Ter pelo menos uma consulta médica em planeamento familiar no período em análise. <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter inscrição no ACES, no período em análise; - Ser mulher; - Ter idade entre [15,49] anos. 			
Observações				
Factor crítico				
Variáveis	Código	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador 1	SM2	N.º de mulheres inscritas, em idade fértil, com consulta médica de planeamento familiar	SI USF/UCSP	N.º de utentes
B - Denominador	SM1	N.º de mulheres inscritas em idade fértil, no período em análise.	SI USF/UCSP	N.º de utentes

N.º do Indicador	2.1.2.7	N.º do Indicador (Original)	6.11	
Designação	Percentagem de recém-nascidos, de termo, com baixo peso			
Tipo de Indicador	QUALIDADE TÉCNICA / EFECTIVIDADE	Entidade Gestora	ACES	
Tipo de falha		Período aplicável	Ano	
Objectivo	Identificar as situações de recém-nascidos, de termo, que apresentam baixo peso (<2500 gramas) ao nascer.			
Descrição do Indicador	Indicador que exprime a percentagem de recém-nascidos, de termo, que apresentam baixo peso ao nascer.			
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem	
Responsável pela monitorização	ACSS / ARS	Fórmula	A / B x 100	
		Output	Percentagem de utentes	
Prazo Entrega Reporting		Valor de Referência	Histórico	
Órgão fiscalizador	ARS	Meta		
Crítérios de inclusão	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denominador; - Ter um peso, ao nascer, inferior a 2500 gramas (ICD9 764.0x;764.1x) - Ter registo de nascimento, após 38 semanas de gravidez. <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter registo de nascimento, após 38 semanas de gravidez, no período em análise. 			
Observações	Apenas são identificáveis os RN com registo de nascimento em Hospitais do SNS.			
Factor crítico				
Variáveis	Código	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador 1	SI3	N.º de RN, de termo, com peso inferior a 2500 gramas ao nascer.	GDH	N.º de utentes
B - Denominador	SI1	N.º de RN, de termo, com registo de nascimento no período em análise	GDH	N.º de utentes

N.º do Indicador	2.1.3.1	N.º do Indicador (Original)	6.12	
Designação	Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias			
Tipo de Indicador	QUALIDADE TÉCNICA / EFECTIVIDADE	Entidade Gestora	ACES	
Tipo de falha		Período aplicável	Ano	
Objectivo	Promover a precocidade dos primeiros contactos na vida.			
Descrição do Indicador	Indicador que exprime a percentagem de primeiras consultas na vida, ocorridas até aos 28 dias.			
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem	
Responsável pela monitorização	ACSS / ARS	Fórmula	A / B x 100	
		Output	Percentagem de utentes com consultas	
Prazo Entrega Reporting		Valor de Referência	Histórico	
Órgão fiscalizador	ARS	Meta		
Critérios de inclusão	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denominador; - Ter um registo de 1.ª consulta médica nos primeiros 28 dias de vida. <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter inscrição no ACES, no período em análise; - Ter completado 28 dias de vida no período em análise. 			
Observações	São consideradas as visitas domiciliárias médicas.			
Factor crítico				
Variáveis	Código	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador 1	UT8	N.º de utentes com primeira consulta ou visita domiciliária médica, realizada até ao 28.º dia de vida.	SI USF/UCSP	N.º de utentes
B - Denominador	SI7	N.º de utentes que completaram 28 dias no período em análise.	SI USF/UCSP	N.º de utentes

N.º do Indicador	2.1.3.9	N.º do Indicador (Original)	6.1	
Designação	Percentagem de utentes com PNV actualizado aos 13 anos			
Tipo de Indicador	QUALIDADE TÉCNICA / EFECTIVIDADE	Entidade Gestora	ACES	
Tipo de falha		Período aplicável	Ano	
Objectivo	Monitorizar o cumprimento do PNV aos 13 anos.			
Descrição do Indicador	Indicador que exprime a percentagem de utentes, com 14 anos completos, que tem o PNV actualizado.			
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem	
Responsável pela monitorização	ACSS / ARS	Fórmula	A / B x 100	
		Output	Percentagem de utentes	
Prazo Entrega Reporting		Valor de Referência		
Órgão fiscalizador	ARS	Meta		
Critérios de inclusão	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denominador; - Ter PNV actualizado no dia em que completar 14 anos. <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter uma inscrição no ACES, no período em análise; - Ter completado 14 anos no período em análise. 			
Observações	<p>1. Para ter o PNV cumprido, as crianças com 14 anos necessitam de ter as seguintes vacinas registadas, com data de administração anterior ao dia em que completam 14 anos:</p> <p>A. Registo completo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pelo menos 1 inoculação de BCG ou uma prova tuberculínica no intervalo [0; 14]anos; - Pelo menos 3 inoculações de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP no intervalo [0; 14]anos; - Pelo menos 1 inoculação de Td no intervalo [10; 14]anos; - Pelo menos 2 inoculações de DTPa ou DTPw ou DTPaHib ou DTPwHib ou DT ou DTPaHibVIP ou TPwHibVIP ou DTPaVIP no intervalo [0; 10]anos; - Pelo menos 3 inoculações de VHB ou VHAB no intervalo [0; 14]anos; - Pelo menos 2 inoculações de VASPR no intervalo [0; 4]anos; - Pelo menos 1 inoculação de MenC no intervalo [0; 14]anos; <p>B. Registo simplificado</p> <p>Em alternativa, aceitam-se como tendo o PNV cumprido das crianças que têm registos da última dose de cada vacina, mesmo que não existam registos das primeiras, desde que a data de administração seja anterior ao dia em que completam 14 anos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pelo menos 1 inoculação de BCG ou uma prova tuberculínica no intervalo [0; 14]anos; - Pelo menos um registo da 3ª dose (ou superior) de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP no intervalo [0; 14]anos; - Pelo menos 1 inoculação de Td no intervalo [10; 14]anos; - Pelo menos um registo da 2ª dose (ou superior) de DTPa ou DTPw ou DTPaHib ou DTPwHib ou DT ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP no intervalo [0; 10]anos; - Pelo menos um registo da 3ª dose (ou superior) de VHB ou VHAB no intervalo [0; 14]anos; 			
Factor crítico				
Variáveis	Código	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador 1	SI17	N.º de crianças com 14 anos com PNV actualizado.	SI USF/UCSP	N.º de utentes
B - Denominador	SI18	N.º de crianças que completaram 14 anos no período em análise.	SI ACES	N.º de utentes

N.º do Indicador	2.2.3.1	N.º do Indicador (Original)	5.3	
Designação	Percentagem de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-rectal efectuado			
Tipo de Indicador	QUALIDADE TÉCNICA / EFECTIVIDADE	Entidade Gestora	ACES	
Tipo de falha		Período aplicável	Ano	
Objectivo	Avaliar a cobertura do programa de vigilância oncológica/rastreios.			
Descrição do Indicador	Indicador que exprime a percentagem de inscritos entre [50,74] anos, de entre todos os inscritos no ACES, que fizeram o rastreio de cancro colo-rectal.			
Frequência de monitorização	Mensal	Unidade de medida	Percentagem	
Responsável pela monitorização	ACSS / ARS	Fórmula	A / B x 100	
		Output	Percentagem de utentes	
Prazo Entrega Reporting		Valor de Referência		
Órgão fiscalizador	ARS	Meta		
Crítérios de inclusão	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denominador; - Ter registo de pesquisa de sangue oculto nas fezes ou colonoscopia nos últimos 2 anos. <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter uma inscrição no ACES, no período em análise; - Ter entre [50,74] anos. 			
Observações				
Factor crítico				
Variáveis	Código	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador 1	RO5	n.º de inscritos com registo de pesquisa de sangue oculto nas fezes ou colonoscopia nos últimos 2 anos.	SI USF/UCSP	N.º de utentes
B - Denominador	RO6	N.º de inscritos com idade entre [50,74] anos.	SI USF/UCSP	N.º de utentes

N.º do Indicador	2.3.2.10	N.º do Indicador (Original)		
Designação	Incidência de amputações em diabéticos na população residente			
Tipo de Indicador	QUALIDADE TÉCNICA / EFECTIVIDADE	Entidade Gestora	ACES	
Tipo de falha		Período aplicável	Ano	
Objectivo	Avaliar a efectividade do programa de vigilância da diabetes na comunidade.			
Descrição do Indicador	Indicador que exprime a incidência de amputações efectuadas na população residente com diabetes.			
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Rácio	
Responsável pela monitorização	ACSS / ARS	Fórmula	A / B * 10.000	
		Output	Incidência de amputações	
Prazo Entrega Reporting		Valor de Referência		
Órgão fiscalizador	ARS	Meta		
Critérios de inclusão	Numerador: - Denominador; - Ter código ICD9 250.7x (total de amputações) com procedimentos 84.0x ou 84.1x (amputações por diabetes) Denominador: - Informação INE - população residente.			
Observações				
Factor crítico				
Variáveis	Código	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador 1	DC9	N.º episódios de amputação	GDH	N.º de episódios
B - Denominador	SD1	Informação INE (N.º de residentes na área de influência do ACES)	Informação INE	N.º de residentes

N.º do Indicador	2.3.3.6	N.º do Indicador (Original)		
Designação	Incidência de acidentes vasculares cerebrais na população residente			
Tipo de Indicador	QUALIDADE TÉCNICA / EFECTIVIDADE	Entidade Gestora	ACES	
Tipo de falha		Período aplicável	Ano	
Objectivo	Avaliar a efectividade do controlo das doenças cardiovasculares na comunidade.			
Descrição do Indicador	Indicador que exprime a incidência de AVC ocorridos na população residente.			
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Rácio	
Responsável pela monitorização	ACSS / ARS	Fórmula	A / B * 10.000	
		Output	Incidência	
Prazo Entrega Reporting		Valor de Referência		
Órgão fiscalizador	ARS	Meta		
Critérios de inclusão	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denominador; - Ter código classificação de ICD9 430 a 438 <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informação INE - população residente. 			
Observações	Apenas são identificáveis utentes com internamentos em Hospitais do SNS. Estão excluídos os óbitos ocorridos fora da Unidade Hospitalar e internamentos em Instituições privadas.			
Factor crítico				
Variáveis	Código	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador 1	DC17	N.º de utentes com classificação de ICD9 430 a 438	GDH	N.º de utentes
B - Denominador	SD1	Informação INE (N.º de residentes na área de influência do ACES)	Informação INE	N.º de residentes

N.º do Indicador	2.3.5.3	N.º do Indicador (Original)		
Designação	Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado do SNS em ambulatório (Dose Diária Definida /1000 habitantes/dia)			
Tipo de Indicador	QUALIDADE TÉCNICA / EFECTIVIDADE	Entidade Gestora	ACES	
Tipo de falha		Período aplicável	Ano	
Objectivo	Avaliar a adequação da prescrição de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos.			
Descrição do Indicador	Indicador que exprime o rácio de consumo de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos, em Dose Diária Definida (DDD) por cada 1.000 habitantes			
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Rácio	
Responsável pela monitorização	ACSS / ARS	Fórmula	$A / (B \times D) * 1000$	
		Output	Rácio	
Prazo Entrega Reporting		Valor de Referência		
Órgão fiscalizador		Meta		
Critérios de inclusão	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N.º de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos prescritos no SNS em ambulatório, em DDD <p>Denominador 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N.º de dias do ano <p>Denominador 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informação INE - população residente 			
Observações				
Factor crítico				
Variáveis	Código	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador 1		- N.º de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos prescritos no SNS em ambulatório	INFARMED	Unidades de medicamento em DDD
B - Denominador		N.º de dias do ano		N.º de dias
C - Numerador 2				
D - Denominador 2	SD1	Informação INE (N.º de residentes na área de influência do ACES)	Informação INE	N.º de residentes

N.º do Indicador	3.1.1.1	N.º do Indicador (Original)		
Designação	Nº de episódios agudos que deram origem a codificação de episódio (ICPC2) / nº total de episódios			
Tipo de Indicador	QUALIDADE DOS REGISTOS	Entidade Gestora	ACES	
Tipo de falha		Período aplicável	Ano	
Objectivo	Avaliar a qualidade dos registos.			
Descrição do Indicador	Indicador que exprime a percentagem de episódios agudos codificados em relação ao total de episódios.			
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem	
Responsável pela monitorização	ACSS / ARS	Fórmula	A / B x 100	
		Output	Percentagem de episódios	
Prazo Entrega Reporting		Valor de Referência		
Órgão fiscalizador	ARS	Meta		
Crítérios de inclusão	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denominador; - Ter registo de episódios agudos codificados. <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter inscrição no ACES, no período em análise; - Ter registo de episódios agudos no período em análise. 			
Observações				
Factor crítico				
Variáveis	Código	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador 1	QR1	N.º de episódios agudos codificados no período em análise	SI USF/UCSP	N.º de episódios
B - Denominador	QR2	N.º de episódios agudos	SI USF/UCSP	N.º de episódios

N.º do Indicador	4.1.1.1	N.º do Indicador (Original)		
Designação	Percentagem de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos			
Tipo de Indicador	QUALIDADE PERCEPCIONADA	Entidade Gestora	ACES	
Tipo de falha		Período aplicável	Ano	
Objectivo	Avaliar a percepção dos cidadãos face à qualidade da prestação dos cuidados de saúde.			
Descrição do Indicador	Indicador que exprime a percentagem de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos com os cuidados de saúde prestados			
Frequência de monitorização	Anual	Unidade de medida	Percentagem	
Responsável pela monitorização	DGS	Fórmula	A/B x 100	
		Output	Percentagem	
Prazo Entrega Reporting		Valor de Referência		
Órgão fiscalizador	ARS	Meta		
Crítérios de inclusão	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denominador; - N.º de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos. <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter inscrição no ACES, no período em análise; - Ter pelo menos um registo de utilização (de qualquer tipo), no período em análise; - Ter respondido ao inquérito de satisfação. 			
Observações				
Factor crítico				
Variáveis	Código	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador 1		N.º de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos		N.º de utilizadores
B - Denominador		N.º de utilizadores que responderam ao inquérito de satisfação		N.º de utilizadores

N.º do Indicador	5.1.1.2	N.º do Indicador (Original)		
Designação	Percentagem de consumo de medicamentos genéricos em embalagens, no total de embalagens de medicamentos			
Tipo de Indicador	EFICIÊNCIA	Entidade Gestora	ACES	
Tipo de falha		Período aplicável	Ano	
Objectivo	Monitorizar o consumo de medicamentos genéricos face ao consumo total de medicamentos do ACES.			
Descrição do Indicador	Indicador que exprime o volume de embalagens de medicamentos genéricos facturados face à totalidade de embalagens facturadas.			
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem	
Responsável pela monitorização	ACSS / ARS	Fórmula	A/B x 100	
		Output	Percentagem	
Prazo Entrega Reporting		Valor de Referência		
Órgão fiscalizador	ARS	Meta		
Crítérios de inclusão	Numerador: - N.º total de embalagens de medicamentos genéricos facturadas. Denominador: - N.º total de embalagens de medicamentos facturadas.			
Observações				
Factor crítico				
Variáveis	Código	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador 1	MD6	N.º de embalagens de medicamentos genéricos facturadas	SINGRA	N.º de embalagens
B - Denominador	MD2	N.º total de embalagens de medicamentos facturadas	SINGRA	N.º de embalagens

N.º do Indicador	5.1.1.5	N.º do Indicador (Original)	7.6	
Designação	Custo médio de medicamentos facturados por utilizador			
Tipo de Indicador	EFICIÊNCIA	Entidade Gestora	ACES	
Tipo de falha		Período aplicável	Ano	
Objectivo	Monitorizar o gasto com medicamentos facturados imputáveis ao ACES.			
Descrição do Indicador	Indicador que exprime o custo médio com medicamentos facturados, por cada utilizador.			
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	€	
Responsável pela monitorização	ACSS / ARS	Fórmula	A / B	
		Output	Custo médio	
Prazo Entrega Reporting		Valor de Referência		
Órgão fiscalizador	ARS	Meta		
Crítérios de inclusão	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denominador - Custo com medicamentos (PVP) cuja facturação tenha sido efectuada no intervalo de tempo em análise. <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter inscrição no ACES, no período em análise; - Ter pelo menos um registo de utilização (de qualquer tipo), no período em análise. 			
Observações	Se a prescrição for feita por DCI é considerado o valor mais baixo do último mês.			
Factor crítico				
Variáveis	Código	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador 1	MD3	Custo total com medicamentos facturados	SINGRA	€
B - Denominador	SD3	N.º de utilizadores	SI USF/UCSP	N.º de utilizadores

N.º do Indicador	5.2.1.1	N.º do Indicador (Original)	7.7	
Designação	Custo médio de MCDT facturados por utilizador			
Tipo de Indicador	EFICIÊNCIA	Entidade Gestora	ACES	
Tipo de falha		Período aplicável	Ano	
Objectivo	Monitorizar o custo com MCDT facturados imputáveis ao ACES.			
Descrição do Indicador	Indicador que exprime o custo médio com MCDT facturados, por cada utilizador.			
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	€	
Responsável pela monitorização	ACSS / ARS	Fórmula	A / B	
		Output	Custo médio	
Prazo Entrega Reporting		Valor de Referência		
Órgão fiscalizador	ARS	Meta		
Critérios de inclusão	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Custo com MCDT (PVP) cuja facturação tenha sido efectuada no intervalo de tempo em análise. <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter inscrição no ACES, no período em análise; - Ter pelo menos um registo de utilização (de qualquer tipo), no período em análise. 			
Observações				
Factor crítico				
Variáveis	Código	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador 1	MC1	Custo total com MCDT facturados	SINGRA	€
B - Denominador	SD3	N.º de utilizadores	SI USF/UCSP	N.º de utilizadores