



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

OTIMIZAR RECURSOS
GERAR EFICIÊNCIA



Operacionalização da Contratualização de Cuidados de Saúde Primários 2017

Julho de 2017



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**

SAÚDE

WWW.ACSS.MIN-SAUDE.PT

Índice

1 Nota Prévia.....	5
2 Processo de Contratualização	7
3 Instrumentos para a Contratualização	9
4 Contratualização Interna	11
4.1 Processo	11
4.1.1 Negociação	11
4.1.2 Acompanhamento / Monitorização.....	13
4.1.3 Avaliação.....	13
4.1.4 Incentivos Institucionais	13
4.2 Índice de Desempenho Global.....	14
4.2.1 Métricas - Índices de Desempenho Setoriais	16
4.2.2 Ponderação do desempenho em função do contexto sociodemográfico	33
4.3 Matriz multidimensional e indicadores	34
4.3.1 USF e UCSP	34
4.3.2 UCC.....	38
4.3.3 USP	41
4.3.4 URAP	43
5 Contratualização Externa	46
5.1 Processo.....	46
5.1.1 Negociação	46
5.1.2 Acompanhamento e monitorização	48
5.1.3 Avaliação.....	48
5.2 Matriz Multidimensional e Indicadores.....	49
5.3 Unidades Locais de Saúde	56
6 Cronograma	57
6.1 Ano de 2017.....	57
6.2 Anos seguintes	57
7 Anexos	58
7.1 Anexo I – Estrutura da Ata das Reuniões de Negociação e de Acompanhamento.....	58
7.2 Anexo II – Plano de Ação da UF.....	59
7.3 Anexo III – Carta de Compromisso	60
7.4 Anexo IV – Incentivos Institucionais	61
7.5 Anexo V – Regras da Matriz de Indicadores	63
7.6 Anexo VI – Correção das Ponderações por Inexistência de Indicadores	64

1 NOTA PRÉVIA

Na continuidade da publicação dos “Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2017”¹ e da “Contratualização nos cuidados de saúde primários 2017”², bem como da “Operacionalização do Processo de Contratualização UCSP e USF”³, o presente documento vem apoiar a operacionalização do processo de contratualização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), explicitando as alterações introduzidas no ano de 2017.

Conforme já referido na documentação acima citada, 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.

Dez anos passados, alcançou-se uma experiência e um saber acumulados que podem contribuir para o desenvolvimento de um novo paradigma de evolução do processo da contratualização nos CSP e que permita, entre outras:

- Melhorar e simplificar a sua metodologia de aplicação prática;
- Garantir a sua adequação às necessidades em saúde da população, tornando-a mais transparente, adequada, justa e efetiva;
- Fomentar a integração e a continuidade de cuidados;
- Ser baseada num modelo de avaliação do desempenho assistencial verdadeiramente multidimensional, centrado na pessoa, focado nos resultados e orientado pelo processo de cuidados;
- Definir um modelo de atribuição de incentivos que, cumprindo a sua finalidade de ser um instrumento de gestão por objetivos, garanta o reconhecimento dos níveis de desempenho das Unidades Funcionais (UF), numa perspetiva de melhoria contínua.

¹http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Contratualizacao_Cuidados_SNS_Termos_Referencia_2017.pdf

²http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Contratualizacao_CSP_2017_-_Informacao_16MAR17.pdf

³https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/05/Operacionalizacao_Contratualizacao_2017_UCSP_USF-2017.05.31.pdf

Considerando a recente publicação do Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho, e 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) (Portaria n.º 212/2017 de 19 de julho), importa agora publicar o documento que contém as regras e moldes de operacionalização da contratualização no âmbito dos CSP em 2017.

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.

Este processo, transversal a todos os níveis da estrutura da prestação de cuidados (ARS, ACES, Unidades Funcionais), implica uma adaptação constante face à envolvente e aos fatores internos e externos que influenciam, de forma continuada, as necessidades em saúde a satisfazer e a resposta assistencial desejada, tendo como objetivos macro a (1) melhoria dos resultados em saúde da população e (2) a otimização da prestação de cuidados de saúde. Desta forma, o processo de contratualização 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, prosseguir-se-á, 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 a partir de 2017 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 Governação 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 Governação 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 CSP⁴) - 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*.

Até ao completo desenvolvimento desta funcionalidade do BI-CSP, a disponibilização da informação necessária ao processo de contratualização far-se-á na página da CNCSP do Portal do SNS, disponível em <https://www.sns.gov.pt/sns/reforma-do-sns/cuidados-de-saude->

⁴ Em desenvolvimento

primarios-2/bi-da-reforma/, assim como na área dos Cuidados de Saúde Primários da página eletrónica da ACSS, disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/primarios/>.

- Glossário CSP - A definição e explicitação dos principais conceitos em CSP.

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 (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.

Todas as reuniões formais de negociação e acompanhamento culminam na elaboração da respetiva ata, a qual deve obedecer à estrutura constante no Anexo I – 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 II – Plano de Ação da UF.

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 telefónico aos profissionais;

- Criar posto de trabalho para Secretário Clínico em *backoffice*, informatizado e com central telefónica.

Os resultados destas atividades são operacionalizados e monitorizados por indicadores e respetivas 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).

O Plano de Ação é operacionalizado através de plataforma eletrónica, atualmente disponível em <http://bi-csp.com>, sendo apenas possível, no ano de 2017, a disponibilização desta ferramenta às USF/UCSP. O acesso a esta ferramenta é garantido pela atribuição de palavra-passe individual a cada UF. De forma transitória, e no caso concreto das UCC, será disponibilizada a matriz para a elaboração e contratualização em base Excel. As restantes unidades funcionais apresentarão um documento em papel. Reforça-se que todo o processo será desmaterializado já na contratualização do ano de 2018.

A descrição desta ferramenta e das suas funcionalidades encontra-se no documento “Guião e Ficha Técnica do PAUF”, disponível em <https://www.sns.gov.pt/sns/reforma-do-sns/cuidados-de-saude-primarios-2/bi-da-reforma/>.

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.

São anexos obrigatórios à Carta de Compromisso:

- Planos de Ação, de Formação 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 Compromisso estão elencadas no Anexo III – Carta de Compromisso.

4.1.2 ACOMPANHAMENTO / MONITORIZAÇÃO

A monitorização é feita pela publicação de forma continuada dos resultados dos IDG, IDS e respectivas dimensões operacionalizados pelas suas métricas e respetivos indicadores.

Os resultados dos respetivos indicadores mantêm-se disponíveis no Ecossistema SIM@SNS, 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 4.2.

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 IV – Incentivos Institucionais.

4.2 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 V – 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 4.

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.

4.2.1 MÉTRICAS - ÍNDICES DE DESEMPENHO SETORIAIS

As áreas, subáreas e dimensões, bem como as métricas respetivas que permitem operacionalizar o IDG em 2017 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 VI – 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 2017 são os resultados de dezembro de 2016 calculados segundo as regras e especificações do IDG de 2017. Dado o seu caráter 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 2017.

4.2.1.1 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.

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. Variação 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 - Os limites do "intervalo esperado" e da "variação aceitável" são definidos por consenso, por um conjunto de peritos que integram a comissão técnica nacional. - 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 1.

Tabela 1 - 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 2017 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 da Tabela 2.

Tabela 2 - Intervalos esperados e variação aceitável

Id Indicador	Indicador	Intervalo esperado	Variação Aceitável
1	Proporção de consultas realizadas pelo MF	[78; 88]	[75; 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]
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]
20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	[67; 100]	[50; 100]
30	Proporção idosos ou doença crónica, 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]
37	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	[85; 100]	[80; 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]
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]
68	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	[115; 155]	[115; 160]

Id Indicador	Indicador	Intervalo esperado	Variação Aceitável
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]
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]
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]
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]	[4; 30]
280	Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h	[60; 100]	[50; 100]
281	Número médio visitas domic. por utente, por mês	[8; 31]	[7; 31]
282	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	[60; 100]	[30; 100]
283	Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar	[30; 100]	[15; 100]

Id Indicador	Indicador	Intervalo esperado	Variação Aceitável
284	Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	[70; 100]	[60; 100]
285	Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	[85; 100]	[75; 100]
286	Taxa de cicatrização de úlceras de pressão	[30; 100]	[20; 100]
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 acompanh. 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]
307	Proporção grávidas com ecografia 1º 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]
329	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	[60; 100]	[50; 100]
330	Índice de utilização anual de consultas médicas	[0.94; 2]	[0.9; 2]
331	Índice de utilização anual de consultas enferm.	[0.88; 2]	[0.8; 2]
335	Prop. cons. ind. receit. c/ resposta 3 dias úteis	[85; 100]	[80; 100]

Id Indicador	Indicador	Intervalo esperado	Variação Aceitável
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. no intervalo [8; 11[h	[20; 30]	[15; 35]
347	Propor. consul. realiz. no intervalo [11; 14[h	[22.5; 32.5]	[20; 35]
348	Propor. consul. realiz. no intervalo [14; 17[h	[22.5; 32.5]	[20; 35]
349	Propor. consul. realiz. no intervalo [17; 20] h	[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]
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]

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:

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

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.

4.2.1.2 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 Setembro de 2017, como anexo a este documento.

Em 2017 será calculado o índice de satisfação das UF e ACES onde o questionário for aplicado.

4.2.1.3 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:

4.2.1.3.1 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, 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;
- 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;
- 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 2017, 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.

	CESSAÇÃO TABÁGICA	ATENDIMENTO SAZONAL	SAP	TOTAIS
Médicos	132	40	48	220
Enfermeiros	132	40	48	220
Secretários Clínicos	132	24	24	180

Total [C]	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 = $2 \times (1 - 55 / 620) = 1,823$.

4.2.1.3.2 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 2017 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 a dinamização das tarefas relacionadas com a governação clínica e de saúde.

Em 2017 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.

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

$$\text{[nº de horas a contratualizar por mês para atividades de governação clínica]} = 0,8 \times \text{[nº de elementos da equipa]}$$

Nas UF com profissionais a tempo parcial, o cálculo será realizada 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.

4.2.1.4 IDS – ÁREA DA QUALIDADE ORGANIZACIONAL

Em 2017 apenas serão contratualizadas as dimensões da subárea “Melhoria Continua da Qualidade” e da “Satisfação Profissional”.

4.2.1.4.1 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.

As dimensões de atividade 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 3 - 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 4.

Tabela 4 - Critérios para atribuição de 0, 1 ou 2 pontos a cada auditoria clínica ou organizacional

Critério	Valorização do resultado (pontos)
A unidade funcional implementou o processo de auditoria interna com cumprimento cumulativo, durante o ano de 2017, 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
A unidade funcional não cumpre critérios para ter 2 pontos nem para ter 1 ponto <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>	0

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 2017 cada unidade funcional terá que definir 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 definir 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). Esta métrica aplica-se a todo o tipo de unidades funcionais: USF, UCSP, UCC, USP, URAP.

O acompanhamento e avaliação serão efetuados pelo Conselho Clínico e de Saúde de acordo com as condições definidas na Tabela 3 e na Tabela 4.

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).

4.2.1.4.2 IDS da Subárea Segurança e Centralidade do Cidadão

As subáreas Segurança e Centralidade do Cidadão não serão operacionalizadas em 2017.

4.2.1.4.3 IDS da Subárea Satisfação Profissional

A avaliação desta subárea segue as mesmas regras definidas no IDS da Subárea "Satisfação de Utentes".

4.2.1.5 IDS – ÁREA FORMAÇÃO

4.2.1.5.1 IDS da Subárea Formação Interna

Na subárea Formação Interna serão contratualizadas em 2017 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 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;
- % profissionais envolvidos por cada grupo profissional;
- % formações externas partilhadas / 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

Nota para 2017. Face à data tardia do início da contratualização, as UF que cumprirem os 3 requisitos terão uma pontuação = 2.

4.2.1.5.2 Subárea Formação Externa

A subárea Formação Externa não será operacionalizada em 2017.

4.2.1.6 ÁREA DA ATIVIDADE CIENTIFICA

Esta área não será operacionalizada em 2017.

4.2.2 PONDERAÇÃO DO DESEMPENHO EM FUNÇÃO DO CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO

Os diferentes contextos socioeconómicos e demográficos, bem como algumas características 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, experimentalmente, uma matriz de ponderação do IDG, para avaliar a influência do "contexto" sobre o desempenho. Dessa análise 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:

- Características sociodemográficas;
- Estrutura etária dos utentes inscritos;
- Densidade populacional;
- Entrada ou saída massiva de utentes;
- Idade da unidade funcional.

A ponderação mencionada não promoverá qualquer impacto no cálculo do IDG de 2017, sendo um ano experimental relativamente à ponderação do IDG.

4.3 MATRIZ MULTIDIMENSIONAL E INDICADORES

4.3.1 USF E UCSP

As USF/UCSP deverão desenvolver a sua atividade considerando a matriz multidimensional constante da Tabela 5, que integra as ponderações associadas a cada Área, Subárea ou Dimensão.

Tabela 5 - Matriz multidimensional - contratualização USF e UCSP

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2017 ⁵
A - Desempenho Assistencial	50	
S – Acesso	20	
D - Cobertura ou Utilização	10	Sim
D – Personalização	10	Sim
D - Atendimento Telefónico	10	Sim
D - Tempos Máximos de Resposta Garantidos	40	Sim
D - Consulta no Próprio Dia	10	Sim
D - Trajeto do Utente na Unidade Funcional	10	Sim
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	Sim

⁵ Indicação se a dimensão é operacionalizável em 2017

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2017 ⁵
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
S - Segurança	30	
D - Segurança de Utentes	40	
D - Segurança de Profissionais	30	
D - Gestão do Risco	30	
S - Centralidade no Cidadão	20	
D - Centralidade no Cidadão	100	
S – Satisfação Profissional	10	
D – Satisfação Profissional	100	Sim
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	
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	
S - Trabalhos de Investigação	50	

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2017 ⁵
D - Trabalhos de Investigação	100	

Para efeitos de monitorização da respetiva matriz, foram indexados um conjunto de indicadores (Tabela 6) a cada dimensão, que permitem efetuar 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.

Tabela 6 - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional - contratualização USF e UCSP

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. no intervalo [8; 11[h	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
347	Propor. consul. realiz. no intervalo [11; 14[h	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
348	Propor. consul. realiz. no intervalo [14; 17[h	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
349	Propor. consul. realiz. no intervalo [17; 20] h	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

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
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
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

4.3.2 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 7 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 comuns.

Tabela 7 - Matriz multidimensional - contratualização UCC

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2017 ⁶
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	
D - Saúde Reprodutiva	25	
D - Saúde do Adulto	25	
D - Saúde do Idoso	25	
S - Gestão da Doença	20	
D – Reabilitação	20	
D - Saúde Mental	20	
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	
D - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco	10	
D - Núcleo Local de Inserção	10	

⁶ Indicação se a dimensão é operacionalizável em 2017

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2017 ⁶
D - Comissão de Proteção de Jovens em Risco	10	
D - Equipa de Prevenção da Violência em Adultos	10	
D - Rede Social	10	
S - Satisfação de Utentes	20	
D - Satisfação de Utentes	100	
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	30	
D - Segurança de Utentes	40	
D - Segurança de Profissionais	30	
D - Gestão do Risco	30	
S - Centralidade no Cidadão	20	
D - Centralidade no Cidadão	100	
S - Satisfação Profissional	10	
D - Satisfação Profissional	100	
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	
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	2017 ⁶
D - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	100	
S - Trabalhos de Investigação	50	
D - Trabalhos de Investigação	100	

Na Tabela 8 elencam-se os indicadores passíveis de monitorização no ano de 2017, sendo que é reconhecida a necessidade de monitorizar todas as outras dimensões constantes da matriz. Pretende-se, com efeito, que no ano de 2018 já seja possível contemplar outros indicadores (em desenvolvimento) que promovam uma maior abrangência na monitorização da matriz.

Tabela 8 - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional - contratualização UCC

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
279	Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado	Acesso Utilização
282	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	Acesso Utilização
292	Taxa de ocupação da ECCI	Acesso Utilização
281	Número médio visitas domic. por utente, por mês	Acesso Distribuição da Atividade
280	Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
329	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	Gestão da Doença ECCI
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
286	Taxa de cicatrização de úlceras de pressão	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
283	Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar	Intervenção Comunitária Saúde Escolar

4.3.3 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 9.

Tabela 9 - Matriz multidimensional - contratualização USP

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2017 ⁷
A - Desempenho Assistencial	50	
S - Observação do Estado de Saúde e Bem-estar da População	16	
D - Diagnóstico de Situação de Saúde	40	
D - Monitorização do Estado de Saúde da População e dos seus Determinantes	60	
S - Vigilância Epidemiológica e Resposta às Emergências em Saúde Pública	16	
D - Caracterização das estruturas de apoio das Comunidades	15	
D - Cartas Sanitárias de Risco	25	
D - Planos de Contingência	20	
D - Investigação Epidemiológica	40	
S - Proteção da Saúde (Incluindo Ambiental, Ocupacional, Segurança Alimentar e Outros)	16	
D - Vacinação	17	
D - Saúde Ocupacional	15	
D - Sanidade Internacional	16	
D - Saúde Ambiental	16	
D - Autoridade de Saúde	20	
D - Qualidade e Segurança Alimentar	16	
S - Promoção da Saúde (Incluindo Determinantes Sociais e Desigualdades)	16	
D - Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidado	20	
D - Saúde Oral	20	
D - Saúde Escolar	20	

⁷ Indicação se a dimensão é operacionalizável em 2017

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2017 ⁷
D - Estilos de Vida Saudáveis	20	
D - Ambientes Saudáveis	20	
S - Governança para a Saúde e Bem-estar	16	
D - Planeamento em Saúde	75	
D - Estudos de Impacto na Saúde	25	
S - Prevenção da Doença	15	
D - Programas Nacionais Prioritários	100	
S - Satisfação de Utentes	5	
D - Satisfação de Utentes	100	
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	30	
D - Segurança de Utentes	40	
D - Segurança de Profissionais	30	
D - Gestão do Risco	30	
S - Centralidade no Cidadão	20	
D - Centralidade no Cidadão	100	
S - Satisfação Profissional	10	
D - Satisfação Profissional	100	
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	

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2017 ⁷
D - Serviços de Formação Externa	100	
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	
S - Trabalhos de Investigação	50	
D - Trabalhos de Investigação	100	

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.

4.3.4 URAP

No caso das URAP tem havido experiências-piloto de contratualização a nível regional.

Neste momento é já possível definir a matriz de desempenho constante da Tabela 10.

Tabela 10 - Matriz multidimensional - contratualização URAP

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2017 ⁸
A - Desempenho Assistencial	50	
S – Acesso	30	
S – Gestão da Saúde	20	
S – Gestão da Doença	30	
S – Satisfação de Utentes	20	
D - Satisfação de Utentes	100	
A - Serviços	10	
S - Serviços de Carácter Assistencial	80	
D - Serviços de Carácter Assistencial	100	Sim

⁸ Indicação se a dimensão é operacionalizável em 2017

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2017 ⁸
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	30	
D - Segurança de Utentes	40	
D - Segurança de Profissionais	30	
D - Gestão do Risco	30	
S - Centralidade no Cidadão	20	
D - Centralidade no Cidadão	100	
S - Satisfação Profissional	10	
D - Satisfação Profissional	100	
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	
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	
S - Trabalhos de Investigação	50	
D - Trabalhos de Investigação	100	

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.

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 nove áreas, todas elas disponibilizadas na Plataforma SICA-ACES, à exceção da área (7) Matriz Multidimensional de Contratualização:

- (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.

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 2017, 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 2017 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 2017, 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 2017, 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 para 2018 que garanta uma estrutura e acessos comuns, integrada e interligada, e que permita um acesso integral à informação disponibilizada.

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 (quando desenvolvido), no SIM@SNS e no SICA, com data de referência de 31 de dezembro de 2017. Alguns dos indicadores referentes a 31 de dezembro devem ser recalculados 1 mês depois, pelo que a avaliação de 2017 será efetuada com a informação que estiver disponível no

SIM@SNS até ao final de fevereiro de 2018, com data de referência de 31 de dezembro de 2017.

Para 2017, considerando o disposto no capítulo 4.2, a avaliação dos resultados e a determinação da atribuição dos incentivos aos ACES será efetuada através do IDG.

5.2 MATRIZ MULTIDIMENSIONAL E INDICADORES

Na Tabela 11 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 11 - Matriz multidimensional - contratualização ACES

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2017 ⁹
A - Desempenho Assistencial	50	
S – Acesso	20	
D - Cobertura ou Utilização	10	Sim
D - Personalização	10	Sim
D - Atendimento Telefónico	10	
D - Tempos Máximos de Resposta Garantidos	40	Sim
D - Consulta no Próprio Dia	10	Sim
D - Trajeto do Utente nas Unidades Funcionais	10	
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	
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	

⁹ Indicação se a dimensão é operacionalizável em 2017

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2017 ⁹
D - Doenças Aparelho Respiratório	12,5	Sim
D - Doenças Osteoarticulares	12,5	
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	
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	
S - Integração de Cuidados Continuados	30	
D - Integração de Cuidados Continuados	100	
A - Qualidade Organizacional	20	
S - Melhoria Contínua da Qualidade	50	
D - Acesso	25	
D - Gestão de Stocks	25	
D - Gestão de Equipamentos	25	
D - Gestão de Recursos Humanos	25	
S - Segurança	20	
D - Segurança de Utentes	40	
D - Segurança de Profissionais	30	
D - Gestão do Risco	30	
S - Centralidade no Cidadão	20	
D - Centralidade no Cidadão	100	
S - Satisfação Profissional	10	
D - Satisfação Profissional	100	Sim
A - Formação Profissional	10	
S - Formação Interna	80	
D - Formação Interna	100	
S - Formação Externa	20	

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	Ponderação	2017 ⁹
D - Formação Externa	100	
A - Informação e Comunicação	10	
S - Sistemas de Informação	60	
D - Sistemas de Informação	100	
S - Sistemas de Comunicação	40	
D - Sistemas de Comunicação	100	

Em função da matriz multidimensional definida para o ano de 2017, importa garantir a alocação, às diferentes dimensões, dos respetivos indicadores, que se elencam na Tabela 12.

Tabela 12 - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional - contratualização ACES

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
100	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
3	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	Acesso Cobertura ou Utilização
279	Proporção VD enfermagem fim-de-semana eferiado	Acesso Cobertura ou Utilização
282	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S.Escolar	Acesso Cobertura ou Utilização
281	Número médio visitas domic. por utente, por mês	Acesso Cobertura ou Utilização
293	Tempo médio de permanência em ECCI	Acesso Cobertura ou Utilização
292	Taxa de ocupação da ECCI	Acesso Cobertura ou Utilização
92	Proporção hipocoagulados controlados na unidade	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. receipt. 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

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
344	Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	Acesso Consulta no Próprio Dia
346	Propor. consul. realiz. no intervalo [8; 11[h	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
347	Propor. consul. realiz. no intervalo [11; 14[h	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
348	Propor. consul. realiz. no intervalo [14; 17[h	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
349	Propor. consul. realiz. no intervalo [17; 20] h	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
15	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
302	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
269	Índice de acompanham. adequado s. infantil 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
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
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
45	Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.	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
296	Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	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

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
53	Proporção utentes $\geq 14A$, 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
34	Proporção obesos $\geq 14A$, 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
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
91	Proporção DM $< 65 A$, c/ HgbA1c $\leq 6,5 \%$	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
313	Proporção DM $< 75A$ c/ última HgbA1c $> 8,0\%$	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

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
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
316	Proporção hipert. [18; 65[A, com PA < 140/90	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
361	Taxa de internamento por HTA (ajust.)	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
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
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
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
286	Taxa de cicatrização de úlceras de pressão	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
289	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	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
68	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	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.	Qualificação da Prescrição Prescrição

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
	(embal.)	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
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
300	Nº médio prescr. consulta fisioterapia, p/ utiliz.	Qualificação da Prescrição Prescrição MCDT's

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.

Para 2017, e considerando que os Contratos-Programa com as ULS para o corrente ano se encontram já firmados, e os respetivos objetivos de desempenho assumidos pelas entidades contratantes, importa definir as regras a observar nas situações em que indicadores de desempenho agora descontinuados no âmbito da contratualização com os CSP constam nos CP das ULS.

Encontram-se nestas circunstâncias os indicadores “Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.”, “Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV“, “Proporção utentes >= 75 A, c/ presc. cró. < 5 fár.”, “Percent. grávidas c/ 6+ cons. vigil. enferm.” constantes dos Termos de Referência de cuidados de saúde no SNS para 2017, devendo, no corrente ano, ser considerado o seu cumprimento a 100%, com o compromisso de monitorização da sua nova formulação e que é a seguinte:

Indicador descontinuado	Nova formulação
56 - Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.	297 - Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót
64 - Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV	95 - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução
65 - Proporção utentes >= 75 A, c/ presc. cró. < 5 fár.	273 - Proporção utentes >= 75 A, c/ presc. cró. < 5 fár.
117 - Percent. grávidas c/ 6+ cons. vigil. enferm.	303 - Proporção grávidas 6+ cons. vig. enf. gravidez

6 CRONOGRAMA

6.1 ANO DE 2017

Para o ano de 2017, enquanto ano de transição, o cronograma a observar é o seguinte:

- Processo de contratualização interna e externa deverá estar terminado a 30/09/2017, conforme disposto na Portaria n.º 212/2017 de 19 de julho.
- Assinatura de Contrato Programa e Carta de Compromisso – até 15/10/2017

6.2 ANOS SEGUINTE

Para os próximos anos, o cronograma normal a observar é o seguinte:

- Termos de Referência para a contratualização – 15/07/N-1
- Contratualização Interna – até 15/11/N-1
- Contratualização Externa – até 15/12/N-1
- Assinatura da Carta Compromisso – até 31/12/N-1

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

- 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 – 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 Executivos do ACES

7.2 ANEXO II – 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.

A construção, discussão e validação do plano de ação é feita em suporte eletrónico.

O acesso à plataforma eletrónica (UCSP/USF) faz-se na seguinte página:

[Portal SNS / Reforma SNS / Reforma CSP / BI Reforma / Contratualização / Plano de Ação](#)

7.3 ANEXO III – 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 de Desempenho (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. Recursos necessários a alocar (investimento, manutenção, entre outros);
5. Plano de aplicação dos Incentivos Institucionais;
6. Anexos

7.4 ANEXO IV – 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

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

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

$$\text{VI_UF_P} = (\text{VUI_UP} \times Y) \times \text{WN}$$

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 - N.º 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.

7.5 ANEXO V – 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.

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.

7.6 ANEXO VI – 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.

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 2017