



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

OTIMIZAR RECURSOS
GERAR EFICIÊNCIA



Operacionalização da Contratualização de Cuidados de Saúde Primários 2018

Dezembro de 2017



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**

SAÚDE

WWW.ACSS.MIN-SAUDE.PT

Índice

1 Nota Prévia.....	5
2 Processo de Contratualização	6
3 Instrumentos para a Contratualização	8
4 Contratualização Interna	9
4.1 Processo	9
4.1.1 Negociação	9
4.1.2 Acompanhamento / Monitorização.....	11
4.1.3 Avaliação.....	11
4.1.4 Incentivos Institucionais	12
4.1.5 Comissões de Acompanhamento Externo.....	12
4.2 Matriz multidimensional e indicadores	12
4.2.1 USF e UCSP	12
4.2.2 UCC.....	15
4.2.3 USP	17
4.2.4 URAP	19
4.3 Índice de Desempenho Global.....	21
4.3.1 Métricas - Índices de Desempenho Setoriais	23
4.3.2 Ponderação do desempenho em função do contexto	35
5 Contratualização Externa	36
5.1 Processo	36
5.1.1 Negociação	36
5.1.2 Acompanhamento e monitorização	38
5.1.3 Avaliação.....	38
5.1.4 Incentivos Institucionais	42
5.2 Matriz Multidimensional e Indicadores	43
5.3 Unidades Locais de Saúde	46
6 Cronograma	47
6.1 Ano de 2018.....	47
7 Anexos	48
7.1 Anexo I – Fases e Check-List da Contratualização Interna.....	48
7.2 Anexo II – Estrutura da Ata das Reuniões de Negociação e de Acompanhamento.....	50
7.3 Anexo III – Plano de Ação da UF.....	51
7.4 Anexo IV – Carta de Compromisso	52
7.5 Anexo V – Incentivos Institucionais	53
7.6 Anexo VI – Regras da Matriz de Indicadores	55

7.7 Anexo VII – Correção das Ponderações por Inexistência de Indicadores.....	56
7.8 Anexo VIII - Contratualização das USF e UCSP - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG.....	57
7.9 Anexo IX - Monitorização das USF e UCSP - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional sem impacto no cálculo do IDG	59
7.10 Anexo X - Contratualização das UCC - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG	61
7.11 Anexo XI - Contratualização dos ACES - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG	63
7.12 Anexo XII – Monitorização dos ACES - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional sem impacto no cálculo do IDG	67
7.13 Anexo XIII – Indicadores - Intervalos esperados e variação aceitável	69

1 NOTA PRÉVIA

Na continuidade da publicação dos “Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018”¹ é elaborado o presente documento, o qual vem apoiar a operacionalização do processo de contratualização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), explicitando as alterações introduzidas no ano de 2018.

Conforme já referido na explicitação do novo modelo de contratualização, o processo de reforma no âmbito dos CSP assumiu a contratualização como elemento estruturante e essencial, num processo de reengenharia organizacional que tinha como pontos-chave:

- A criação de equipas multiprofissionais, funcionalmente autónomas;
- O desenvolvimento de uma cultura de governação clínica e de saúde;
- A progressiva implementação de um sistema retributivo ligado ao desempenho.

O objetivo desta profunda mudança era então, como é hoje, assegurar uma prestação de cuidados de saúde de proximidade, com qualidade, respondendo de forma eficiente e efetiva às necessidades da população.

Considerando a publicação do Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho, a revisão da regulamentação ali prevista quanto aos critérios e condições para a atribuição de incentivos às unidades de saúde familiar (USF) e unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), determinados na Portaria n.º 212/2017 de 19 de julho, assim como as deliberações promovidas pela Comissão Técnica Nacional constituída ao abrigo dessa mesma Portaria, importa agora publicar o documento que contém as regras e moldes de operacionalização da contratualização no âmbito dos CSP em 2018.

¹ http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/11/Termos-Referencia-Contratualizacao-SNS_2018.pdf

2 PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO

A contratualização com os CSP é hoje uma cultura implementada em Portugal, constituindo-se como uma ferramenta plenamente assumida pelos profissionais que desempenham a sua atividade neste nível de prestação de cuidados, e representa um compromisso social a favor do cidadão e das comunidades.

O processo de contratualização, transversal a todos os níveis da estrutura da prestação de cuidados (ARS, ACES, Unidades Funcionais), promove uma análise estratégica e prospetiva, garantindo a inclusão e participação, a capacitação de adaptação à mudança, a promoção e auto-organização, o funcionamento em rede, assim como potenciar a inovação e monitorização contínua, por parte de todos os envolvidos, designadamente, utentes e profissionais.

Em 2017, este processo sofreu uma reformulação estratégica importante face aos anos anteriores, passando a assentar num novo modelo conceptual que retira o foco da negociação de metas de indicadores estabelecidos, para a prossecução de resultados em saúde num contexto de boas práticas e de gestão dos percursos integrados em saúde, assim como no desempenho das organizações, considerado as suas diferentes áreas e dimensões.

Neste contexto, ao invés da negociação de indicadores e suas metas, prossegue-se, no corrente ano (e seguintes), à sua monitorização e avaliação contínuas, com enfoque no percurso evolutivo da unidade de observação (ao invés da meta), tornando como principal utilidade do indicador a demonstração da sua evolução.

Deste modo, a negociação da contratualização interna em 2018 será baseada na discussão do Plano de Ação a três anos, com a definição de resultados esperados anuais, em que a avaliação é operacionalizada por uma matriz multidimensional da atividade destas unidades, tendo como referência o Índice de Desempenho Global que se pretende alcançar e melhorar continuamente.

Tratando-se de um processo negocial entre dois níveis diferentes da organização, a contratualização operacionaliza-se em dois processos interligados:

- Contratualização interna - Entre ACES e Unidades Funcionais, suportada por um Plano de Ação e formalizada através de assinatura da Carta de Compromisso, abrangendo todas as unidades funcionais de cada ACES.
- Contratualização externa – Entre as ARS e os ACES, suportada por um Plano de Desempenho e formalizada através de assinatura do Contrato Programa de cada ACES.

A contratualização interna e externa, suportada pelos Planos de Ação e Planos de Desempenho, respetivamente, devem estar em alinhamento com os Planos Nacional, Regionais e Locais de Saúde,

num objetivo transversal de alcançar os melhores Resultados em Saúde, fortalecido por uma Governança Clínica e de Saúde assente em “pilares” comuns e concertados como prioridades nacionais.

Todo o processo de contratualização implica, após assunção dos respetivos compromissos, o acompanhamento, monitorização e avaliação do desempenho dos diferentes atores, nas suas interações e condicionantes, permitindo a qualificação e reconhecimento de:

- Níveis de desempenho, com atribuição de incentivos a unidades funcionais com desempenhos superiores e processos de acompanhamento e melhoria a desempenhos inferiores;
- Constrangimentos ou limitação de recursos, com a adequada ponderação/correção nos níveis de desempenho.

Assim, importa publicar a estrutura operacional que esclareça todos os agentes envolvidos no funcionamento do processo e da respetiva avaliação associada ao novo modelo que pretende evidenciar a efetiva importância da Governança Clínica e de Saúde, através de uma negociação de recursos que potenciem níveis de Resultados em Saúde esperados.

3 INSTRUMENTOS PARA A CONTRATUALIZAÇÃO

São instrumentos essenciais para o processo de contratualização no âmbito dos CSP:

- Planos Nacional, Regional e Local de Saúde;
- Plano de Desempenho dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES);
- Plano de Ação da Unidade Funcional (PA-UF), que tem como requisitos:
 - ✓ Respeitar a Matriz de Desempenho (nas áreas, subáreas e dimensões);
 - ✓ Integrar ou ter em anexo o Plano de Formação (PF);
 - ✓ Integrar ou ter em anexo a proposta do Plano de Aplicação dos Incentivos Institucionais (PAII) – apenas aplicável às UCSP e USF.
- Portal do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI CSP) - Módulos das áreas da Contratualização e E-Qualidade:
 - ✓ Contratualização:
 - Termos de Referência e Operacionalização em vigor;
 - Toda a informação disponível - contexto, caracterização, histórico de desempenho, resultados de toda a matriz de Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários (CSP);
 - Funcionalidade de cálculo/simulação do(s) IDG e dos Índices de Desempenho das respetivas áreas, subáreas e dimensões que o compõem (IDS_A, IDS_S e IDS_D);
 - Os vários níveis de análise tendo como unidade de observação obrigatória a UF (acesso “público”), mas com desagregação ao profissional/equipa (acesso reservado na UF);
 - Capacidade de exploração da base de dados (todos os indicadores) e construção dos seus próprios *dashboards*.
 - ✓ E-Qualidade
 - Demonstração, partilha e validação do cumprimento dos diferentes critérios das subáreas da Qualidade, Formação e Atividade Científica de forma virtual, num processo tipo *e-learning* (em desenvolvimento).
- Glossário CSP - A definição e explicitação dos principais conceitos em CSP (em desenvolvimento).

4 CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

Nos subcapítulos seguintes explicita-se a metodologia comum a qualquer UF, sendo tratadas em capítulos próprios as especificidades, em termos de metodologia de contratualização das diferentes tipologias de UF.

4.1 PROCESSO

A contratualização interna comporta as fases definidas para o processo (preparação, negociação, acompanhamento/monitorização e avaliação), sendo suportada pelas diversas ferramentas já identificadas no capítulo 3 deste documento que promovem uma prestação de contas transparente e obrigatória.

Nesse sentido, enumera-se uma check-list, disponível no Anexo I – Fases e Check-List da Contratualização Interna (a qual está muito focada nas USF/UCSP mas que, com as devidas adaptações de acordo com o modelo de unidade funcional, é extensível a qualquer modelo) que pretende elucidar os diferentes focos do processo, nomeadamente ao nível da preparação e negociação.

Todas as reuniões formais de negociação e acompanhamento culminam na elaboração da respetiva ata, a qual deve obedecer à estrutura constante no Anexo II – Estrutura da Ata das Reuniões de Negociação e de Acompanhamento.

4.1.1 NEGOCIAÇÃO

O processo de contratualização interna de qualquer UF concretiza-se através da discussão e negociação do Plano de Ação da UF que deve obedecer a uma estrutura comum constante do Anexo III – Plano de Ação da UF.

O Plano de Ação da UF é um plano de ação plurianual, normalmente a 3 anos, com calendário de metas e/ou resultados anuais.

Tendo como enquadramento as necessidades em saúde identificadas e priorizadas pelas UF, bem como os valores dos IDG e IDS obtidos, são identificadas as áreas e subáreas de melhoria e discutidas as estratégias ou atividades a executar.

Exemplo: Melhorar a subárea "acesso" (IDS_S acesso – de 50/100 para 70/100)

Atividades Propostas:

- Criar algoritmo/fluxograma para atendimento telefónico e gestão atendimento;
- Revisitar critérios e conceitos para gestão da doença aguda;

- Revisitar critérios e conceitos para agendamento de consultas não-presenciais versus presenciais;
- Redefinir política de acesso telefônico aos profissionais;
- Criar posto de trabalho para Secretário Clínico em *backoffice*, informatizado e com central telefônica.

Os resultados destas atividades são operacionalizados e monitorizados por indicadores e respectivas métricas que compõem as dimensões do IDS_S "acesso".

A negociação deve incidir exclusivamente nas áreas, nas subáreas e dimensões, desfocando dos indicadores.

A discussão e negociação do Plano de Ação integra, obrigatoriamente, o Plano de Formação e a proposta para Aplicação dos Incentivos Institucionais (UCSP/USF).

O **Plano de Ação** representa assim o compromisso de:

- Resultados (onde se quer chegar);
- Processos (caminho e ações a prosseguir para atingir os resultados);
- Recursos (os recursos disponíveis alocados para o efeito).

Considerando a importância dos recursos para o cumprimento (ou incumprimento) da Carta Compromisso e do respetivo Plano de Ação, é igualmente reconhecida a sua importância e impacto no IDG. Assim, a consequência do não cumprimento do suporte e apoio dos ACES ao nível dos recursos consubstancia-se numa ponderação que será englobada na matriz de ponderação explicitada em 4.3.2 - Ponderação do desempenho em função do contexto.

O Plano de Ação é operacionalizado através do BI-CSP, sendo possível, a partir de 15 de dezembro de 2017, a disponibilização desta ferramenta às USF, UCSP e UCC. O acesso a este portal é através da credenciação individual do email institucional, sendo que esse email tem, obrigatoriamente, de constar como email principal no RHV (atualizado pelos recursos humanos da instituição respetiva, preferencialmente pelas estruturas do ACES).

De forma transitória, e no caso concreto das URAP e USP, será disponibilizada a matriz para a elaboração e contratualização em suporte externo ao BICSP. Reforça-se que todo o processo será desmaterializado já na contratualização do ano de 2019.

4.1.1.1 CARTA COMPROMISSO

A Carta de Compromisso representa o acordo anual explicitamente assumido pela UF e o ACES e contempla:

- O compromisso de resultados, operacionalizado no nível de IDG e IDS que se pretende atingir;
- O compromisso de recursos disponíveis e alocados à UF.

A Carta de Compromisso deve incluir:

- Constituição da equipa profissional e caracterização da população alvo
- Planos de Ação, de Formação, de Recursos e de Aplicação dos Incentivos Institucionais da UF (estes últimos, quando aplicável);
- Declaração de inexistência de incompatibilidades dos profissionais (no caso das USF modelo B);
- Manual de Articulação.

As linhas gerais que estruturam a Carta de Compromisso estão elencadas no Anexo IV – Carta de Compromisso, sendo a mesma automaticamente gerada pelo PAUF (USF, UCSP, UCC), obtido o acordo entre as partes, findo o processo de negociação da contratualização.

4.1.2 ACOMPANHAMENTO / MONITORIZAÇÃO

A monitorização é efetuada através do BI CSP, com a publicação de forma continuada dos resultados dos IDG, IDS e respetivas dimensões operacionalizados pelas suas métricas e respetivos indicadores.

Os resultados dos respetivos indicadores mantêm-se, igualmente, disponíveis no Ecossistema SIM@SNS (SIM@SNS, SIARS e MIM@UF), quer ao nível nacional, regional ou local.

O acompanhamento e monitorização deverá ser feito em tempos/espacos formais pelos órgãos de gestão do ACES, garantindo um efetivo acompanhamento das Unidades Funcionais e potenciando os necessários ajustes que promovam a adequação do plano aos objetivos traçados, sendo que todas as reuniões devem ser documentadas com as respetivas atas.

4.1.3 AVALIAÇÃO

A avaliação materializa-se através dos IDG, IDS_A, IDS_S e IDS_D, conforme descrito no capítulo 4.3.

4.1.4 INCENTIVOS INSTITUCIONAIS

Os Incentivos Institucionais (II) constituem-se como um instrumento que, no âmbito de um processo de gestão por objetivos, representam o reconhecimento do nível de desempenho obtido pelas UF. Estes II, enquadrados num processo de contratualização que integra uma estratégia de melhoria contínua e assegura adequação às necessidades em saúde da população, destinam-se ao desenvolvimento de ambientes de motivação dos profissionais, designadamente a melhoria do contexto físico do seu exercício bem como o reforço de competências decorrente da facilitação do acesso a ações de formação.

O valor global dos II (orçamentado anualmente pelas ARS), bem como o seu valor por unidade funcional e os critérios e procedimentos para a sua atribuição estão definidos no Anexo V – Incentivos Institucionais.

4.1.5 COMISSÕES DE ACOMPANHAMENTO EXTERNO

Não existindo consenso na negociação, deve ser solicitada pronúncia à comissão de acompanhamento com competência para acompanhar o processo de contratualização e o apuramento de resultados, bem como dirimir e arbitrar eventuais conflitos entre as UF e os ACES emergentes do processo de contratualização e apuramento de resultados, em conformidade com o estabelecido na Portaria n.º212/2017 de 19 de julho.

4.2 MATRIZ MULTIDIMENSIONAL E INDICADORES

4.2.1 USF E UCSP

As USF/UCSP deverão desenvolver a sua atividade considerando a matriz multidimensional constante da Tabela 1, que integra as ponderações associadas a cada Área, Subárea ou Dimensão.

Tabela 1 - Matriz multidimensional - contratualização USF e UCSP

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2018 ²
A - Desempenho Assistencial	50	
S – Acesso	20	
D - Cobertura ou Utilização	10	Sim

² Indicação se a dimensão é operacionalizável em 2018

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2018 ²
D – Personalização	10	Sim
D - Atendimento Telefónico	10	Não
D - Tempos Máximos de Resposta Garantidos	40	Sim
D - Consulta no Próprio Dia	10	Sim
D - Trajeto do Utente na Unidade Funcional	10	Não
D - Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	10	Sim
S - Gestão da Saúde	20	
D - Saúde Infantil e Juvenil	25	Sim
D - Saúde da Mulher	25	Sim
D - Saúde do Adulto	25	Sim
D - Saúde do Idoso	25	Sim
S - Gestão da Doença	20	
D - Diabetes Mellitus	25	Sim
D - Hipertensão Arterial	25	Sim
D - Doenças Aparelho Respiratório	25	Sim
D - Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças	25	Sim
S - Qualificação da Prescrição	20	
D - Prescrição Farmacoterapêutica	50	Sim
D - Prescrição MCDT's	30	Sim
D - Prescrição de Cuidados	20	Não
S - Satisfação de Utentes	20	
D - Satisfação de Utentes	100	Sim
A – Serviços	10	
S - Serviços de Carácter Assistencial	80	
D - Serviços de Carácter Assistencial	100	Sim
S - Serviços de Carácter não Assistencial	20	
D - Atividades de Governação Clínica no ACES	80	Sim
D - Outras Atividades não Assistenciais	20	Sim
A - Qualidade Organizacional	20	
S - Melhoria Contínua da Qualidade	40	
D - Acesso	25	Sim
D - Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados	75	Sim

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2018 ²
S - Segurança	40	
D - Segurança de Utentes	40	Não
D - Segurança de Profissionais	30	Sim
D - Gestão do Risco	30	Não
S - Centralidade no Cidadão	20	
D - Centralidade no Cidadão	100	Não
A - Formação Profissional	10	
S - Formação Interna	80	
D - Formação da Equipa Multiprofissional	50	Sim
D - Formação de Internos e Alunos	50	Sim
S - Formação Externa	20	
D - Serviços de Formação Externa	100	Não
A - Atividade Científica	10	
S - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	50	
D - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	100	Não
S - Trabalhos de Investigação	50	
D - Trabalhos de Investigação	100	Não

Para efeitos de monitorização da respetiva matriz, foram indexados um conjunto de indicadores a cada dimensão, que permitem acompanhar o percurso de cada unidade promovendo, assim, uma monitorização contínua e uma avaliação sustentada na evidência do que é lido pelos indicadores validados na matriz.

Considerando as determinações e validações da Comissão Técnica Nacional, apresentam-se, em anexo, duas tabelas distintas que incorporam os indicadores monitorizados, os quais carecem distinção face ao seu impacto, ou não, no cálculo do IDG. Assim, o Anexo VIII - Contratualização das USF e UCSP - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG resume os indicadores que contribuem para o cálculo do IDG e o Anexo IX - Monitorização das USF e UCSP - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional sem impacto no cálculo do IDG os indicadores de monitorização, indexados às áreas, subáreas e dimensões, mas que não têm impacto no cálculo do IDG.

4.2.2 UCC

As UCC são unidades cujo processo de contratualização se iniciou, a nível nacional, no ano de 2016, necessitando de ser fortalecido e mais abrangente.

A matriz multidimensional contida na Tabela 2 visa espelhar a carteira de serviços inerente a esta tipologia de unidades, na procura da uniformização do seu espectro de atuação a nível nacional, bem como na criação de instrumentos conducentes à desejável comparabilidade a nível nacional, promovendo uma orientação harmonizada com objetivos comuns³.

Tabela 2 - Matriz multidimensional - contratualização UCC

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2018 ⁴
A - Desempenho Assistencial	50	
S – Acesso	20	
D – Cobertura ou Utilização	30	Sim
D - Distribuição da Atividade	20	Sim
D - Tempos Máximos de Resposta Garantidos	50	Sim
S - Gestão da Saúde	20	
D - Criança e Adolescência	25	Não
D - Saúde Reprodutiva	25	Sim
D - Saúde do Adulto	25	Não
D - Saúde do Idoso	25	Sim
S - Gestão da Doença	20	
D – Reabilitação	20	Sim
D - Saúde Mental	20	Sim
D - Abordagem Paliativa	20	Sim
D - Doença Crónica	20	Sim
D – ECCI	20	Sim
S - Intervenção Comunitária	20	
D - Saúde Escolar	40	Sim
D - Intervenção Precoce	10	Não
D - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco	10	Não
D - Núcleo Local de Inserção	10	Não

³ Trabalho em curso nos termos do Despacho n.º 7539/2017, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, publicado em Diário da República, 2.ª série - N.º 164 - 25 de agosto de 2017, que constituiu o Grupo de Trabalho para o desenvolvimento das Unidades de Cuidados na Comunidade.

⁴ Indicação se a dimensão é operacionalizável em 2018

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2018 ⁴
D - Comissão de Proteção de Jovens em Risco	10	Não
D - Equipa de Prevenção da Violência em Adultos	10	Não
D - Rede Social	10	Não
S - Satisfação de Utentes	20	
D - Satisfação de Utentes	100	Não
A – Serviços	10	
S - Serviços de Carácter Assistencial	80	
D - Serviços de Carácter Assistencial	100	Sim
S - Serviços de Carácter não Assistencial	20	
D - Atividades de Governação Clínica no ACES	50	Sim
D - Outras Atividades não Assistenciais	50	Sim
A - Qualidade Organizacional	20	
S - Melhoria Contínua da Qualidade	40	
D – Acesso	25	Sim
D - Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados	75	Sim
S – Segurança	40	
D - Segurança de Utentes	40	Não
D - Segurança de Profissionais	30	Sim
D - Gestão do Risco	30	Não
S - Centralidade no Cidadão	20	
D - Centralidade no Cidadão	100	Não
A - Formação Profissional	10	
S - Formação Interna	80	
D - Formação da Equipa Multiprofissional	50	Sim
D - Formação de Internos e Alunos	50	Sim
S - Formação Externa	20	
D - Serviços de Formação Externa	100	Não
A - Atividade Científica	10	
S - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	50	
D - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	100	Não
S - Trabalhos de Investigação	50	

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2018 ⁴
D - Trabalhos de Investigação	100	Não

No Anexo X - Contratualização das UCC - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG, elencam-se os indicadores passíveis de inclusão no cálculo do IDG para o ano de 2018, contemplando já novos indicadores em outras dimensões da matriz, os quais eram almejados pelas equipas, na sequência das diversas manifestações expressadas.

4.2.3 USP

No caso das USP tem havido experiências-piloto de contratualização a nível regional, encontrando-se em curso trabalhos tendentes à implementação de um processo de abrangência nacional, o qual tem sido realizado em conjunto com a Comissão Nacional da Reforma da Saúde Pública, nomeadamente com a subcomissão dedicada à contratualização.

Neste momento é já possível definir a matriz de desempenho constante da Tabela 3.

Tabela 3 - Matriz multidimensional - contratualização USP

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2018 ⁵
A - Desempenho Assistencial	50	
S - Observação do Estado de Saúde e Bem-estar da População	15	
D - Diagnóstico de Situação de Saúde	40	Não
D - Monitorização do Estado de Saúde da População e dos seus Determinantes	60	Não
S - Vigilância Epidemiológica e Resposta às Emergências em Saúde Pública	15	
D - Caracterização das estruturas de apoio das Comunidades	15	Não
D - Cartas Sanitárias de Risco	25	Não
D - Planos de Contingência	20	Não
D - Investigação Epidemiológica	40	Não
S - Proteção da Saúde (Incluindo Ambiental, Ocupacional, Segurança Alimentar e Outros)	15	
D - Vacinação	22	Não
D - Saúde Ocupacional	19	Não

⁵ Indicação se a dimensão é operacionalizável em 2018

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2018 ⁵
D - Sanidade Internacional	19	Não
D - Saúde Ambiental	20	Não
D - Qualidade e Segurança Alimentar	20	Não
S - Promoção da Saúde (Incluindo Determinantes Sociais e Desigualdades)	15	
D - Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidado	20	Não
D - Saúde Oral	20	Não
D - Saúde Escolar	20	Não
D - Estilos de Vida Saudáveis	20	Não
D - Ambientes Saudáveis	20	Não
S - Governança para a Saúde e Bem-estar	14	
D - Planeamento em Saúde	75	Não
D - Estudos de Impacto na Saúde	25	Não
S - Prevenção da Doença	14	
D - Programas Nacionais Prioritários	100	Não
S - Atividades de Autoridade de Saúde	12	
D - Lei da Saúde Mental	10	Não
D – Emissão de atestados	50	Não
D – Outros	40	Não
A - Serviços	10	
S - Serviços de Carácter Assistencial	80	
D - Serviços de Carácter Assistencial	100	Sim
S - Serviços de Carácter não Assistencial	20	
D - Atividades de Governação Clínica no ACES	50	Sim
D - Outras Atividades não Assistenciais	50	Sim
A - Qualidade Organizacional	20	
S - Melhoria Contínua da Qualidade	40	
D - Acesso	25	Sim
D - Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados	75	Sim
S - Segurança	40	
D - Segurança de Utentes	40	Não
D - Segurança de Profissionais	30	Sim

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2018 ⁵
D - Gestão do Risco	30	Não
S - Centralidade no Cidadão	20	
D - Centralidade no Cidadão	100	Não
A - Formação Profissional	10	
S - Formação Interna	80	
D - Formação da Equipa Multiprofissional	50	Sim
D - Formação de Internos e Alunos	50	Sim
S - Formação Externa	20	
D - Serviços de Formação Externa	100	Não
A - Atividade Científica	10	
S - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	50	
D - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	100	Não
S - Trabalhos de Investigação	50	
D - Trabalhos de Investigação	100	Não

Para este tipo de UF, pese embora não existam ainda indicadores de desempenho, será possível operacionalizar os IDS para as áreas de Serviços e Qualidade Organizacional e Formação.

4.2.4 URAP

No caso das URAP tem havido experiências-piloto de contratualização a nível regional. No ano de 2017 foi constituído um grupo de trabalho que teve como finalidade conceptualizar/operacionalizar o processo de contratualização para esta unidade funcional, de acordo com as orientações para as demais unidades do ACES.

Neste momento é já possível definir a matriz de desempenho constante da Tabela 4.

Tabela 4 - Matriz multidimensional - contratualização URAP

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2018 ⁶
A - Desempenho Assistencial	50	

⁶ Indicação se a dimensão é operacionalizável em 2018

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2018 ⁶
S – Acesso	30	
S – Gestão da Saúde	20	
S – Gestão da Doença	30	
S – Satisfação de Utentes	20	
D - Satisfação de Utentes	100	Sim
A - Serviços	10	
S - Serviços de Carácter Assistencial	80	
D - Serviços de Carácter Assistencial	100	Sim
S - Serviços de Carácter não Assistencial	20	
D - Atividades de Governação Clínica no ACES	50	Sim
D - Outras Atividades não Assistenciais	50	Sim
A - Qualidade Organizacional	20	
S - Melhoria Contínua da Qualidade	40	
D - Acesso	25	Sim
D - Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados	75	Sim
S - Segurança	40	
D - Segurança de Utentes	40	Não
D - Segurança de Profissionais	30	Sim
D - Gestão do Risco	30	Não
S - Centralidade no Cidadão	20	
D - Centralidade no Cidadão	100	Não
A - Formação Profissional	10	
S - Formação Interna	80	
D - Formação da Equipa Multiprofissional	50	Sim
D - Formação de Internos e Alunos	50	Sim
S - Formação Externa	20	
D - Serviços de Formação Externa	100	Não
A - Atividade Científica	10	
S - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	50	

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2018 ⁶
D - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	100	Não
S - Trabalhos de Investigação	50	
D - Trabalhos de Investigação	100	Não

Para este tipo de UF, pese embora não existam ainda indicadores de desempenho, será possível operacionalizar os IDS para as áreas de Serviços e Qualidade Organizacional e Formação.

4.3 ÍNDICE DE DESEMPENHO GLOBAL

A diversidade, quer dos contextos da prestação de cuidados de cada tipologia de UF, quer dos seus níveis de desenvolvimento e maturidade organizacional, conduziram à conceção de um modelo que, permitindo avaliar (quantificar e qualificar) o desempenho de todas as UF, promove a sua melhoria contínua e a diminuição da variabilidade dos resultados alcançáveis, num contexto de equidade entre diferentes tipologias organizacionais.

A operacionalização deste desiderato ocorre através da avaliação do desempenho assente numa matriz multidimensional que congrega uma visão integrada do desempenho global de cada tipologia de UF.

Para cada área da matriz multidimensional definem-se diferentes subáreas, dimensões, métricas e indicadores, identificando os resultados esperados. Os indicadores utilizados no processo da contratualização constam obrigatoriamente da Matriz Indicadores dos CSP e respeitam todos os seus requisitos e atributos, conforme descrição no Anexo VI – Regras da Matriz de Indicadores.

Desde que possível e adequado, utilizam-se indicadores do tipo:

- **Compostos ou índices**, nos processos de cuidados complexos que exigem uma leitura e monitorização multidimensional (e.g. indicadores de acesso, eficiência, resultado, adequação técnico científica);
- **De “Resultado”** (e.g. internamentos evitáveis, doentes crónicos com patologias controladas, tempos de resposta).

O Índice Desempenho Global (IDG) é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Áreas (IDS_A), que por sua vez é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Subáreas (IDS_S), que por sua vez é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Dimensões (IDS_D).

O resultado de cada IDG, IDS_A, IDS_S e IDS_D é um valor compreendido entre 0 e 100 (escala contínua real).

As ponderações dos IDS_A, IDS_S e IDS_D são objeto de correção nas seguintes situações:

- Omissão de componentes da Matriz de Desempenho (e.g. existência de uma dimensão da matriz sem indicadores nem métricas validadas; existência de uma subárea da matriz em que todas as dimensões ficaram por operacionalizar);
- UF que, por razões (de contexto ou outras) não imputáveis à própria, não possam assumir/não necessitem de alguma dimensão de atividade da matriz multidimensional, situação em que o cálculo do IDG se obtém corrigindo as ponderações das dimensões restantes.

A monitorização e avaliação das diferentes dimensões são operacionalizadas através de 4 tipos de **métricas**:

a) Indicadores

Para cada indicador de desempenho está definido um intervalo esperado e 2 intervalos de variação aceitável, nos seguintes termos:

- Os resultados pertencentes ao intervalo esperado são valorizados com 2 pontos;
- Os resultados pertencentes aos intervalos de variação aceitável são valorizados com 1 ponto;
- Outros resultados são valorizados com 0 pontos.

b) Grau de implementação de processos de auditoria interna (clínica ou organizacional)

Cada processo de auditoria implementado é valorizado com 0, 1 ou 2 pontos em função da avaliação operacionalizada através de uma grelha especificada na Tabela 7.

c) Avaliação do compromisso da equipa para a prestação de serviços assistenciais e não assistenciais.

As dimensões "serviços assistenciais" e "serviços não assistenciais" são avaliadas com métricas baseadas no planeamento efetuado pelo ACES (das atividades previstas), adaptadas à dimensão de cada unidade funcional e balizadas pelos recursos humanos disponíveis.

d) Critérios explícitos de cumprimento

Os critérios explícitos de cumprimento são critérios de observância de *standards* de boas práticas organizacionais ou clínicas.

Para efeitos de cálculo, importa clarificar que:

- Todos os cálculos intermédios (dos IDS e da distribuição de ponderações quando não existem indicadores nas dimensões) são efetuados sem arredondamentos.
- A última operação do cálculo do IDG em percentagem é um arredondamento às décimas. Esta é a única operação de arredondamento em todos os cálculos. Quer isto dizer, por exemplo, que

uma UF que obtenha um IDG superior ou igual a 74,95 e inferior a 75,05 arredonda para 75,0. Para os IDS o comportamento será similar.

- No caso dos indicadores com escala compreendida entre 0 e 1, os valores deverão ser mostrados com arredondamento às milésimas. Nos restantes, deverão ser arredondados às décimas.
- Sempre que os valores do IDG, IDS e Indicadores tenham que ser apresentados com o objetivo de replicar os cálculos respetivos, os valores deverão ser apresentados sem arredondamentos.

4.3.1 MÉTRICAS - ÍNDICES DE DESEMPENHO SETORIAIS

As áreas, subáreas e dimensões, bem como as métricas respetivas que permitem operacionalizar o IDG em 2018 estão explicitadas no presente documento. Os resultados dos respetivos IDG, IDS_A, IDS_S e IDS_D serão ponderados de acordo com metodologia descrita no Anexo VII – Correção das Ponderações por Inexistência de Indicadores.

Para cada dimensão/subárea estão identificados (pré-definidos) os indicadores que são utilizados na sua operacionalização.

Foram priorizados indicadores do tipo: resultados, adequação técnico-científica ou efetividade, e eficiência em detrimento dos indicadores de processo.

O ponto de partida para a contratualização de 2018 são os resultados de outubro de 2017 calculados segundo as regras e especificações do IDG de 2018. Dado o seu carácter retrospectivo e a inexistência, à data, de dados nas outras áreas do IDG, o seu cálculo é realizado só com a área do Desempenho.

Todos os indicadores da matriz de indicadores CSP com resultados estão disponíveis, independentemente de serem ou não usados no cálculo do IDG 2018.

4.3.1.1 IDS – ÁREA DESEMPENHO

Para todos os indicadores utilizados na área de desempenho foram definidos os "intervalos esperados" e "variação aceitável", em reuniões de consenso desde setembro de 2016 até abril de 2017, no âmbito do Grupo Técnico, criado pelo despacho nº 3823/2016 que integrava as Ordens Profissionais, Sindicatos e Sociedades Científicas. Subsequente, foram efetuadas propostas de alteração decorrentes dos trabalhos encetados pela Comissão Técnica Nacional, constituída ao abrigo da Portaria nº 212/2017, de 19 de julho.

Intervalo Esperado

O "intervalo esperado" corresponde ao conjunto de resultados de um indicador que atualmente reflete uma prática de excelência e tem as seguintes características:

- a) Correspondem a uma prática profissional de elevado desempenho;
- b) São expectáveis apenas em contexto de trabalho organizado e eficiente depois de decorrido o tempo necessário para que o indicador entre em "plateau".
- c) Existe evidência científica ou empírica que o intervalo esperado traduz ganhos em saúde.

Varição Aceitável

A "variação aceitável" corresponde ao conjunto de resultados de um indicador que refletem práticas aceitáveis e têm as seguintes características:

- a) Correspondam a boa prática profissional;
- b) São expectáveis com algum esforço de organização e trabalho em equipa, depois de decorrido o tempo necessário para que o indicador entre em "plateau".
- c) Existe evidência científica ou empírica que a atividade correspondente traduz ganhos em saúde.

Notas

1. Os limites do "intervalo esperado" e da "variação aceitável" são definidos por consenso, por um conjunto de peritos que integram a comissão técnica nacional.
2. Estes intervalos podem ser revistos anualmente pela referida comissão.

O resultado de cada indicador é valorizado para o IDS da dimensão a que pertence de acordo com o algoritmo definido na Tabela 5.

Tabela 5 - Critérios para atribuição de 0, 1 ou 2 pontos aos indicadores

Critério	Valorização do resultado (pontos)
A condição [A e B] é verdadeira: A. [resultado do indicador] $\geq$ [valor mínimo do intervalo esperado] B. [resultado do indicador] $\leq$ [valor máximo do intervalo esperado]	2
A condição [(A e B) ou (C e D)] é verdadeira: A. [resultado do indicador] $\geq$ [valor mínimo da variação aceitável] B. [resultado do indicador] $<$ [valor mínimo do intervalo esperado] C. [resultado do indicador] $>$ [valor máximo do intervalo esperado] D. [resultado do indicador] $\leq$ [valor máximo da variação aceitável]	1
A condição [A ou B] é verdadeira: A. [resultado do indicador] $<$ [valor mínimo da variação aceitável] B. [resultado do indicador] $>$ [valor máximo da variação aceitável]	0

Em 2018 existem indicadores com este tipo de métricas para as USF, UCSP e UCC.

Todos os indicadores utilizados na área de desempenho possuem um "intervalo esperado" e uma "variação aceitável", definidos nos termos do Anexo XIII – Indicadores - Intervalos esperados e variação aceitável.

O “peso” de cada indicador é sempre igual, variando na relação inversa ao número de indicadores dessa dimensão, de acordo com a fórmula:

$$[\text{peso indicador na dimensão}] = 100 / [\text{número de indicadores na dimensão}]$$

Consequentemente, o [valor ponderado de cada indicador na dimensão] é obtido pela fórmula:

$$[\text{valor ponderado de cada indicador na dimensão}] = [\text{valorização do resultado (0, 1 ou 2 pontos)}] / (2 \times [\text{número de indicadores na dimensão}])$$

Exemplo:

Considerando uma dimensão constituída por 4 indicadores cujos resultados e intervalos esperados e de variação aceitável são os seguintes:

Indicador	Resultado	Intervalo esperado	Intervalo de variação aceitável	Valorização do resultado (pontos)	Valor Ponderado para dimensão
Indicador 1	R1 = 80	[82; 95]	[78; 82[U]95; 100]	VR1 = 1	PR1 = $100 \times 1 / (2 \times 4) = 12,5\%$
Indicador 2	R2 = 65	[60; 80]	[50; 60[U]80; 100]	VR2 = 2	PR2 = $100 \times 2 / (2 \times 4) = 25,0\%$
Indicador 3	R3 = 67	[50; 70]	[47; 50[U]70; 100]	VR3 = 2	PR3 = $100 \times 2 / (2 \times 4) = 25,0\%$
Indicador 4	R4 = 45	[10; 20]	[0; 10[U]20; 40]	VR4 = 0	PR4 = $100 \times 0 / (2 \times 4) = 0,0\%$

O Índice de Desempenho Setorial desta Dimensão (IDS_D) é calculado pela fórmula:

$$\text{IDS_D} = \text{PR1} + \text{PR2} + \text{PR3} + \text{PR4} = 12,5 + 25,0 + 25,0 + 0,0 = 62,5\%$$

Para cada dimensão estão identificados os indicadores que são utilizados na operacionalização.

Nos anos seguintes será possível definir critérios que, qualificando as diferentes dimensões, possibilitem a escolha dos indicadores pelas equipas.

O resultado dos indicadores é calculado no ecossistema SIM@SNS.

4.3.1.2 IDS DA SUBÁREA "SATISFAÇÃO DE UTENTES"

A métrica desta subárea será definida garantindo o alinhamento com os pressupostos conceptuais e metodológicos deste instrumento, validado pela Comissão Técnica Nacional e publicado até 30 de junho de 2018, como anexo a este documento.

Em 2018 será calculado o índice de satisfação das UF e ACES onde o questionário for aplicado.

4.3.1.3 IDS – ÁREA DOS SERVIÇOS

A contratualização da área dos serviços permitirá valorizar toda a atividade desenvolvida pelas equipas, nomeadamente aquela que está associada a carteiras adicionais de serviços disponibilizados à população.

Para o efeito, e considerando que esta área pressupõe a contratualização de atividades adicionais a realizar pelas equipas, importa destacar que o cálculo dos respetivos IDS se operacionaliza nos termos que em seguida se identificam:

4.3.1.3.1 IDS da Subárea "Serviços de Caráter Assistencial"

Esta subárea procura avaliar o compromisso da equipa para a prestação de atividade assistencial em serviços comuns do ACES. A contratualização desta dimensão obriga a uma clara identificação das necessidades em saúde pelo Conselho Clínico e de Saúde, assim como à discussão interna, com todas as unidades, das propostas de ação e dos modelos de resposta sobre elas.

Assim, as Carteiras de Serviços devem ter identificados, de forma explícita, os seguintes parâmetros:

- Objeto e âmbito;
- População abrangida (destinatários);
- Carga de trabalho / Carga horária;
- Resultados esperados;
- Recursos a alocar (humanos, materiais, instalações, entre outros);
- Indicadores de monitorização e de avaliação.

Os serviços de caráter assistencial integram:

- Alargamento de horário;
- Colaboração com outras unidades funcionais e equipas;
- Serviços de atendimento permanente ou prolongados;
- Utentes sem equipas de saúde familiar (consulta geral, saúde infantil, saúde da mulher e doença crónica);
- Atividade sazonal;
- Consulta de cessação tabágica;
- Pequena cirurgia;

- Intervenção multidisciplinar em contextos específicos
- Colaboração no cumprimento do PNV em contextos específicos e grupos vulneráveis
- Parcerias com instituições da Comunidade, de caráter assistencial
- Outros tipos.

A contratualização deste tipo de atividades deve passar por 3 fases:

- 1. Planeamento** – após definição, pelos órgãos de gestão do ACES, das atividades assistenciais necessárias, a função planeamento inclui a definição dos recursos humanos necessários, por grupo profissional, e a distribuição das necessidades em recursos pelas respetivas unidades funcionais, mediante critérios de proporcionalidade com as respetivas dimensões, por grupo profissional. Os serviços planeados devem poder ser realizados pelos colaboradores do ACES, sendo pagos pelos respetivos vencimentos base (quando os profissionais ainda tenham horário disponível) ou em horas extraordinárias, caso contrário. Não devem, no entanto, ser planeados serviços que não tenham suporte orçamental para o efeito.
- 2. Negociação e alocação dos recursos** – os órgãos de gestão do ACES negociam com as unidades funcionais a respetiva disponibilidade em recursos humanos para assegurar os serviços planeados, no respeito pela legislação laboral vigente.
- 3. Avaliação** – a avaliação das diversas Carteiras de Serviços que compõem esta área é efetuada em função do grau de cumprimento das atividades assistenciais que foram contratadas, nomeadamente do volume de horas previstas para a realização destas atividades, servindo os Indicadores de monitorização e de avaliação que lhe estão associados apenas para aferir os resultados obtidos com a atividade contratada. Este grau de cumprimento considera as horas efetivamente realizadas, face à quantidade de horas anuais contratualizadas para esta atividade. A métrica de avaliação pode originar uma escala contínua de valores no intervalo [0; 2].

Em 2018, na fase de negociação, fica explicitado que o valor máximo a contratualizar com a unidade funcional é de 2 horas por profissional e por semana.

Exemplo:

Uma unidade funcional com 6 médicos, 5 enfermeiros e 4 secretários clínicos, contratualiza, no máximo, 12 horas de atividade médica, 10 de atividade de enfermagem e 8 de atividade de secretariado clínico por semana para serviços assistenciais comuns do ACES.

A métrica de cálculo do IDS desta dimensão é dada pela fórmula:

$$[\text{IDS dimensão serviços assistências}] = 2 \times (1 - F / C)$$

Em que:

- F corresponde à quantidade de horas contratualizadas com a equipa para o período em análise, não realizadas por falta dos respetivos elementos. Considera-se "falta dos respetivos elementos" quando a equipa não assegurou a substituição atempada (por elemento da própria equipa ou por elemento de outra equipa).
- C corresponde à quantidade de horas contratualizadas com a equipa para o período em análise para atividade assistencial em serviços comuns do ACES.

Exemplo de uma UF com 20 profissionais (7 médicos, 7 enfermeiros e 6 secretários clínicos) com serviços assistenciais colaborativos contratualizados com o ACES:

- **Consulta Cessação Tabágica.** Esta equipa contratualizou com o ACES uma consulta de cessação tabágica com 3 horas por semana de um médico, de um enfermeiro e de um secretário clínico. As horas a contratualizar para cada grupo profissional serão 3 x 44 semanas = 132 horas anuais. No total, esta UF contratualiza para esta atividade assistencial 396 horas anuais.
- **Atendimento Sazonal.** Esta equipa contratualizou com o ACeS atendimento sazonal durante 2 meses com 5 horas médicas por semana, igual nº de horas de enfermagem e 3 horas por semana de secretariado clínico. No total, esta UF contratualiza para esta atividade assistencial 104 horas anuais.
- **SAP.** Esta equipa contratualizou com o ACeS a participação nas escalas do Serviço de Atendimento Permanente aos fins de semana e feriados de 48 horas médicas anuais, igual nº de horas de enfermagem e 24 horas de secretariado clínico. No total, esta UF contratualiza para esta atividade assistencial 120 horas anuais.

	DISPONIBILIDADE MÁXIMA (2 HORAS x 44 SEMANAS)	CESSAÇÃO TABÁGICA	ATENDIMENTO SAZONAL	SAP	TOTAIS
Médicos	616	132	40	48	220
Enfermeiros	616	132	40	48	220
Secretários Clínicos	528	132	24	24	180
Total [C]	1760	396	104	120	620
Ausências [F]	-	20	15	20	55

A avaliação da participação dos profissionais das UF nesta subárea obtém-se pela seguinte fórmula: $2 \times (1 - F / C)$. A Avaliação Final desta UF = $2 \times (1 - 55 / 620) = 1,823$.

4.3.1.3.2 IDS da Subárea de Serviços Não Assistenciais

Esta subárea procura avaliar o compromisso da equipa para a prestação de serviços não assistenciais. No ano de 2018 será feita contratualização apenas na dimensão de governação clínica e de saúde.

O conselho clínico e de saúde, no âmbito da sua missão, contratualiza com as respetivas unidades funcionais, a disponibilidade de recursos humanos para, em cooperação e complementaridade, dinamizar as tarefas relacionadas com a governação clínica e de saúde.

Em 2018 são elegíveis como atividades, no âmbito da governação clínica e de saúde, as seguintes:

- Qualificação da prescrição;
- Formação;
- Investigação;
- Auditoria Clínica;
- Qualidade e Segurança;
- Reuniões plenárias dos conselhos técnicos e conselho clínico e de saúde.

Fica explicitado que o valor a contratualizar com a unidade funcional é determinado pela fórmula seguinte:

$$[\text{n}^\circ \text{ de horas a contratualizar por mês para atividades de governação clínica}] = 0,8 \times [\text{n}^\circ \text{ de elementos da equipa}]$$

Nas UF com profissionais a tempo parcial, o cálculo será realizado de forma proporcional ao tempo alocado.

Exemplo:

Uma unidade funcional com 20 profissionais, contratualiza obrigatoriamente um total de 16 horas mensais de participação multiprofissional em atividades de governação clínica do ACES e um total de 176 horas anuais (16 x 11 meses).

A **Avaliação** é efetuada através de uma métrica que exprime o grau de compromisso de cada unidade funcional relativamente à necessidade em recursos contratualizada bem como a avaliação sobre a existência ou não de plano de ação e relatório de atividades de cada área ou grupo de trabalho.

Exemplo:

Avaliação de uma unidade funcional com 20 profissionais em que ocorreram mais de 80% de faltas no grupo da formação, da investigação e da qualidade/segurança e onde os respetivos grupos não efetuaram relatório de atividades no âmbito da “qualificação e prescrição” e “formação” e não efetuaram plano de ação no âmbito da “qualidade e segurança”.

Os resultados apresentam-se no quadro seguinte:

Tipos de Atividades	Horas Contrat.	Horas Realiz.	Particip.	Cumprimento Particip.	Ponderação	Plano ação	Relatório activi.	Pontuação PA e RA	Resultados Parciais
Variável	A	B	C	D	P	PA	RA	Q	R
Fórmula	A	B	B/A	Se C≥80% =1; Se C<80%=0	D*A/[Total de A]	Tem PA = S; Não tem PA = N	Tem RA = S; Não tem RA = N	Tem PA e RA = 2; Tem PA ou RA = 1; Não tem PA nem RA = 0	P*Q
Unidade de Medida	Horas	Horas	%	0 ou 1	Valor	S ou N	S ou N	0 ou 1 ou 2	
Qualificação da prescrição	36	30	83%	1	0,205	S	N	1	0,205
Formação	30	20	67%	0	0,000	S	N	1	0,000
Investigação	20	0	0%	0	0,000	S	S	2	0,000
Auditoria Clínica	60	55	92%	1	0,341	S	S	2	0,682
Qualidade e Segurança	6	3	50%	0	0,000	N	S	1	0,000
Reuniões plenárias dos conselhos técnicos	24	24	100%	1	0,136	S	S	2	0,273
Total	176	IDS Governação Clínica							1,159

Esta métrica aplica-se a todo o tipo de unidades funcionais: USF, UCSP, UCC, USP, URAP.

4.3.1.4 IDS – ÁREA DA QUALIDADE ORGANIZACIONAL

Em 2018 apenas serão contratualizadas as dimensões da subárea “Melhoria Contínua da Qualidade” e da “Satisfação Profissional”.

4.3.1.4.1 IDS da Subárea "Melhoria Contínua da Qualidade"

A subárea da "Melhoria Contínua da Qualidade" possui 2 dimensões:

- Acesso;
- Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados.

Estas dimensões são operacionalizadas através de processos de melhoria contínua com realização de Auditorias Internas (clínicas e/ou organizacionais).

Um processo de "melhoria contínua da qualidade" contempla as fases elencadas na tabela seguinte.

Tabela 6 - Fases do processo de melhoria contínua de qualidade

Fase	Nome da Fase	Descrição	Crítérios de cumprimento da fase
1	Identificação	Identificação e caracterização do "problema" ou "área" ou "processo de cuidados" na vertente clínica ou organizacional	Registo com validação pelo conselho clínico e de saúde do ACES
2	Definição do processo e resultado esperado	Responder à questão "O que deve acontecer?"	Registo com validação pelo conselho clínico e de saúde do ACES
3	Avaliação do desempenho atual	Responder à questão "O que está a acontecer?"	Registo com validação pelo conselho clínico e de saúde do ACES
4	Discussão, e análise dos resultados	Fazer a discussão, análise dos resultados e eventuais medidas corretoras. A proposta de melhoria deve descrever as estratégias a implementar, respetivo cronograma de implementação bem como os responsáveis pela implementação	Validação pelo conselho clínico e de saúde do ACES baseado no relatório de execução das auditorias
5	Introdução das mudanças	Corresponde à implementação das estratégias identificadas na proposta de melhoria descrita na fase 4	Validação pelo conselho clínico e de saúde do ACES baseado no relatório de execução das auditorias
6	Reavaliação do desempenho atual	Corresponde a responder à questão "O que está a acontecer?" Esta fase é equivalente à fase 3 do 1º ciclo de auditoria e só deve ocorrer depois do processo de auditoria e corresponde simultaneamente ao fecho de um ciclo e início do ciclo seguinte de auditoria	Validação pelo conselho clínico e de saúde do ACES baseado no relatório de execução das auditorias
7	Repetição do ciclo a partir da fase 4	Repetição do ciclo (fases 4, 5 e 6) até resultado esperado ou definição de indicadores, intervalos esperados e mecanismos automáticos de alerta que permitam monitorizar esse processo	Não tem

O resultado de cada auditoria definida para a dimensão "Acesso" e para a dimensão "Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados" será convertido numa escala de 0, 1 ou 2 pontos, de acordo com o algoritmo definido na Tabela 7.

Tabela 7 - Critérios para atribuição de 0, 1 ou 2 pontos a cada auditoria clínica ou organizacional

Crítério	Valorização do resultado (pontos)
A unidade funcional implementou o processo de auditoria interna com cumprimento cumulativo, durante o ano de 2018, das fases 4, 5 e 6	2
A condição [(A e B) ou (C e D)] é verdadeira: A. O processo de auditoria foi iniciado no ano em curso B. A unidade funcional implementou o processo de auditoria interna com cumprimento cumulativo, durante o ano em curso, das fases 1, 2, 3 e 4 C. O processo de auditoria foi implementado em anos anteriores ao ano em curso D. A unidade funcional implementou no ano em curso, pelo menos a fase 4 e 50% das medidas corretoras previstas	1

Critério	Valorização do resultado (pontos)
A unidade funcional não cumpre critérios para ter 2 pontos nem para ter 1 ponto	0
<i>Sucedee, por exemplo, quando a unidade funcional implementou o processo de auditoria interna em anos anteriores e não implementou no ano em curso medidas corretoras, ou quando implementou no ano em curso mas não completou cumulativamente as fases 1, 2, 3 e 4</i>	

O “peso” de cada auditoria em cada dimensão é sempre igual, variando na relação inversa ao número de auditorias definidas como necessárias de acordo com a fórmula:

$$[\text{peso da auditoria na dimensão}] = 100 / [\text{número de auditorias na dimensão}]$$

Consequentemente, o [valor ponderado de cada indicador na dimensão] é obtido pela fórmula:

$$[\text{valor ponderado de cada auditoria na dimensão}] = [\text{valorização do resultado (0, 1 ou 2 pontos)}] / (2 \times [\text{número de auditorias na dimensão}])$$

Em 2018 cada unidade funcional terá que realizar dois processos de auditoria interna:

- Um na dimensão "Acesso";
- Um na dimensão " Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados".

No entanto, as unidades funcionais poderão realizar mais do que um processo de auditoria para cada dimensão. A definição dos processos de auditoria será efetuada até à submissão do plano de ação (fase de negociação da contratualização), sendo explicitados no seu conteúdo. Esta métrica aplica-se a todo o tipo de unidades funcionais: USF, UCSP, UCC, USP, URAP.

O acompanhamento e validação serão efetuados pelo Conselho Clínico e de Saúde de acordo com as condições definidas na Tabela 6 e na Tabela 7.

Para efeito de cálculo do IDG, nesta subárea, as UF que no período em análise estejam acreditadas no âmbito do Modelo de Acreditação do Ministério da Saúde (Despacho nº 69/2009, de 31 de agosto) têm o valor máximo de IDS. Este facto não as exime de no seu plano de ação proporem as duas Auditorias Internas Interpares (clínica e/ou organizacional).

4.3.1.4.2 IDS da Subárea Segurança

Em 2018 apenas será contratualizada a dimensão “Profissionais” através da avaliação da Satisfação dos Profissionais. A avaliação desta dimensão segue as mesmas regras definidas no ISD da subárea “Satisfação de Utentes”.

4.3.1.4.3 IDS da Subárea Centralidade do Cidadão

A subárea Centralidade do Cidadão não será operacionalizada em 2018.

4.3.1.5 IDS – ÁREA FORMAÇÃO

4.3.1.5.1 IDS da Subárea Formação Interna

Na subárea Formação Interna serão contratualizadas em 2018 as seguintes atividades:

- Na dimensão Equipa Multiprofissional - Plano de Formação e a sua execução.
- Na dimensão Internos / Alunos – Manual de Acolhimento.

O Plano de Formação da Equipa deve contemplar os seguintes requisitos:

1. Identificação das necessidades formativas, designadamente a sua relação com as restantes áreas e dimensões do Plano de Ação;
2. Abranger todos os grupos profissionais;
3. Identificação dos objetivos, das atividades, cronograma, formadores (internos e/ou externos) e os destinatários;
4. Definição da metodologia de avaliação. Esta deve contemplar pelo menos a definição dos valores a atingir nos seguintes itens:
 - % reuniões formativas/ total das reuniões;
 - % ações de formação realizadas/ total das ações de formação programadas;
 - % profissionais envolvidos por cada grupo profissional (enquanto formandos);
 - % formações externas partilhadas em reunião / total formações externas frequentadas.

O Manual de Acolhimento dos Internos / Alunos deve contemplar os seguintes requisitos:

- Quem somos. Quem servimos. O que oferecemos;
- Como estamos organizados. Exemplo: núcleos, grupos de atividades, etc., procedimentos em vigor – férias, intersubstituição, utilização do bar, etc.
- O que fazemos. Exemplo: resumo do Relatório de Atividades e do Plano de Ação, Plano de Formação Interna, outros.

Avaliação

A avaliação do Plano de Formação é feita pelo Conselho Clínico e de Saúde conforme evidências apresentadas pela UF de acordo com a métrica seguinte:

- Cumpre os 4 requisitos pré-definidos e tem avaliação positiva da sua execução em todos os itens definidos na metodologia de avaliação = 2
- Cumpre os 4 requisitos pré-definidos e cumpre pelo menos 50% dos itens definidos na metodologia de avaliação = 1
- Nenhuma das condições anteriores = 0

A avaliação do Manual de Acolhimento dos Internos / Alunos e da sua execução é feita pelo Conselho Clínico e de Saúde, conforme evidências apresentadas pela UF de acordo com a métrica seguinte:

- Tem Manual de Acolhimento (cumpre os 3 requisitos) e foi formalmente cumprido com todos os internos = 2
- Tem Manual de Acolhimento (cumpre os 3 requisitos respetivos) = 1
- Nenhuma das condições anteriores = 0

4.3.1.5.2 Subárea Formação Externa

A subárea Formação Externa não será operacionalizada em 2018.

4.3.1.6 ÁREA DA ATIVIDADE CIENTIFICA

Esta área não será operacionalizada em 2018.

4.3.2 PONDERAÇÃO DO DESEMPENHO EM FUNÇÃO DO CONTEXTO

Os diferentes contextos socioeconômicos e demográficos, bem como algumas características funcionais e/ou organizacionais das UF poderão ser objeto de ponderação.

Apesar da relevância já reconhecida para alguns indicadores ou variáveis, é ainda necessário validar qual deve ser a sua ponderação, positiva ou negativa, de modo a garantir a sua adequada utilização.

Neste contexto, será definida durante o ano de 2018, experimentalmente, uma matriz de ponderação do IDG, para avaliar a influência do "contexto" sobre o desempenho. Dessa análise, e de forma articulada com a CTN, decorrerá a decisão de, no processo de cálculo do IDG, ponderar ou não os IDS das dimensões em função do "contexto" de cada unidade funcional.

A análise incidirá sobre a influência individual ou conjugada dos fatores seguintes:

- Dimensão em número de unidades ponderadas
- Número de equipas de saúde familiar
- % de elementos em falta, por grupo profissional, para equipa completa
- Número de polos
- Idade da unidade funcional
- Acesso a cuidados de saúde
- Disponibilização dos recursos contratualizados na Carta Compromisso

A ponderação mencionada, caso seja aprovada, promoverá impacto no cálculo do IDG de 2018.

5 CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA

A contratualização externa, realizada entre as ARS e os respectivos ACES, e formalizada com a assinatura dos Contrato-Programa, tem como referência estratégica o Plano Local de Saúde, sendo essa a principal fonte para que o ACES possa definir o seu Plano de Desempenho, utilizando a Matriz de Desempenho, as suas 5 áreas e respectivas subáreas como referência cruzada, no sentido da garantia de um alinhamento que permita uma efetiva atividade e monitorização concertadas.

A operacionalização das Subáreas deve obedecer a 2 características essenciais:

- Englobar as diversas dimensões das diferentes UF.
- Incorporar a dimensão gestionária e a dimensão de governação decorrentes da sua missão.

Na área do desempenho, os resultados divulgados devem demonstrar o valor obtido pelo ACES, os resultados das respetivas UF, bem como os resultados mínimos, médios, medianos e máximos das UF (por modelo de UF).

5.1 PROCESSO

O processo de contratualização dos ACES mantém o mesmo enquadramento conceptual e metodológico do processo da contratualização interna definido no Capítulo 4 do presente documento.

5.1.1 NEGOCIAÇÃO

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 negociam 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.

O processo negocial deve integrar/envolver os Conselhos de Administração dos Hospitais da sua área de influência direta (nomeadamente as Direções Clínicas) na totalidade do processo ou em momentos do tempo e/ou áreas específicas, promovendo um processo conjunto de discussão e contratualização no âmbito da “Gestão dos Percursos Integrados”.

5.1.1.1 CONTRATO-PROGRAMA

O Contrato-Programa dos ACES representa o compromisso anual explicitamente assumido pelo ACES e ARS que contempla:

- Compromisso de resultados, operacionalizado no nível de IDG e IDS que se pretende atingir;
- Compromisso de recursos disponíveis e alocados ao ACES.

São anexos obrigatórios ao Contrato Programa:

- Plano de Desempenho;
- Orçamento Económico do ACES.

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 acompanhamento muito importante para todos os profissionais do ACES e, em particular, para os seus gestores e prestadores clínicos, pelo que deve ser divulgado pelas unidades funcionais do ACES.

O Plano de Desempenho está organizado em dez áreas, todas elas disponibilizadas na Plataforma SICA-ACES, à exceção da área (7) Matriz Multidimensional de Contratualização e (10) Plano de Incentivos Institucionais:

- (1) Caracterização;
- (2) Linhas estratégicas
- (3) Plano Atividades;
- (4) Plano Formação;
- (5) Mapa de Equipamentos;
- (6) Mapa de Recursos Humanos;
- (7) Matriz multidimensional de contratualização;
- (8) Plano de Investimentos
- (9) Orçamento-Económico
- (10) Plano de Incentivos Institucionais

Considerando as alterações introduzidas no processo de contratualização de 2017, deverão os ACES, através da definição das Linhas Estratégicas, efetuar as necessárias referências à Matriz Multidimensional, mencionando as áreas, subáreas e/ou dimensões englobadas na estratégia definida.

Em 2018, a contratualização tem por base o orçamento do ACES, o qual deve englobar todas as despesas, incluindo a despesa com meios complementares de diagnóstico e terapêutica, medicamentos e outras despesas correntes e de investimento.

A negociação do orçamento dos ACES para 2018 deve centrar-se na procura da maior eficiência, efetividade e sustentabilidade económico-financeira possível, aumentando a participação dos responsáveis dos ACES e das unidades funcionais que o compõem no cumprimento dos objetivos de eficiência estipulados para o ano. Adicionalmente desenvolve-se a componente de proveitos dos ACES 2018, efetuando uma aproximação a modelos de financiamento ajustados à realidade dos cuidados primários, que considerem as necessidades em saúde da população.

5.1.2 ACOMPANHAMENTO E MONITORIZAÇÃO

O SICA ACES será, em 2018, o instrumento de suporte ao processo de contratualização externa, permitindo estruturar e harmonizar o processo de negociação, acompanhamento e avaliação da contratualização externa com os ACES. No entanto, está prevista uma harmonização de plataformas de contratualização em 2018 que garanta uma estrutura e acessos comuns, integrada e interligada, e que permita um acesso integral à informação disponibilizada. Assim, durante o ano de 2018 decorrerão os trabalhos tendentes à adaptação do BI CSP para integração do SICA ACES.

Nesta sequência, a responsabilidade dos vários atores deverá ser plenamente assumida e a informação terá de ser reportada e analisada de forma atempada e adequada, segundo o calendário definido, com as especificidades do corrente ano.

5.1.3 AVALIAÇÃO

A avaliação do ACES realiza-se com base nos indicadores publicados no BI-CSP, no SIM@SNS e no SICA, com data de referência de 31 de dezembro de 2018. Alguns dos indicadores referentes a 31 de dezembro devem ser recalculados 1 mês depois, pelo que a avaliação de 2018 será efetuada com a informação que estiver disponível no SIM@SNS até ao final de fevereiro de 2019, com data de referência de 31 de dezembro de 2018.

Para 2018, considerando o disposto no capítulo 4.3, a avaliação dos resultados e a determinação da atribuição dos incentivos aos ACES será efetuada através do IDG.

5.1.3.1 CÁLCULO DOS IDS DE UMA DIMENSÃO DO ACES

A métrica de cálculo que de seguida se apresenta procura promover a função de acompanhamento do processo de contratualização uma vez que permite que o ACES analise os resultados dos IDS das

dimensões das respetivas unidades funcionais tornando evidente quais as que se posicionam num nível desejável e as que necessitam de prosseguir um caminho de melhoria, sustentando-se nos scores dos indicadores das respetivas unidades funcionais. O IDS das dimensões dos ACES resultam dos IDS da mesma dimensão para as respetivas UF, ponderados pelo número de utentes lá inscritos.

Desta forma, conceberam-se quatro fases para efeitos de cálculo do IDS de uma dimensão de um ACES.

Fase 1:

Determinação dos **resultados dos indicadores** da dimensão em causa na matriz dos ACES para as respetivas unidades funcionais do ACES. Quando a unidade funcional é uma UCSP, utiliza-se a componente "com médico" do indicador.

Exemplo:

Um ACES com 10 unidades funcionais (4 USF, 3 UCSP e 3 UCC) e dimensão X constituída por 3 indicadores, 2 dos quais aplicáveis a USF/UCSP e 1 aplicável a UCC, terá os seguintes resultados para os 3 indicadores por unidade funcional:

Unidade funcional	Resultado Indicador 1 (R1)	Resultado Indicador 2 (R2)	Resultado Indicador 3 (R3)
USF A – 1	20	85	
USF B – 2	30	67	
USF B – 3	34	56	
USF A – 4	37	84	
UCSP – 5	62	67	
UCSP – 6	45	52	
UCSP – 7	55	90	
UCC – 8			70
UCC – 9			78
UCC - 10			55

Fase 2:

Determinação dos **scores dos indicadores** da dimensão em análise para cada uma das unidades funcionais do ACES à luz dos intervalos esperados e de variação aceitável publicados no documento de operacionalização para o ano de 2018.

Determinação também dos IDS da dimensão para cada uma das UF do ACES.

Exemplo:

O indicador 1 tem como intervalo esperado [32; 46] e como intervalo de variação aceitável [25; 70]; O indicador 2 tem como intervalo esperado [60; 100] e como intervalo de variação aceitável [55; 100]; O indicador 3 tem como intervalo esperado [75; 100] e como intervalo de variação aceitável [60; 100]. Os scores para os indicadores com os resultados ilustrados na tabela anterior são os evidenciados na tabela seguinte. São também evidenciados os IDS da dimensão para as 10 unidades funcionais do ACES.

Unidade funcional	Score Indicador 1 (S1)	Score Indicador 2 (S2)	Score Indicador 3 (S3)	IDS da Dimensão para as UF $IDS_{UF} = 100 \times (S1 + S2 + S3) / ([N^{\circ} \text{ indicadores válidos para UF}] \times 2)$
USF A – 1	0	2		50
USF B – 2	1	2		75
USF B – 3	2	1		75
USF A – 4	2	2		100
UCSP – 5	1	2		75
UCSP – 6	2	0		50
UCSP – 7	1	2		75
UCC – 8			1	50
UCC – 9			2	100
UCC - 10			0	0

Fase 3:

De seguida, procede-se ao à ponderação do IDS da **dimensão de cada UF** em função do número de utentes das respetivas unidades funcionais. A métrica relativa ao “número de utentes” das unidades funcionais é variável em função do tipo de unidade funcional:

- USF - nº total de utentes com inscrição ativa.
- UCSP - nº de utentes com inscrição ativa e médico de família.

- UCC – n.º utentes inscritos no ACES na área de abrangência da UCC (ou em códigos RNU relacionados com a UCC nas UCC que partilhem freguesias entre si).

Exemplo:

Coloca-se na tabela seguinte a dimensão de cada unidade funcional (usando a métrica especificada no ponto anterior) e a ponderação do IDS da dimensão.

Neste exemplo o somatório de utentes inscritos nas USF e UCSP é de 58000 (DimUF) e o somatório de inscritos nas UCC (DimUF) é de 62000 (as UCC têm utentes sem médico não contemplados no dimensionamento das UCSP). Adicionalmente entra-se em linha de conta com a relação entre cada tipo de unidades funcionais no ACES (R_UF), ou seja, o facto de existirem 3 UCC (30% do total de UF) e 7 USF/UCSP (70% do total de UF).

Unidade funcional	Dimensão (D)	IDS da Dimensão para as UF $IDS_{UF} = 100 \times (S1 + S2 + S3) / ([N^{\circ} \text{ indicadores válidos para UF}] \times 2)$	IDS da Dimensão para as UF ($IDS_{UF_POND} = D \times R_{UF} \times IDS_{UF} / DimUF / 100$)
USF A – 1	10000	50	6,034
USF B – 2	12000	75	10,862
USF B – 3	9000	75	8,147
USF A – 4	11000	100	13,276
UCSP – 5	5000	75	4,526
UCSP – 6	4000	50	2,414
UCSP – 7	7000	75	6,336
UCC – 8	5000	50	1,210
UCC – 9	25000	100	12,097
UCC - 10	32000	0	0,000

Fase 4:

Por fim, procede-se ao apuramento do **IDS da Dimensão X do ACES**, calculado pela fórmula seguinte:

$$[\text{IDS da Dimensão X do ACES}] = \text{Somatório (IDS_UF_POND)}$$

Exemplo:

$$[\text{IDS da Dimensão X do ACES}] = 6,034 + 10,862 + 8,147 + \dots + 1,210 + 12,097 + 0,000 = 64,9\%$$

5.1.3.2 CÁLCULO DOS IDG DO ACES

O **IDG do ACES** é determinado a partir dos IDS das dimensões calculadas para o ACES tal como especificado nas fases 1 a 4 do ponto anterior, pela aplicação das regras já aplicáveis na avaliação das unidades funcionais, ou seja, tendo em atenção (i) a ponderação relativa de cada dimensão para o cálculo dos IDS das subáreas; (ii) a ponderação relativa de cada subárea para o cálculo dos IDS das áreas; (iii) a ponderação relativa de cada área para o cálculo dos IDG.

5.1.4 INCENTIVOS INSTITUCIONAIS

Os incentivos institucionais têm um valor global máximo que é fixo e determinado anualmente por despacho dos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e pela área da saúde, a aprovar até ao dia 15 de janeiro de cada ano, sendo o mesmo afeto a todos os ACES.

À semelhança da contratualização externa, devem os ACES elaborar um Plano para a Aplicação do Incentivo Institucional do ACES (PAII ACES), o qual faz parte do Plano de Desempenho, independentemente do seu direito vir a ser ou não reconhecido.

O acesso aos incentivos institucionais pelos ACES respeita os critérios e níveis de IDG para a atribuição de Incentivos Institucionais, conforme Tabela 8.

Tabela 8 – Critérios e Níveis de IDG para a atribuição de Incentivos Institucionais e Valores de Ponderação

Escalão	Critério (IDG)	Consequência	Ponderação (W)
1	[0;50[	Sem direito a Incentivos Institucionais (Intervenção do CD da ARS)	0
2	[50;75[	Sem direito a Incentivos Institucionais	0
3	[75;85[	Direito a Incentivos Institucionais – Nível I	1
4	[85;95[	Direito a Incentivos Institucionais – Nível II	1,5
5	[95;100]	Direito a Incentivos Institucionais – Nível III	2

A metodologia de cálculo dos incentivos institucionais para os ACES segue as regras definidas para USF/UCSP, definidas no Anexo V – Incentivos Institucionais, com as necessárias adaptações considerando a realidade do ACES.

5.2 MATRIZ MULTIDIMENSIONAL E INDICADORES

Na Tabela 9 encontram-se estruturadas as áreas, subáreas e dimensões associadas à esfera de atuação mais abrangente do ACES, considerando a realidade do ACES, das UF que os compõem, e toda a envolvente comunitária.

Tabela 9 - Matriz multidimensional - contratualização ACES

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2018 ⁷
A - Desempenho Assistencial	50	
S – Acesso	20	
D - Cobertura ou Utilização	10	Sim
D - Personalização	10	Sim
D - Atendimento Telefónico	10	Não
D - Tempos Máximos de Resposta Garantidos	40	Sim
D - Consulta no Próprio Dia	10	Sim
D - Trajeto do Utente nas Unidades Funcionais	10	Não
D - Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	10	Sim
S - Gestão da Saúde	20	
D - Saúde Infantil e Juvenil	25	Sim
D - Saúde da Mulher	25	Sim
D - Saúde do Adulto	25	Sim
D - Saúde do Idoso	25	Sim
S - Gestão da Doença	20	
D - Doença Aguda	12,5	Não
D - Doenças Cardiovasculares	12,5	Sim
D - Diabetes Mellitus	12,5	Sim
D - Hipertensão Arterial	12,5	Sim
D - Saúde Mental e Gestão de Problemas Sociais e Familiares	12,5	Não
D - Doenças Aparelho Respiratório	12,5	Sim

⁷ Indicação se a dimensão é operacionalizável em 2018

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2018 ⁷
D - Doenças Osteoarticulares	12,5	Não
D - Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças	12,5	Sim
S - Qualificação da Prescrição	20	
D - Prescrição Farmacoterapêutica	50	Sim
D - Prescrição MCDT's	30	Sim
D - Prescrição de Cuidados	20	Não
S - Satisfação de Utentes	20	
D - Satisfação de Utentes	100	Sim
A - Integração de Cuidados	10	
S - Integração de Cuidados Hospitalares	70	
D - Integração de Cuidados Hospitalares	100	Não
S - Integração de Cuidados Continuados	30	
D - Integração de Cuidados Continuados	100	Não
A - Qualidade Organizacional	20	
S - Melhoria Contínua da Qualidade	50	
D - Acesso	25	Não
D - Gestão de Stocks	25	Não
D - Gestão de Equipamentos	25	Não
D - Gestão de Recursos Humanos	25	Não
S - Segurança	30	
D - Segurança de Utentes	40	Não
D - Segurança de Profissionais	30	Sim
D - Gestão do Risco	30	Não
S - Centralidade no Cidadão	20	
D - Centralidade no Cidadão	100	Não
A - Formação Profissional	10	
S - Formação Interna	80	
D - Formação Interna	100	Não
S - Formação Externa	20	
D - Formação Externa	100	Não
A - Informação e Comunicação	10	
S - Sistemas de Informação	60	

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2018 ⁷
D - Sistemas de Informação	100	Não
S - Sistemas de Comunicação	40	
D - Sistemas de Comunicação	100	Não

Em função da matriz multidimensional definida para o ano de 2018, importa garantir a alocação, às diferentes dimensões, dos respetivos indicadores, que se elencam no Anexo XI - Contratualização dos ACES - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG. É igualmente disponibilizado o Anexo XII – Monitorização dos ACES - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional sem impacto no cálculo do IDG, o qual explicita indicadores de monitorização que são relevantes para o acompanhamento do ACES.

5.3 UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE

O processo de contratualização nos cuidados de saúde primários aplica-se às ULS enquanto entidades que integram unidades de cuidados de saúde primários. Assim, o processo de contratualização interna envolve o Conselho de Administração das ULS e os responsáveis pela gestão interna e pela prestação de cuidados ao nível dos cuidados de saúde primários, respeitando os princípios da autonomia técnica própria dos cuidados de saúde primários, da delegação de competências no âmbito das ULS e da responsabilização dos profissionais, com o objetivo de garantir o alinhamento dos objetivos específicos deste nível de cuidados e da ULS e de assegurar o *continuum* dos cuidados à população.

6 CRONOGRAMA

6.1 ANO DE 2018

Para o ano de 2018 o cronograma a observar é o seguinte:

- Início da negociação do processo de contratualização interna e externa a 15 de dezembro de 2017;
- Processo de contratualização interna e externa deverá estar terminado a 28 de fevereiro de 2018;
- Assinatura de Contrato Programa e Carta de Compromisso – até 31 de março de 2018.

Relativamente ao ano anterior, há igualmente uma calendarização associada ao processo de avaliação do ano de 2017:

- Relatório de atividades da UF – 15/03/N
- Auditorias Clínicas promovidas por ACES e/ou ARS – 15/04/N
- Decisão da ARS sobre atribuição de incentivos – 30/04/N
- Relatório de Monitorização das ARS (UF com direito a incentivos institucionais) – 15/07/N
- Relatório de Monitorização das ARS (execução dos planos de aplicação dos incentivos – 30/06/N+1

7 ANEXOS

7.1 ANEXO I – FASES E CHECK-LIST DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

1. Fase de preparação

- 1.1. Validar no BICSP a caracterização sumária da Unidade Funcional:
 - 1.1.1. Identificar a ARS, ACES e Modelo (A; B);
 - 1.1.2. Identificação completa da equipa, seu regime de trabalho e tipo de vínculo contratual;
 - 1.1.3. Identificação do coordenador e do conselho técnico;
 - 1.1.4. Outros profissionais afetos à UF;
 - 1.1.5. Profissionais em formação;
 - 1.1.6. Instalações (Nº de polos e suas dimensões);
 - 1.1.7. População abrangida (dimensão inscritos, unidades ponderadas e respetivo ratio);
 - 1.1.8. Área geográfica abrangida;
 - 1.1.9. Declaração de inexistência de incompatibilidades dos profissionais (USF de modelo B).
- 1.2. Balanço do ano que finaliza
 - 1.2.1. Análise das atividades previstas e realizadas.
 - 1.2.2. Análise da aplicação do Manual de Articulação e Plano de aplicação de Incentivos Institucionais anterior.
 - 1.2.3. Validação das atividades específicas médicas e montante dos incentivos financeiros aos enfermeiros e secretários clínicos (USF de modelo B).
- 1.3. Temáticas pendentes, novas temáticas e calendário negocial.

2. Fase de Negociação

- 2.1. Plano de Ação plurianual, normalmente a três anos com revisitação anual de:
 - 2.1.1. Máximo de população a inscrever em unidades ponderadas;
 - 2.1.2. Horário de funcionamento, incluindo redução ou alargamento;
 - 2.1.3. Na área dos “Serviços” as eventuais carteiras adicionais de serviços na vertente assistencial (conforme disposto no ponto 6 do Artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, na sua redação atual) e não assistenciais com a devida contratualização da compensação financeira global.
 - 2.1.4. Plano de Melhoria do IDG e IDS
- 2.2. Recursos necessários a alocar para cumprir o plano de ação:

2.2.1. Recursos Humanos – Horas de cada grupo profissional, horas extraordinárias ou novos profissionais e cargas horárias alocadas.

2.2.2. Investimento nas diversas áreas: (i) Equipamento de comunicação, (ii) Sistemas de informação em uso, (iii) Equipamento clínico, (iv) Obras, (v) Viaturas e (vi) Outros.

2.2.3. Manutenção nas diversas áreas, incluindo calibração de material electro médico, climatização, sistema de informação e edifício.

2.2.4. Fundo de maneio e receitas (artigo 17º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, na redação atual).

2.3. Plano de Formação.

2.4. Plano de Aplicação dos Incentivos Institucionais.

2.5. Manual de Articulação.

3. Fase de Monitorização e Acompanhamento

3.1. Carregamento *online* de relatório de execução trimestral sobre compromisso assumido entre as partes nas diferentes dimensões de análise.

3.2. Renegociação de objetivos, se necessário.

4. Fase de Avaliação Final

4.1. Prestação de contas: relatório final de atividades e validação das atividades específicas (USF em modelo B).

4.2. Reconhecimento público: incentivos institucionais.

7.2 ANEXO II – ESTRUTURA DA ATA DAS REUNIÕES DE NEGOCIAÇÃO E DE ACOMPANHAMENTO

A Ata deve conter os seguintes elementos:

- Data (dia e hora)
- Local
- Participantes
- UF – Nome, grupo profissional, função (dos vários elementos)
- ACES - Nome, grupo profissional, função (dos vários elementos)
- Outros (liga de Amigos da UF, etc) - Nome, grupo profissional, função (dos vários elementos)
- Ordem de Trabalhos.
- Para cada ponto da OT deverá estar discriminado:
 - A decisão tomada
 - A posição de cada um dos Participantes
 - Níveis de responsabilidade atribuídos a cada uma das partes envolvidas
- Data da próxima reunião (se existente)
- Assinatura do Coordenador da UF e do Diretor Executivo do ACES

7.3 ANEXO III – PLANO DE AÇÃO DA UF

O Plano de Ação da UF deve ter como referencial as diferentes componentes da Matriz de Desempenho (áreas, subáreas e respectivas dimensões), tratando-se de um plano de ação plurianual, normalmente a 3 anos, com calendarização de metas de acompanhamento e/ou resultado anuais.

O Plano de Ação da UF deve identificar / definir:

- As áreas de melhoria e/ou de manutenção;
- O conjunto de estratégias/atividades para esse fim;
- Os recursos a alocar para esse fim – designadamente se necessários mais para além dos existentes;
- As estratégias e o plano de formação;
- O plano de aplicação dos incentivos institucionais (quando aplicável).

A construção, discussão e validação do plano de ação é feita em suporte eletrónico no BI CSP.

7.4 ANEXO IV – CARTA DE COMPROMISSO

A Carta de compromisso deve conter as seguintes componentes, nos casos aplicáveis:

1. Caracterização sumária da Unidade Funcional
 - Identificação da equipa, do coordenador e do conselho técnico;
 - População abrangida (dimensão inscritos e unidades ponderadas);
 - Profissionais existentes e respetivo ratio;
 - Instalações (Nº de polos);
 - Sistema de informação em uso;
2. Sumário executivo do Plano de Ação tendo como referencial a Matriz Multidimensional (o que pretende melhorar, manter) operacionalizado através do IDG que se propõe alcançar (até nível dos IDS – subáreas);
3. Sumário Executivo do Plano de Formação;
4. Especificações da Carteira de Serviços (quando aplicável);
5. Recursos necessários a alocar (investimento, manutenção, entre outros);
6. Plano de aplicação dos Incentivos Institucionais;
7. Declaração de inexistência de incompatibilidade dos profissionais
8. Manual de Articulação

7.5 ANEXO V – INCENTIVOS INSTITUCIONAIS

De acordo com a Portaria n.º 212/2017 de 19 de julho, destaca-se:

Critérios para atribuição de incentivos Institucionais

Os IDG obtidos pelas UF são qualificados em 5 escalões de onde resultam consequências no que diz respeito ao direito a incentivos e à ponderação do valor do incentivo a receber, especificados na tabela seguinte:

Escalão	Nível IDG	Consequência	Ponderação
1	< 50	Intervenção Conselho Clínico Saúde	0
2	≥ 50 e < 75	Acompanhamento (normal)	0
3	≥ 75 e < 85	Direito a Incentivos Institucionais –Nível I	1
4	≥ 85 e < 95	Direito a Incentivos Institucionais –Nível II	1,5
5	≥ 95	Direito a Incentivos Institucionais –Nível III	2

Valor dos incentivos institucionais

A distribuição do valor total orçamentado para os incentivos institucionais nos termos do n.º 1 do artigo 2.º, pelos vários níveis de desempenho, tem de assegurar que, independentemente do número de UF em cada nível, o valor estimado a receber para cada UF garante os seguintes requisitos:

- As UF com IDG de nível superior têm valor de incentivos superiores;
- A variação do valor dos incentivos a receber pelas UF em cada nível, decorre exclusivamente do respetivo número de Unidades Ponderadas de utentes inscritos (UP).

A determinação do:

- Valor da Unidade de Incentivo por UP em cada nível (VUI_UP);
- Valor de incentivo institucional por UF ponderado de acordo com o seu nível de desempenho e dimensão (população em unidades ponderadas) (VI_UF_P);

é operacionalizado de acordo com a seguinte metodologia prevista na tabela acima.

- O valor da unidade de incentivo por unidade ponderada é obtido pela seguinte fórmula

$$VUI_UP = Z / ((N1 \times W1) + (N2 \times W2) + (N3 \times W3))$$

Em que:

- VUI_UP – Valor da unidade de Incentivo Institucional por unidade ponderada;

- Z – Valor total dos Incentivos Institucionais calculados de acordo com o n.º 1 do artigo 2.º;
 - N1 – Soma das Unidades Ponderadas das UF no nível 1 de desempenho;
 - N2 – Soma das Unidades Ponderadas das UF no nível 2 de desempenho;
 - N3 – Soma das Unidades Ponderadas das UF no nível 3 de desempenho;
 - W1 – Ponderação do nível 1 de desempenho;
 - W2 – Ponderação do nível 2 de desempenho;
 - W3 – Ponderação do nível 3 de desempenho;
- O valor do Incentivo institucional por Unidade Funcional ponderada de acordo com seu nível de desempenho e pela sua dimensão (população em unidades ponderadas) é obtido pela seguinte fórmula

$$VI_UF_P = (VUI_UP \times Y) \times WN$$

Em que:

- VI_UF_P – Valor Incentivo Institucional por Unidade Funcional ponderada de acordo com sua dimensão (população em unidades ponderadas);
- VUI_UP - Valor da unidade de Incentivo Institucional por unidade ponderada;
- Y - Nº de unidades ponderadas de dimensão de lista da Unidade Funcional;
- WN – Ponderação do nível de desempenho;

Caso seja reduzido o nº de unidades funcionais a ter direito a incentivos determina-se que o VUI_UP máximo é de 1,5 euros.

7.6 ANEXO VI – REGRAS DA MATRIZ DE INDICADORES

Todos os indicadores, antes de poderem ser calculados, têm um bilhete de identidade publicado em http://sim-sns.min-saude.pt/ncsp_acss/bi.aspx e disponível no BI CSP.

O bilhete de identidade de cada indicador possui, de forma sistemática:

- Descrição (clara, inequívoca, simples) do que mede;
- Descrição (clara, inequívoca, simples) das regras de cálculo do numerador e denominador;
- Descrição de particularidades do que se regista e de como se mede (nas diferentes aplicações);
- Identificação da tipologia de indicador – estrutura, processo, resultado, ganhos em saúde;
- Dimensão – acesso, efetividade, eficiência, adequação técnico-científica, qualidade do registo, epidemiológico, estado de saúde, demográfico, socioeconómico, entre outros;
- Resultado esperado e variação aceitável – baseado na evidência disponível (nacional e/ou internacional), histórico;
- Referencial – área, subárea e dimensão com que se relaciona na matriz de contratualização;
- Estado - Ativo (indicador em uso); Descontinuado (indicador não em uso); Em desenvolvimento (indicador em fase de construção/validação).

Para ser utilizado no processo de contratualização, para além do necessário bilhete de identidade e de estar calculado aquilo que é medido pelo indicador, deve existir um histórico de registos de pelo menos 2 anos.

7.7 ANEXO VII – CORREÇÃO DAS PONDERAÇÕES POR INEXISTÊNCIA DE INDICADORES

Nas unidades funcionais que, por razões de contexto ou outras não imputáveis às próprias, não possam assumir algum componente do seu desempenho, o cálculo do IDG obtém-se ponderando o resultado obtido de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{IDG} = (\text{IDGR} \times 100) / \partial$$

Em que:

- IDG – valor final (ponderado) do IDG da UF;
- IDGR – Valor do IDG real obtido;
- ∂ – Valor máximo possível de IDG sem peso das áreas, subáreas ou dimensões em causa

Esta fórmula aplica-se no nível em que for determinada a omissão, seja subárea, área ou dimensão.

O mecanismo de Correção das Ponderações por Inexistência de Indicadores aplica-se, por exemplo, em situações de indisponibilidade de dados por falha do Sistema de Informação.

7.8 ANEXO VIII - CONTRATUALIZAÇÃO DAS USF E UCSP - INDICADORES ASSOCIADOS ÀS DIMENSÕES DA MATRIZ MULTIDIMENSIONAL COM IMPACTO NO CÁLCULO DO IDG

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
330	Índice de utilização anual de consultas médicas	Acesso Cobertura ou Utilização
331	Índice de utilização anual de consultas enferm.	Acesso Cobertura ou Utilização
6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
99	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
3	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	Acesso Cobertura ou Utilização
1	Proporção de consultas realizadas pelo MF	Acesso Personalização
5	Proporção de consultas realizadas pelo EF	Acesso Personalização
335	Prop. cons. ind. receit. c/ resposta 3 dias úteis	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
342	Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
344	Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	Acesso Consulta no Próprio Dia
346	Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11[h (Q1)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
347	Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14[h (Q2)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
348	Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17[h (Q3)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
349	Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20] h (Q4)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
14	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
93	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
94	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
95	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
11	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
307	Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
295	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
45	Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
98	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
46	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
262	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
294	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	Gestão da Saúde Saúde do Idoso

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
297	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
30	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
261	Proporção utentes DM c/ registo risco úlcera pé	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
39	Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0%	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
274	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
275	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
350	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
351	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
352	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
353	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
49	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
365	Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.)	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
341	Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
276	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
255	Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
257	Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
259	Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
354	Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	Qualificação da Prescrição Prescrição MCDT's

7.9 ANEXO IX - MONITORIZAÇÃO DAS USF E UCSP - INDICADORES ASSOCIADOS ÀS DIMENSÕES DA MATRIZ MULTIDIMENSIONAL SEM IMPACTO NO CÁLCULO DO IDG

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
2	Taxa de utilização global de consultas médicas	Acesso Cobertura ou Utilização
100	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
385	Propor. doentes referenc. p/ hosp. devolvidos	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
386	Tempo médio resolução referências devolvidas	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
345	Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	Acesso Consulta no Próprio Dia
57	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
15	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
16	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
59	Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
17	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
31	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
32	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
384	Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
308	Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
309	Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
310	Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
311	Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
312	Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
296	Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
9	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
10	Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
47	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
53	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
382	Prop. adultos com DM, com diagn.	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
35	Proporção DM com exame pés último ano	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
37	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	Gestão da Doença Diabetes Mellitus

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
38	Proporção DM c/ 1 HgbA1c por semestre	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
91	Proporção DM < 65 A, c/ HgbA1c <= 6,5 %	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
97	Proporção DM c/ microalbum. último ano	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
383	Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
18	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
19	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
316	Proporção hipert. [18; 65[A, com PA < 140/90	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
23	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
380	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
54	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
277	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
379	Propor. PVP medicam. prescr. MF em UF diferentes	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
378	Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto privado	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
278	Propor. medicam. prescr. de classes com genéricos	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
380	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
382	Prop. adultos com DM, com diagn.	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
383	Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
384	Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
378	Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto privado	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
379	Propor. PVP medicam. prescr. MF em UF diferentes	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados

7.10 ANEXO X - CONTRATUALIZAÇÃO DAS UCC - INDICADORES ASSOCIADOS ÀS DIMENSÕES DA MATRIZ MULTIDIMENSIONAL COM IMPACTO NO CÁLCULO DO IDG

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
282	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	Acesso Cobertura ou Utilização
366	Proporção de grávidas com intervenção da UCC	Acesso Cobertura ou Utilização
373	Prop. utentes c/ asma/DPOC e intervenção na UCC	Acesso Cobertura ou Utilização
368	Proporção de crianças e jovens com interv. da UCC	Acesso Cobertura ou Utilização
292	Taxa de ocupação da ECCI	Acesso Cobertura ou Utilização
369	Proporção de consultas não presenciais na UCC	Acesso Distribuição da Atividade
281	Número médio visitas domic. por utente, por mês	Acesso Distribuição da Atividade
279	Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado	Acesso Distribuição da Atividade
280	Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
371	Proporção de grávidas com parto por cesariana	Gestão da Saúde Saúde Reprodutiva
375	Proporção de RN de termo, de baixo peso	Gestão da Saúde Saúde Reprodutiva
370	Proporção de crianças com amamentação exclusiva 6M	Gestão da Saúde Saúde Reprodutiva
372	Taxa de intern. por fratura do colo do fémur	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
387	Proporção de utentes com melhorias funcionais	Gestão da Doença Reabilitação
374	Taxa intern. asma/DPOC entre doentes c/ asma/DPOC	Gestão da Doença Reabilitação
376	Prop. utentes c/ ganho gestão stress prest. cuid.	Gestão da Doença Saúde Mental
367	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	Gestão da Doença Abordagem Paliativa
388	Prop utentes com melhoria no controlo de sintomas	Gestão da Doença Abordagem Paliativa
329	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	Gestão da Doença Doença Crónica
284	Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	Gestão da Doença ECCI
285	Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	Gestão da Doença ECCI
377	Proporção úlceras pressão melhoradas	Gestão da Doença ECCI
287	Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	Gestão da Doença ECCI
290	Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	Gestão da Doença ECCI
291	Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	Gestão da Doença ECCI
289	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	Gestão da Doença ECCI
293	Tempo médio de permanência em ECCI	Gestão da Doença ECCI

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
283	Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar	Intervenção Comunitária Saúde Escolar

7.11 ANEXO XI - CONTRATUALIZAÇÃO DOS ACES - INDICADORES ASSOCIADOS ÀS DIMENSÕES DA MATRIZ MULTIDIMENSIONAL COM IMPACTO NO CÁLCULO DO IDG

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
330	Índice de utilização anual de consultas médicas	Acesso Cobertura ou Utilização
331	Índice de utilização anual de consultas enferm.	Acesso Cobertura ou Utilização
3	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	Acesso Cobertura ou Utilização
281	Número médio visitas domic. por utente, por mês	Acesso Cobertura ou Utilização
292	Taxa de ocupação da ECCI	Acesso Cobertura ou Utilização
366	Proporção de grávidas com intervenção da UCC	Acesso Cobertura ou Utilização
373	Prop. utentes c/ asma/DPOC e intervenção na UCC	Acesso Cobertura ou Utilização
368	Proporção de crianças e jovens com interv. da UCC	Acesso Cobertura ou Utilização
1	Proporção de consultas realizadas pelo MF	Acesso Personalização
5	Proporção de consultas realizadas pelo EF	Acesso Personalização
335	Prop. cons. ind. receit. c/ resposta 3 dias úteis	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
342	Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
280	Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
385	Propor. doentes referenc. p/ hosp. devolvidos	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
386	Tempo médio resolução referências devolvidas	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
344	Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	Acesso Consulta no Próprio Dia
345	Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	Acesso Consulta no Próprio Dia
346	Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11[h (Q1)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
347	Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14[h (Q2)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
348	Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17[h (Q3)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
349	Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20[h (Q4)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
369	Proporção de consultas não presenciais na UCC	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
279	Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
302	Índice de acompanh. adequado s. infantil 1º ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
269	Índice de acompanh. adequado s. infantil 2º ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
94	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
95	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
283	Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
267	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
9	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
384	Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
270	Índice de acompanham. adequado em saúde materna	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
310	Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
311	Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
312	Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
309	Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
371	Proporção de grávidas com parto por cesariana	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
375	Proporção de RN de termo, de baixo peso	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
370	Proporção de crianças com amamentação exclusiva 6M	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
98	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
46	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
44	Proporção mulheres [50; 70[A, c/ mamogr. (2 anos)	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
47	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
53	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
262	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
33	Proporção utentes > 14A, c/ IMC últimos 3 anos	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
306	Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
294	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
297	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
30	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
372	Taxa de intern. por fratura do colo do fémur	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
34	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	Gestão da Doença Doenças Cardiovasculares
362	Taxa de internamento por ICC (ajust.)	Gestão da Doença Doenças Cardiovasculares
364	Taxa de internamento por angina peito (ajust.)	Gestão da Doença Doenças Cardiovasculares
271	Índice de acompanhamento adequado utentes DM	Gestão da Doença Diabetes Mellitus

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
266	Percent. DM vigiados, c/ úlcera ativa no pé	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
261	Proporção utentes DM c/ registo risco úlcera pé	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
37	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
314	Proporção DM com PA $\geq$ 140/90 mmHg	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
315	Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
40	Proporção DM c/ exame oftalmológico último ano	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
274	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
275	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
350	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
351	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
357	Taxa intern. diab. não contr. s/ compl. (ajus.)	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
358	Taxa intern. por complic. agudas diab. (ajust.)	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
359	Taxa intern. por complic. crón. diab. (ajust.)	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
360	Taxa intern. p/ amp. membro inf. diab. (ajust.)	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
272	Índice de acompanham. adequado de hipertensos	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
352	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
353	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
361	Taxa de internamento por HTA (ajust.)	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
376	Prop. utentes c/ ganho gestão stress prest. cuid.	Gestão da Doença Saúde Mental e Gestão de Problemas Sociais e Familiares
54	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	Gestão da Doença Saúde Mental e Gestão de Problemas Sociais e Familiares
49	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
355	Taxa internam. p/ asma adultos jovens (ajust.)	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
356	Taxa internam. p/ asma/DPOC em adultos (ajust.)	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
363	Taxa de intern. por pneumonia adultos (ajust.)	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
365	Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.)	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
277	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
329	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
284	Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
285	Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
377	Proporção úlceras pressão melhoradas	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
287	Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
290	Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
291	Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
387	Proporção de utentes com melhorias funcionais	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
289	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
388	Prop utentes com melhoria no controlo de sintomas	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
341	Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
276	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
278	Propor. medicam. prescr. de classes com genéricos	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
255	Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
257	Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
259	Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
354	Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	Qualificação da Prescrição Prescrição MCDT's
300	Nº médio prescr. consulta fisioterapia, p/ utiliz.	Qualificação da Prescrição Prescrição MCDT's

7.12 ANEXO XII – MONITORIZAÇÃO DOS ACES - INDICADORES ASSOCIADOS ÀS DIMENSÕES DA MATRIZ MULTIDIMENSIONAL SEM IMPACTO NO CÁLCULO DO IDG

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
2	Taxa de utilização global de consultas médicas	Acesso Cobertura ou Utilização
6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
99	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
100	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
282	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	Acesso Cobertura ou Utilização
293	Tempo médio de permanência em ECCI	Acesso Cobertura ou Utilização
92	Proporção hipocoagulados controlados na unidade	Acesso Cobertura ou Utilização
57	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
15	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
14	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
16	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
59	Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
17	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
31	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
32	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
93	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
10	Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
45	Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
11	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
295	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
296	Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
307	Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
308	Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
35	Proporção DM com exame pés último ano	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
265	Percent. DM vigiado, c/ registo risco úlcera pé	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
38	Proporção DM c/ 1 HgbA1c por semestre	Gestão da Doença Diabetes Mellitus

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
91	Proporção DM < 65 A, c/ HgbA1c <= 6,5 %	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
39	Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0%	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
313	Proporção DM < 75A c/ última HgbA1c > 8,0%	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
97	Proporção DM c/ microalbum. último ano	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
382	Prop. adultos com DM, com diagn.	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
18	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
19	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
316	Proporção hipert. [18; 65[A, com PA < 140/90	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
23	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
383	Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
380	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	Gestão da Doença Saúde Mental e Gestão de Problemas Sociais e Familiares
367	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
68	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
379	Propor. PVP medicam. prescr. MF em UF diferentes	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
378	Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto privado	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
298	Desp. MCDT fat. util. SNS s/ fisia. (pr. conven.)	Qualificação da Prescrição Prescrição MCDT's
299	Desp. MCDT fisiat. fat. util. SNS (pr. conven.)	Qualificação da Prescrição Prescrição MCDT's

7.13 ANEXO XIII – INDICADORES - INTERVALOS ESPERADOS E VARIAÇÃO ACEITÁVEL

Id Indicador	Indicador	Intervalo esperado	Variação Aceitável
1	Proporção de consultas realizadas pelo MF	[78; 88]	[75; 90]
2	Taxa de utilização global de consultas médicas	[70; 85]	[65; 90]
3	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	[18; 35]	[12; 40]
5	Proporção de consultas realizadas pelo EF	[65; 75]	[60; 80]
6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	[85; 95]	[80; 100]
9	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	[42; 75]	[30; 80]
10	Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	[45; 55]	[35; 65]
11	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	[75; 100]	[70; 100]
14	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	[95; 100]	[85; 100]
15	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	[50; 100]	[30; 100]
16	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	[70; 100]	[65; 100]
17	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	[70; 100]	[65; 100]
18	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	[80; 100]	[70; 100]
19	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	[75; 100]	[65; 100]
20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	[67; 100]	[50; 100]
23	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	[80; 100]	[70; 100]
30	Proporção idosos ou doença crônica, c/ vac. gripe	[55; 100]	[50; 100]
31	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	[90; 100]	[85; 100]
32	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	[90; 100]	[85; 100]
33	Proporção utentes > 14A, c/ IMC últimos 3 anos	[66; 88]	[60; 92]
34	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	[55; 100]	[45; 100]
35	Proporção DM com exame pés último ano	[85; 100]	[80; 100]
37	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	[85; 100]	[80; 100]
38	Proporção DM c/ 1 HgbA1c por semestre	[75; 100]	[70; 100]
39	Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0%	[60; 100]	[50; 100]
40	Proporção DM c/ exame oftalmológico último ano	[60; 100]	[50; 100]
44	Proporção mulheres [50; 70[A, c/ mamogr. (2 anos)	[57; 80]	[50; 85]

Id Indicador	Indicador	Intervalo esperado	Variação Aceitável
45	Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.	[52; 100]	[47; 100]
46	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	[52; 100]	[47; 100]
47	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	[66; 100]	[60; 100]
49	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	[60; 100]	[40; 100]
53	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	[66; 100]	[60; 100]
54	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	[70; 100]	[55; 100]
57	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	[95; 100]	[90; 100]
59	Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	[95; 100]	[90; 100]
68	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	[115; 155]	[115; 160]
91	Proporção DM < 65 A, c/ HgbA1c <= 6,5 %	[30; 55]	[25; 70]
92	Proporção hipocoagulados controlados na unidade	[60; 100]	[50; 100]
93	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	[98; 100]	[95; 100]
94	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	[98; 100]	[95; 100]
95	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	[98; 100]	[95; 100]
97	Proporção DM c/ microalbum. último ano	[80; 100]	[75; 100]
98	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	[92; 100]	[85; 100]
99	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	[75; 85]	[70; 90]
100	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos	[91; 97]	[86; 100]
255	Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	[0; 8]	[0; 10]
257	Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	[0; 5]	[0; 7]
259	Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	[0; 12]	[0; 15]
261	Proporção utentes DM c/ registo risco úlcera pé	[80; 100]	[75; 100]
262	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	[22; 100]	[10; 100]
265	Percent. DM vigiado, c/ registo risco úlcera pé	[60; 100]	[50; 100]
266	Percent. DM vigiados, c/ úlcera ativa no pé	[0; 6]	[0; 9]
267	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	[0.6; 1]	[0.55; 1]
269	Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	[0.6; 1]	[0.55; 1]
270	Índice de acompanham. adequado em saúde materna	[0.6; 1]	[0.55; 1]
271	Índice de acompanhamento adequado utentes DM	[0.6; 1]	[0.55; 1]

Id Indicador	Indicador	Intervalo esperado	Variação Aceitável
272	Índice de acompanham. adequado de hipertensos	[0.6; 1]	[0.55; 1]
274	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	[85; 100]	[75; 100]
275	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	[70; 100]	[60; 100]
276	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	[0; 36]	[0; 40]
277	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A	[25; 100]	[18; 100]
278	Propor. medicam. prescr. de classes com genéricos	[60; 80]	[50; 90]
279	Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado	[8; 30]	[6; 30]
280	Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h	[60; 100]	[50; 100]
281	Número médio visitas domic. por utente, por mês	[10; 31]	[8; 31]
282	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	[20; 100]	[15; 100]
283	Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar	[30; 100]	[15; 100]
284	Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	[70; 100]	[60; 100]
285	Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	[85; 100]	[80; 100]
286	Taxa de cicatrização de úlceras de pressão	NULL	NULL
287	Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	[0; 15]	[0; 20]
289	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	[50; 100]	[40; 100]
290	Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	[60; 100]	[50; 100]
291	Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	[0; 15]	[0; 20]
292	Taxa de ocupação da ECCI	[80; 100]	[70; 100]
293	Tempo médio de permanência em ECCI	[30; 120]	[15; 140]
294	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	[650; 1650]	[500; 1650]
295	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	[75; 100]	[70; 100]
296	Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	[35; 100]	[20; 100]
297	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	[80; 100]	[77; 100]
298	Desp. MCDT fat. util. SNS s/ fisia. (pr. conven.)	[15; 50]	[10; 55]
299	Desp. MCDT fisiat. fat. util. SNS (pr. conven.)	[0; 12]	[0; 18]
300	Nº médio prescr. consulta fisioterapia, p/ utiliz.	[0; 0.1]	[0; 0.125]
302	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	[0.6; 1]	[0.55; 1]
306	Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	[10; 25]	[6; 30]

Id Indicador	Indicador	Intervalo esperado	Variação Aceitável
307	Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	[75; 100]	[70; 100]
308	Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	[75; 100]	[70; 100]
309	Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre	[45; 100]	[40; 100]
310	Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	[0.75; 1]	[0.7; 1]
311	Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	[0.75; 1]	[0.7; 1]
312	Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	[0.75; 1]	[0.7; 1]
313	Proporção DM < 75A c/ última HgbA1c > 8,0%	[0; 7.5]	[0; 9]
314	Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg	[0; 15]	[0; 20]
315	Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	[45; 80]	[35; 90]
316	Proporção hipert. [18; 65[A, com PA < 140/90	[40; 100]	[30; 100]
328	Taxa de internam. evitáveis na população adulta	[200; 850]	[200; 1000]
329	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	[60; 100]	[50; 100]
330	Índice de utilização anual de consultas médicas	[0.85; 2]	[0.8; 2]
331	Índice de utilização anual de consultas enferm.	[0.75; 2]	[0.7; 2]
335	Prop. cons. ind. receit. c/ resposta 3 dias úteis	[85; 100]	[80; 100]
341	Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	[90; 130]	[90; 135]
342	Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	[65; 100]	[60; 100]
344	Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	[20; 35]	[15; 45]
346	Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11[h (Q1)	[20; 30]	[15; 35]
347	Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14[h (Q2)	[22.5; 32.5]	[20; 35]
348	Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17[h (Q3)	[22.5; 32.5]	[20; 35]
349	Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20] h (Q4)	[15; 25]	[10; 35]
350	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	[120; 300]	[120; 320]
351	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	[120; 300]	[120; 320]
352	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	[50; 90]	[50; 95]
353	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	[50; 100]	[50; 105]
354	Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	[25; 45]	[25; 50]
355	Taxa internam. p/ asma adultos jovens (ajust.)	[0; 2]	[0; 3.5]
356	Taxa internam. p/ asma/DPOC em adultos (ajust.)	[0; 140]	[0; 165]

Id Indicador	Indicador	Intervalo esperado	Variação Aceitável
357	Taxa intern. diab. não contr. s/ compl. (ajus.)	[0; 20]	[0; 25]
358	Taxa intern. por complic. agudas diab. (ajust.)	[0; 20]	[0; 25]
359	Taxa intern. por complic. crón. diab. (ajust.)	[0; 42]	[0; 47]
360	Taxa intern. p/ amp. membro inf. diab. (ajust.)	[0; 10]	[0; 13]
361	Taxa de internamento por HTA (ajust.)	[0; 20]	[0; 26]
362	Taxa de internamento por ICC (ajust.)	[0; 255]	[0; 265]
363	Taxa de intern. por pneumonia adultos (ajust.)	[0; 365]	[0; 400]
364	Taxa de internamento por angina peito (ajust.)	[0; 15]	[0; 23]
365	Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.)	[0; 800]	[0; 900]
366	Proporção de grávidas com intervenção da UCC	[35; 100]	[25; 100]
367	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	[40; 100]	[30; 100]
368	Proporção de crianças e jovens com interv. da UCC	[15; 100]	[7; 100]
369	Proporção de consultas não presenciais na UCC	[10; 30]	[5; 30]
370	Proporção de crianças com amamentação exclusiva 6M	[50; 100]	[40; 100]
371	Proporção de grávidas com parto por cesariana	[15; 25]	[15; 30]
372	Taxa de intern. por fratura do colo do fémur	[100; 400]	[50; 450]
373	Prop. utentes c/ asma/DPOC e intervenção na UCC	[20; 100]	[10; 100]
374	Taxa intern. asma/DPOC entre doentes c/ asma/DPOC	[5; 18]	[5; 23]
375	Proporção de RN de termo, de baixo peso	[0; 1.5]	[0; 1.6]
376	Prop. utentes c/ ganho gestão stress prest. cuid.	[60; 100]	[50; 100]
377	Proporção úlceras pressão melhoradas	[50; 100]	[40; 100]
378	Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto privado	[0; 0.6]	[0; 1]
379	Propor. PVP medicam. prescr. MF em UF diferentes	[0; 0.6]	[0; 0.1]
380	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	[70; 100]	[70; 100]
381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	[60; 100]	[60; 100]
382	Prop. adultos com DM, com diagn.	[97; 100]	[95; 100]
383	Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	[90; 100]	[85; 100]
384	Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	[90; 100]	[85; 100]
385	Propor. doentes referenc. p/ hosp. devolvidos	[0; 3]	[0; 5]

Id Indicador	Indicador	Intervalo esperado	Variação Aceitável
386	Tempo médio resolução referências devolvidas	[0; 7]	[0; 10]
387	Proporção de utentes com melhorias funcionais	[60; 100]	[50; 100]
388	Prop. utentes com melhoria no controlo de sintomas	[50; 100]	[40; 100]

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

OPERACIONALIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS 2018