

DPS

METODOLOGIA DE CONTRATUALIZAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE
SAÚDE PRIMÁRIOS NO ANO DE 2015

dezembro de 2014

ÍNDICE

Nota Prévia	5
Introdução	6
Arquitetura do Processo de contratualização para 2015	11
1. Instruções Gerais para o Processo Negocial de 2015.....	13
2. Registro e morbidade em Cuidados de Saúde Primários	15
3. Calendário de Negociação para 2015.....	21
4. Contratualização Externa para 2015.....	22
4.1. Negociação da Contratualização Externa	22
4.1.1. O Plano de Desempenho	22
4.1.2. O Contrato-Programa.....	22
4.1.3. Caracterização do ACES e Definição de Prioridades Assistenciais.....	23
4.1.4. Mapa de Equipamentos	24
4.1.5. Mapa de Recursos Humanos.....	24
4.1.6. Matriz de Indicadores de Desempenho Para Contratualização Externa.....	25
4.1.7. Orçamento Económico dos ACES	29
4.1.8. Alinhamento entre a Contratualização Externa e a Contratualização Interna.....	30
4.1.9. Operacionalização da Fase de Negociação da contratualização externa com ACES.....	31
4.2. Acompanhamento	32
4.3. Avaliação	33
4.3.1. Aplicação do Índice de Desempenho Global.....	33
4.3.2. Aplicação dos Incentivos.....	35
4.4. O SICA dos ACES.....	36
5. Contratualização Interna para 2015.....	37
5.1. Negociação da Contratualização Interna	37
5.1.1. Matriz de Indicadores de Contratualização com UCSP e USF para Atribuição de Incentivos Institucionais às USF.....	37
5.1.2. Matriz de Indicadores para Atribuição de Incentivos Financeiros às USF Modelo B.....	40
5.1.3. Matriz de Indicadores para Atividades Específicas em USF Modelo B	42
5.1.4. Negociação com as UCSP.....	42
5.1.5. Negociação de Metas com USF e UCSP	43
5.1.6. Racional de metas.....	44
5.1.7. Clusters.....	44
5.1.8. Carteira Adicional	45
5.2. Acompanhamento Interno	45
5.2.1. Plano de Acompanhamento Interno das equipas.....	45

5.2.2. Acompanhamento Interno do Processo de Contratualização de 2015	45
5.3. Avaliação	46
5.3.1. Avaliação de Incentivos Institucionais das USF	46
5.3.2. Valor dos Incentivos Institucionais das USF	47
5.3.3. Avaliação de Incentivos.....	47
5.3.4. Comissões de Acompanhamento Externo.....	48
5.3.5. Aplicação dos Incentivos Institucionais.....	48
5.3.6. Aplicação de Incentivos Financeiros.....	49
6. Satisfação dos Utilizadores	49
7. Auditorias no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.....	50
8. Ferramentas de Ajustamento pelo risco	51
9. Cuidados de Saúde Primários e Ganhos em Saúde	52
Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC)	53
Unidades de Saúde Pública (USP).....	55
Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).....	56

Através do presente documento estabelecem-se os princípios orientadores do processo de contratualização nos cuidados de saúde primários para o ano de 2015, no que respeita a atividades, objetivos e resultados a alcançar pelos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e pelas respetivas unidades funcionais que os compõem.

A reforma dos cuidados de saúde primários, que tem vindo a ser implementada nos últimos anos, pretende reforçar a orientação deste nível de cuidados para a comunidade, apostando fortemente na autonomia e na responsabilização das equipas e dos profissionais, na flexibilidade organizativa e de gestão das estruturas de prestação de cuidados, na desburocratização, na modernização, na transparência, na melhoria contínua da qualidade, na prestação de contas e na avaliação do desempenho de todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados de saúde primários à população.

Para 2015, importa continuar a sedimentar este trajeto, reforçando o espírito de trabalho em equipa multidisciplinar, potenciando a articulação, a complementaridade e a integração dos cuidados que são prestados à população.

Paralelamente é fundamental continuar a aprimorar os instrumentos de gestão e de governação clínica e os mecanismos de participação e de co-responsabilização da comunidade em geral (associações de utentes, ordens, associações profissionais, sociedades científicas, estruturas interministeriais e de outros Ministérios, autarquias locais, entre outras entidades com responsabilidade na sociedade civil), encontrando soluções concretas e respostas adequadas em função das necessidades, dos recursos e das condições efetivamente existentes para a prestação de cuidados de saúde à população.

Neste contexto, o processo de contratualização de 2015 deverá renovar os objetivos em termos de melhoria dos resultados nas áreas do acesso, do desempenho assistencial, da qualidade e da eficiência, continuando a densificar o desenvolvimento do novo modelo organizativo dos cuidados de saúde primários que suporta esta reforma, o qual é mais complexo do que o modelo de comando controlo que tradicionalmente vigora na Administração Pública. É um modelo que exige mais conhecimento, qualificação, capacidade, rigor e espírito construtivo por parte de todos os intervenientes no processo, e que permite responder de forma mais adequada às necessidades em saúde da população e aos desafios com que os sistemas de saúde se debatem, a nível nacional e internacional.

De facto, é hoje amplamente reconhecido que o processo de contratualização é uma ferramenta que desempenha um papel importante na nova arquitetura dos cuidados de saúde primários, pelo que importa continuar a reforçar a sua abrangência, a sua relevância e o rigor da sua implementação prática, harmonizando os procedimentos em vigor a nível nacional e assegurando igualdade e equidade no tratamento das equipas, dos profissionais e dos utentes que são acompanhados neste nível de cuidados.

O documento que agora se publica pretende consolidar as práticas de contratualização que foram implementadas nos últimos anos neste nível de cuidados, definindo as responsabilidades e as tarefas que devem ser desenvolvidas pelos vários agentes deste processo (compradores/pagadores de serviços e prestadores), contribuindo assim para a estabilização organizativa da prestação de cuidados de saúde primários, para a consolidação de uma cultura de gestão rigorosa, equilibrada, responsável, transparente e ciente das necessidades das populações, visando a criação de valor em saúde e a obtenção de ganhos de acesso e qualidade para a população, e de eficiência para as instituições.

INTRODUÇÃO

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

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

Tabela 1- Súmula da legislação referente à organização e funcionamento dos cuidados de saúde primários, com impacto no processo de contratualização

Legislação	Âmbito
Decreto-lei n.º 298/2007, de 22 de agosto	Estabelece a organização e funcionamento das USF e o regime de incentivos.
Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro	Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das USF.
Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro	Cria os ACES e estabelece o seu regime de organização e funcionamento.
Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril (revogada)	Regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF, especificando os indicadores usados na contratualização de cada tipo de incentivos e a métrica de avaliação das metas contratualizadas.
Portarias n.º 272/2009, de 18 de Março (ARS Algarve) Portaria n.º 273/2009, de 18 de Março (ARS Norte) Portaria n.º 274/2009, de 18 de Março (ARS Centro) Portaria n.º 275/2009, de 18 de Março (ARS Alentejo) Portaria n.º 276/2009, de 18 de Março (ARS LVT)	Criam os vários ACES, integrados nas respetivas Administrações Regionais de Saúde (ARS).
Decreto-lei n.º 102/2009, de 11 de maio	Estabelece que os ACES integrados em ULS devem seguir, com as necessárias adaptações, o regime de organização e de funcionamento dos ACES previsto no decreto-lei 28/2008.
Portaria n.º 308/2012, de 9 de outubro (ARS Alentejo) Portaria n.º 310/2012, de 10 de outubro (ARS Norte) Portaria n.º 394-A/2012, de 29 de novembro (ARS Centro) Portaria n.º 394-B/2012, de 29 de novembro (ARS LVT)	Estabelecem a reconfiguração dos ACES e das respetivas Administrações Regionais de Saúde (ARS).
Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro	Procede à primeira alteração à Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, regulando os critérios e condições de atribuição dos incentivos institucionais e financeiros às USF e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados prestados.
Despacho n.º 6501/2014, de 9 de maio	Define o peso dos indicadores, os critérios gerais para a definição das metas a contratualizar e o referencial das metas de todos os indicadores para o processo de contratualização.

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

- "*Unidades de Saúde Familiar - Metodologia de Contratualização – USF modelo A e "*, publicado em 2009;
- "*Unidades de Saúde Familiar e Unidades Cuidados de Saúde Personalizados - Cálculo de indicadores de desempenho - Critérios a observar na sua implementação*", também publicado em 2009;
- "*Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados - Metodologia de Contratualização para o ano de 2010*", onde se operacionalizou a contratualização interna efetuada entre os responsáveis dos recém-criados ACES e das unidades funcionais, e se falou pela primeira vez na contratualização com UCSP a nível nacional;
- "*Agrupamentos de Centros de Saúde - Metodologia de Contratualização para o ano de 2010*", onde se operacionalizou a contratualização externa com os ACES. Neste documento estabeleceu-se que a contratualização externa se baseava em 14 indicadores definidos a nível nacional, 4 selecionados a nível regional e 2 a nível local e definiu-se a implementação, em termos experimentais, de dois instrumentos previsionais: o Plano de Desempenho (PD) e o Contrato-Programa (CP);
- "*Metodologia de Contratualização para o ano de 2011*", onde se continuou a aperfeiçoar o modelo de contratualização interna com as USF/UCSP e de contratualização externa com os ACES;
- "*Metodologia de Contratualização para o ano de 2012*", onde se definiu a necessidade de se iniciarem processos experimentais e pontuais de contratualização interna com as Unidades de Saúde Pública (USP) e com as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC);
- "*Bilhete de identidade dos indicadores de monitorização dos Cuidados de Saúde Primários*", documento produzido no final de 2012, através do qual se passou a definir de forma clara e transparente as regras de cálculo e as especificações de registo adequado às práticas de qualidade para uma matriz de 100 indicadores de contratualização e monitorização. Este documento foi reeditado a 1 de Outubro de 2013, com a introdução de importantes aperfeiçoamentos recolhidos ao longo de 9 meses de implementação, e será atualizado anualmente, de acordo com o definido no número 3 do artigo 2.º da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro;
- "*Metodologia de Contratualização para o ano de 2013*", onde se implementou, entre outras alterações, a metodologia de avaliação dos ACES com base no Índice de Desempenho Global.
- "*Metodologia de Contratualização para o ano de 2014*", onde se alterou a estrutura de contratualização interna, fruto da publicação da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, e em que se definiu a implementação, entre outras, da operacionalização do Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento dos ACES (SICA ACES), do *benchmarking* para comparar o desempenho e proceder à publicitação de informação sobre a performance dos ACES (através do *microsite* de "Monitorização da

Atividade no SNS”, disponível em www.acss.min-saude.pt) e da monitorização de satisfação dos utilizadores através da realização de questionários de satisfação aos utilizadores das USF e UCSP, promovendo a melhoria contínua dos cuidados prestados à população através dos contributos dos utentes e permitindo a comparabilidade nacional e internacional.

Fruto deste trabalho evolutivo, constatamos que a contratualização com os cuidados de saúde primários é hoje uma cultura que está perfeitamente implementada em Portugal, constituindo-se como uma ferramenta que foi plenamente apropriada pelos profissionais que desempenham a sua atividade neste nível de cuidados. Esta realidade cria um contexto de grande exigência para todos os intervenientes, exigindo uma melhoria contínua e progressiva de todos os aspetos que envolvem o processo de contratualização nos cuidados de saúde primários, desde a sua arquitetura, aos comportamentos dos vários agentes envolvidos, para que em conjunto seja possível identificar continuamente as áreas de prestação de cuidados que devem ser priorizadas e alavancadas. Só através desta atitude pró ativa e construtiva é possível criar condições para que as equipas de saúde possam construir as respostas concretas que permitam executar os planos nacionais ou regionais de saúde e responder às necessidades efetivas da população.

De facto, nos últimos anos, o processo da contratualização tem vindo a criar mecanismos de adaptação às realidades concretas, a ganhar flexibilidade (com a introdução de um quadro de indicadores mais abrangente e alinhados com o Plano Nacional de Saúde e com os objetivos da política de saúde a nível nacional, mas também considerando a possibilidade de haver margem para, a nível regional e local, se adaptar o processo às necessidades da população), a ser cada vez mais transparente (em relação ao que se está a contratualizar, a medir, a avaliar e aos dados que estão disponíveis para as ARS, para os ACES, para as equipas, para os profissionais) e tem permitido construir indicadores cada vez mais compreensivos, mais indutores do trabalho em equipa multidisciplinar e mais focados nos resultados a alcançar.

Para dar continuidade às melhorias que têm vindo a ser implementados nos últimos anos, o processo de contratualização nos cuidados de saúde primários deve continuar a nortear-se pelos seguintes objetivos gerais:

- 1 Reduzir o hiato entre o estado de saúde atual e o estado de saúde desejável da população, reforçando os processos de diagnóstico de necessidades específicas das populações e de planeamento em saúde, essencialmente aqueles que são desenvolvidos pelos Departamentos de Saúde Pública das ARS e pelas Unidades de Saúde Pública dos ACES, para que se possam desenvolver respostas de proximidade, adequadas às realidades locais e que se fomentem as boas práticas assistenciais e organizacionais;
- 2 Intensificar os esforços de promoção da saúde e de prevenção da doença, com relevo para os principais determinantes de saúde, através de políticas públicas destinadas a diminuir a carga de doença e garantir a sustentabilidade do sistema de saúde a longo prazo;
- 3 Incentivar a cultura da prestação de cuidados de saúde em equipa, com realce para a equipa multiprofissional de saúde da família (nomeadamente, o médico de família e o enfermeiro de família, que se encontra em implementação na sequência do Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto), procurando melhorar o acesso, a qualidade e a continuidade de cuidados, seja na perspetiva da intervenção personalizada ao utente, seja envolvendo a família e a comunidade;

- 4 Basear-se em indicadores que a evidência científica demonstra que podem conduzir a ganhos em saúde, de acessibilidade ou de satisfação, quer seja através da monitorização da evolução dos processos, quer seja através da avaliação dos resultados da atividade assistencial;
- 5 Promover a responsabilização das entidades prestadoras através da negociação transparente e responsabilizante de metas para os indicadores, assegurando a sua monitorização ao longo do tempo e a sua avaliação de forma rigorosa, participada e atempada;
- 6 Induzir nas unidades prestadoras mecanismos de autorregulação que orientem a prática no sentido da excelência da prestação de cuidados de saúde, da eficiência do sistema de saúde e da satisfação dos utentes e dos profissionais;
- 7 Promover a autonomia técnica das unidades prestadoras e a participação dos profissionais na definição e implementação das estratégias necessárias para atingir os objetivos acordados, em função dos recursos humanos, técnicos e financeiros que estão efetivamente disponíveis;
- 8 Premiar, através da atribuição de incentivos institucionais, os ACES e as equipas com melhor desempenho assistencial e económico-financeiro.

Para a transformação destes objetivos gerais em objetivos operacionais, devem considerar-se as necessidades em saúde detetadas a nível nacional, regional e local, identificadas no Plano Nacional de Saúde, nos Planos Regionais de Saúde, no Plano de Atividades dos ACES e nos Planos de Ação das Unidades Funcionais. Trata-se de uma lógica de planeamento em cadeia, em que todos são chamados a assumir compromissos de nível nacional, compromissos específicos da sua região, e compromissos concretos em relação à sua população de inscritos. É pois fundamental garantir o alinhamento estratégico entre os vários níveis de planeamento, potenciando o envolvimento e participação dos intervenientes no processo.

O presente documento operacionaliza o processo de contratualização (externa e interna) para o ano de 2015, procurando continuar a sedimentar as práticas que têm vindo a ser implementadas a nível nacional nos últimos anos e introduzindo as seguintes alterações principais:

- Fortalecimento do carácter negocial dos objetivos e respetivas metas para 2015, em simultâneo com o reforço das medidas que contribuem para o cumprimento dos prazos previstos na fase de negociação, acompanhamento e avaliação;
- Alargamento da implementação do SICA ACES a outras áreas do plano de desempenho, continuando a harmonizar a nível nacional as práticas inerentes ao processo de contratualização externa;
- Aumento da disponibilização de informação sobre a performance dos ACES e das unidades funcionais que os compõem, através do *microsite* de “Monitorização do SNS” e de outras iniciativas que reforçam os mecanismos de monitorização e de *benchmarking* neste nível de cuidados;
- Consolidação da implementação das ferramentas de monitorização de satisfação dos utilizadores;

- Implementação de processos de auditoria sistemática que permitam obter e avaliar a correspondência entre informações, situações ou procedimentos e critérios preestabelecidos, reforçando a transparência e a responsabilidade do processo de contratualização nos cuidados de saúde primários;
- Introdução de ferramentas de ajustamento pelo risco que contribuam para a estratificação do risco individual da população, considerando as diferenças de morbidade existentes na população e fomentando a criação de medidas e políticas de saúde mais equitativas e adequadas às necessidades em saúde da população;
- Monitorização de vários indicadores populacionais que explicitem a relação entre os outputs contratualizados nos cuidados de saúde primários e os resultados em saúde alcançados para a população;
- Definição do modelo *standard* de contratualização com as UCC a nível nacional.

Os ACES, serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, são constituídos por várias unidades funcionais, tendo por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

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

O desafio do processo de contratualização com os cuidados de saúde primários, centrado nas necessidades em saúde das diferentes populações, tem por base a contratação de cuidados de saúde, organizada em dois subprocessos:

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

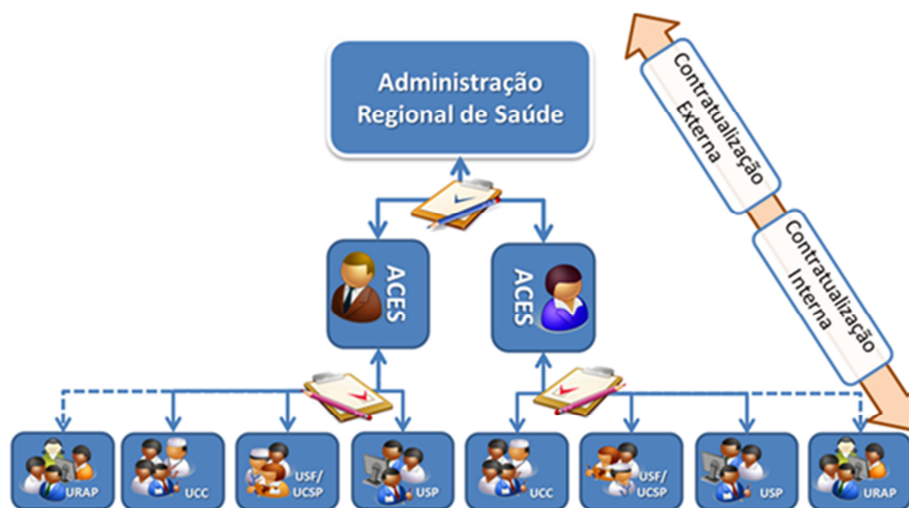


Figura 1 - Modelo de contratualização de uma ARS com os ACES (externa) e destes com as respetivas UF (interna).

O modelo de contratualização com os ACES deve ser adaptado às Unidades Locais de Saúde (ULS) na sua vertente de prestação de cuidados de saúde primários (Decreto-Lei n.º 102/2009, de 11 de Maio).

Considerando que em 2015 continuarão em atividade 8 ULS abrangendo 11,5% da população portuguesa, importa realizar um processo de contratualização nos cuidados de saúde primários adequado e promotor da autonomia e da responsabilidade das equipas prestadoras de cuidados à população inscrita em ULS.

No respeito pelos princípios da autonomia técnica própria dos cuidados de saúde primários, da delegação de competências no âmbito das ULS e da responsabilização dos profissionais, o regime de contratualização deve

observar as regras aplicáveis aos ACES. Assim, o processo de contratualização interna envolve o Conselho de Administração das ULS e os responsáveis pela gestão interna e pela prestação de cuidados ao nível dos cuidados de saúde primários, com o objetivo de garantir o alinhamento dos objetivos específicos deste nível de cuidados e da ULS como um todo, na garantia do *continuum* da prestação dos cuidados à população.

Destaca-se que 6% do valor do Contrato-Programa estabelecido entre as ULS e as ARS está associado ao cumprimento de objetivos de qualidade, distribuídos de forma equitativa entre os cuidados de saúde hospitalares (3%) e os cuidados de saúde primários (3%), estando estes últimos alinhados com a contratualização efetuada a nível nacional entre as ARS e os ACES.

Neste domínio, a aplicação do SICA dos ACES às ULS é um processo que permitirá suportar os processos internos que estas entidades têm implementados para partilhar a responsabilidade no interior da organização pelo cumprimento destes objetivos, possibilitando a obtenção de informação que lhes permitirá acompanhar a atividade realizada e a prevista, efetuar análises e comparações com outras estruturas semelhantes e assim detetar áreas de melhoria da sua eficiência interna.

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

1. Negociação – fase que abrange os trabalhos preparatórios da negociação até à assinatura do Contrato-Programa entre a ARS e os ACES e das Cartas de Compromisso entre o ACES e as suas Unidades Funcionais, na qual se efetua a aproximação entre a oferta e a procura (necessidades em saúde), tendo em conta o preconizado pela política de saúde definida para o período, as restrições orçamentais e outros condicionalismos associados à negociação e à partilha do risco. A negociação é uma fase de aprendizagem e crescimento conjunto de todas as partes envolvidas, que não se limita á troca de propostas, merecendo que estas sejam sempre racionalizadas, e que contribui para a otimização da gestão dos recursos e para a obtenção de ganhos em saúde para a população;
2. Monitorização e acompanhamento – fase em que se efetua a recolha sistemática da informação sobre o compromisso assumido entre as partes nas diferentes dimensões de análise (produção assistencial contratada, objetivos para as dimensões acesso, qualidade assistencial e desempenho económico-financeiro, entre outras), e em que se discutem em tempo útil as várias possibilidades de introdução de medidas que permitam corrigir eventuais desvios em relação ao preconizado entre as partes;
3. Avaliação – enquanto fase crucial que encerra o ciclo do processo de contratualização, a avaliação é não só um momento de prestação de contas mas também um momento de reflexão sobre o desempenho de todos os intervenientes no processo, os quais deverão ter a capacidade de avaliar de forma desprendida e objetiva os resultados alcançados, agindo em função dos mesmos. A fase de avaliação tem um enorme potencial transformador, pretendendo-se que a mesma contribua significativamente para a alteração de comportamentos, de atitudes e de práticas de gestão e de prestação de cuidados, visando a melhoria dos resultados globais das entidades envolvidas no processo de contratualização.

1. INSTRUÇÕES GERAIS PARA O PROCESSO NEGOCIAL DE 2015

À semelhança do que tem ocorrido nos últimos anos, o processo de contratualização de 2015 deve contribuir para o objetivo geral do SNS de garantir a salvaguarda de elevados níveis de acesso e de qualidade dos cuidados prestados à população e de melhoria da sua performance de gestão dos recursos disponíveis, nomeadamente em relação ao controlo dos custos com medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT).

Nesta perspetiva, o processo negocial que vai decorrer no ano de 2015 deve:

- i. Basear-se no Plano Nacional de Saúde, no Plano Regional de Saúde de cada ARS e no Plano Local de Saúde de cada ACES, respondendo à avaliação das necessidades em saúde nacionais, regionais e locais;
- ii. Estimular, por iniciativa do Conselho Clínico e de Saúde, a implementação de programas de governação clínica e de respostas adequadas aos problemas e necessidades em saúde de grupos específicos e da população no seu todo, de forma a promover o exercício da atividade clínica baseada na evidência científica, na eficiência e na qualidade dos cuidados prestados à população;
- iii. Promover a acessibilidade dos utentes através do desenvolvimento de circuitos de coordenação e referenciação dos mesmos ao longo do sistema, assegurando o cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos e a adequação da referenciação, através da implementação de *guidelines* clínicas baseadas na evidência e incorporadas nos sistemas de informação (nomeadamente no Programa Consulta a Tempo e Horas - CTH);
- iv. Valorizar a utilização das tecnologias de informação e comunicação para a prestação de cuidados de saúde, fomentando a implementação de respostas de telemedicina, nomeadamente ao nível das teleconsultas, dos telerastreios e da telemonitorização de utentes, contribuindo assim para melhorar o acesso e a proximidade aos cuidados de saúde, para a redução dos tempos de resposta e das listas de espera, para o aumento da satisfação dos utentes e para a racionalização dos recursos disponíveis, nomeadamente através da redução dos custos em saúde, quer seja no âmbito das despesas com o transporte dos doentes, quer seja com a rentabilização e partilha dos resultados dos MCDT efetuados nos vários níveis de cuidados;
- v. Coordenar o acompanhamento dos utentes que necessitem de cuidados hospitalares em ambulatório ou internamento, e cuidados após a alta, incluindo, cuidados continuados integrados domiciliários e de internamento (convalescença, média e longa duração e paliativos), ajustando as intervenções e a coordenação dos cuidados em função do risco individual da população;
- vi. Aumentar a presença dos cuidados de saúde primários na saúde dos cidadãos, das famílias e das comunidades, através de políticas de promoção da saúde, prevenção da doença, proteção da saúde individual e coletiva, capacitação dos indivíduos e co responsabilização de outros setores da sociedade, combatendo-se assim a fragmentação da prestação de cuidados de saúde e orientando-se o sistema para a implementação de práticas mais integradas e adequadas à resposta às necessidades dos utentes;
- vii. Estabelecer mecanismos de articulação entre os conselhos clínicos e de saúde dos ACES e os responsáveis clínicos dos Hospitais, procurando assegurar uma interligação contínua de cuidados, uma

utilização efetiva dos recursos disponíveis e reservando o acesso aos cuidados hospitalares para as situações que exijam este nível de intervenção, contribuindo-se assim para a criação de valor para o utente e de mais-valias para o sistema de saúde como um todo;

- viii. Envolver os cidadãos e as comunidades, através de órgãos e de práticas formais (gabinetes do cidadão e conselhos da comunidade) e informais, que promovam a participação e a cidadania em saúde e que incentivem a educação do doente para a autogestão informada;
- ix. Fomentar o processo de contratualização interna nas diferentes unidades funcionais, reforçando a autonomia e a responsabilidade das equipas e alargando progressivamente o seu âmbito às UCSP e às outras unidades funcionais (UCC, USP e URAP) que reúnam condições para integrar este processo;
- x. Desenvolver competências de gestão organizacional e de controlo de gestão, nomeadamente na área da gestão financeira (melhoria da qualidade do reporte económico-financeiro dos ACES e consequentemente das ARS), de recursos humanos, de instalações e equipamentos, de recursos materiais e aprovisionamento, de sistemas de informação, entre outras;
- xi. Garantir o compromisso assumido de racionalização de custos e de contributo para a sustentabilidade económica do SNS, conjugando estes objetivos com a melhoria do acesso e da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população;
- xii. Auditar os processos e os resultados, assegurando que existe correspondência entre as práticas e os procedimentos ou critérios preestabelecidos na boa prática em saúde.

Dando continuidade ao que foi implementado anteriormente, **reforça-se a determinação de que os Diretores Executivos e Presidentes dos Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACES assumem em 2015 a responsabilidade plena do processo de contratualização interna com as USF, com as UCSP e com as restantes unidades funcionais que compõem o ACES**, competindo aos Departamentos de Contratualização das ARS a função de acompanhar a qualidade e a coerência dos processos de contratualização, e assegurar a sua adequação e robustez técnica.

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

Também à semelhança do ano anterior, importa que o processo de contratualização nos cuidados de saúde primários para 2015 considere como ponto de referência os compromissos assumidos anualmente pelas ARS em sede de Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR).

De igual forma, o processo de contratualização nos cuidados de saúde primários deve estar alinhado com o Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP), incluindo o subsistema de Avaliação do Desempenho dos Serviços da Administração Pública (SIADAP 1).

2. REGISTO E MORBILIDADE EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Durante o ano de 2015, importa continuar a melhorar todos os registos clínicos, em particular os registos realizados pelos médicos de família que dão informação sobre a morbilidade ao nível dos cuidados de saúde primários, através de uma codificação sistemática e rigorosa dos problemas de saúde nas listas de problemas e nas consultas, usando a *International Classification of Primary Care*, segunda edição (ICPC-2).

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

Fruto deste trabalho e do enorme envolvimento e disponibilidade dos profissionais médicos das várias USF e UCSP, a percentagem de consultas médicas presenciais com codificação ICPC-2 nos cuidados de saúde primários é hoje elevada no nosso País (69,2% em 2011, 83,9% em 2012 e 84% em 2013), pelo que em seguida se apresenta uma breve caracterização dos utentes atendidos nestas USF e UCSP, não só em termos de idade e género, e de acesso aos Cuidados de Saúde, como também em termos de problemas de saúde.

A lista de problemas ativos dos utentes contém os problemas de saúde, em relação aos quais existe um plano de seguimento. A lista de problemas ativos deve conter as doenças relevantes (p.e. neoplasias, doenças recorrentes, intervenções cirúrgicas major), as doenças que requerem tratamento médico contínuo (p.e. Diabetes Mellitus), as doenças que condicionam a escolha da terapêutica (p.e. alergias e úlcera péptica), doenças que afetam as funções do doente (p.e. surdez e cegueira) e os problemas sociais. Assim, o conjunto dos problemas de saúde existente nas listas de problemas ativos dos processos clínicos é útil para: (1) Caracterizar os utentes; (2) Caraterizar a atividade desenvolvida; (3) programar atividade.

Sem bons registos clínicos não é possível garantir a adequação de cuidados e, muito menos, monitorizar e avaliar o trabalho realizado e os cuidados prestados à população, pelo que em seguida se apresenta a distribuição dos problemas ativos antigos e novos das listas de problemas dos utentes pelos diversos capítulos da ICPC-2, por ordem decrescente da respetiva frequência de registo.

Tabela 2 - Distribuição dos registos dos problemas ativos antigos e novos das listas de problemas dos utentes pelos capítulos da ICPC-2.

Capítulos ICPC-2	Antigos		Novos		Total	
	N	%	N	%	N	%
L - Sistema músculo-esquelético	4.077.380	18	1.398.089	18	5.475.469	18
K - Aparelho circulatório	3.269.583	15	948.340	12	4.217.923	13
T - Endócrino, metabólico e nutricional	3.119.206	14	891.323	12	4.010.529	13
P - Psicológico	2.309.920	10	839.517	11	3.149.437	10
D - Aparelho digestivo	2.335.740	10	810.914	11	3.146.654	10
R - Aparelho respiratório	1.510.196	6,7	514.148	6,7	2.024.344	6

S - Pele	1.286.155	5,7	474.939	6,2	1.761.094	5
X - Aparelho genital feminino (incluindo mama)	887.753	3,9	314.380	4,1	1.202.133	4
A - Geral e inespecífico	731.420	3,2	289.163	3,8	1.020.583	3
N - Sistema nervoso	650.934	2,9	223.719	2,9	874.653	2
U - Aparelho urinário	597.540	2,6	219.177	2,9	816.717	2
F - Olhos	541.048	2,4	217.424	2,8	758.472	2
H - Ouvidos	382.350	1,7	138.916	1,8	521.266	1
Y - Aparelho genital masculino	371.623	1,6	125.975	1,7	497.598	1
B - Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos (baço, medula óssea)	267.399	1,2	103.712	1,4	371.111	1
Z - Problemas sociais	191.251	0,8	80.646	1,1	271.897	0
W - Gravidez e planeamento familiar	94.132	0,4	41.409	0,5	135.541	0
TOTAL	22.623.630	100	7.631.791	100	30.255.421	100

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

No final de 2011 estavam identificados 20,6 milhões de problemas de saúde, no final de 2012, 25,8 milhões de problemas e no final de 2013 estavam identificados 30,2 milhões de problemas.

Os 5 capítulos da ICPC-2 mais frequentes foram o [Sistema músculo-esquelético (L)], o [Circulatório (K)], o [Endócrino, metabólico e nutricional (T)], o [Psicológico (P)] e o [Aparelho digestivo (D)], totalizando cerca de 2/3 do total de problemas (64% em 2013 e 66,4% em 2012).

A tabela da página seguinte mostra os problemas de saúde mais frequentes nas listas de problemas ativos, codificados pela ICPC-2 e ordenados por ordem decrescente da frequência de registo. Os 40 problemas de saúde listados nesta tabela, perfazem 50% do total dos problemas de saúde ativos dos utentes inscritos.

Assim, podemos afirmar que os 5 problemas de saúde mais frequentes, codificados pela ICPC-2 em 2013 foram:

1. Hipertensão sem complicações (prevalência de 16,8%);
2. Alteração do metabolismo dos lípidos (prevalência de 16,5%);
3. Perturbação depressiva (prevalência de 7,6%);
4. Abuso do tabaco (prevalência de 6,7%);
5. Diabetes tipo 2 (prevalência de 6,1%).

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

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

Tabela 3 – Frequência simples, frequência acumulada e prevalência dos 40 problemas de saúde mais frequentes nas listas de problemas ativos, codificados pela ICPC-2, em 2013.

I	CÓD	RÚBRICA	N	f (%)	F (%)	P (%)
1	K86	Hipertensão sem complicações	1.719.655	5.7	5.7	16.8
2	T93	Alteração do metabolismo dos lípidos	1.694.732	5.6	11.3	16.5
3	P76	Perturbação depressiva	778.661	2.6	13.9	7.6
4	P17	Abuso do tabaco	691.089	2.3	16.1	6.7
5	T90	Diabetes tipo 2	627.728	2.1	18.2	6.1
6	L86	Síndrome da coluna com irradiação de dor	594.685	2.0	20.2	5.8
7	T82	Obesidade	521.930	1.7	21.9	5.1
8	P74	Distúrbio ansioso/estado de ansiedade	445.016	1.5	23.4	4.3
9	T83	Excesso de peso	401.811	1.3	24.7	3.9
10	L03	Sintoma/queixa da região lombar	383.175	1.3	26.0	3.7
11	R05	Tosse	357.388	1.2	27.2	3.5
12	L90	Osteoartrose do joelho	333.546	1.1	28.3	3.3
13	K95	Veias varicosas da perna	328.894	1.1	29.3	3.2
14	L84	Síndrome da coluna sem irradiação de dor	307.405	1.0	30.4	3.0
15	L87	Bursite/tendinite/sinovite NE	296.973	1.0	31.3	2.9
16	K85	Pressão arterial elevada	278.177	0.9	32.3	2.7
17	K87	Hipertensão com complicações	276.079	0.9	33.2	2.7
18	D87	Alteração funcional do estômago	273.053	0.9	34.1	2.7
19	R97	Rinite alérgica	265.595	0.9	35.0	2.6
20	L99	Doença do aparelho músculo-esquelético outra	260.904	0.9	35.8	2.5
21	L91	Osteoartrose outra	257.883	0.9	36.7	2.5
22	Y85	Hipertrofia prostática benigna	252.652	0.8	37.5	2.5
23	P01	Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão	252.355	0.8	38.3	2.5

24	L15	Sintoma/queixa do joelho	233.078	0.8	39.1	2.3
25	R21	Sinal/queixa da garganta	228.059	0.8	39.9	2.2
26	P06	Perturbação do sono	218.524	0.7	40.6	2.1
27	D82	Doença dos dentes/gengiva	216.097	0.7	41.3	2.1
28	L95	Osteoporose	205.179	0.7	42.0	2.0
29	L83	Síndrome do pescoço	201.235	0.7	42.6	2.0
30	A99	Doença/condição de natureza/localização não especificada	200.984	0.7	43.3	2.0
31	U95	Cálculo urinário	197.350	0.7	44.0	1.9
32	D99	Doença do sistema digestivo outra	196.483	0.6	44.6	1.9
33	R96	Asma	194.677	0.6	45.3	1.9
34	L92	Síndrome do ombro doloroso	190.617	0.6	45.9	1.9
35	T81	Bócio	171.997	0.6	46.5	1.7
36	K96	Hemorroidas	170.898	0.6	47.0	1.7
37	L81	Traumatismo músculo-esquelético NE	170.300	0.6	47.6	1.7
38	N17	Vertigem/tontura	166.670	0.6	48.1	1.6
39	N01	Cefaleia	162.993	0.5	48.7	1.6
40	D02	Dor abdominal epigástrica	162.657	0.5	49.2	1.6

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

Realça-se a crescente codificação de problemas de saúde a nível nacional, que reflete o aumento dos registos clínicos informáticos, com níveis de exigência cada vez maiores por parte dos utilizadores/prestadores de cuidados de saúde e por parte da própria administração que pretende recolher cada vez mais informação e mais fidedigna, tendo em vista um melhor planeamento e uma melhor gestão em saúde. Assim, ao fazer a análise desta informação é fundamental estar atento ao efeito da melhoria do registo e aumento da codificação clínica, distinguindo “novos casos” de “novas codificações”.

No seu conjunto e ao nível da unidade funcional ou do médico de família, o conhecimento dos Problemas de Saúde das listas de utentes permite uma melhor governação clínica.

Tabela 4 – Evolução da proporção de inscritos com determinados problemas ativos em análise, codificados pela ICPC-2 – 2010 a 2013

ID	Código	Indicador	2010	2011	2012	2013
205	2.12.08 FL	Proporção de utentes com "hipertensão arterial"	12,10%	14,50%	17,10%	19,2%
202	2.12.05 FL	Proporção de utentes c/ "alter. metab. lípidos"	9,10%	11,30%	14%	16,6%
198	2.12.01 FL	Proporção de utentes com "diabetes mellitus"	4,63%	5,37%	6,22%	6,9%
211	2.12.14 FL	Proporção utentes c/ "DM não insul. depend."	3,96%	4,71%	5,54%	6,2%
206	2.12.09 FL	Proporção de utentes c/ "perturb. depressivas"	3,85%	4,76%	5,75%	6,8%
200	2.12.03 FL	Proporção de utentes com "abuso de tabaco"	3%	3,90%	5,10%	6,8%
227	2.12.27 FL	Proporção utentes com "distúrbio ansioso"	2,24%	2,83%	3,63%	4,4%
204	2.12.07 FL	Proporção de utentes com "obesidade"	1,92%	3,24%	4,22%	5,1%
221	2.12.22 FL	Proporção utentes com "osteartrose do joelho"	1,64%	2,11%	2,70%	3,3%
235	2.12.35 FL	Proporção utentes com "neoplasia maligna"	1,61%	1,98%	2,49%	2,9%
233	2.12.33 FL	Proporção utentes com "HBP"	1,28%	1,63%	2,07%	2,5%
222	2.12.23 FL	Proporção utentes com "osteoporose"	1,21%	1,45%	1,76%	2,0%
225	2.12.25 FL	Proporção utentes com "rinite alérgica"	1,12%	1,53%	2,05%	2,6%
228	2.12.28 FL	Proporção utentes com "sensação de ansiedade"	1,11%	1,48%	1,99%	2,5%
223	2.12.24 FL	Proporção utentes com "doenças dentes e geng."	1,01%	1,31%	1,71%	2,1%
208	2.12.11 FL	Proporção de utentes com "asma"	1%	1,26%	1,60%	1,9%
203	2.12.06 FL	Proporção de utentes com "excesso de peso"	0,98%	2,22%	3,09%	3,9%
214	2.12.36 FL	Proporção utentes c/ "doença cardíaca isquémica"	0,84%	1%	1,23%	1,2%
234	2.12.34 FL	Proporção utentes com "osteartrose da anca"	0,77%	0,98%	1,27%	1,5%
212	2.12.15 FL	Proporção utentes com "DM insulino depend."	0,68%	0,66%	0,68%	0,7%
209	2.12.12 FL	Proporção de utentes com "bronquite crónica"	0,62%	0,73%	0,88%	1,0%
199	2.12.02 FL	Proporção de utentes com "abuso crónico álcool"	0,52%	0,64%	0,81%	1,0%
226	2.12.26 FL	Proporção utentes com "doença do esófago"	0,49%	0,63%	0,83%	1,0%
210	2.12.13 FL	Proporção de utentes com "DPOC"	0,46%	0,58%	0,73%	0,9%
218	2.12.19 FL	Proporção utentes com "neoplasia mama feminina"	0,34%	0,42%	0,52%	0,6%
207	2.12.10 FL	Proporção de utentes com "demência"	0,26%	0,34%	0,45%	0,6%
217	2.12.18 FL	Proporção utentes com "neoplasia cólon / recto"	0,22%	0,26%	0,32%	0,4%
215	2.12.16 FL	Proporção utentes com "neoplasia da próstata"	0,21%	0,26%	0,33%	0,4%
201	2.12.04 FL	Proporção de utentes com "abuso de drogas"	0,17%	0,21%	0,26%	0,3%
220	2.12.21 FL	Proporção utentes com "neoplasia estômago"	0,07%	0,08%	0,10%	0,1%
216	2.12.17 FL	Proporção utentes com "neoplasia colo do útero"	0,06%	0,07%	0,09%	0,1%
252	2.12.37 FL	Proporção de utentes com "Infecção VIH/SIDA"	0,06%	0,08%	0,10%	0,1%
229	2.12.29 FL	Proporção utentes com "depressão (P76.001)"	0,05%	0,75%	0,32%	0,6%
219	2.12.20 FL	Proporção utentes c/ "neoplasia brônquio/pulmão"	0,04%	0,05%	0,06%	0,1%
231	2.12.31 FL	Proporção utentes c/ "depressão reativa P76.010"	0,03%	0,26%	0,18%	0,4%
232	2.12.32 FL	Proporção utentes com "depressão endógena P76.016"	0,02%	0,07%	0,05%	0,1%
230	2.12.30 FL	Proporção utentes com "depressão pós-parto"	0,01%	0,02%	0,01%	0,0%

A informação que aqui se apresenta é fundamental como alerta para a procura ativa de “novos” casos, ou seja, para a sinalização de utentes não diagnosticados ou não codificados.

Assim, importa continuar o trabalho de reforço da codificação da atividade clínica, na medida em que a informação que daí advém, conjugada com a já disponível, permitir-nos-á desenvolver vários modelos de avaliação do risco, como veremos mais adiante neste documento.

Estes modelos irão possibilitar a introdução de medidas que ajustem os pagamentos ao risco previsível de cada população e que encorajem a prestação de cuidados de excelência para as condições mais onerosas.

Por outro lado, podem contribuir para a implementação de estratégias inovadoras de prestação de cuidados especialmente desenhadas para as pessoas com maior risco, reduzindo a carga de doença e, conseqüentemente, os custos económicos.

3. CALENDÁRIO DE NEGOCIAÇÃO PARA 2015

O calendário da fase de negociação para 2015 define os principais prazos para a execução das tarefas relacionadas com o processo de contratualização externa e interna nos cuidados de saúde primários.

Os processos de contratualização externa e interna são dinâmicos e interdependentes sendo que a proposta de metas para os indicadores do plano de desempenho de cada ACES deve ter em consideração o contributo das suas Unidades Funcionais. O reforço do envolvimento e articulação entre os ACES e as unidades funcionais é fundamental em todo o processo de contratualização, revelando-se crucial nesta fase de negociação.

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

Assim, conforme assinalado na tabela que em seguida se apresenta, a fase de negociação do processo de contratualização interna com as unidades funcionais deverá decorrer até ao final de fevereiro de 2015, enquanto a data limite para a submissão do Plano de Desempenho pelos ACES é o dia 15 de janeiro de 2015. Até ao dia 30 de janeiro de 2015 estará concluído o processo de negociação da contratualização externa, ou seja, as negociações entre as ARS e os ACES.

A fase de negociação do processo de contratualização de 2015 culmina com a assinatura do Contrato Programa entre as ARS e os ACES e a assinatura das Cartas de Compromisso entre o ACES e as Unidades Funcionais, até ao dia 28 de fevereiro de 2015.

Tabela 5 - Datas Chave da Contratualização de 2015

Fases do Processo	Datas
Submissão do Plano de Desempenho	15 janeiro 2015
Contratualização Externa	30 janeiro 2014
Contratualização Interna	28 fevereiro 2015
Assinatura de Contratos-Programa com ACES	28 fevereiro 2015
Assinatura de Cartas de Compromisso	28 fevereiro 2015

4. CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA PARA 2015

Para 2015, e à semelhança do que tem acontecido nos últimos anos, os objetivos ao nível da contratualização externa passam por continuar a melhorar de forma sustentada as regras de negociação, acompanhamento/monitorização e avaliação dos indicadores e das atividades desenvolvidas pelos ACES, assim como continuar a colocar prioridade na negociação e monitorização da execução do Orçamento Económico e do Mapa de Recursos Humanos dos ACES.

Para 2015, coloca-se também enfoque em mais uma das áreas previstas na contratualização externa dos ACES, nomeadamente: o Mapa de Equipamentos.

4.1. NEGOCIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA

Conforme tem vindo a ser praticado, o Diretor Executivo e o Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES elaboram uma proposta de **Plano de Desempenho** (PD), que inclui, entre outros componentes, propostas de metas para os indicadores de desempenho, que negoceiam posteriormente com a respetiva ARS, num processo designado por **contratualização externa**. O processo negocial culmina com a assinatura do **Contrato-Programa**.

O Plano de Desempenho e o Contrato-Programa dos ACES são, por excelência, os 2 instrumentos de transferência de autonomia e de responsabilidade para os responsáveis dos cuidados de saúde primários.

4.1.1. O PLANO DE DESEMPENHO

O Plano de Desempenho é um documento estratégico negociado anualmente com o ACES, no qual se caracteriza o ACES, designadamente através de indicadores populacionais de cariz sociodemográfico, socioeconómico e de resultados em saúde. No Plano de Desempenho são definidas prioridades assistenciais e são explicitados os recursos materiais, humanos e financeiros que o ACES tem ao dispor para cumprir a sua missão assistencial. Trata-se de uma ferramenta de monitorização e acompanhamento muito importante para todos os profissionais do ACES e, em particular, para os seus gestores e prestadores clínicos, pelo que o mesmo deve ser divulgado por todas as Unidades Funcionais que compõem o ACES.

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

4.1.2. O CONTRATO-PROGRAMA

O Contrato-Programa é o documento que o ACES deve outorgar com a ARS e está alinhado com o definido no Plano de Desempenho, identificando claramente as obrigações e as contrapartidas de ambas as partes e as regras de acompanhamento, monitorização e avaliação das atividades a desenvolver pelo ACES.

Os objetivos e metas assistenciais expressas no Contrato-Programa não correspondem necessariamente a todos os indicadores de desempenho apresentados em Plano de Desempenho.

4.1.3. CARACTERIZAÇÃO DO ACES E DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES ASSISTENCIAIS

O processo de contratualização seja ele encetado com unidades prestadores de cuidados de saúde primários, secundários ou integrados, deve ter como objetivo reduzir o hiato entre o estado de saúde atual e o estado de saúde desejável da população. Para tal, é necessário um reforço e capacitação nos processos de diagnóstico de necessidades, de planeamento em saúde e de contratualização de cuidados de saúde.

Assim, a ACSS, em parceria com o Instituto Nacional de Estatística (INE) e os Hospitais do SNS, tem vindo a recolher e trabalhar um conjunto de informação demográfica e epidemiológica de cada ACES, que habilita os prestadores a desenvolver as melhores respostas, capacitando desta forma, o processo de contratualização.

Fruto deste trabalho, disponibiliza-se aos Departamentos de Contratualização das ARS (e estes, por sua vez, aos Diretores Executivos e Conselhos Clínicos e de Saúde de cada um dos ACES) uma ficha de identificação e caracterização dos ACES, a qual tem o seguinte conjunto de informação:

- (1) Estrutura da oferta de cuidados (contactos e unidades funcionais);
- (2) Dados Demográficos;
- (3) Morbilidade (prevalência e incidência de patologias) e;
- (4) Indicadores de contratualização.

Em concreto, este conjunto de informação é apresentado nos seguintes 10 grupos:

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

Toda a informação é calculada ao nível do ACES, incluindo os agrupamentos que estão integrados em ULS, com a melhor informação disponível.

Os quadros dos indicadores de morbilidade e de contratualização fornecem informação de contexto (percentis, resultados da ARS e nacionais), informação sobre a evolução temporal de cada indicador e informação sobre os resultados das respetivas unidades funcionais.

Estes indicadores no seu conjunto permitem a caracterização dos ACES, de forma a promover localmente o planeamento das atividades assistenciais e de prevenção com base nas necessidades em saúde da população por parte das ARS.

4.1.4. MAPA DE EQUIPAMENTOS

Para 2015, será desenvolvido no SICA ACES o Mapa de Equipamentos afetos a cada um dos ACES, alargando assim a abrangência da informação disponível neste sistema de informação de suporte ao processo de contratualização externa.

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

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

Nesta sequência, o Mapa de Equipamentos que passará a estar disponível no SICA ACES em 2015 considera uma listagem de equipamentos previamente selecionados, de acordo com a área clínica em que são utilizados, e permitindo recolher informação sobre a quantidade de equipamentos disponíveis no ACES, os locais e condições de utilização, o estado de conservação e eventuais necessidades em termos de abate.

4.1.5. MAPA DE RECURSOS HUMANOS

Uma das principais componentes da fase de negociação da contratualização externa prende-se com o Mapa de Pessoal afeto às estruturas de gestão do ACES e a cada uma das unidades funcionais que o compõem. Por isso, foi desenvolvido já em 2014 o Mapa de Recursos Humanos do SICA ACES, o qual visa identificar o conjunto de profissionais com os quais a instituição conta desenvolver a atividade no período em análise.

Esta identificação de recursos humanos é efetuada em termos de efetivos absolutos, discriminados pelo horário semanal de trabalho praticado - 35h, 40h, 42h ou outro e esta informação continuará a ser recolhida e utilizada no âmbito do processo de contratualização externa de 2015.

4.1.6. MATRIZ DE INDICADORES DE DESEMPENHO PARA CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA

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

À semelhança do que foi definido para o triénio, 2013-2015, a contratualização entre as ARS e os ACES de 2015 será baseada numa matriz de 20 indicadores, organizada em 3 eixos, nomeadamente:

- **Eixo nacional:** 14 indicadores selecionados a nível nacional, suscetíveis de avaliar ganhos em saúde, e em linha com os objetivos de contratualização interna com as USF e UCSP. A soma das ponderações destes indicadores é de 75%.
- **Eixo regional:** 4 indicadores escolhidos pelas ARS que vão ao encontro dos programas regionais ou das prioridades de saúde definidas regionalmente e que não tenham ficado colmatados pelos indicadores do eixo nacional. Os indicadores regionais selecionados para a contratualização externa aplicam-se a todos os ACES pertencentes a determinada ARS. A soma das ponderações destes indicadores é de 17%.
- **Eixo local:** Cada ACES tem a possibilidade de, em conjunto com a ARS, definir 2 indicadores específicos, de acordo com necessidades locais de saúde e que não tenham ficado colmatados pelos indicadores do eixo nacional ou regional. A soma das ponderações destes indicadores é 8%.

Tabela 6 -Indicadores de âmbito nacional, relacionados com a contratualização externa dos ACES.

Código	Nome do Indicador	Área do Indicador	Tipo	Ponder.	ID
3.15.02	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	Transversal	Acesso	5,0%	6
4.30.01	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	Transversal	Acesso	4,0%	4
7.09.04	Proporção medicam. prescritos, que são genéricos	Transversal	Eficiência	6,0%	278
5.25	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	Transversal	Desemp. assist.	4,0%	47
5.28	Proporção cons. méd. presenciais, com ICPC-2	Transversal	Desemp. assist.	6,0%	74
6.41	Taxa internam. DCV, entre residentes < 65 A	S. Adultos	Desemp. assist.	3,0%	87
6.30.02	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	SM/PF	Desemp. assist.	6,0%	267
6.40	Proporção de RN de termo, de baixo peso	S. Materna	Desemp. assist.	1,5%	86
6.38	Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	2,5%	64
6.39.01	Incid. amputações major Minf. (DM), em residentes	Diabetes	Desemp. assist.	3,0%	85
5.21.01	Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.	S. Mental	Desemp. assist.	4,0%	56
7.06.02	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	Transversal	Eficiência	16,0%	68
7.07.05	Despesa MCDT fatur. p/ util. SNS (preço conven.)	Transversal	Eficiência	8,0%	264

LEGENDA: Ponder. – Ponderação do indicador na contabilização do Score; SIJ – Saúde infantil e Juvenil; SM/PF - Saúde da Mulher e Planeamento Familiar; Desemp. assist. - Desempenho assistencial; ID – N° sequencial do Indicador no documento "Bilhete de identidade dos indicadores utilizados na contratualização dos ACES, USF e UCSP".

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

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

Os restantes indicadores disponíveis para a contratualização externa em 2015 são os seguintes:

Tabela 7 - Indicadores de âmbito regional ou local (para as contratualizações externa e interna)

Código	Nome do Indicador	Área Indicador	Tipo	Ponder.	ID
2.05.01	Proporção de DM2 com compromisso de vigilância	Diabetes	Caracterização	1	75
2.06.01	Proporção hipertensos com compromisso vigilância	Hipertensão	Caracterização	1	76
2.07.01	Proporção de utentes com diagnóstico de asma	Respiratório	Caracterização	2	77
2.08.01	Proporção de utentes com diagnóstico DPOC	Respiratório	Caracterização	2	78
3.12.01	Proporção de consultas realizadas pelo MF	Transversal	Acesso	2	1
3.12.02	Proporção de consultas realizadas pelo EF	Transversal	Acesso	2	5
3.15.01	Taxa de utilização global de consultas médicas	Transversal	Acesso	7	2
3.15.03	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	Transversal	Acesso	7	99
3.15.04	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos	Transversal	Acesso	7	100
3.22.01	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	SM/PF	Desemp. assist.	5	8
3.22.02	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	SM/PF	Desemp. assist.	4	9
3.22.03	Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	SM/PF	Desemp. assist.	4	10
4.18.01	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	Transversal	Acesso	4	3
5.01.01	Proporção mulheres [50; 70[A, c/ mamogr. (2 anos)	R. Oncológico	Desemp. assist.	2	44
5.02.01	Proporção mulheres [25; 60[A, c/ colpoc. atuali.	R. Oncológico	Desemp. assist.	6	45
5.03.01	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	R. Oncológico	Desemp. assist.	2	46
5.04.01	Proporção DM c/ 1 HgbA1c por semestre	Diabetes	Desemp. assist.	2	38
5.04.02	Proporção DM c/ registo HgbA1c 6 meses	Diabetes	Desemp. assist.	2	88
5.07.01	Proporção DM com exame pés último ano	Diabetes	Desemp. assist.	2	35
5.09	Proporção DM c/ exame oftalmológico último ano	Diabetes	Desemp. assist.	2	40
5.10.01	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	Hipertensão	Desemp. assist.	1	19
5.10.02	Proporção hipertensos c/ PA 6 meses	Hipertensão	Desemp. assist.	1	89
5.13.01	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	Hipertensão	Desemp. assist.	1	18
5.13.02	Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	1	59
5.13.03	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	1	31
5.13.04	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	1	32
5.13.05	Proporção utentes > 14A, c/ IMC últimos 3 anos	Transversal	Desemp. assist.	2	33
5.16	Proporção hipertensos, c/ prescrição de tiazidas	Hipertensão	Desemp. assist.	2	21
5.17	Proporção hipertensos sem DM c/ prescrição ARA II	Hipertensão	Desemp. assist.	2	22
6.46.01	Proporção DM2 em terapêut. c/ insulina	Diabetes	Desemp. assist.	2	274

Código	Nome do Indicador	Área Indicador	Tipo	Ponder.	ID
6.47.01	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	Diabetes	Desemp. assist.	2	275
5.20	Proporção adultos c/ depres., c/ terap. anti-depr.	S. Mental	Desemp. assist.	2	55
5.22.01	Proporção utentes >= 75 A, c/ presc. cró. < 5 fár.	S. Adultos	Desemp. assist.	4	65
5.24	Proporção idosos, sem prescrição trimetaz. (1 ano)	S. Adultos	Desemp. assist.	3	67
5.26	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	Respiratório	Desemp. assist.	1	49
5.27	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	S. Mental	Desemp. assist.	2	53
5.28	Proporção cons. méd. presenciais, com ICPC-2	Transversal	Desemp. assist.	4	74
5.29	Proporção hipocoagulados controlados na unidade	S. Adultos	Desemp. assist.	2	92
5.30	Proporção DM c/ microalbum. último ano	Diabetes	Desemp. assist.	2	97
6.01.01	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido até 2A	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	2	27
6.01.02	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido até 7A	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	2	28
6.01.03	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido até 14A	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	2	29
6.01.04	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	S. Adultos	Desemp. assist.	3	30
6.01.08	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	S. Adultos	Desemp. assist.	2	98
6.02.01	Proporção hipertensos >= 25A, c/ vacina tétano	Hipertensão	Desemp. assist.	2	26
6.04.01	Proporção grávidas c/ consulta RP efetuada	S. Materna	Desemp. assist.	2	50
6.05.02	Proporção DM < 65 A, c/ HgbA1c <= 6,5 %	Diabetes	Desemp. assist.	2	91
6.05.01	Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0 %	Diabetes	Desemp. assist.	2	39
6.09.01	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	S. Materna	Desemp. assist.	2	11
6.12.01	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	2	14
6.13.01	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	1	57
6.16.01	Proporção hipertensos com registo de GRT	Hipertensão	Desemp. assist.	2	24
6.16.02	Proporção utentes DM com registo de GRT	Diabetes	Desemp. assist.	2	36
6.19.01	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	Diabetes	Desemp. assist.	4	37
6.20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	Hipertensão	Desemp. assist.	2	20
6.21	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	Hipertensão	Desemp. assist.	2	23
6.22.01	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	5	16
6.23.01	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	3	17
6.26.01	Proporção grávidas c/ 6+ cons. vigil. enferm.	S. Materna	Desemp. assist.	5	12
6.27	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	Transversal	Desemp. assist.	4	34
6.28.02	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A	Transversal	Desemp. assist.	4	277
6.29	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	S. Mental	Desemp. assist.	4	54
6.31.02	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	6	268
6.32.02	Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	4	269
6.33.02	Índice de acompanham. adequado em saúde materna	S. Materna	Desemp. assist.	5	270
6.38	Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	2	64
6.34.02	Índice de acompanhamento adequado utentes DM	Diabetes	Desemp. assist.	6	271
6.35.02	Índice de acompanham. adequado de hipertensos	Hipertensão	Desemp. assist.	8	272

Código	Nome do Indicador	Área Indicador	Tipo	Ponder.	ID
6.37.01	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	2	63
6.42.01	Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem	S. Materna	Desemp. assist.	2	13
7.06.02	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	Transversal	Eficiência	16	68
6.43.01	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	2	15
7.06.03	Despesa medic. fatur., por utiliz. (v. compart.)	Transversal	Eficiência	16	90
7.07.05	Despesa MCDT fatur. p/ util. SNS (preço conven.)	Transversal	Eficiência	8	264
7.09.04	Proporção medicam. prescritos, que são genéricos	Transversal	Eficiência	4	278
7.08.01	Rácio despesa faturada DPP-4 e antidiabét. orais	Diabetes	Eficiência	2	96
7.10	Proporção utiliz. referenciados p/ consulta hosp.	Transversal	Desemp. assist.	2	7
8.08.01	Núm. dias c/ reclam. por fechar, por 1000 cons.	Transversal	Satisfação	6	73

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

Como também aconteceu em relação à avaliação da satisfação dos utentes referente ao ano de 2014, será aplicado para a avaliação do ano de 2015 um questionário de satisfação a todas as USF e a um número determinado de UCSP por ARS, conforme explicitado em capítulo próprio, pelo que o indicador relativo à satisfação dos utentes deverá ser escolhido pela ACSS, sob proposta de cada uma das ARS, tendo em consideração a proporção de Unidades Funcionais que aplicam o questionário de satisfação em cada ACES, ou a proporção de utentes abrangidos pela sua aplicação.

O indicador da satisfação será selecionado entre os que constam da tabela seguinte.

Tabela 8 - Indicadores de satisfação, relacionados com a contratualização externa

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

LEGENDA: Ponder. – Ponderação do indicador na contabilização do Score; ID – Nº sequencial do Indicador no documento "Bilhete de identidade dos indicadores utilizados na contratualização dos ACES, USF e UCSP".

Em resumo, a ponderação dos 20 indicadores da contratualização externa é a seguinte.

Tabela 9 – Ponderações de grupos de indicadores na contratualização externa dos ACES

Número	Âmbito	Tipo	Ponderação
2	Nacional	Acesso	9,0%
9	Nacional	Desempenho assistencial	36,0%
2	Nacional	Eficiência (desempenho económico)	24,0%
1	Nacional	Satisfação	6,0%
4	Regional	Qualquer	17,0%
2	Local	Qualquer	8,0%

4.1.7. ORÇAMENTO ECONÓMICO DOS ACES

O ano de 2015 continuará a sedimentar o enfoque que foi colocado nos últimos anos no acompanhamento do comportamento económico-financeiro dos ACES, pelo que **todas as ARS têm de negociar e acompanhar o orçamento-económico dos seus ACES para 2015.**

Conforme tem vindo a ser destacado, o orçamento dos ACES assume uma estrutura de “orçamento económico” e decorre das condicionantes apresentadas em termos de gestão financeira e da própria natureza do ACES enquanto serviços de saúde com autonomia administrativa. Nesta perspetiva, os orçamentos económicos de cada ACES estão dependentes e limitados pelos orçamentos das respetivas ARS.

Nos últimos anos, têm vindo a ser desenvolvidos pelas ARS (e pelos ACES), em articulação com a ACSS, várias iniciativas que visam a melhoria da imputação dos custos ao nível dos ACES e das unidades funcionais que os compõem, de entre as quais se destacam:

- Estabilização de um Plano de Contas Analíticas, que reflita a realidade de cada ARS, de acordo com as circulares emitidas pela ACSS;
- Melhoria do reporte de informação financeira ao nível das ARS, com imputação de dados financeiros por centro de resultados, de acordo com a estrutura implementada;
- Alocação de custos ao nível das unidades funcionais, nomeadamente recursos humanos, medicamentos e MCDT.

Conjugando as melhorias ao nível da exaustividade, da tempestividade e do rigor do reporte da informação económico-financeira que tem vindo a ser alcançado pelas ARS nos últimos anos, com a redução do número de ACES operada no final de 2012, por agregação dos anteriores ACES em estruturas de maior dimensão e com mais massa crítica, e procurando cumprir o imperativo de identificação de áreas de melhoria em termos de eficiência e de otimização dos recursos disponíveis no SNS, estão hoje reunidas as condições para que todos os ACES negociem com a sua ARS um orçamento-económico para o ano de 2015.

Esta negociação deverá centrar-se na contenção e racionalização de custos, procurando atingir uma maior eficiência, efetividade e sustentabilidade económico-financeira, e aumentando a participação dos responsáveis dos ACES e das unidades funcionais que o compõem no cumprimento dos objetivos económico-financeiros estipulados para o ano de 2015.

A ARS e o ACES acompanham a execução do orçamento-económico ao longo do ano, analisando trimestralmente e de forma criteriosa as variações das principais rubricas de custos (face ao período homólogo e face ao orçamentado), identificando as causas dessas variações e adotando as medidas preventivas ou corretivas que contribuam para um efetivo controlo orçamental.

4.1.8. ALINHAMENTO ENTRE A CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA E A CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

Considerando a responsabilidade acrescida que tem vindo a ser progressivamente atribuída aos ACES no âmbito da condução plena do processo de contratualização interna, importa continuar a assegurar para 2015 o seu alinhamento com os objetivos definidos a nível nacional, regional e local, sendo exigível uma maior articulação entre o denominado processo de contratualização externa e interna.

Assim, e no âmbito do processo de contratualização externa de 2015, a ARS define com o Diretor Executivo e com o Conselho Clínico e de Saúde do ACES, para cada uma das unidades funcionais que o compõem, o seguinte:

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

2.º O racional de definição de metas que serão negociados com as USF e UCSP em 2015, encontrando os valores de referência e as taxas de melhoria para as metas a negociar, assim como os *standards* mínimos e máximos adequados para que se garanta um nível de qualidade e de melhoria contínua em todo o ACES.

Considerando a proximidade que existe entre os Diretores Executivos / Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACES e as USF/UCSP, o conhecimento acumulado sobre as condições de funcionamento, a organização e os níveis de desempenho histórico destas unidades funcionais, define-se que os ACES devem realizar reuniões de trabalho com as USF/UCSP prévias às reuniões de contratualização externa, para aferição dos objetivos destas equipas para 2015, de forma a garantir que os Diretores Executivos estão dotados dos conhecimentos que permitam efetuar uma negociação informada e realista com as ARS, para a definição do racional de metas referido no ponto 2.º anteriormente referido.

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

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

Reforça-se que todos os níveis têm grau de autonomia para definir as melhores estratégias para atingir os fins propostos, e todos são responsáveis entre si pelas condições e recursos necessários para os obter.

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

4.1.9. OPERACIONALIZAÇÃO DA FASE DE NEGOCIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA COM ACES

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

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

A documentação a ser discutida na reunião de negociação deve ser apresentada mutuamente com pelo menos 48 horas úteis de antecedência. Assim, caso exista contraproposta da ARS à proposta inicial de Plano de Desempenho apresentada pelo ACES (através do SICA, para as componentes já desenvolvidas para 2015 no SICA ACES), tal deve ser transmitido previamente ao ACES.

As ARS podem convidar representantes de organismos do Ministério da Saúde, nomeadamente da ACSS e DGS, para assistir às reuniões, assim como devem promover a participação das Direções Clínicas dos Hospitais da região nas reuniões a realizar com os ACES da área de influência daqueles.

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

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

- A fase de negociação das metas

A fase de negociação de metas para a contratualização externa em 2015 deverá decorrer de acordo com a calendarização definida no presente documento.

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

1. O valor de referência para esse indicador no Plano de Atividades do ACES e nos Planos de Saúde (regional e nacional);
2. O histórico de resultados do indicador no ACES, na região e a nível nacional (numa lógica de comparação entre pares, em ACES com um contexto semelhante);
3. O contexto e os recursos disponíveis no ACES, de forma a obter equidade no esforço de melhoria que é acordado com cada instituição;
4. As melhores práticas de prestação de cuidados de saúde, assim como uma melhoria ao nível da acessibilidade, da satisfação dos utentes e do desempenho assistencial e económico-financeiro.

De forma a homogeneizar o processo de negociação de metas e o grau de exigência que lhe está inerente, será disponibilizado aos Departamentos de Contratualização das ARS e por estes aos ACES, uma análise dos resultados alcançados pelas equipas, para os indicadores a contratualizar em 2015, definindo os percentis de cada um deles.

A partir desta informação, será definido um **racional de definição das metas** dos ACES, que promova a convergência para patamares de desempenho harmonizados a nível regional e nacional, numa ótica de melhoria contínua e realista do desempenho individual e coletivo das instituições do SNS.

4.2. ACOMPANHAMENTO

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

Tabela 10 - Calendarização do acompanhamento do desempenho dos ACES.

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
30-MAIO-2015	Reunião de acompanhamento do 1º trimestre.	ARS
30-SET-2015	Reunião de acompanhamento do 2º trimestre.	ARS
30-NOV-2015	Reunião de acompanhamento do 3º trimestre.	ARS

Os momentos de acompanhamento devem ser usados para discussão de estratégias, partilha de responsabilidades e reprogramação da alocação de recursos materiais, humanos ou financeiros. Podem ainda ser utilizados para renegociação de metas de indicadores (o que acontecer, tem de ser refletido em alterações aos contratos-programa e enviadas para a ACSS, que posteriormente as envia para homologação do Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde), sempre que se verifiquem alterações relevantes e inesperadas aos pressupostos da negociação inicialmente efetuada.

Durante o ano de 2014 foi criada uma nova ferramenta de apoio ao processo de acompanhamento dos ACES (o benchmarking de ACES, disponível no *microsite* de “Monitorização do Serviço Nacional de Saúde”, alojado no sítio institucional da ACSS em www.acss.min-saude.pt), a qual continuará a ser atualizada trimestralmente no ano de 2015, permitindo assim a observação de tendências longitudinais e possibilitando um acompanhamento mais tempestivo e equiparável entre ACES, com maior nível de detalhe e de flexibilidade do que até agora era possível.

Adicionalmente, o *microsite* de “Monitorização do Serviço Nacional de Saúde” passará a disponibilizar em 2015 mais informação que permita efetuar o acompanhamento do desempenho assistencial dos ACES, numa ótica que fomenta a competição por comparação entre as várias estruturas do SNS e em que se publicitam e partilham as boas práticas que contribuem para os melhores resultados alcançados pelos vários ACES.

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

4.3. AVALIAÇÃO

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

Tabela 11 - Calendarização da avaliação do desempenho dos ACES

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
15-ABRIL-2016	Reunião para apresentação e discussão do relatório de atividades do ACES, referente a 2015	ARS
30-JUNHO-2016	ARS informa sobre quais os ACES que têm acesso a incentivos institucionais	ARS

A avaliação do ACES realiza-se com base nos indicadores publicados no SIARS, com data de referência de 31 de dezembro de 2015. Alguns dos indicadores referentes a 31 de dezembro devem ser recalculados 1 mês depois, pelo que **a avaliação de 2015 será efetuada com a informação que estiver disponível no SIARS até ao final de fevereiro de 2016**, com data de referência de 31 de dezembro de 2015.

Terão direito a incentivos os ACES, não integrados em ULS, que venham a gerar uma redução mínima de 5% nos encargos do SNS com medicamentos e MCDT prescritos em 2015, quando comparados com 2014.

4.3.1. APLICAÇÃO DO ÍNDICE DE DESEMPENHO GLOBAL

Para 2015, conforme tem vindo a acontecer em relação aos dois últimos anos, a avaliação dos resultados dos indicadores e a determinação da atribuição dos incentivos aos ACES será efetuada através de um Índice de Desempenho Global (IDG).

Desta forma, o resultado de cada indicador deixa de ter validade *per si*, sem qualquer conexão com todos os outros, passando a contribuir para a construção do Índice de Desempenho Global do ACES (ou da UF, conforme veremos adiante), tornando este processo mais coerente para as instituições envolvidas.

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

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

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

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

- Grau de cumprimento ajustado do indicador (GCAI)

O grau de cumprimento ajustado de cada indicador corresponde ao grau de cumprimento do indicador, balizado por um limite superior e inferior. Estes limites destinam-se a que, por um lado, apenas contribuam para o *score* que

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

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

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

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

- Peso relativo do indicador ou ponderação

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

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

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

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

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

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

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

- Índice de Desempenho Global (IDG)

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

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

- Incentivo potencial

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

- Incentivo atribuído

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

Para a avaliação dos ACES integrados em ULS aplicam-se as regras de avaliação do cumprimento de metas e atribuição de incentivos institucionais comuns a todas as ARS e a todas as instituições, definidas no número 6.3. – Avaliação do Grau de Cumprimento das Metas da metodologia para definição de preços e fixação de objetivos para o contrato-programa de 2015, [disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia_HH_ULS_2015.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia_HH_ULS_2015.pdf)

4.3.2. APLICAÇÃO DOS INCENTIVOS

Os ACES com direito a incentivo devem elaborar um Plano para a Aplicação do Incentivo Institucional do ACES (PAII ACES), no máximo até 15 de julho de 2016.

O PAII ACES deve ser remetido pelo Diretor Executivo do ACES (com parecer do Conselho Clínico e de Saúde) para o Conselho Diretivo da ARS e terá impacto no orçamento económico do ACES no ano seguinte à conclusão do processo de avaliação.

Cabe ao Conselho Diretivo da ARS aprovar o PAII ACES, garantindo, assim, a cabimentação orçamental para o valor em causa. Caso o PAII ACES não vá ao encontro da estratégia de saúde definida para a região, o Conselho Diretivo da ARS deve devolver o documento ao Diretor Executivo do ACES, no máximo até 31 de julho de 2015. Este, com a participação do Conselho Clínico e de Saúde, deve proceder às alterações necessárias e voltar a submetê-lo à aprovação da ARS.

À semelhança do que se passa para os incentivos institucionais aplicados às USF, que nos capítulos seguintes se apresentam, a verba proveniente dos incentivos deve ser utilizada pelos responsáveis do ACES para proporcionar a entrada das suas unidades funcionais no processo de acreditação que está instituído para o SNS.

4.4. O SICA DOS ACES

O SICA ACES continuará a ser desenvolvido no ano de 2015, consolidando as áreas que foram criadas em 2014 e criando outras novas já previstas no Plano de Desempenho dos ACES, permitindo assim estruturar e harmonizar o processo de negociação, acompanhamento e avaliação da contratualização externa com os ACES a nível nacional.

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

Tabela 12 - Calendarização da avaliação do desempenho dos ACES

Fase do Processo de Contratualização	Designação	Responsável pelo preenchimento do SICA	Periodicidade	Data Limite	
				Submissão (ACES/ULS)	Validação / Aprovação ARS
Fase de Negociação	Indicadores do Eixo Nacional	ACES/ULS	Anual	Até dia 15 janeiro 2015	Até dia 30 janeiro 2015
	Indicadores do Eixo Regional e Local	ACES/ULS	Anual	Até dia 15 janeiro 2015	Até dia 30 janeiro 2015
	Demonstração de Resultados	ACES/ULS	Anual	Até dia 15 janeiro 2015	Até dia 30 janeiro 2015
Fase de Acompanhamento/ Monitorização					
Fase de Acompanhamento/ Monitorização	Mapa de Equipamentos	ACES/ULS	semestral	Até ao dia 30 do 3º mês do semestre n+1	
	Mapa de Recursos Humanos	ACES/ULS	semestral	Até ao dia 30 do 3º mês do semestre n+1	
	Indicadores do Eixo Nacional	Automático (SIM@SNS)	mensal	Até ao dia 30 do mês n+1	
	Indicadores do Eixo Regional e Local	Automático (SIM@SNS)	mensal	Até ao dia 30 do mês n+1	
	Demonstração de Resultados	ACES/ULS	trimestral	Até ao final do trimestre seguinte	

5. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA PARA 2015

Os ACES são compostos por várias unidades funcionais que intervêm no âmbito de:

- a) Cuidados de saúde comunitários e de base populacional;
- b) Cuidados de saúde personalizados, baseados na livre escolha do médico de família pelos utentes;
- c) Saúde pública.

A contratualização interna consiste na negociação do Plano de Ação anual e na definição da atividade que será desenvolvida pelas várias Unidades Funcionais dentro do ACES, tendo em vista envolver os profissionais de saúde, responder às necessidades em saúde da população e às prioridades assistenciais definidas pelo Diretor Executivo e pelo Conselho Clínico e de Saúde do ACES, com o apoio da informação do perfil de saúde elaborado pela Unidade de Saúde Pública.

Para o ano de 2015, é fundamental continuar a alargar o âmbito da contratualização com as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, em particular nas ARS onde esta prática não está plenamente implementada.

O ano de 2015 permitirá ainda implementar um processo de contratualização a nível nacional com as UCC e consolidar os processos experimentais (e pontuais) de contratualização com as USP e as URAP que existem a nível nacional, com o objetivo de estabelecer um quadro estável de indicadores de monitorização e acompanhamento da atividade destas equipas que considerem as especificidades da sua intervenção no âmbito da arquitetura que está desenhada para os cuidados de saúde primários em Portugal.

No final das reuniões de negociação da contratualização interna são lavradas atas das mesmas, devidamente validadas e assinadas pelas partes envolvidas, fazendo estes documentos parte integrante do processo de contratualização interna para 2015.

5.1. NEGOCIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

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

De acordo com o definido na Portaria n.º 377-A/2013, de 31 de dezembro, a contratualização entre os ACES e as respetivas USF e UCSP será baseada numa matriz de 22 indicadores com as seguintes características:

- A. 12 Indicadores comuns a todas as Unidades USF/UCSP, definidos a cada três anos pela ACSS, de acordo com as prioridades da Política de Saúde definida para o período considerado, em termos de acesso, desempenho assistencial, satisfação de utentes e eficiência, e com o Plano Nacional de Saúde e os Programas de Saúde Prioritários;
- B. 4 Indicadores selecionados a cada três anos pela ARS, comuns às respetivas USF/UCSP da região de saúde, em termos de acesso e/ou desempenho assistencial, de acordo com as prioridades definidas no Plano Nacional de Saúde e nos Programas de Saúde Prioritários a nível regional;
- C. 2 Indicadores selecionados a cada três anos pelos ACES, específicos para cada USF/UCSP do ACES, em termos de acesso e/ou desempenho assistencial;
- D. 4 Indicadores propostos pela USF/UCSP para o triénio, em termos de acesso e/ou desempenho assistencial.

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

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

Tabela 13 - Indicadores de âmbito nacional, relacionados com a contratualização de incentivos institucionais e contratualização com UCSP

Código	Nome do Indicador	Área do Indicador	Tipo	Ponder.	ID
3.15.02	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	Transversal	Acesso	4,5%	6
4.30.01	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	Transversal	Acesso	3,0%	4
6.33.02	Índice de acompanham. adequado em saúde materna	S. Materna	Desemp. assist.	4,5%	270
6.30.02	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	SM/PF	Desemp. assist.	5,0%	267
6.31.02	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	6,0%	268
5.21.01	Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.	S. Mental	Desemp. assist.	2,0%	56
5.25	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	Transversal	Desemp. assist.	2,5%	47
6.20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	Hipertensão	Desemp. assist.	3,0%	20
6.05.01	Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0 %	Diabetes	Desemp. assist.	3,0%	39
8.07.02	Satisfação de utilizadores de UF	Transversal	Satisfação	5,0%	72
7.06.01	Despesa medic. prescritos, por utiliz. (PVP), comparticipados	Transversal	Eficiência	16,0%	70
7.07.01	Despesa MCDTs prescritos., por utilizador (preço conv.)	Transversal	Eficiência	8,0%	71

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

Considerando que nem todas as UCSP terão possibilidade de aplicar o questionário de satisfação de utentes a ser utilizado no ano de 2015, deverá ser selecionado o indicador com id 73 na avaliação desta área de análise, conforme consta na tabela seguinte.

Tabela 14 - Indicadores de satisfação, relacionados com incentivos institucionais das USF

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

LEGENDA: Ponder. – Ponderação do indicador na contabilização do Score; **ID** – N° sequencial do Indicador no documento "Bilhete de identidade dos indicadores utilizados na contratualização dos ACES, USF e UCSP".

Os 4 indicadores de âmbito regional, selecionados por cada ARS, serão definidos a partir da lista de indicadores apresentados na tabela 7 e são comuns às respectivas USF/UCSP da região. O somatório das ponderações absolutas dos indicadores deve variar entre 10 e 20, inclusive, sendo que a ponderação absoluta de cada indicador escolhido deve ser reduzida para um valor percentual, para que o somatório de ponderações seja de 15%;

B. Os 2 indicadores de âmbito local, selecionados a cada três anos por cada ACES, serão definidos a partir da lista de indicadores apresentados na tabela 7 e específicos para cada USF/UCSP do ACES. O somatório das ponderações absolutas dos indicadores deve variar entre 6 e 10 (inclusive), sendo que a ponderação absoluta de cada indicador deve ser reduzida proporcionalmente para um valor percentual, para que o somatório de ponderações seja de 7,5%;

C. Os 4 indicadores de âmbito local, propostos pela USF / UCSP para o triênio, serão definidos a partir da lista de indicadores apresentados na tabela 7. O somatório das ponderações absolutas dos indicadores deve variar entre 10 e 20, inclusive, sendo que a ponderação absoluta de cada indicador deve ser reduzida proporcionalmente para um valor percentual, para que o somatório de ponderações seja de 15%.

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

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

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

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

Tabela 15 – Ponderações de grupos de indicadores na contratualização interna

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

Dando cumprimento ao previsto no n.º 3 do Artigo 2.º da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, a ACSS encetou durante o ano de 2014 um processo de auscultação de vários parceiros no âmbito da atividade realizada nos cuidados de saúde primários em Portugal, nomeadamente outras entidades do Ministério da Saúde, as ordens profissionais, os sindicatos e as sociedades científicas, com vista à melhoria contínua da especificação dos bilhetes de identidade (BI) previstos nesta Portaria.

Fruto deste processo, os indicadores contratualizados desde 2014 podem sofrer ligeiros ajustes nos parâmetros que os compõem (cujas implicações são devidamente identificadas na nova versão do BI dos indicadores para 2015), em função dos resultados da auscultação que aqui foi referida, destacando-se desde já as principais alterações e melhorias identificadas:

- Para os indicadores de acompanhamento adequado que consideram várias regras cumulativas: mantêm-se as regras do indicador de 2014, passando a efetuar-se a ponderação de cada uma delas para o apuramento do grau de cumprimento global do indicador, de acordo com os ganhos em saúde que determinada regra pretende atingir;
- Para os indicadores em que há atualização das orientações clínicas: os indicadores são afinados de acordo com as regras preconizadas pelo estado da arte atual;
- Para o indicador referente aos medicamentos genéricos: coloca-se o enfoque na intenção de prescrição por parte do médico prescriptor.

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

As USF Modelo B são unidades funcionais com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa deve ser uma prática efetiva e em que os profissionais estão dispostos a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigentes, traduzindo-se, tendencialmente, por metas com valores médios mais elevados.

Às USF Modelo B são atribuídos incentivos institucionais (de acordo com princípios explicitados para as USF modelo A) e incentivos financeiros aos profissionais. Os incentivos atribuídos aos médicos são aferidos pela compensação das atividades específicas. Os incentivos financeiros são atribuídos aos enfermeiros e aos assistentes técnicos em função dos resultados obtidos pela respetiva equipa profissional, como parte da remuneração prevista para os profissionais das USF.

A atribuição de incentivos financeiros depende da concretização das metas contratualizadas referentes a atividades decorrentes de vigilância de mulheres em planeamento familiar e grávidas, de vigilância de crianças do nascimento até ao segundo ano de vida, de vigilância de utentes diabéticos e de utentes hipertensos, rastreios oncológicos, vacinação e acessibilidade.

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

Tabela 16 - Indicadores relacionados com incentivos financeiros nas USF modelo B

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

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

Tabela 17 - Métrica para atribuição de incentivos financeiros

Estado	Pontuação por Atividade	Indicador
Atingido	2	> 90 %
Quase Atingido	1	[80 %, 90 %]
Não Atingido	0	< 80 %

A meta estabelecida para o indicador com o ID 27 (PNV aos 2 anos) deve ser considerada “não atingida” se o valor obtido for 5% inferior à meta, e “atingida”, caso contrário.

O valor dos incentivos é atribuído, na sua totalidade (a 100%), quando a USF atinge uma pontuação de 30 ou mais pontos. O valor dos incentivos é atribuído a 50%, quando a USF atinge uma pontuação entre 25 e 29 pontos.

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

5.1.3. MATRIZ DE INDICADORES PARA ATIVIDADES ESPECÍFICAS EM USF MODELO B

A componente da remuneração dos profissionais médicos das USF modelo B relacionada com as atividades específicas, previstas no artigo 29º do decreto-lei n.º 298/207, de 22 de fevereiro, é determinada pelo número de unidades de contratualização (UC), obtido a partir do somatório dos resultados dos indicadores apresentados na tabela seguinte.

Para o ano de 2015, as regras de cálculo destes indicadores não sofrem alterações.

Tabela 18 - Indicadores que permitem determinar o valor das UC a pagar aos médicos das USF modelo B por atividades específicas.

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

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

5.1.4. NEGOCIAÇÃO COM AS UCSP

Conforme já referido, para o ano de 2015 é fundamental continuar a alargar a todo o País o âmbito da contratualização com as UCSP, em particular nas ARS onde não tem sido implementada esta metodologia.

As UCSP estabelecem o seu plano de ação anual, o qual traduz o seu programa de atuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada e contém o compromisso assistencial, os seus objetivos, indicadores e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência.

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

Nesta sequência, estabelece-se como critério para **inclusão obrigatória** neste processo de contratualização as UCSP que tenham pelo menos 2 médicos de família. Adicionalmente, e considerando as assimetrias existentes a nível nacional na distribuição de Médicos de Família e no impacto que a prestação de cuidados de saúde a utentes sem médico tem sobre a disponibilidade dos horários dos médicos para as suas listas de utentes, a contratualização

das UCSP deve ser adequada à oferta de horas, designadamente com ajustamento das metas a negociar. A oferta de horas de enfermeiros e secretários clínicos também deve ser considerada neste processo.

A contratualização com as UCSP é obrigatória em 2015, nos moldes referidos no parágrafo anterior, devendo ficar expreso nas cartas de compromisso das UCSP o número de horas médicas disponíveis por cada 1.000 utentes.

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

5.1.5. NEGOCIAÇÃO DE METAS COM USF E UCSP

A definição das metas dos indicadores depende da negociação a ser efetuada entre o ACES e as unidades funcionais que o compõem. As metas devem ser exigentes, mas viáveis, com o fim de garantir os melhores resultados em saúde, a motivação dos profissionais e o desenvolvimento organizacional das equipas.

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

A proposta de meta para um indicador deve considerar:

1. O valor definido como referência para esse indicador no Plano de Ação da unidade funcional, no Plano de Atividades do ACES e nos Planos de Saúde (regional e nacional);
2. O histórico de resultados do indicador na unidade funcional, na região e a nível nacional (numa lógica de comparação entre pares, no mesmo modelo organizativo);
3. Os recursos disponíveis em cada USF/ UCSP e as variáveis de contexto referentes à prestação de cuidados à população;
4. As boas práticas de prestação de cuidados de saúde, assim como uma melhoria ao nível da acessibilidade, da satisfação dos utentes e do desempenho assistencial e económico-financeiro.

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

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

5.1.6. RACIONAL DE METAS

De forma a homogeneizar o processo de negociação entre os vários intervenientes e a harmonizar o grau de exigência que lhes está inerente, será disponibilizado aos Departamentos de Contratualização das ARS, e por estes às entidades contratualizadas (ACES, UCSP e USF), uma análise dos resultados de indicadores flutuantes do último trimestre de 2014, para todos os indicadores a contratualizar em 2015, definindo para cada um deles os percentis referentes aos resultados de todas as UCSP, de todas as USF modelo A, de todas as USF modelo B e de todos os ACES e ARS (dados nacionais e regionais).

A partir desta informação, será estabelecido um racional orientador da definição das metas, o qual considera os valores de referência baseados na melhor evidência disponível e as taxas de melhoria para as metas a negociar, contribuindo assim para a melhoria contínua do desempenho da equipa e promovendo a convergência para patamares de desempenho harmonizados a nível nacional.

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

- A. As metas que cada ACES propõe a cada unidade funcional devem estar alinhadas com as que são assumidas pelo próprio (ACES) em sede de contratualização externa com a ARS. Por sua vez, as metas que cada ARS deve propor a cada ACES devem estar alinhadas com os compromissos assumidos pela ARS em sede de QUAR para o ano em causa.
- B. As metas que cada ACES propõe a cada unidade funcional, estarão reguladas pelos seguintes princípios:
 - a. Para indicadores do tipo "quanto mais alto melhor" o potencial de melhoria de cada USF/UCSP ao longo de 2015 será tanto maior quanto menor for o respetivo resultado no final de 2013, sucedendo o inverso com indicadores do tipo "quanto mais baixo melhor";
 - b. As metas alvo que serão estabelecidas no "racional de metas" serão as necessárias para se garantir que o ACES respetivo também atinge a respetiva meta alvo. As metas alvo propostas no racional de metas entram em linha de conta com este "potencial de melhoria" e com o *cluster* que integra a USF/UCSP.

5.1.7. CLUSTERS

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

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

Características (estruturais e organizacionais) e de contexto das UF:

A – Dimensão – considerar os dados das equipas com número de médicos ≤ 5 , e equipas com número de médicos > 5

B – Antiguidade – considerar resultados das equipas com menos de 2 anos, e com mais de 2 anos. *(que só se reflete nas USF modelo A)*

C – Modelo – USF A, B e UCSP;

Características da população de inscritos:

A – Grupos etários – equipas com % de idosos (>= 65 anos) superior à média nacional, e com menos que esse valor;

B – Densidade Populacional.

C – O peso da morbilidade em hipertensos e diabéticos.

5.1.8. CARTEIRA ADICIONAL

Deverá ser considerado um circuito de definição e aprovação do programa de cada carteira adicional, um circuito de proposta, análise, cabimentação e aprovação de execução de uma carteira adicional no contexto do ACES, e o modelo de acompanhamento e avaliação da execução das carteiras adicionais (i.e. possibilidade de indicadores de desempenho, calendário de avaliação, critérios de extinção/manutenção da carteira adicional de acordo com níveis mínimos de desempenho).

5.2. ACOMPANHAMENTO INTERNO

5.2.1. PLANO DE ACOMPANHAMENTO INTERNO DAS EQUIPAS

À semelhança do que tem vindo a ser referido nos últimos anos, e paralelamente à contratualização dos indicadores associados à carteira básica de serviços, cada unidade funcional deve implementar um plano de acompanhamento interno, iniciando, assim, um processo de autoavaliação, tendo por fim chegar à acreditação.

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

5.2.2. ACOMPANHAMENTO INTERNO DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO DE 2015

O processo de acompanhamento das UCSP e USF (modelo A e B) deverá decorrer de acordo com o cronograma e a metodologia proposta na tabela seguinte.

Tabela 19- Acompanhamento e avaliação do desempenho das unidades prestadoras dos ACES

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
15-MAIO-2015	Reunião de acompanhamento do 1º trimestre.	ACES
15-SET-2015	Reunião de acompanhamento do 2º trimestre.	ACES
30-OUT-2015	Reunião de acompanhamento do 3º trimestre.	ACES

Os momentos de acompanhamento devem ser usados para discussão de estratégias, partilha de responsabilidades e reprogramação da alocação de recursos materiais, humanos e financeiros.

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

Durante o ano de 2014, através de uma parceria entre a ACSS e a Associação Nacional de USF (USF AN), foi criada uma nova ferramenta de monitorização da atividade desenvolvida pelas USF (o denominado BI USF, acessível através do endereço <http://www.biusf.pt>), através da qual é possível aceder a um dispositivo de gestão do conhecimento que permite caracterizar as USF, qualificar o seu desempenho de forma integradora e multidimensional, contribuindo para o seu desenvolvimento e melhoria contínua sustentada.

Para 2015, dar-se-á continuidade a esta iniciativa, a qual se insere na política de reforço da participação, da transparência e de partilha de informação que tem vindo a ser implementada no âmbito dos cuidados de saúde primários nos últimos anos, possibilitando assim um acompanhamento mais abrangente, tempestivo e equiparável entre as equipas, com maior nível de detalhe e de flexibilidade do que até agora era possível.

5.3. AVALIAÇÃO

5.3.1. AVALIAÇÃO DE INCENTIVOS INSTITUCIONAIS DAS USF

Para 2015, e à semelhança do que aconteceu para 2014 na sequência da publicação da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, a avaliação dos resultados dos indicadores e a determinação do direito à atribuição de incentivos institucionais será alicerçada numa metodologia que tem por base uma aferição de performance total, permitindo caracterizar cada unidade funcional, através de um Índice de Desempenho Global, conforme mecanismo descrito no ponto 5.3.2. deste documento.

Desta forma, o resultado de cada indicador deixa de ter validade per si, sem qualquer conexão com todos os outros, passando a contribuir para a construção do IDG.

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

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

5.3.2. VALOR DOS INCENTIVOS INSTITUCIONAIS DAS USF

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

Tabela 20 – Valores máximos dos incentivos institucionais das USF

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

O valor dos incentivos institucionais é ajustado de acordo com o IDG de cada USF, segundo os seguintes critérios:

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

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

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

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

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

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

5.3.3. AVALIAÇÃO DE INCENTIVOS

De acordo com o definido no número 1 do artigo 5.º da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, as USF elaboram um relatório de atividades com base nas metas dos indicadores contratualizados e dos dados fornecidos automaticamente pelo Sistema de Informação SIARS, remetendo-o para o Diretor Executivo do ACES até 31 de março de 2016 e, após parecer do Conselho Clínico e de Saúde, submete-o à aprovação do Conselho Diretivo da ARS. As UCSP devem proceder de forma idêntica às USF.

Sem a elaboração deste relatório de atividades por parte da USF não é possível dar-se início à fase de avaliação da contratualização interna.

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

Tabela 21 - Calendarização da avaliação do desempenho da USF

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
15-ABRIL-2016	Reunião para apresentação e discussão do relatório de atividades das USF	ACES
15-JUNHO-2016	A ARS, por intermédio do ACES, comunica à USF a decisão relativa à atribuição de incentivos	ARS e ACES

5.3.4. COMISSÕES DE ACOMPANHAMENTO EXTERNO

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

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

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

5.3.5. APLICAÇÃO DOS INCENTIVOS INSTITUCIONAIS

As USF com direito a incentivo institucional devem elaborar um Plano para a Aplicação do Incentivo Institucional (PAII), o qual será remetido para o ACES respetivo até 15 de julho de 2016.

Prioritariamente, o PAII deve ser utilizado pela Equipa (nomeadamente pelas USF Modelo B) para proporcionar a sua entrada no processo de acreditação que está instituído para o SNS, devendo ser enviado ao Diretor Executivo do ACES, que por sua vez remete (com parecer do Conselho Clínico e de Saúde) para aprovação do Conselho Diretivo da ARS.

Cabe ao Conselho Diretivo da ARS aprovar o PAII, garantindo, assim, a cabimentação orçamental para o valor em causa. Caso o PAII não vá ao encontro da estratégia regional de saúde definida pela ARS, esta deve devolver o documento ao Diretor Executivo do ACES para que se inicie o processo de reformulação.

Este, com a participação do Conselho Clínico e de Saúde, deve negociar com a entidade prestadora as alterações a proceder e voltar a submetê-lo a aprovação do Conselho Diretivo da ARS.

A aprovação do PAII deve ser feita até 31 de julho de 2016.

5.3.6. APLICAÇÃO DE INCENTIVOS FINANCEIROS

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

O pagamento dos incentivos financeiros a enfermeiros e assistentes técnicos das USF Modelo B, referente a 2015, deve ser efetuado até 15 de julho de 2016.

6. SATISFAÇÃO DOS UTILIZADORES

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

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

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

A operacionalização deste parâmetro no processo de contratualização de 2015 permite a comparabilidade nacional e internacional, promovendo a melhoria contínua dos cuidados prestados à população através dos contributos dos utentes.

7. AUDITORIAS NO ÂMBITO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A reforma dos cuidados de saúde primários tem proporcionado melhorias na organização e na prestação dos cuidados de saúde no nosso País, assim como tem vindo a promover mudanças comportamentais que conduzem a melhores desempenhos assistenciais, com ganhos de eficiência e de qualidade em relação aos cuidados prestados à população.

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

É neste enquadramento que se irá operacionalizar em 2015 a construção de um plano de auditorias à atividade relacionada com os indicadores contratualizados nos cuidados de saúde primários, que contribua para a melhoria contínua dos processos e registos efetuados pelos profissionais e equipas dos cuidados de saúde primários e que assim possa reforçar a responsabilidade, a transparência, a avaliação e a supervisão que é efetuada neste nível de cuidados.

Para tal, será produzido durante o ano de 2015 um documento de enquadramento do plano de auditorias supra referido, que contribuirá para:

1. Definir um manual de procedimentos que explicita, de forma clara, as regras de registo relacionadas com os diversos processos administrativos e clínicos com implicações sobre os resultados dos indicadores contratualizados;
2. Elaborar as especificações e regras necessárias para construir um sistema automático de deteção de desvios aos procedimentos definidos no ponto anterior, baseado em "indicadores de auditoria". Este sistema fará análises automáticas às bases de dados onde se procedem aos registos clínicos e administrativos e/ou aos dados do SIARS;
3. Apresentar as regras de avaliação dos resultados produzidos pela matriz de indicadores que venham a ser produzidos como resultado do trabalho preconizado no ponto anterior;
4. Colaborar na definição de regras que possibilitem a identificação de exemplos de boas práticas relativamente aos *standards* previamente registados.

O trabalho que se iniciará em 2015 permitirá a implementação plena de um processo de auditorias nos cuidados de saúde primários, que contribua para aferir a grau de adequação das práticas dos profissionais de saúde às normas estabelecidas, para avaliar a qualidade dos cuidados que são prestados à população e para incentivar a melhoria contínua do desempenho assistencial e económico-financeiro das Unidades Funcionais dos ACES

8. FERRAMENTAS DE AJUSTAMENTO PELO RISCO

Em 2015, estarão em implementação em Portugal experiências-piloto de aplicação de ferramentas de ajustamento pelo risco em determinadas áreas geográficas do País. Estas ferramentas estarão articuladas com o processo de contratualização, potenciando assim a definição de respostas mais adequadas às necessidades efetivas da população e contribuindo para a melhoria da eficiência das organizações de saúde individualmente, e do SNS em termos globais.

As ferramentas de ajustamento pelo risco combinam informações sobre diagnósticos, prescrições clínicas, custos e utilização histórica do sistema de saúde, entre outras, e permitem explicar uma parte significativa da variabilidade que existe na utilização por parte da população dos serviços de saúde, possibilitando a definição de modelos preditivos da necessidade de cuidados dos custos que lhe estão associados.

A implementação destes modelos de avaliação do risco das populações beneficiará essencialmente os profissionais de saúde, podendo ser utilizadas para vários fins, de entre os quais se destacam: a seleção de utentes para programas de gestão da doença e de gestão de caso, a investigação em saúde, a alocação de recursos financeiros, a avaliação do desempenho e o pagamento de incentivos, o dimensionamento das listas de utentes e a análise da qualidade e/ou produtividade dos clínicos, em função do risco individual da população servida.

Sem descurar nenhuma destas aplicações, importa destacar que o ajustamento pelo risco cria um contexto em que é possível adequar o financiamento das instituições prestadoras de cuidados de saúde em função das características específicas dos indivíduos e dos diferentes estados de saúde das populações.

Nestes termos, constitui-se como uma das mais importantes oportunidades de melhoria do processo de contratualização nos cuidados de saúde primários a possibilidade de utilização futura destas ferramentas de ajustamento pelo risco para prever as despesas esperadas e, a partir daí, se definirem modelos de financiamento para os ACES e para as unidades funcionais que os compõem, que promovam a equidade e a eficiência, através da introdução de incentivos que fomentem a qualidade dos cuidados de saúde prestados e que possam remunerar os prestadores em função dos diferentes estados de saúde da população.

9. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E GANHOS EM SAÚDE

Considerando as alterações que se vêm registando nas necessidades em saúde da população e os desafios que se colocam aos Sistemas de Saúde, importa continuar a fazer evoluir a prestação de cuidados de saúde de forma global e integrada, colocando cada vez mais enfoque na resposta adequada às expectativas dos cidadãos e às suas necessidades de prestação de cuidados de saúde, reforçando a autonomia, responsabilidade e empoderamento destes cidadãos no controlo e na gestão dos assuntos que dizem respeito à sua saúde e à utilização correta dos serviços de saúde e criando sinergias com outros setores da sociedade.

Esta evolução implica que se valorize a abordagem multidisciplinar, interdependente e baseada na criação de valor ao longo do percurso do utente no Sistema de Saúde, que considere todas as ações dos profissionais e das equipas prestadoras de cuidados de saúde e que permita monitorizar e avaliar a interligação entre os níveis de cuidados, aferindo o seu impacto nos verdadeiros ganhos em saúde para a população.

Num contexto em que o Sistema de Saúde valoriza a abordagem integral e integrada ao cidadão, os cuidados de saúde primários assumem um papel relevante na prossecução dos objetivos de melhoria do acesso, da qualidade e de eficiência que se procuram alcançar, contribuindo de forma decisiva para a melhoria dos indicadores de saúde e para a sustentabilidade futura desse Sistema de Saúde.

Assim, importa continuar a desenvolver mecanismos que permitam aferir e quantificar o impacto que os aumentos de produção e as melhorias do desempenho assistencial e económico-financeiro que têm vindo a ser obtidas nos cuidados de saúde primários têm nos resultados e ganhos em saúde alcançados para a população e para o Sistema de Saúde no seu conjunto, permitindo assim conhecer melhor a efetividade dos processos e das intervenções efetuadas neste nível de cuidados.

Para tal, em 2015 serão monitorizados vários indicadores populacionais que explicitem a relação entre os outputs contratualizados nos cuidados de saúde primários e os resultados em saúde alcançados para a população, com especial destaque para as seguintes áreas de análise:

- Resultados em Saúde alcançados (mortalidade por qualquer causa, a mortalidade materno/infantil, a mortalidade por fatores associados a causas específicas, como a asma, diabetes, DPOC, Hipertensão Arterial, Insuficiência Cardíaca, entre outras), aferidos em função dos valores alcançados pelas equipas nos vários indicadores contratualizados (indicadores de rastreio oncológico, indicadores relacionados com registo de hábitos tabágicos, indicadores de grávidas ou de saúde infantil, entre outros);
- Utilização dos Serviços Hospitalares, nomeadamente ao nível dos Serviços de Urgência e dos Serviços de Internamento (com especial destaque para os reinternamentos), pela população inscrita e utilizadora dos cuidados de saúde primários, de acordo com o modelo organizativo (modelo A / modelo B / UCSP) em que se encontram inscritos;
- Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório (definidos para um conjunto de patologias que podem e devem ser prevenidas e/ou tratadas ao nível dos cuidados de primeira linha, mas que acabam por ser tratados em internamento hospitalar - asma, diabetes, DPOC, Hipertensão Arterial, Insuficiência Cardíaca, Epilepsia).

UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC)

As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) têm por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, e de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. À UCC compete constituir as equipas de cuidados continuados integrados, previstas no Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho.

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

- As recomendações previstas no Plano Nacional de Saúde que preveem uma abordagem centrada na família e no ciclo de vida e a necessidade de intervir de uma forma mais visível nos problemas de saúde de origem social, priorizando a intervenção nos diferentes *settings*, em contexto comunitário;
- As especificidades da população abrangida pelos serviços da UCC, nomeadamente a realidade de saúde e social da sua área de intervenção, que deve refletir-se na diversidade de programas e projetos, bem como nas metas e atividades a concretizar.

Nesta construção, importa que os elementos da equipa equacionem, de forma sustentada, as experiências de boas práticas que já são desenvolvidas em cada contexto e procurem a evidência da sua atualidade e resultados face às necessidades identificadas.

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

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

- Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE);
- Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
- Núcleo de Apoio a Crianças Jovens em Risco (NACJR) / Comissão Proteção de Crianças Jovens (CPCJ);
- Preparação para Parentalidade / Preparação para o Parto;
- Programas e Projetos de Intervenção Comunitária;
- Redes Sociais da Comunidade.

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

Destacamos os seguintes indicadores com perfil nacional para o ano de 2015:

ACESSO

- Proporção de visitas domiciliares de enfermagem efetuadas no período fim de semana;
- Proporção de contactos nas primeiras 48h da equipa multidisciplinar;
- Taxa de visitas domiciliárias por utente/mês;
- Taxa de utentes avaliados pela ECL (após sinalização) nas primeiras 72 horas;
- Taxa de avaliação de prorrogações ou transferências entre tipologias no prazo de 5 dias úteis;
- Percentagem turmas por nível ensino abrangidas pela intervenção do Programa Nacional Saúde Escolar;
- Percentagem de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais (NSE) que foram alvo de intervenção de enfermagem em equipa de saúde escolar;

DESEMPENHO ASSISTENCIAL

- Proporção de utentes com alta da ECCI com objetivos atingidos;
- Taxa de eficácia na prevenção de úlceras de Pressão;
- Taxa de eficácia no tratamento de úlceras de Pressão;
- Taxa de incidência de Úlcera de Pressão durante a permanência na ECCI.
- Taxa de resolução do compromisso na GRT;
- Ganhos expressos no controlo da intensidade da dor;
- Ganhos expressos em independência para os autocuidados: dependência;

EFICIÊNCIA

- Taxa de internamento hospitalar durante a integração na ECCI;
- Taxa de ocupação da ECCI;
- Tempo médio de permanência em ECCI;
- Tempo médio de espera para entrada em ECCI.

Assim, durante o ano de 2015, as várias UCC constituídas a nível nacional contratualizam com os ACES estes indicadores de perfil nacional, para além de que devem introduzir outros indicadores de âmbito regional ou local que traduzam os planos de ação e as especificidades da oferta de serviços das UCC a nível nacional, regional e local.

Em paralelo, durante o ano de 2015 continuar-se-á o trabalho de normalização dos registos através da Classificação internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE) e de adequação dos sistemas de informação para recolha do conjunto mínimo de dados que permitem recolher os indicadores envolvidos no processo de contratualização com as UCC, assegurando-se a necessária uniformização/normalização da parametrização nacional desta informação.

A sistematização destes processos de contratualização com as UCC em 2015 e anos subsequentes permitirá que a monitorização e avaliação dos processos e resultados destas equipas sejam efetuados numa perspetiva construtiva, com base em critérios e indicadores consensualizados, possibilitando a avaliação das práticas realizadas.

As Unidades de Saúde Pública (USP) têm por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.

A USP, observatório de saúde da área geográfica onde se insere, desenvolve atividades de planeamento em saúde, de promoção e proteção da saúde, incluindo a avaliação do impacto em saúde, de prevenção da doença, de vigilância epidemiológica, de vigilância em saúde ambiental, de investigação em saúde e de gestão ou participação em programas de saúde pública.

Consideram-se requisitos essenciais e prévios à constituição e implementação de uma USP que o ACES assuma o compromisso de dotar a USP dos meios necessários ao exercício das suas funções, tais como:

- a. Garantir acesso adequado a um sistema de informação eficaz, a ser utilizado pelos profissionais das USP, designadamente, às aplicações atualmente existentes nos cuidados de saúde primários;
- b. Garantir aos profissionais das USP a possibilidade de obterem e terem acesso à formação necessária para poderem manusear as referidas aplicações;
- c. Aprovar o *regulamento interno* cuja proposta é da responsabilidade do coordenador da USP;
- d. Assegurar os recursos humanos, em número e em diferenciação, para responder às funções que lhes estão atribuídas;
- e. Dotar a USP e seus profissionais dos respetivos meios técnicos, materiais e viaturas, adequados às funções que lhes são exigidas e às características de cada USP;
- f. Garantir as instalações necessárias ao trabalho da UF.

Os compromissos que uma USP vai assumir com o seu ACES podem variar conforme a realidade populacional e até organizacional de cada ACES. Contudo, há uma lista mínima de compromissos, comum a todos os ACES, que deve nortear a respetiva contratualização.

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

- a) Função Observatório Local de Saúde
- b) Elaboração de proposta do Plano Local de Saúde
- c) Vigilância Epidemiológica e Investigação de surtos epidémicos
- d) Gestão e participação na execução de programas e projetos
- e) Funções de Autoridade de Saúde
- f) Formação contínua e formação pré e pós graduada

Para 2015, importa dar continuidade ao trabalho de desenvolvimento e aperfeiçoamento de uma lista de indicadores de contratualização (relacionados com o Plano Nacional de Vacinação, entre outras áreas), que estarão em aperfeiçoamento contínuo ao longo do ano, de maneira a enquadrar a atividade desenvolvida por estas unidades e os recursos disponíveis.

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

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

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

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

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

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

Durante o ano de 2015 pretende-se continuar a acompanhar a atividade destas unidades e continuar a desenhar o processo de contratualização interna adequado às especificidades e à missão das URAP, o qual deverá passar pela definição de níveis de serviço referentes à articulação desta Equipa com as restantes Unidades Funcionais dos ACES e pela definição de indicadores de resposta multidisciplinar às necessidades em saúde da população.