



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

OTIMIZAR RECURSOS
GERAR EFICIÊNCIA



Termos de Referência para contratualização nos cuidados de saúde primários em 2016

março de 2016



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE

WWW.ACSS.MIN-SAUDE.PT

ÍNDICE

0.	Nota prévia	3
1.	Metodologia de Contratualização nos Cuidados Saúde primários para 2016	5
1.1.	Princípios para o processo negocial nos cuidados de saúde primários 2016.....	5
1.2.	Caracterização dos ACES e das Unidades Funcionais.....	7
1.3.	Arquitetura do processo de contratualização nos cuidados de saúde primários para 2016	9
1.4.	Calendário de negociação para 2016.....	11
1.5.	Contratualização externa nos cuidados de Saúde Primários para 2016.....	11
1.5.1.	O Contrato-Programa	11
1.6.	Contratualização interna nos cuidados de saúde primários para 2016	27
1.6.1.	Contratualização interna com as USF e UCSP para 2016	27
1.6.1.1.	Negociação da contratualização interna com as USF e UCSP para 2016.....	27
1.6.1.2.	Acompanhamento da contratualização interna com as USF e UCSP para 2016	39
1.6.1.3.	Avaliação da contratualização interna com as USF e UCSP para 2016	40
1.6.2.	Contratualização interna com UCC para 2016	44
1.6.2.1.	Negociação da contratualização interna com as UCC para 2016	45
1.6.2.2.	Acompanhamento da contratualização interna com as UCC para 2016	48
1.6.2.3.	Avaliação da contratualização interna com as UCC para 2016	49
1.6.3.	Contratualização interna com USP para 2016	50
1.6.4.	Contratualização interna com URAP para 2016.....	51
2.	Avaliação da satisfação dos utilizadores	52
3.	Auditorias, Acreditação e melhoria contínua.....	53

0. NOTA PRÉVIA

Através do presente documento estabelecem-se os princípios orientadores do processo de contratualização nos cuidados de saúde primários para o ano de 2016, no que respeita a atividades, objetivos e resultados a alcançar pelos prestadores de cuidados de saúde primários em 2016.

É hoje amplamente reconhecido que o processo de contratualização é uma ferramenta que desempenha um papel importante na arquitetura do Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo que importa continuar a reforçar a sua abrangência, a sua relevância e o rigor da sua implementação prática, harmonizando os procedimentos em vigor a nível nacional, assegurando equidade para os utentes e igualdade no tratamento das instituições, dos serviços, das equipas e dos profissionais que compõem este Serviço Público.

Esta metodologia de contratualização de cuidados de saúde primários no SNS para 2016 determina assim o conjunto de orientações e tarefas específicas para a contratualização nos cuidados de saúde primários, criando incentivos à adoção das melhores práticas de Governação Clínica e contribuindo para que se encontrem soluções concretas em função das necessidades, dos recursos e das condições efetivamente existentes para a prestação de cuidados de saúde à população.

O processo de contratualização nos cuidados de saúde primários não se limita à negociação, acompanhamento e avaliação de indicadores e metas. É um processo integrado na evolução progressiva que se tem vindo a registar nos cuidados de saúde primários nos últimos anos, evoluindo de uma cultura de comando controlo vertical, desresponsabilizante, para uma cultura de compromisso e de responsabilização a todos os níveis.

Nesta perspetiva, o momento de negociação da atividade para 2016 deve contribuir para a discussão das mudanças comportamentais que conduzam a melhores desempenhos assistenciais e a melhores resultados em saúde, com a máxima eficiência possível, procurando assegurar a introdução ou consolidação das práticas assistenciais que permitam alcançar os objetivos traçados.

Assim, e para além da negociação de metas para os indicadores, esta fase do processo de contratualização pressupõe a negociação do compromisso assistencial global das unidades funcionais, desenhado em função dos recursos humanos e materiais necessários ao cumprimento do plano de ação e do manual de articulação com as restantes Unidades Funcionais do ACES.

Para tal, o ano de 2016 fica marcado pelo reforço da capacitação dos processos de diagnóstico de necessidades, sendo que as fichas de caracterização de 2016 irão associar, pela primeira vez, a informação hospitalar relacionada com dados de internamentos por situações sensíveis aos cuidados de ambulatório, usualmente designados como "internamentos evitáveis", associando essa informação, a cada ACES e a cada Unidade Funcional. A identificação de indivíduos com condições clínicas que deram origem a internamentos hospitalares evitáveis é uma área de trabalho por excelência para a Governação Clínica nas instituições do SNS, essencialmente na área dos cuidados de saúde primários.

Adicionalmente será publicado em 2016, pela ACSS, o Manual de Procedimentos de Registos Clínicos e Administrativos Relacionados com Indicadores de Cuidados de Saúde Primários, o qual permitirá explicitar, de forma clara, as regras de registo relacionadas com os diversos processos administrativos e clínicos com implicações sobre os resultados dos indicadores contratualizados

Por último, importa considerar que o ano de 2016 é o último do triénio 2014-2016 em que tem vigorado o definido na Portaria n.º 377-A/2013, de 31 de dezembro, servindo o mesmo para o desenvolvimento das alterações do processo de contratualização que estarão em vigor no triénio 2017-2019.

Sem prejuízo deste trabalho de melhoria para o próximo ciclo de contratualização trianual, importa destacar já em 2016 o reforço das ferramentas de monitorização do desempenho das instituições, nomeadamente:

- Com a criação do Portal do SNS (www.sns.gov.pt), através do qual se disponibiliza informação importante sobre o SNS e se criam várias ferramentas que agilizam o acesso do cidadão aos serviços de saúde;
- Com a indução de ganhos de eficiência para o Sistema de Saúde, associados à atualização racional dos recursos, à desmaterialização da receita médica, prescrição de MCDDT e à qualificação da prescrição, entre outras;
- Com o aumento do acesso aos cuidados de saúde, assegurando o cumprimento dos tempos máximos de resposta garantida através do fomento da competição interna e do livre acesso dos cidadãos às respostas do SNS.

1. METODOLOGIA DE CONTRATUALIZAÇÃO NOS CUIDADOS SAÚDE PRIMÁRIOS PARA 2016

Os cuidados de saúde primários constituem, idealmente, o primeiro ponto de contacto com os serviços que compõem o SNS, o que justifica uma atenção particular e prioritária, concretizada na reorganização dos cuidados de saúde primários que tem de continuar a ser efetuada no nosso País.

Esta reorganização dos cuidados de saúde primários pretende reforçar a orientação deste nível de cuidados para a comunidade, apostando fortemente na autonomia e na responsabilização das equipas e dos profissionais, na flexibilidade organizativa e de gestão das estruturas de prestação de cuidados, na desburocratização, na modernização, na transparência, na melhoria contínua da qualidade, na prestação de contas e na avaliação do desempenho de todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados de saúde primários à população.

Esta é uma reorganização estrutural na Administração Pública em geral, e no Setor da Saúde em particular, sendo que um dos seus princípios enquadramentos passa pela existência de um processo de contratualização que vise a obtenção de melhores níveis de desempenho dos prestadores em função dos recursos existentes e das necessidades da população e que esteja ao serviço da implementação de práticas de Governação Clínica e de Saúde centradas nas pessoas e orientadas para a obtenção de melhores resultados em saúde e bem-estar.

Assim, a contratualização com os cuidados de saúde primários é hoje uma cultura que está perfeitamente implementada em Portugal, constituindo-se como uma ferramenta que foi plenamente apropriada pelos profissionais que desempenham a sua atividade neste nível de cuidados.

Esta realidade cria um contexto de grande exigência para todos os intervenientes, exigindo uma melhoria contínua e progressiva de todos os aspetos que envolvem o processo de contratualização nos cuidados primários, desde a sua arquitetura, aos comportamentos dos vários agentes envolvidos, para que em conjunto se identifiquem as áreas que devem ser priorizadas e alavancadas.

Só através desta atitude construtiva é possível criar condições para que as equipas possam construir as respostas concretas que permitam executar os planos nacionais e regionais de saúde, respondendo às necessidades efetivas da população.

1.1. PRINCÍPIOS PARA O PROCESSO NEGOCIAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS 2016

O processo de negociação nos cuidados de saúde primários para 2016 tem os seguintes objetivos específicos:

- A. Aprofundar os processos de diagnóstico de necessidades específicas e de planeamento em saúde, através dos Departamentos de Saúde Pública das ARS e das Unidades de Saúde Pública dos ACES, avaliando o alinhamento dos instrumentos de planeamento em saúde com o processo contratualização e alinhando os Planos Locais de Saúde com o Plano Nacional de Saúde (PNS);

- B. Estimular, por iniciativa do Conselho Clínico e de Saúde, a implementação de programas de Governança Clínica e de respostas adequadas e preventivas aos problemas e necessidades em saúde de grupos específicos e da população no seu todo;
- C. Aumentar a presença dos cuidados de saúde primários na vida dos cidadãos, das famílias e das comunidades, através de políticas de promoção e proteção da saúde (individual e coletiva), prevenção da doença, capacitação dos indivíduos e co responsabilização de outros setores da sociedade, combatendo-se a fragmentação da prestação de cuidados de saúde e orientando-se o sistema para a implementação de práticas mais integradas e adequadas à resposta às necessidades dos utentes;
- D. Incentivar a cultura da prestação de cuidados de saúde em equipa, com realce para a equipa multiprofissional de saúde da família (nomeadamente, o médico de família e o enfermeiro de família, que se encontra em implementação na sequência do Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto), no encaminhamento do cidadão, através dos diferentes níveis de cuidados de saúde, promovendo a efetiva integração e coordenação clínica dos cuidados e reforçando as medidas de transparência e de divulgação atempada de informação relativa ao desempenho no SNS;
- E. Estabelecer mecanismos de articulação entre os Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACES e os responsáveis clínicos dos Hospitais, procurando assegurar uma interligação contínua, uma utilização efetiva dos recursos disponíveis e reservando o acesso aos cuidados hospitalares para as situações que exijam este nível de intervenção, criando valor para o utente e para o Sistema de Saúde no global;
- F. Discutir as práticas assistenciais globais, que conduzam aos objetivos negociados em função dos recursos existentes, partilhando *guidelines*, orientações terapêuticas, protocolos de referenciação e os percursos clínicos dos utentes no Sistema;
- G. Desenvolver competências de gestão organizacional e de controlo de gestão nos ACES, nomeadamente na área do planeamento em saúde, da gestão financeira (melhoria da qualidade do reporte económico-financeiro dos ACES e consequentemente das ARS) e de recursos humanos;
- H. Fomentar o processo de contratualização interna nas diferentes Unidades Funcionais, reforçando a autonomia e a responsabilidade das equipas e alargando progressivamente o seu âmbito a todas as Unidades Funcionais que reúnam condições para integrar este processo.

Reforça-se a determinação de que os Diretores Executivos e Presidentes dos Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACES assumem em 2016 a responsabilidade plena do processo de contratualização interna com as Unidades Funcionais 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.

À semelhança dos últimos anos, importa que o processo de contratualização nos cuidados de saúde primários para 2016 considere como ponto de referência os compromissos assumidos anualmente pelas ARS em sede de Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR).

De igual forma, o processo de contratualização nos cuidados de saúde primários deve estar alinhado 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).

1.2. CARACTERIZAÇÃO DOS ACES E DAS UNIDADES FUNCIONAIS

O processo de contratualização 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 e de contratualização de cuidados de saúde.

Assim, a ACSS, em parceria com o Instituto Nacional de Estatística (INE), tem vindo a recolher e trabalhar um conjunto de informação demográfica e epidemiológica que permite a caracterização dos ACES e das UF, habilitando os prestadores a desenvolver as respostas mais adequadas à população que servem.

Também a informação que é recolhida do SIARS, essencialmente relacionada com indicadores de morbilidade, monitorização e contratualização, foi organizada com o objetivo de facilitar o planeamento das atividades, assistenciais e de prevenção, com base nas necessidades em saúde da população.

Em 2016, pela primeira vez, associa-se a cada ACES e a cada unidade funcional a informação hospitalar (base de dados de GDH) relacionada com dados de internamentos por situações sensíveis aos cuidados de ambulatório, usualmente designados como "internamentos evitáveis", definidos para um conjunto de patologias que podem e devem ser prevenidas e/ou tratadas ao nível dos cuidados de primeira linha, em ambulatório, mas que acabam por ser tratados em internamento hospitalar, com especial destaque para a asma, diabetes, DPOC, Hipertensão Arterial, Insuficiência Cardíaca, Epilepsia, entre outras associando essa informação.

Este trabalho tem como fonte os dados do INE, os indicadores do SIARS e a informação de internamentos evitáveis e materializa-se em documentos que designamos como "fichas de caracterização", as quais são disponibilizadas a cada um dos 55 ACES e às mais de 800 unidades funcionais existentes em Portugal.

Estas fichas de caracterização, que são fornecidas a todos os intervenientes no processo de contratualização, designadamente departamentos de contratualização das ARS, às Direções Executivas e Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACES e às Unidades Funcionais, têm a informação a seguir especificada:

A – Ficha de caracterização do ACES

1. Contactos;
2. Unidades Funcionais em atividade, integradas no ACES;

3. Concelhos e freguesias da área de abrangência;
4. Residentes na área de abrangência do ACES, por género e idade e comparação com outras unidades territoriais (ano 2011);
5. Residentes, densidade populacional, proporção de mulheres, natalidade, mortalidade, índices de dependência e de envelhecimento, no ACES e noutras unidades territoriais relacionadas (ano 2011)
6. Distribuição da população ativa do ACES e de outras unidades territoriais relacionadas pelo nível de escolaridade (ano 2011);
7. Número de famílias (clássicas e institucionais) do ACES e de outras unidades territoriais relacionadas (ano de 2011). Distribuição das famílias clássicas pela variável [nº de pessoas desempregadas no agregado familiar] do ACES e de outras unidades territoriais relacionadas (ano de 2011);
8. Distribuição dos indivíduos residentes com 15 ou mais anos do ACES e de outras unidades territoriais relacionadas, pelo [estado profissional] (desempregado | empregado | reformado | sem atividade económica), no ano de 2011;
9. Distribuição dos indivíduos residentes e empregados do ACES e de outras unidades territoriais relacionadas, pelo [setor de atividade económica] (primário, secundário ou terciário), no ano de 2011;
10. Indicadores de morbilidade (prevalência e incidência de algumas patologias), referentes a dezembro 2015;
11. Indicadores usados na contratualização de 2016 (interna e externa), referentes a dezembro 2015;
12. Resultados em Saúde | Internamentos evitáveis, referentes a junho 2015.

A informação especificada nos pontos 5, 6, 7, 8, 9 e 10 é apresentada para cada ACES e também por freguesia, concelho, distrito, NUTS III, NUTS II, ARS e Portugal continental (NUTS I).

A informação especificada nos pontos 11, 12 e 13 é apresentada para cada ACES, para a ARS respetiva, Portugal continental (NUTS I) e para cada uma das respetivas UF. Contém também informação sobre a evolução temporal de cada indicador.

1. A – Ficha de caracterização das USF e UCSP

2. Contactos;
3. Hierarquia de locais
4. Distribuição de utentes inscritos e unidades ponderadas e por ficheiro médico;
5. Distribuição de utentes inscritos e consultas de enfermagem por enfermeiro;
6. Concelhos e freguesias de residência dos utentes inscritos;
7. Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos;
8. Residentes, densidade populacional, proporção de mulheres, natalidade, mortalidade, índices de dependência e de envelhecimento, na unidade funcional e outras unidades territoriais relacionadas (2011)

9. Distribuição da população ativa da unidade funcional e de outras unidades territoriais relacionadas pelo nível de escolaridade (ano 2011);
10. Número de famílias (clássicas e institucionais) da unidade funcional e de outras unidades territoriais relacionadas (ano de 2011). Distribuição das famílias clássicas pela variável [nº de pessoas desempregadas no agregado familiar] da unidade funcional e de outras unidades territoriais relacionadas (ano de 2011);
11. Distribuição dos indivíduos residentes com 15 ou mais anos da unidade funcional e de outras unidades territoriais relacionadas, pelo [estado profissional] (desempregado | empregado | reformado | sem atividade económica), no ano de 2011;
12. Distribuição dos indivíduos residentes e empregados da unidade funcional e de outras unidades territoriais relacionadas, pelo [setor de atividade económica] (primário, secundário ou terciário), no ano de 2011;
13. Taxas de internamento com o diagnóstico de doença cardiovascular, na unidade funcional, no ACES e de unidades territoriais relacionadas (junho de 2015);
14. Indicadores de morbilidade (prevalência e incidência de algumas patologias), referentes a dezembro 2015;
15. Indicadores usados na contratualização de 2016 (interna e externa) e monitorização, a dezembro 2015;
16. Indicadores de monitorização do projeto "enfermeiro de família", referentes a dezembro 2015;
17. Resultados em Saúde | Internamentos evitáveis, referentes a junho 2015.

A informação especificada nos pontos 7 a 12 é apresentada para cada USF/UCSP, para o ACES ARS respetivas e também por freguesia, concelho, distrito, NUTS III, NUTS II e Portugal continental (NUTS I).

A informação especificada nos pontos 13 a 16 é apresentada para cada USF/UCSP, ficheiros de utentes de cada um dos médicos de família respetivos, ACES respetivo, ARS respetiva, Portugal continental (NUTS I). Contém também informação sobre a evolução temporal de cada indicador.

1.3. ARQUITETURA DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS PARA 2016

A operacionalização do processo de contratualização com os cuidados de saúde primários 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).



Em termos de procedimentos de contratualização externa e interna, mantêm-se as principais alterações efetuadas nos últimos anos, sendo implementadas algumas alterações para 2016 que constituem uma melhoria na continuidade das práticas que têm vindo a ser praticadas neste nível de cuidados, nomeadamente:

- Reforço do processo de diagnóstico de necessidades em saúde e de caracterização dos ACES e UF;
- Alargamento do SICA ACES às restantes áreas previstas no Plano de Desempenho dos ACES;
- Intensificação do alinhamento entre a Contratualização Externa e Interna e da cultura de compromisso e responsabilidade a todos os níveis;
- Ajustamento dos Bilhetes de Identidade dos Indicadores e aumento da disponibilização de informação para suportar a negociação das metas, na sequência do trabalho realizado pelo Grupo constituído no âmbito do Despacho n.º 15647/2014, de 12 de dezembro com o objetivo de “desenvolver o processo de apuramento de valores de referência nacional para os indicadores dos cuidados de saúde primários, ouvidas as sociedades científicas e académicas, assim como colaborar na definição das especificações e na avaliação da qualidade dos bilhetes de identidade destes indicadores”;
- Reforço dos mecanismos de *benchmarking* e monitorização do desempenho assistencial e económico-financeiro dos ACES e das várias Unidades Funcionais que os compõem;
- Obrigatoriedade de realização do processo de contratualização interna com as Unidades de Cuidados na Comunidade, de forma harmonizada a nível nacional;
- Monitorização da Satisfação dos Utilizadores das USF e de algumas UCSP em 2016;
- Implementação do processo de auditoria aos registos da atividade efetuada nos cuidados primários.

1.4. CALENDÁRIO DE NEGOCIAÇÃO PARA 2016

O calendário da fase de negociação para 2016 define os principais prazos para a execução das tarefas relacionadas com o processo de contratualização externa e interna nos cuidados de saúde primários.

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.

O reforço do envolvimento e articulação entre os ACES e estas Unidades é fundamental em todo o processo de contratualização, especialmente nesta fase de negociação.

Assim, até ao dia 30 de abril de 2016 estará concluído o processo de negociação da contratualização externa e de contratualização interna para 2016.

1.5. CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS PARA 2016

Os ACES, serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, são constituídos por várias Unidades Funcionais, tendo por Missão prestar 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, por agregação em estruturas de maior dimensão e mais eficientes que abrangem grupos de população mais numerosa.

1.5.1. O CONTRATO-PROGRAMA

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, que inclui, entre outros componentes, propostas de metas para os indicadores de desempenho, que negociam posteriormente com a respetiva ARS, no âmbito da 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.

1.5.1.1. 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 apresentados em Plano de Desempenho.

1.5.1.2. 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, pelo que o mesmo deve ser divulgado por todas as Unidades Funcionais que compõem o ACES.

O Plano de Desempenho está organizado em nove grandes áreas: (1) Caracterização; (2) Linhas estratégicas; (3) Plano de Atividades; (4) Plano de Formação; (5) Mapa de Equipamentos; (6) Mapa de Recursos Humanos; (7) Indicadores de Desempenho; (8) Plano de Investimentos e (9) Orçamento-Económico.

- O Plano de Formação

Para 2016 será desenvolvido no SICA ACES o Plano de Formação de cada ACES, alargando-se a abrangência da informação disponível neste sistema de informação de suporte ao processo de contratualização externa.

- O Mapa de Equipamentos

Compete às ARS, através dos ACES, assegurar a disponibilidade de equipamentos e sistemas médicos suficientes, adequados, atualizados e em boas condições de utilização para dar cumprimento à produção contratada e aos parâmetros de qualidade exigidos na resposta ao nível dos cuidados de saúde primários.

Para tal, é necessário que as ARS possuam o Inventário de todos os equipamentos e sistemas médicos que estão alocados aos ACES, assim como os respetivos planos de manutenção preventiva e de investimento, para que seja possível garantir a integridade dos equipamentos e sistemas médicos e eliminar o risco de ocorrência de falhas que possam pôr em causa a segurança dos doentes e dos profissionais.

Assim, o Mapa de Equipamentos que passou a estar disponível no SICA ACES a partir de 2015 considera uma listagem de equipamentos previamente selecionados, de acordo com a área clínica em que são utilizados, e permitirá atualizar para 2016 a informação sobre os locais e quantidades de equipamentos disponíveis no ACES.

- O Mapa de Recursos Humanos

Uma das principais componentes da fase de negociação da contratualização externa prende-se com o Mapa de Pessoal afeto às estruturas de gestão do ACES e a cada uma das Unidades Funcionais que o compõem. Por isso, já se encontra desenvolvido no SICA ACES o Mapa de Recursos Humanos do

ACES, o qual visa identificar o conjunto de profissionais com os quais a instituição conta desenvolver a atividade no período em análise.

Esta identificação de recursos humanos é efetuada em termos de efetivos absolutos, discriminados por tipo de vínculo e regime horário semanal praticado - 35h, 40h, 42h ou outro - e esta informação continuará a ser recolhida e utilizada no âmbito do processo de contratualização externa de 2016.

- A Matriz de Indicadores de Desempenho para Contratualização Externa

A negociação do conjunto de indicadores a alcançar pelos ACES permite aferir o desempenho assistencial agregado das Unidades Funcionais que os compõem, assim como os resultados em saúde alcançados. Conforme o disposto para o triénio 2014/2016, a contratualização entre as ARS e os ACES de 2016 será baseada numa matriz de 20 indicadores, organizada em 3 eixos, nomeadamente:

- Eixo nacional: 14 indicadores selecionados a nível nacional, suscetíveis de avaliar os 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, alinhados com os programas regionais ou as 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 de 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 1 – 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
4.30.03	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	Transversal	Acesso	4,0%	4
7.09.04	Proporção medicam. prescritos, que são genéricos	Transversal	Eficiência	6,0%	278
5.25	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	Transversal	Desemp. assist.	4,0%	47
5.28	Proporção cons. méd. presenciais, com ICPC-2	Transversal	Desemp. assist.	6,0%	74

Código	Nome do Indicador	Área do Indicador	Tipo	Ponder.	ID
6.41	Taxa internam. DCV, entre residentes < 65 A	S. Adultos	Desemp. assist.	3,0%	87
6.30.02	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	SM/PF	Desemp. assist.	6,0%	267
6.40	Proporção de RN de termo, de baixo peso	S. Materna	Desemp. assist.	1,5%	86
6.38	Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	2,5%	64
6.39.01	Incid. amputações major Minf. (DM), em residentes	Diabetes	Desemp. assist.	3,0%	85
5.21.01	Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.	S. Mental	Desemp. assist.	4,0%	56
7.06.02	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	Transversal	Eficiência	16,0%	68
7.07.05	Despesa MCDT fatur. p/ util. SNS (preço conven.)	Transversal	Eficiência	8,0%	264

LEGENDA: Ponder. – Ponderação do indicador na contabilização do Score; SIJ – Saúde infantil e Juvenil; SM/PF - Saúde da Mulher e Planejamento 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”.

No caso das ULS, substitui-se o indicador 7.07.05 (Despesa MCDT fatur. p/ util. SNS (preço conven.) pelo indicador abaixo identificado.

Código	Nome do Indicador	Área do Indicador	Tipo	Ponder.	ID
7.07.01	Despesa MCDTs prescrit., por utiliz. (p. conv.)	Transversal	Eficiência	8,0%	71

Os restantes indicadores disponíveis para a contratualização externa em 2016 são os seguintes:

Tabela 2 – Indicadores de âmbito regional e local (para as contratualizações externa e interna)

Código	Nome do Indicador	Área Indicador	Tipo	Ponder.	ID
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

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
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
4.18.01	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	Transversal	Acesso	4	3
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. atuali.	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
6.46.01	Proporção DM2 em terapêut. c/ insulina	Diabetes	Desemp. assist.	2	274

Código	Nome do Indicador	Área Indicador	Tipo	Ponder.	ID
6.47.01	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	Diabetes	Desemp. assist.	2	275
5.20	Proporção adultos c/ depres., c/ terap. anti-depr.	S. Mental	Desemp. assist.	2	55
5.22.01	Proporção utentes >= 75 A, c/ presc. cró. < 5 fár.	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
6.01.08	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
6.05.02	Proporção DM < 65 A, c/ HgbA1c <= 6,5 %	Diabetes	Desemp. assist.	2	91
6.05.01	Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0 %	Diabetes	Desemp. assist.	2	39
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
6.16.01	Proporção hipertensos com registo de GRT	Hipertensão	Desemp. assist.	2	24
6.16.02	Proporção utentes DM com registo de GRT	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

Código	Nome do Indicador	Área Indicador	Tipo	Ponder.	ID
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
6.28.02	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A	Transversal	Desemp. assist.	4	277
6.29	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	S. Mental	Desemp. assist.	4	54
6.31.02	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	6	268
6.32.02	Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	4	269
6.33.02	Índice de acompanham. adequado em saúde materna	S. Materna	Desemp. assist.	5	270
6.38	Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	2	64
6.34.02	Índice de acompanhamento adequado utentes DM	Diabetes	Desemp. assist.	6	271
6.35.02	Índice de acompanham. adequado de hipertensos	Hipertensão	Desemp. assist.	8	272
6.37.01	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	2	63
6.42.01	Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem	S. Materna	Desemp. assist.	2	13
7.06.02	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	Transversal	Eficiência	16	68
6.43.01	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	2	15
7.06.03	Despesa medic. fatur., por utiliz. (v. compart.)	Transversal	Eficiência	16	90
7.07.05	Despesa MCDT fatur. p/ util. SNS (preço conven.)	Transversal	Eficiência	8	264
7.09.04	Proporção medicam. prescritos, que são genéricos	Transversal	Eficiência	4	278
7.08.01	Rácio despesa faturada DPP-4 e antidiabét. orais	Diabetes	Eficiência	2	96
7.10	Proporção utiliz. referenciados p/ consulta hosp.	Transversal	Desemp. assist.	2	7
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”.

Será aplicado para a avaliação do ano de 2016 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 3 - 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 para 2016 é a seguinte.

Tabela 4 - 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%

- O Plano de Investimentos

Para o ano de 2016 já se encontrará desenvolvido no SICA ACES a componente do Plano de Desempenho que se refere aos investimentos previstos. Os ACES são serviços desconcentrados da respetiva ARS, estando sujeitos ao seu poder de direção. Por outro lado, as ARS são entidades com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, com orçamento próprio negociado/definido anualmente com a Tutela, que inclui despesas de funcionamento e de investimento. Deste modo, e considerando que compete às ARS definir e implementar as respetivas estratégias regionais de saúde, é a este nível de decisão estratégica que devem ser definidas as áreas estratégicas de investimento a realizar nos ACES, considerando e conciliando as várias fontes de financiamento disponíveis.

Assim, e para 2016, o processo de contratualização externa com os ACES na variante de Investimentos pressupõe o desenvolvimento das seguintes iniciativas:

- a) Os ACES devem identificar no SICA ACES e nos respetivos planos plurianuais e anuais de atividades os investimentos que consideram necessários à prossecução dos objetivos assistenciais a que se propõem, tendo em conta as áreas de investimentos estratégicas definidas pela respetiva ARS;
- b) Os investimentos mencionados na alínea anterior devem ser identificados pelas principais áreas onde se integram (equipamentos médicos, informáticos, administrativos, obras/instalações, sistemas de informação e/ou aplicações informáticas), acompanhados da devida fundamentação, sobretudo, no que se refere ao impacto esperado na melhoria da prestação de cuidados de saúde;
- c) Sempre que possível, estas propostas de investimentos devem ter uma tradução financeira;
- d) Os planos de atividades dos ACES devem acompanhar e servir de suporte à elaboração dos respetivos Contratos-Programa dos ACES;
- e) Em sede de negociação dos contratos-programa dos ACES, os Diretores Executivos dos ACES e os Conselhos Diretivos das ARS acordam o plano de investimentos a realizar e cronograma de execução.

- O Orçamento Económico dos ACES

O ano de 2016 continuará a sedimentar o enfoque que foi colocado no acompanhamento do comportamento económico-financeiro dos ACES, pelo que todas as ARS têm de negociar e acompanhar o orçamento-económico dos seus ACES para 2016.

Conforme tem vindo a ser destacado, 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, mas sem autonomia financeira. Nesta perspetiva, os orçamentos económicos de cada ACES estão dependentes e limitados pelos orçamentos das respetivas ARS.

A negociação do orçamento-económico dos ACES para 2016 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 estipulados para o ano de 2016.

A ARS e o ACES acompanham 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.

1.5.1.3. Alinhamento entre a Contratualização Externa e a Contratualização Interna

Considerando a responsabilidade acrescida que tem vindo a ser progressivamente atribuída aos ACES no âmbito da condução plena do processo de contratualização interna, importa continuar a assegurar para 2016 o seu alinhamento com os objetivos definidos a nível nacional, regional e local, sendo exigível uma maior articulação entre os denominados processos de contratualização externa e interna nos cuidados primários.

Assim, e no âmbito do processo de contratualização externa dos cuidados de saúde primários para 2016, a ARS define com o Diretor Executivo e com o Conselho Clínico e de Saúde do ACES, para cada uma das Unidades Funcionais que o compõem, o seguinte:

1.º Os indicadores que compõem o “eixo local dos ACES” do processo de contratualização interna (que são trianuais, e por isso semelhantes aos definidos para triénio 2014-2016, de acordo com o previsto no Artigo.º 2.º da Portaria n.º 377-A/2013, de 31 de dezembro);

2.º O racional de definição de metas que serão negociados com as USF e UCSP em 2016, 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.

Considerando a proximidade que existe entre os Diretores Executivos / Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACES e as USF/UCSP, o conhecimento acumulado sobre as condições de funcionamento, a organização e os níveis de desempenho histórico destas Unidades Funcionais, define-se que os ACES devem realizar reuniões de trabalho com as USF/UCSP prévias às reuniões de contratualização externa, para aferição dos objetivos destas equipas para 2016, de forma a garantir que os Diretores Executivos estão dotados dos conhecimentos que permitam efetuar uma negociação informada e realista com as ARS.

O desejável dinamismo e interação entre todos os intervenientes nesta fase de negociação devem contribuir para o aumento da capacitação das partes envolvidas, para aproximar eventuais pontos de partida divergentes a objetivos que devem ser comuns e para reforçar a responsabilidade dos vários atores sobre as boas práticas em saúde a implementar e os resultados em saúde a alcançar para a população.

Uma vez alcançado este compromisso em sede de contratualização externa, os Diretores Executivos / Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACES assumem a condução plena da negociação do processo de contratualização interna, no estrito cumprimento dos compromissos assumidos pelos ACES junto das ARS.

Reforça-se que todos os níveis têm flexibilidade e autonomia para definir as melhores estratégias para alcançar os fins propostos, e todos são responsáveis pelas condições e recursos necessários para os obter.

Contudo, e visando aumentar a eficiência e a equidade associada ao processo de contratualização nos cuidados de saúde primários, as estratégias devem garantir a melhor relação custo efetividade e devem contribuir para reduzir a amplitude da variação das metas que são definidas para cada uma das Unidades Funcionais do ACES.

1.5.1.4. Operacionalização da fase de negociação da contratualização externa com ACES

A condução das reuniões de negociação no âmbito da contratualização externa é da responsabilidade do Conselho Diretivo da ARS, apoiado pelo Departamento de Contratualização.

O ACES é representado pelo Diretor Executivo, devendo este ser acompanhado por elementos do Conselho Clínico e de Saúde e apoiado pelo Coordenador da UAG.

A documentação a ser discutida na reunião de negociação 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 (através do SICA 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, assim como devem promover a participação das Direções Clínicas dos Hospitais da região nas reuniões a realizar com os ACES da área de influência daqueles.

No final das reuniões de negociação são lavradas atas das mesmas, devidamente validadas e assinadas pelas partes envolvidas, fazendo estes documentos parte integrante do processo de contratualização.

Depois de assinados entre as partes, os Contratos-Programa devem ser enviados para a ACSS que posteriormente os envia para homologação do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, assim como devem ser publicitados nas páginas da internet de cada uma das ARS depois de homologados.

- A fase de negociação das metas

A fase de negociação de metas para a contratualização externa em 2016 deverá decorrer de acordo com a calendarização definida no presente documento.

Assim, a proposta de meta para cada um dos indicadores a negociar é apresentada pelos ACES, e a negociação que decorrerá entre estes e as ARS deve considerar:

1. O valor de referência para o indicador no Plano de Desempenho 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 (numa lógica de comparação entre pares, em ACES com um contexto semelhante);
3. O contexto e os recursos disponíveis no ACES, de forma a obter equidade no esforço de melhoria que é acordado com cada instituição;

4. As melhores 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 lhe está inerente, será disponibilizado aos Departamentos de Contratualização das ARS e por estes aos ACES, uma análise dos resultados alcançados pelas equipas, para os indicadores a contratualizar em 2016, definindo os percentis de cada um deles. A partir desta informação, será definido um racional de definição das metas dos ACES (conforme se referirá no ponto 1.4.1.1. deste documento), que promova a convergência para patamares de desempenho harmonizados a nível regional e nacional, numa ótica de melhoria contínua e realista do desempenho individual e coletivo das instituições do SNS.

1.5.1.5. Acompanhamento da contratualização externa para 2016

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

Tabela 5 - Calendarização do acompanhamento do desempenho dos ACES

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
30-MAIO-2016	Reunião de acompanhamento do 1º trimestre.	ARS
30-SET-2016	Reunião de acompanhamento do 2º trimestre.	ARS
30-NOV-2016	Reunião de acompanhamento do 3º trimestre.	ARS

Os momentos de acompanhamento são da exclusiva responsabilidade das ARS e dos ACES e 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 (o que a acontecer, tem de ser refletido em alterações aos contratos-programa e enviadas para a ACSS, que posteriormente as envia para homologação do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde), sempre que se verifiquem alterações relevantes e inesperadas aos pressupostos da negociação inicialmente efetuada.

As ARS devem promover a participação das Direções Clínicas dos Hospitais da região nas reuniões de acompanhamento a realizar com os ACES da área de influência daqueles, à semelhança do que foi referido para a fase de negociação dos compromissos a alcançar pelos ACES para 2016.

O *microsite* de “Monitorização do Serviço Nacional de Saúde”, alojado no sítio institucional da ACSS (www.acss.min-saude.pt), continuará a ser uma ferramenta de apoio ao processo de acompanhamento dos ACES, com especial destaque para o *benchmarking* de ACES que é publicado trimestralmente, numa ótica que fomenta a competição por comparação entre as várias estruturas do SNS e em que se

publicitam e partilham as boas práticas que contribuem para os melhores resultados alcançados pelos ACES.

Este *microsite* de “Monitorização do Serviço Nacional de Saúde” passa a disponibilizar em 2016 mais informação que permite efetuar a monitorização mensal do desempenho dos ACES, permitindo assim a observação de tendências longitudinais e o acompanhamento mais tempestivo e equiparável entre ACES, com maior nível de detalhe em termos de volume de produção e de flexibilidade do que até agora era possível.

Em 2016 estará também acessível o novo Portal do SNS (www.sns.gov.pt), o qual contém informação atualizada e útil para utentes e profissionais (sobre o desempenho, os tempos de resposta, as listas de espera, entre outras), constituindo-se como uma ferramenta de entrada do cidadão em contacto com o SNS, utilizando a interatividade e a transparência como pontos-chave desta relação.

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.

Adicionalmente importa referir que o SICA ACES e o SIM@SNS disponibilizam informação às ARS e aos ACES que permite efetuar a monitorização e o acompanhamento regular, e em tempo útil, do desempenho dos ACES.

1.5.1.6. Avaliação da contratualização externa para 2016

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

Tabela 6 - Calendarização da avaliação do desempenho dos ACES

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
15-ABRIL-2017	Reunião para apresentação e discussão do relatório de atividades do ACES, referente a 2016	ARS
30-JUNHO-2017	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 e no SICA, com data de referência de 31 de dezembro de 2016. Alguns dos indicadores referentes a 31 de dezembro devem ser recalculados 1 mês depois, pelo que a avaliação de 2016 será efetuada com a informação que estiver disponível no SIARS até ao final de fevereiro de 2017, com data de referência de 31 de dezembro de 2016.

Se algum indicador não puder ser calculado em tempo útil por dificuldades relacionadas com os sistemas de informação que suportam o registo clínico ou o cálculo dos indicadores, o mesmo deverá ser considerado como cumprido a 100% (grau de cumprimento de 100%).

Terão direito a incentivos os ACES, não integrados em ULS, que venham a gerar uma redução mínima de 5% nos encargos do SNS com medicamentos e MCDT faturados em 2016, quando comparados com 2015.

- Aplicação do Índice de Desempenho Global

Para 2016, conforme tem vindo a acontecer em relação aos dois últimos anos, 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 Unidade Funcional, 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 68, 69, 70, 71, 90 e 264 a margem de cumprimento será 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.

- 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.

- 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 15 de julho de 2017. 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, até 31 de julho de 2017. 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 ACES para proporcionar a entrada das suas Unidades Funcionais no processo de acreditação instituído no SNS.

1.5.1.7. SICA dos ACES para 2016

O SICA ACES continuará a ter desenvolvimentos no ano de 2016, consolidando as áreas que foram criadas em 2014 e 2015 e criando as restantes previstas no Plano de Desempenho dos ACES, permitindo assim harmonizar o processo de negociação, acompanhamento e avaliação da contratualização externa a nível nacional.

Nesta sequência, a responsabilidade dos vários atores deverá ser plenamente assumida e a informação terá de ser reportada e analisada de forma adequada e atempada, segundo o calendário que em seguida se apresenta, para a fase de acompanhamento:

Tabela 7 - Calendarização da avaliação do desempenho dos ACES

Designação	Responsável pelo preenchimento do SICA	Periodicidade	Data Limite	
			Submissão (ACES/ULS)	Validação / Aprovação ARS
Indicadores do Eixo Nacional	Automático (SIM@SNS)	mensal	Até ao dia 30 do mês n+1	
Plano de Investimentos	ACES/ULS	semestral	Até dia 30 do 3º mês do semestre n+1	
Indicadores do Eixo Regional e Local	Automático (SIM@SNS)	mensal	Até ao dia 30 do mês n+1	
Demonstração de Resultados	ACES/ULS	trimestral	Até ao final do trimestre seguinte	

1.6. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS PARA 2016

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 negociação do Plano de Ação anual e 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.

No final das reuniões de negociação da contratualização interna são lavradas atas das mesmas, devidamente validadas e assinadas pelas partes envolvidas, fazendo estes documentos parte integrante do processo de contratualização interna para 2016.

1.6.1. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA COM AS USF E UCSP PARA 2016

As USF e UCSP têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos, estando prevista a atribuição de incentivos institucionais para as USF modelo A e B e de incentivos financeiros para as USF Modelo B, nos termos definidos no Decreto-lei n.º 298/20117, de 22 de agosto que “*estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir aos elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos das USF modelo B*”.

1.6.1.1. NEGOCIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA COM AS USF E UCSP PARA 2016

- Matriz Indicadores de Contratualização com USF e UCSP para atribuir incentivos institucionais às USF

De acordo com o definido na Portaria n.º 377-A/2013, de 31 de dezembro, 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 ACSS, de acordo com as prioridades da Política de Saúde para o período, em termos de acesso, desempenho assistencial, satisfação de utentes e eficiência, e com o PNS e os Programas de Saúde Prioritários;
- B. 4 Indicadores selecionados a cada três anos pela ARS, comuns às respetivas USF/UCSP da região de saúde, em termos de acesso e/ou desempenho assistencial, de acordo com as prioridades do PNS e dos 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 triênio, 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 alinhados com os indicadores nacionais da contratualização externa dos ACES, de forma a garantir a complementaridade entre a contratualização externa e interna. Foram atribuídas ponderações a cada indicador, em função da importância relativa de cada indicador para o processo de contratualização e também do esforço relativo necessário para realizar a atividade monitorizada.

Tabela 8 - Indicadores de âmbito nacional, relacionados com a contratualização de incentivos institucionais com as USF e contratualização com as 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
6.33.02	Índice de acompanham. adequado em saúde materna	S. Materna	Desemp. assist.	4,5%	270
6.30.02	Índice e acompanhamento adequado em PF, nas MIF	SM/PF	Desemp. assist.	5,0%	267
6.31.02	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	6,0%	268
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
6.20.01	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	Satisfação de utilizadores de UF	Transversal	Satisfação	5,0%	72
7.06.01	Despesa med. prescritos, por utiliz. (PVP), comparticipados	Transversal	Eficiência	16,0%	70
7.07.01	Despesa MCDTs prescritos., por utilizador (preço 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 2016, deverá ser selecionado o indicador com id 73 na avaliação desta área de análise, conforme consta na tabela seguinte.

Tabela 9 - Indicadores de satisfação, relacionados com incentivos institucionais das USF e contratualização com as UCSP

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 indicadores apresentados na Tabela 2 e são comuns às respectivas USF/UCSP da região. O somatório das ponderações absolutas dos indicadores varia entre 10 e 20, inclusive, sendo que a ponderação absoluta de cada indicador escolhido deve ser reduzida para um valor percentual, para que o somatório de ponderações seja 15%;
- C. Os 2 indicadores de âmbito local, selecionados a cada três anos por cada ACES, serão definidos a partir da lista de indicadores apresentados na Tabela 2 e específicos para cada USF/UCSP do ACES. O somatório das ponderações absolutas dos indicadores deve variar entre 6 e 10 (inclusive), sendo que a ponderação absoluta de cada indicador deve ser reduzida proporcionalmente para um valor percentual, para que o somatório de ponderações seja de 7,5%;
- D. Os 4 indicadores de âmbito local, propostos pela USF / UCSP para o triénio, serão definidos a partir da lista de indicadores apresentados na Tabela 2. O somatório das ponderações absolutas dos indicadores deve variar entre 10 e 20, inclusive, sendo que a ponderação absoluta de cada indicador deve ser reduzida proporcionalmente para um valor percentual, para que o somatório de ponderações seja de 15%.

Conforme definido no Artigo.º 2.º da Portaria n.º 377-A/2013, de 31 de dezembro, os indicadores a contratualizar no ano de 2016 são os mesmos que foram incorporados no processo de contratualização interna de 2014 e 2015, na medida em que essa escolha é válida para um período de três anos.

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

Tabela 10 - 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%

Dando cumprimento ao previsto no n.º 3 do Artigo 2.º da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, e procurando já projetar o próximo triénio de contratualização nos cuidados de saúde primários (2017-2019), a ACSS tem em curso um processo contínuo de auscultação de vários parceiros no âmbito da atividade realizada nos cuidados de saúde primários em Portugal, nomeadamente outras entidades do Ministério da Saúde, as ordens profissionais, os sindicatos e as sociedades científicas, com vista à melhoria contínua da especificação dos bilhetes de identidade (BI) previstos nesta Portaria.

Fruto deste processo, os indicadores a contratualizar para anos futuros sofrerão ligeiros ajustes nos parâmetros que os compõem (cujas implicações serão identificadas na nova versão do BI dos indicadores a ser publicada e que servirá para conhecimento prévio dos indicadores que são contratualizados no futuro), nomeadamente:

Tabela 11 - Equivalências entre os indicadores usados em 2016 e as propostas de alteração para anos futuros.

CONTRATUALIZAÇÃO 2016		CONTRATUALIZAÇÃO FUTURA		Comentários
ID	Nome do Indicador	ID	Nome do Indicador	
4	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	294	Taxa domicílios enfermagem. p/ 1000 inscritos idosos	O denominador do indicador de 2016 contemplava todos os utentes inscritos. A alteração proposta contempla apenas utentes com 65 ou mais anos.
268	Índice de acompanham. adequado saúde infantil 1º ano	302	Índice de acompanham. adequado saúde infantil 1º ano	É acrescentada uma nova condição relacionada com a necessidade de existirem consultas de enfermagem.

<p>56 Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.</p>	<p>297 Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót</p>	<p>A proposta de alteração contempla que o utente apenas deixa de cumprir as regras do numerador se a prescrição deste grupo de fármacos, ultrapassar, ao longo do ano, um determinado valor definido em dose diária definida. Em 2016, basta 1 prescrição para que deixem de cumprir.</p>
<p>12 Propor. gráv. c/ 6+ cons. vig. enf. grav./puerp.</p>	<p>295 Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP</p>	<p>No indicador de 2016, a consulta de revisão de puerpério pode ser uma das 6 consultas mas não era obrigatória. Na proposta de alteração, passam a ser obrigatórias 5 consultas durante a gravidez e também a de revisão do puerpério.</p>
<p>96 Rácio despesa faturada DPP-4 e antidiabét. orais</p>	<p>276 Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais</p>	<p>No indicador de 2016, o rácio é calculado através da despesa de medicamentos faturados. A alteração prevê que passe a ser calculado através da DDD de medicamentos prescritos.</p>
<p>264 Despesa MCDT fatur. p/ util. SNS (preço conven.)</p>	<p>298 Desp. MCDT fat. util. SNS s/ fisia. (pr. conven.)</p> <p>299 Desp. MCDT fisiat. fat. util. SNS (pr. conven.)</p>	<p>No indicador de 2016 a faturação de MCDT incluí os tratamentos de fisioterapia, prescritos pelos fisioterapeutas após referência pelos CSP para consulta de fisioterapia. A alteração propõe a criação de 2 indicadores separados para analisar: (1) a faturação de MCDT excluindo a área de convenção relacionada com a fisioterapia; (2) a faturação de MCDT apenas na área de convenção de fisioterapia.</p> <p>Esta alteração será efetuada no eixo nacional da contratualização externa dos ACES não integrados em ULS.</p>
<p>71 Despesa MCDT prescrit., por utiliz. (p. conv.)</p>	<p>71 Despesa MCDT prescrit., por utiliz. (p. conv.)</p> <p>300 Nº médio presc. consulta fisioterapia, p/ utiliz.</p>	<p>Na contratualização externa com os ACES integrados em ULS usa-se, em 2016, o indicador da "prescrição de MCDT", em substituição do indicador de "faturação de MCDT" uma vez que neste contexto de atividade, os utentes realizam os MCDT's na própria ULS e não em convençionados, não existindo, por isso, dados de "faturação".</p> <p>Assim, de futuro, e para manter um paralelismo com o que sucede com os ACES não integrados em ULS, cria-se um novo indicador (ID=300) para avaliar especificamente a componente de prescrição de consultas de fisioterapia.</p>

27	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido até 2A	93	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	No indicador de 2016, todas as crianças têm que ter o PNV cumprido até à data de realização do 2º aniversário e os "esquemas em atraso" não são contemplados. A proposta de alteração contempla que as crianças com "esquemas em atraso" são consideradas cumpridoras e a data de realização e de registo das vacinas é lida para além do 2º aniversário de cada criança, até à data de referência do indicador.
28	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido até 7A	94	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	No indicador de 2016, todas as crianças têm que ter o PNV cumprido até à data de realização do 7º aniversário e os "esquemas em atraso" não são contemplados. A alteração propõe que a data de realização e de registo das vacinas é lida para além do 7º aniversário de cada criança, até à data de referência do indicador.
29	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido até 14A	95	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	No indicador de 2016, todas as crianças têm que ter o PNV cumprido até à data de realização do 14º aniversário e os "esquemas em atraso" não são contemplados. A proposta de alteração prevê que a data de realização e de registo das vacinas é lida para além do 14º aniversário de cada criança, até à data de referência do indicador.

- Matriz de 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, de acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º 298/2007, 22 fevereiro.

Os incentivos financeiros são atribuídos aos enfermeiros e aos assistentes técnicos/secretários clínicos 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 12 - 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

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

Tabela 13 - 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 com o ID 27 (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.

- 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 298/2007, 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 2016, as regras de cálculo destes indicadores não sofrem alterações.

Tabela 14 - 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. especific.)	SM / PF	82
8.03.01	Número UC's grávidas (act. especific.)	Saúde Materna	81
8.05.01	Número UC's s. infantil 1º ano (act. especific.)	SIJ	83
8.06.01	Número UC's s. infantil 2º ano (act. especific.)	SIJ	84
8.01.01	Número UC's hipertensos (act. especific.)	Hipertensão	79
8.02.01	Número UC's diabéticos (act. especific.)	Diabetes	80

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

- Negociação com as UCSP

Para o ano de 2016 é fundamental assegurar que todas as UCSP executem na plenitude o processo de contratualização interna, 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 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 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.

A contratualização com as UCSP é obrigatória em 2016, nos moldes referidos no parágrafo anterior, devendo ficar exposto 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.

- Negociação de Metas com USF e UCSP

A documentação a ser discutida na reunião de negociação deve ser apresentada mutuamente, com pelo menos um dia útil de antecedência.

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, procurando garantir os melhores resultados em saúde, a motivação dos profissionais e o desenvolvimento organizacional das equipas.

A proposta de meta para um indicador deve considerar:

1. O valor definido como referência 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 (numa lógica de comparação entre pares, no mesmo modelo organizativo);
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.

- Referencial 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 dos indicadores a dezembro de 2015, para todos os indicadores a contratualizar em 2016, 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 orientador da definição das metas, o qual considera os valores de referência baseados na melhor evidência disponível e as taxas de melhoria para as metas a negociar, contribuindo assim para a melhoria contínua do desempenho da equipa e promovendo a convergência para patamares de desempenho harmonizados a nível nacional.

Ainda em relação à definição das metas, importa referir no âmbito do Despacho n.º 15647/2014, de 29 de dezembro foi definido que *“de forma a promover a convergência para patamares de desempenho harmonizados a nível nacional, que correspondam a boas práticas em saúde validadas tecnicamente, é constituído um grupo técnico a quem compete desenvolver o processo de apuramento de valores de referência nacional para os indicadores dos cuidados de saúde primários, ouvidas as sociedades científicas e académicas, assim como colaborar na definição das especificações e na avaliação da qualidade dos bilhetes de identidade destes indicadores”*.

Fruto deste trabalho, o racional de definição de metas de 2016 terá subjacentes os seguintes princípios e regras:

- 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 a cada Unidade Funcional, são reguladas pelos seguintes princípios:

- a. Para indicadores do tipo "quanto mais alto melhor" o potencial de melhoria de cada USF/UCSP ao longo de 2016 será tanto maior quanto menor for o respetivo resultado no final de 2015, sucedendo o inverso com indicadores do tipo "quanto mais baixo melhor";
- b. O intervalo de metas proposto no racional de metas entra em linha de conta com este "potencial de melhoria" e com o *cluster* que integra a USF/UCSP.

- Clusters

Para suportar o processo de negociação das metas para as USF/UCSP, será disponibilizado um modelo de *clusterização* baseado no histórico (de acordo com os resultados obtidos pelas UF e pelos ACES referentes a dezembro de 2015), calculando-se a taxa de esforço para se atingir as metas propostas.

Este modelo de *clusters* estabelece os percentis de resultados para a totalidade dos indicadores usados na contratualização (interna e externa) para as Unidades Funcionais e para ACES, agrupados em função da respetiva classificação em variáveis de contexto, enriquecendo assim o processo negocial da contratualização.

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

Características estruturais das Unidades de Observação:

A – Dimensão – agrupando as UF em função do número de médicos:

- [0; 5[médicos;
- [5; 9[médicos;
- [9; +INF[médicos.

B – Antiguidade – agrupando as USF-A em função da idade:

- [0; 2[anos;
- [2; +INF[anos.

C – Tipo de unidade prestadora:

- USF A – USF modelo A;
- USF B – USF modelo B;
- UCSP – UCSP com a totalidade dos respetivos utentes;
- UCSP-M – parte da UCSP, apenas constituída pelos respetivos utentes com médico de família;
- ACES;
- UCC.

Características da população de inscritos:

A – Grupos Etários – Classificação das UF e dos ACES em função da proporção de idosos (idade ≥ 65 anos). As UF e os ACES são classificados em 4 grupos, que correspondem aos 4 quartis de distribuição da variável proporção de idosos:

- [0; 16[% de idosos;
- [16; 20[% de idosos;
- [20; 24[% de idosos;
- [24; 100]% de idosos.

B – Densidade Populacional - Classificação das Unidades Funcionais em função da densidade populacional do município em que estão sedeadas. A classificação dos ACES é determinada pela densidade populacional média das respetivas freguesias de abrangência. As Unidades Funcionais e os ACES são classificados em 4 grupos, que correspondem aos 4 quartis de distribuição da variável densidade populacional nas Unidades Funcionais:

- [0; 100[hab/km²;
- [100; 330[hab/km²;
- [330; 1600[hab/km²;
- [1600; +inf[hab/km².

C – O "peso" da morbilidade em diabéticos - Classificação das Unidades Funcionais e dos ACES em função da proporção utentes inscritos com diabetes. As Unidades Funcionais e os ACES são classificados em 4 grupos, que correspondem aos 4 quartis de distribuição da variável proporção de diabéticos:

- [0; 6.8[% DM;
- [6.8; 7.9[% DM;
- [7.9; 9.1[% DM;
- [9.1; 100]% DM.

A partir de 2016 toda esta informação ficará disponível online através do URL http://sim-sns.min-saude.pt/ncsp_acss/BI.aspx?id=302&fonte=DW_ACSS&clusters=S (para consultar os clusters de outros indicadores basta substituir o 302 pelos dígitos que identificam o ID do indicador cujos clusters se pretendem consultar).

- Carteira Adicional de Serviços

Deverá ser considerado um circuito de definição e aprovação do programa de cada carteira adicional, o qual considere uma fase de apresentação de proposta, outra de análise, de cabimentação e de aprovação da execução de uma carteira adicional no contexto do ACES, assim como 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 desempenho).

1.6.1.2. ACOMPANHAMENTO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA COM AS USF E UCSP PARA 2016

- Plano de Acompanhamento Interno das USF e UCSP

Paralelamente ao acompanhamento da contratualização dos indicadores associados à carteira básica de serviços, cada Unidade Funcional deve implementar um plano de acompanhamento interno, especialmente as USF, executando assim um processo de autoavaliação, tendo por fim chegar à acreditação.

O plano de acompanhamento interno deverá ser construído com o apoio do Conselho Clínico 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 dos procedimentos e as não conformidades associadas.

- Acompanhamento interno do processo de contratualização com as USF e UCSP em 2016

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

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
15-MAIO-2016	Reunião de acompanhamento do 1º trimestre.	ACES
15-SET-2016	Reunião de acompanhamento do 2º trimestre.	ACES
15-NOV-2016	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, financeiros ou outros.

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.

Através de uma parceria entre a ACSS e a Associação Nacional de USF (USF AN), foi criada uma nova ferramenta de monitorização da atividade desenvolvida pelas USF (o denominado BI USF, acessível através do endereço <http://www.biusf.pt>), através da qual é possível aceder a um dispositivo de gestão do conhecimento que permite caracterizar as USF, qualificar o seu desempenho de forma integradora e multidimensional, contribuindo para o seu desenvolvimento e melhoria contínua sustentada.

Para 2016, dar-se-á continuidade a esta iniciativa, a qual se insere na política de reforço da participação, da transparência e de partilha de informação no âmbito dos cuidados de saúde primários, possibilitando assim um acompanhamento mais abrangente, tempestivo e equiparável entre as equipas, com maior nível de detalhe e de flexibilidade do que até agora era possível.

Para tal, será efetuado o reforço da informação constante do Portal do BI da USF, enquanto instrumento de suporte ao processo de contratualização interna dos cuidados de saúde primários.

Também o novo Portal do SNS (www.sns.gov.pt) se apresenta agora como uma importante ferramenta de monitorização da atividade das Unidades Funcionais, ao disponibilizar informação atualizada e útil para utentes e profissionais (sobre o desempenho, os tempos de resposta, as listas de espera, entre outras).

1.6.1.3. AVALIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA COM AS USF E UCSP PARA 2016

- Avaliação de Incentivos Institucionais das USF

Para 2016, e à semelhança do que aconteceu para 2014 e 2015 na sequência 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. Desta forma, o resultado de cada indicador deixa de ter validade isoladamente, passando antes a contribuir para a construção do 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 IDG. A operacionalização da avaliação dos incentivos institucionais é efetuada pela ARS, através dos ACES, considerando os valores registados nos Sistemas de Informação (nomeadamente no SIARS) e as justificações apresentadas e documentadas pelas Equipas, em sede de Relatório de Atividades.

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 que todas as partes assumam sem resistências os valores que se encontram refletidos nos Sistemas de Informação.

- Valor dos Incentivos Institucionais das USF

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

Tabela 16 - 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 de cada USF, com os 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%.

São ainda 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 = 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%.

Se algum indicador não puder ser calculado em tempo útil por dificuldades relacionadas com os sistemas de informação que suportam o registo clínico ou o cálculo dos indicadores, o mesmo deverá ser considerado como cumprido a 100% (grau de cumprimento de 100%).

- 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 2017.

Este, após parecer do Conselho Clínico e de Saúde, elabora um Relatório sintético com os resultados da avaliação alcançados pelas várias Unidades Funcionais do ACES e submete-o à aprovação do Conselho Diretivo da ARS. As UCSP devem proceder de forma idêntica às USF.

Sem a elaboração deste Relatório de Atividades por parte das Unidades Funcionais e do Relatório sintético por parte do Diretor Executivo do ACES não é possível dar-se início à fase de avaliação da contratualização interna.

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

Tabela 17 - Calendarização da avaliação do desempenho da USF

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
15-ABRIL-2017	Reunião para apresentação e discussão do relatório de atividades das USF	ACES
15-JUNHO-2017	A ARS, por intermédio do ACES, comunica à USF a decisão relativa à atribuição de incentivos	ARS e ACES

- Atribuição 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 2017.

Prioritariamente, o PAII deve ser utilizado pela Unidade Funcional para proporcionar a sua entrada no processo de acreditação que está instituído para o SNS (nomeadamente pelas USF Modelo B), 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 2017.

- Atribuição de Incentivos Financeiros

A métrica de atribuição de incentivos financeiros a enfermeiros e secretários clínicos 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 2016, deve ser efetuado até 15 de julho de 2017.

- Comissões de Acompanhamento Externo

A Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro cria as comissões de acompanhamento externo do processo de contratualização interna em cada uma das 5 ARS, as quais são constituídas por três elementos efetivos e três elementos suplentes indicados pelas ARS respetivas, e por três elementos efetivos e três suplentes indicados pelos sindicatos de entre os coordenadores de USF que compõem os ACES de cada ARS.

Estas comissões de acompanhamento permitem alargar o âmbito de discussão dos resultados alcançados pelas várias equipas no processo de contratualização interna anual e, em concreto, têm as seguintes competências:

- a) Acompanhar o processo de contratualização e apuramento de resultados;
- b) Receber informação e analisar as conclusões do relatório de avaliação anual;
- c) Dirimir e arbitrar eventuais conflitos entre as USF e os ACES, emergentes do processo de contratualização e apuramento de resultados.

1.6.2. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA COM UCC PARA 2016

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.

À UCC compete constituir as equipas de cuidados continuados integrados, previstas no Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho.

A construção da oferta de serviços de cada UCC deve considerar dois aspetos centrais:

- As recomendações previstas no Plano Nacional de Saúde e nos Planos Regionais de Saúde, prevendo 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 especificidade da população abrangida pelos serviços da UCC, nomeadamente a realidade de saúde e social da sua área de intervenção, que deve refletir-se na diversidade de programas e projetos, bem como nas metas e atividades a concretizar.

Nesta construção, importa 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.

Os programas e projetos da carteira de serviços integram-se no Plano de Desempenho do ACES, em estreita articulação com as USF, com as UCSP, com as URAP, com as USP e com as Equipas Coordenadoras Locais (ECL) da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e em consonância com as orientações técnicas definidas pelo Conselho Clínico e de Saúde.

Conforme já foi anteriormente referido, o processo de contratualização permite a definição negociada de objetivos, de indicadores e de metas que contribuem para o aumento da responsabilidade e do compromisso das equipas pela obtenção de elevados patamares de desempenho assistencial e económico-financeiro, pelo que no caso das UCC devem ser consideradas as seguintes áreas de contratualização a nível nacional:

- Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE);
- Cuidados Continuados Integrados (ECCI);

- Núcleo de Apoio Crianças Jovens em Risco (NACJR)/Comissão Proteção de Crianças Jovens (CPCJ);
- Preparação para Parentalidade / Preparação para o Parto / Acompanhamento Pós parto;
- Programas e Projetos de Intervenção Comunitária;
- Redes Sociais da Comunidade.

Face às experiências-piloto de contratualização com UCC que têm vindo a ser implementadas pelas diversas ARS ao longo dos últimos anos, foi possível identificar um conjunto mínimo de dados para a construção de indicadores, que se encontram já operacionalizados com os respetivos Bilhetes de Identidade e passíveis de ser monitorizados a curto prazo nos sistemas de informação.

Assim, durante o ano de 2016, todas as UCC constituídas a nível nacional contratualizam com os ACES estes indicadores de perfil nacional, para além de que podem introduzir outros indicadores de âmbito regional ou local que traduzam os planos de ação e as especificidades da oferta das várias UCC.

Em paralelo, durante o ano de 2016 continuar-se-á o trabalho de normalização dos registos através da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem e da adequação dos sistemas de informação para recolha do conjunto mínimo de dados que permitem recolher os indicadores envolvidos no processo de contratualização com as UCC, assegurando-se a necessária uniformização/normalização da parametrização nacional desta informação.

A sistematização destes processos de contratualização com as UCC 2016 e anos subsequentes permitirá que a monitorização e avaliação dos processos e resultados destas equipas sejam efetuados numa perspetiva construtiva, com base em critérios e indicadores consensualizados, possibilitando a avaliação das práticas.

1.6.2.1. Negociação da contratualização interna com as UCC para 2016

A contratualização entre os ACES e as UCC é baseada numa matriz de 15 indicadores de âmbito nacional.

A definição da operacionalização da contratualização da totalidade dos indicadores propostos tem como objetivo garantir a existência de uma abordagem harmonizada a nível nacional, assegurando-se um grau de exigência semelhante quanto ao nível de desempenho negociado com as várias UCC.

Assim, a não contratualização de algum dos indicadores, segundo as regras aqui definidas, deverá ser devidamente justificada pelas ARS.

Os indicadores selecionados e operacionalizados para a contratualização com as UCC estão dirigidos a áreas da prestação de cuidados de saúde que possam conduzir a ganhos em saúde ou ganhos de acessibilidade e que monitorizam a evolução de processos ou resultados da atividade assistencial.

Desta forma, apresenta-se na tabela seguinte a listagem de indicadores nacionais para as UCC no ano de 2016.

Tabela 18 - Ponderações dos indicadores na contratualização com as UCC no ano de 2016

Código	Nome do Indicador	Área do Indicador	Tipo	Ponderação	ID
3.16.01	Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado	Transversal	Desemp. Assist.	4%	279
3.17.01	Proporção utentes. aval. equipa. multip. Prim. 48h	Transversal	Acesso	4%	280
3.18.01	Número médio visitas domic. por utente, por mês	Transversal	Acesso	4%	281
3.19.01	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	Saúde Escolar	Desemp. Assist.	7%	282
3.21.01	Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar	SPCJ	Desemp. Assist.	4%	283
6.49.01	Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	RNCCI	Desemp. Assist.	7%	284
6.60.01	Taxa de efetividade prevenção de úlceras pressão	Transversal	Desemp. Assist.	7%	285
6.51.01	Taxa de cicatrização de úlceras de pressão	Transversal	Desemp. Assist.	9%	286
2.15.01	Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	RNCCI	Desemp. Assist.	9%	287
6.52.01	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	Transversal	Desemp. Assist.	9%	288
6.53.01	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	Transversal	Desemp. Assist.	6%	289
6.54.01	Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	Transversal	Desemp. Assist.	9%	290
6.55.01	Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	RNCCI	Desemp. Assist.	7%	291
7.18.01	Taxa de ocupação da ECCI	RNCCI	Desemp. Assist.	7%	292
7.19.01	Tempo médio de permanência em ECCI	RNCCI	Desemp. Assist.	7%	293

LEGENDA: Ponder. – Ponderação do indicador na contabilização do Score; ID – N° sequencial do Indicador no documento “Bilhete de identidade dos indicadores utilizados na contratualização das UCC”.

- Ponderação dos indicadores

A ponderação atribuída aos indicadores a contratualizar com as UCC, tem o seguinte racional:

- A ponderação absoluta correlaciona-se com o volume de trabalho (dos profissionais de saúde) subjacente à atividade monitorizada por cada indicador e com a importância dessa atividade para a melhoria do nível de saúde dos utentes.
- O peso relativo de cada indicador é tanto maior quanto:
 - a) Mais complexa for a atividade monitorizada;
 - b) Maior for o número de utentes alvos;
 - 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;
 - f) 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 eficiente na indução de ganhos em saúde do que o que está ponderado com "2%".
- A relação entre ponderações pode ser alterada ao longo do tempo, caso se alterem as prioridades ou o potencial para indução de ganhos de eficiência respetivos.

Em função do racional apresentado, as ponderações atribuídas segundo o tipo de indicador são:

Tabela 19 - Ponderações de grupos de indicadores na contratualização com as UCC

Número	Âmbito	Tipo	Ponderação
2	Nacional	Acesso	8%
13	Nacional	Desempenho assistencial	92%

- Negociação de metas com as UCC

A definição das metas dos indicadores depende da negociação a ser efetuada entre o ACES e as UCC. As metas devem ser exigentes, mas viáveis, procurando 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 referência para esse indicador no Plano de Ação da UCC, no Plano de Desempenho do ACES e nos Planos de Saúde (regional e nacional);

2. O histórico de resultados do indicador na UCC, na região e a nível nacional (numa lógica de comparação entre pares, no mesmo modelo organizativo);
3. Os recursos disponíveis em cada UCC e as variáveis de contexto referentes à prestação de cuidados;
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.

Devem ser estabelecidas anualmente metas progressivas, entre os valores que historicamente são alcançados e o valor considerado de boa prática exigível para cada UCC, dando margem para a implementação dos registos e para a estruturação da prestação de cuidados visada pelo indicador.

Para obviar o facto de alguns indicadores só poderem vir a ter o 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.

No final das reuniões de negociação da contratualização interna são lavradas atas das mesmas, devidamente validadas e assinadas pelas partes envolvidas, fazendo estes documentos parte integrante do processo de contratualização interna para 2016.

1.6.2.2. Acompanhamento da contratualização interna com as UCC para 2016

- Plano de acompanhamento interno das UCC

Cada UCC deve implementar um plano de acompanhamento interno, 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 dos procedimentos e as não conformidades associadas.

- Acompanhamento interno do processo de contratualização com as UCC em 2016

O processo de acompanhamento das UCC deverá decorrer de acordo com o seguinte cronograma:

Tabela 20 - Acompanhamento e avaliação do desempenho das UCC

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
15-MAIO-2016	Reunião de acompanhamento do 1º trimestre.	ACES
15-SET-2016	Reunião de acompanhamento do 2º trimestre.	ACES
30-OUT-2016	Reunião de acompanhamento do 3º trimestre.	ACES

Os momentos de acompanhamento definidos na tabela anterior são promovidos pelos ACES e devem ser usados para discussão de estratégias, partilha de responsabilidades e reprogramação da alocação de recursos materiais, humanos e financeiros alocados às UCC.

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.

1.6.2.3. Avaliação da contratualização interna com as UCC para 2016

A avaliação dos resultados dos indicadores das UCC 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 para as UCC (IDG UCC). Em seguida descreve-se a metodologia de cálculo do IDG UCC:

1. Se algum dos indicadores não tiver sido calculado por falha do sistema de informação de registo clínico ou de cálculo de indicadores, o indicador respetivo deverá ser considerado como cumprido a 100% (grau de cumprimento de 100).
2. Para efeitos das operações seguintes, resultado do IDG é arredondado às décimas.
3. Para cada um dos 15 indicadores, determina-se o grau de cumprimento do indicador em relação à meta contratualizada - GCIRM, da seguinte forma.
 - a) Para os indicadores do tipo [quanto maior o resultado, melhor o desempenho], aplica-se a fórmula:
 - $[GCIRM] = [\text{resultado}] / [\text{meta}] \times 100$
 - b) Para os indicadores do tipo quanto maior o resultado, pior o desempenho, aplica-se a fórmula:
 - $[GCIRM] = ([\text{meta}] - [\text{resultado}]) / [\text{meta}] \times 100 + 100$
 - c) Para os indicadores do tipo quanto mais próximo da meta melhor, aplica-se a seguinte fórmula:
 - $[GCIRM] = 100 - 200 \times |[\text{meta}] - [\text{resultado}]| / [\text{máximo da escala de valores}]$
4. Cálculo do grau de cumprimento ajustado do indicador (GCAI)
 - Se o $[GCIRM] < 80\% \Rightarrow [GCAI] = 0\%$.
 - Se o $[GCIRM] \geq 110\% \Rightarrow [GCAI] = 110\%$.
 - Se o $[GCIRM] \in [80; 110[\% \Rightarrow [GCAI] = [GCIRM]$.
5. Multiplica-se o [GCAI] de cada indicador pela ponderação respetiva, para obter a Ponderação do grau de cumprimento ajustado do indicador (PGCAI).
6. Somam-se os valores obtidos do [PGCAI], por forma a obter o IDG UCC referente à matriz de indicadores.
7. Se o IDG UCC for menor do que 75,0%, o IDG UCC passa a ser 0%.
8. Se o IDG UCC for superior a 100,0%, o IDG UCC passa a ser 100%.

A avaliação faz-se com base nos indicadores publicados no SIARS, com data referência de 31 dezembro 2016.

Em sede de avaliação devem ser analisadas as justificações apresentadas e documentadas pelas UCC.

1.6.3. Contratualização interna com USP para 2016

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 apoiando todas as estruturas do ACES a cumprir a sua missão de responder de forma adequada às necessidades da população.

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 diferenciação, para responder às funções 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.

Assim, as USP devem assumir e trabalhar uma “Carteira Básica de Serviços” nas seguintes áreas:

- a) Função de 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 2016, importa dar continuidade ao trabalho de desenvolvimento e aperfeiçoamento de uma lista de indicadores de contratualização (relacionados com o Plano Nacional de Vacinação, entre outras áreas), que estarão em desenvolvimento contínuo ao longo do ano, de maneira a enquadrar a atividade desenvolvida por estas unidades e os recursos disponíveis.

1.6.4. Contratualização interna com URAP para 2016

A URAP presta serviços de consultoria e assistenciais às Unidades Funcionais do ACES, assim como organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares.

A URAP desenvolve a sua atividade 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 contínua, objetiva e permanente, que visa a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do plano de ação e a 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 2016 pretende-se continuar a acompanhar a atividade destas unidades e continuar a desenhar o 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.

2. AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTILIZADORES

A avaliação da satisfação dos utilizadores 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.

Para 2016 dar-se-á continuidade ao processo de avaliação da satisfação dos utilizadores nos cuidados de saúde primários que se operacionalizou para avaliar a satisfação referente ao ano de 2014 e 2015, integrado no processo de contratualização para este ano.

A operacionalização deste parâmetro no processo de contratualização dos cuidados de saúde primários em 2016 permite a comparabilidade nacional e internacional, promovendo a melhoria contínua dos cuidados prestados à população através dos contributos dos utentes.

3. AUDITORIAS, ACREDITAÇÃO E MELHORIA CONTÍNUA

No contexto de uma definição de objetivos e metas delineadas em função dos meios existentes e dos resultados a obter, surge a necessidade de se desenvolverem mecanismos de normalização dos procedimentos e de auditoria sistemática que permitam obter e avaliar a correspondência entre informações, situações ou procedimentos e critérios preestabelecidos.

É neste enquadramento que se encontrará implementado em 2016 um plano de auditorias à atividade relacionada com os indicadores contratualizados nos cuidados de saúde primários, que contribua para a melhoria contínua dos processos e registos efetuados pelos profissionais e equipas dos cuidados de saúde primários e que assim possa reforçar a responsabilidade, a transparência e a avaliação que é efetuada neste nível de cuidados.

Para tal, será publicado pela ACSS o Manual de Procedimentos de Registos Clínicos e Administrativos Relacionados com Indicadores de Cuidados de Saúde Primários, o qual permitirá explicitar, de forma clara, as regras de registo relacionadas com os diversos processos administrativos e clínicos com implicações sobre os resultados dos indicadores contratualizados.

Este manual será um complemento aos Bilhetes de Identidade dos indicadores onde já estão explanados um conjunto de regras e boas práticas e vem clarificar a atividade relacionada com os indicadores contratualizados com as Unidades Funcionais que compõem os ACES (em particular as USF e UCSP), e assim contribuir para a melhoria contínua dos processos e registos efetuados pelos profissionais e equipas e para o reforço da responsabilidade, transparência, avaliação e supervisão que é efetuada neste nível de cuidados.

O manual foi elaborado de forma a fomentar a prática clínica centrada no utente (e não nos indicadores), norteado pelos primordiais interesses e direitos dos utentes, com respeito pelas normas deontológicas dos profissionais de saúde que integram este tipo de equipas e respeitando a legislação vigente.

Este manual deverá contribuir para a implementação de processos de autorregulação individual e das equipas, relativamente a desvios existentes em relação aos procedimentos de registo enunciados e servirá também de suporte a processos de auditoria interna e externa aos registos clínicos das equipas.

Serão desenvolvidos indicadores sensíveis a práticas desviantes aos procedimentos enunciados neste manual, que serão disponibilizados quer em ambiente MIM@UF (para utilização pelos elementos das equipas) quer em ambiente SIARS (para utilização pelos ACES e ARS).

Este trabalho permitirá a implementação plena de um processo de auditorias nos cuidados de saúde primários, que contribua para aferir a grau de adequação das práticas dos profissionais de saúde às normas estabelecidas, para avaliar a qualidade dos cuidados que são prestados à população e para incentivar a melhoria contínua do desempenho assistencial e económico-financeiro das Unidades Funcionais dos ACES.

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16, Avenida do Brasil, 53

1700-063 LISBOA | Portugal



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**

SAÚDE

WWW.ACSS.MIN-SAÚDE.PT