

(página intencionalmente em branco)

Índice

1. Nota Prévia.....	5
2. Processo de Contratualização.....	6
3. Instrumentos para a Contratualização	8
4. Contratualização Interna	10
4.1. Processo	10
4.1.1. Negociação.....	10
4.1.2. Carta Compromisso	12
4.1.3. Acompanhamento / Monitorização	12
4.1.4. Avaliação	12
4.1.5. Incentivos Institucionais	13
4.1.6. Comissões de Acompanhamento Externo.....	13
4.2. Matriz multidimensional e indicadores	13
4.2.1. Matriz multidimensional das USF e UCSP	13
4.2.2. Matriz multidimensional das UCC.....	16
4.2.3. Matriz multidimensional das USP	18
4.2.4. Matriz multidimensional das URAP	20
4.3. Índice de Desempenho Global.....	22
4.3.1. Métricas - Índices de Desempenho Setoriais	24
4.3.1.1. IDS – Área “Desempenho Assistencial”	24
4.3.1.2. IDS – Área dos “Serviços”	27
4.3.1.3. IDS – Área da “Qualidade Organizacional”	31
4.3.1.4. IDS – Área “Formação Profissional”	35
4.3.1.5. IDS da Área “Atividade Científica”	36
4.3.2. Ponderação do desempenho em função do contexto.....	36
5. Contratualização Externa	37
5.1. Processo	37
5.1.1. Negociação.....	37
5.1.2. Contrato-programa.....	38
5.1.3. Acompanhamento e monitorização	39
5.1.4. Avaliação	39
5.1.5. Cálculo dos IDS de uma dimensão do ACES	39
5.1.6. Cálculo do IDG do ACES	42
5.2. Matriz Multidimensional e Indicadores dos ACES.....	43
5.3. Unidades Locais de Saúde.....	46
6. Cronograma.....	46
6.1. Fase de Negociação 2022	46
7. Anexos.....	47
7.1. Anexo I – Alterações à Operacionalização da Contratualização nos CSP para 2022	47
7.2. Anexo II – Fases e Check-List da Contratualização Interna	52

7.3. Anexo III – Estrutura da Ata das Reuniões de Negociação e de Acompanhamento	55
7.4. Anexo IV – Plano de Ação da UF	56
7.5. Anexo V – Cartas de Compromisso	57
7.6. Anexo VI – Incentivos Institucionais	58
7.7. Anexo VII – Regras da Matriz de Indicadores.....	60
7.8. Anexo VIII – Correção das Ponderações por Inexistência de Indicadores	61
7.9. Anexo IX - Contratualização das USF e UCSP - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG (2022).....	62
7.10. Anexo X - Monitorização das USF e UCSP - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional sem impacto no cálculo do IDG	65
7.11. Anexo XI - Contratualização das UCC - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG	67
7.12. Anexo XII - Contratualização das USP - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG	69
7.13. Anexo XIII - Contratualização das URAP - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG	69
7.14. Anexo XIV - Contratualização dos ACES - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG	70
7.15. Anexo XV – Monitorização dos ACES - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional sem impacto no cálculo do IDG.....	74
7.16. Anexo XVI – Indicadores: Intervalos esperados e variação aceitável.....	76

1. NOTA PRÉVIA

Na sequência da aprovação dos “Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2022”¹, apresenta-se o documento de operacionalização do processo de contratualização nos cuidados de saúde primários (CSP), incorporando, entre outros, os contributos da Comissão Técnica Nacional (CTN), explicitando as alterações operacionais introduzidas para o ano de 2022.

Os anos de 2020 e 2021 foram marcados por um contexto de complexidade e incerteza na sequência da situação de Emergência de Saúde Pública de âmbito Internacional declarada a 30 de janeiro de 2020 pela Organização Mundial de Saúde. Em Portugal, no início do último trimestre de 2021, a atividade epidémica do vírus SARS-CoV-2 apresentava um cenário de estabilidade. O conhecimento científico relativo à infeção por SARS-CoV-2 e à COVID-19, aumentou e está em permanente evolução, existindo uma maior experiência acumulada e consciencialização social, bem como um nível de imunidade superior, adquirido quer através da vacinação, quer da doença natural. A cobertura vacinal apresenta-se como um fator relevante na prevenção e controlo epidémico, potencialmente favorável nos resultados em saúde da população. Não obstante, os desafios da época de Outono-Inverno e a situação epidemiológica existente a nível global, reforçam a importância da manutenção de um nível de alerta adequado, no sentido de responder ao recrudescimento da atividade epidémica em Portugal.

Neste contexto, estando a sociedade em retoma de rotinas familiares e sociais, o ano de 2022 vai exigir ao setor da saúde a continuidade do esforço de recuperação da atividade assistencial, melhorando a resposta às necessidades em saúde da população, em simultâneo com a prevenção e controlo da infeção por SARS-CoV-2. O ano de 2022 será, também, um ano de implementação de medidas previstas no Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), nomeadamente na Componente dirigida ao SNS, onde estão consagradas reformas estruturais que visam o reforço das medidas de saúde pública e do SNS, alavancadas por investimentos dirigidos aos seus principais pilares organizacionais, nomeadamente aos cuidados de saúde primários, pelo seu papel central na organização do sistema.

A atividade assistencial realizada pelos cuidados de saúde primários é um pilar essencial na adequação das necessidades de saúde e, consequentemente, na melhoria da saúde da população. O processo de contratualização continuará a incentivar a melhoria do acesso a este nível de cuidados, prosseguindo a recuperação da atividade assistencial, com especial ênfase na realização de consultas presenciais, reforçando a vigilância de doentes crónicos, garantindo os programas de vacinação, de rastreio, de diagnóstico precoce e de saúde materna, infantil, planeamento familiar e dos adultos, assim como todas as outras atividades essenciais para o seguimentos dos utentes ao longo do seu trajeto de vida.

É, pois, com este enquadramento, que as Administrações Regionais de Saúde (ARS), os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e as suas Unidades Funcionais devem executar o processo de contratualização nos cuidados de saúde primários para 2022, seguindo as regras e as normas de operacionalização da contratualização, definidas neste documento.

¹ Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/TR-Contratualizacao_2022_VF.pdf

2. PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO

O processo de contratualização, transversal a todos os níveis da estrutura da prestação de cuidados de saúde primários no SNS (Administrações Regionais de Saúde, Agrupamentos de Centros de Saúde, Unidades Funcionais), potencia a melhoria contínua do desempenho e assegura o necessário envolvimento e participação de todos os envolvidos no processo, designadamente, os utentes e os profissionais de saúde.

O modelo conceptual em vigor nos cuidados de saúde primários retira o foco da negociação de indicadores e metas, recentrando-o na prossecução dos resultados em saúde, alcançados num contexto de boas práticas assistenciais e de gestão dos percursos integrados em saúde, considerando as diferentes áreas e dimensões de desempenho das Equipas. Assim, para 2022 prossegue-se o objetivo de aumentar a apropriação dos profissionais e das equipas em relação a este modelo de contratualização, o qual visa alcançar a melhoria contínua do desempenho, com enfoque no percurso evolutivo da unidade de observação (e não da meta), tornando como principal utilidade do indicador a demonstração da sua evolução.

Tal como no ano transato, para 2022, estabelece-se que os Planos de Ação das Unidades Funcionais e os Planos de Desempenho dos ACES devem ser considerados como **Planos de Melhoria dirigidos a áreas específicas** do desempenho das equipas, nos termos definidos no presente documento.

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

- Contratualização interna - Entre o ACES e as Unidades Funcionais, suportada por um Plano de Ação (com um horizonte temporal a três anos), cujo enfoque para 2022 deverá centrar-se no plano de melhoria dirigido a áreas específicas, e formalizada através de assinatura da Carta de Compromisso, abrangendo todas as Unidades Funcionais de cada ACES.
- Contratualização externa – Entre as ARS e os ACES, suportada por um Plano de Desempenho (com um horizonte temporal a três anos), cujo enfoque para 2022 deverá centrar-se no plano de melhoria dirigido a áreas específicas, e formalizada através de assinatura do Contrato Programa de cada ACES.

A contratualização interna e externa deve estar em alinhamento com os Planos Nacional, Regionais e Locais de Saúde, num objetivo transversal de alcançar os melhores resultados em saúde, fortalecido por uma Governação Clínica e de Saúde assente em “pilares” comuns e concertados com as prioridades nacionais.

A negociação dos Planos de Ação e de Desempenho para 2022, centrada no plano de melhoria em áreas específicas, baseia-se na identificação das necessidades em saúde, refletindo a nova realidade face à situação epidemiológica existente, numa adequada avaliação dos recursos disponíveis, dos resultados obtidos e na definição dos resultados anuais esperados.

A avaliação é operacionalizada por uma matriz multidimensional da atividade, tendo como referência o Índice de Desempenho Global (IDG) que se pretende alcançar e melhorar continuamente.

Face ao referido, o presente documento de operacionalização define a estrutura processual aplicável a todos os agentes envolvidos no processo de contratualização nos cuidados de saúde primários, evidenciando assim a efetiva importância da Governação Clínica e de Saúde, através da negociação de um plano de melhoria contínua e da afetação dos recursos necessários para a sua implementação, de forma a alcançar ganhos em saúde e bem estar para todos.

3. INSTRUMENTOS PARA A CONTRATUALIZAÇÃO

São instrumentos essenciais para o processo de contratualização dos cuidados de saúde primários:

- Planos Nacional, Regional e Local de Saúde.
- Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2022, com especial relevância para os objetivos específicos identificados no seu ponto 1.1.
- Plano de Desempenho do ACES, cujo enfoque para 2022 deverá centrar-se no Plano de Melhoria a introduzir nas áreas específicas abaixo identificadas.
- Plano de Ação da Unidade Funcional (PAUF), que para 2022 deverá considerar a Matriz Multidimensional de Desempenho (nas áreas, subáreas e dimensões) e, essencialmente, centrar-se no Plano de Melhoria dirigido às áreas específicas e aos seguintes requisitos:
 - ✓ Áreas de melhoria (reforçando-se a importância da vertente do acesso):
 - Melhoria e Qualificação do Acesso (ao nível dos TMRG; do atendimento presencial, com pré-agendamento da atividade assistencial, ajustamento de horários e reorganização dos espaços; das visitas domiciliárias e respostas comunitárias de proximidade; do atendimento não presencial qualificado e dedicado; da resposta no próprio dia a situações de doença aguda, diminuição das urgências evitáveis, referenciação adequada para consultas de especialidade).
 - Qualificação da prescrição (MCDT e Medicamentos).
 - Qualificação da discussão clínica (referenciação, integração de cuidados e reforço da articulação com os cuidados hospitalares, nomeadamente, no agendamento programado de resposta a utentes triados como verdes, azuis e brancos).
 - Segurança dos utentes nos termos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, publicado pelo Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro.
 - Satisfação (profissionais e utentes).
 - Subáreas a necessitarem intervenção, em função da análise de resultados de 2021.
 - ✓ Integrar ou ter em anexo o Plano de Formação (PF).
 - ✓ Integrar ou ter em anexo a proposta do Plano de Aplicação dos Incentivos Institucionais (PAII) – apenas aplicável às UCSP e USF.

- Portal do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI CSP) - Módulos das áreas da Contratualização:
 - ✓ **Contratualização:**
 - A Operacionalização da contratualização nos cuidados de saúde primários para 2022;
 - Toda a informação disponível - contexto, caracterização, histórico de desempenho, resultados de toda a matriz de Indicadores dos CSP (portal BI CSP);
 - Funcionalidade de cálculo/simulação do(s) IDG e dos Índices de Desempenho das respetivas áreas, subáreas e dimensões que o compõem (IDS_A, IDS_S e IDS_D);
 - Os vários níveis de análise tendo como unidade de observação obrigatória a UF (acesso “público”), mas com desagregação ao profissional/equipa (acesso pelos profissionais devidamente autenticados);
 - Capacidade de exploração da base de dados (todos os indicadores) e construção dos seus próprios *dashboards*.
- Glossário CSP - Explicitação dos principais conceitos em CSP (em desenvolvimento).
- BI-CSP – Área referente ao conjunto de relatórios e *dashboards* que permitem obter informação sobre a atividade no âmbito do Acesso aos Cuidados de Saúde e Prescrição de Medicamentos.
- Sistema de Dados Mestre (SDM) da ACSS – Módulo de qualificação da prescrição e resultados dos indicadores organizados para as diversas dimensões da matriz de contratualização.

Para aplicar a partir de 2022, a CTN propôs a incorporação de novas dimensões e de novos indicadores, a alteração aos intervalos de alguns indicadores e a eliminação de indicadores de 2021.

Estas alterações encontram-se devidamente discriminadas no **Anexo I – Alterações à Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2022**.

4. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

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

4.1. PROCESSO

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

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

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

4.1.1. NEGOCIAÇÃO

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

O Plano de Ação da UF é plurianual, normalmente a 3 anos, devendo em 2022 centrar-se no Plano de Melhoria a introduzir, decorrente da avaliação efetuada.

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

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

Atividades Propostas:

- Definir protocolos de referência com os hospitais para resposta à doença aguda, nomeadamente nas áreas assistenciais com maior procura e necessidade de articulação prioritária, ou seja: (i) Oftalmologia (cataratas, glaucoma, alterações da retina, ambliopia e oculoplástica);

- (ii) Otorrinolaringologia (hipoacusia, disfonia, acufenos, vertigem e infecções respiratórias altas até aos 24 meses); (iii) Ortopedia (gonalgia, coxalgia, lombalgia, omalgia e esporão do calcâneo); (iv) Urologia (hematúria, litíase urinária, aumento do PSA e incontinência urinária na mulher);
- Contactar de forma pró-ativa os utentes com mais necessidades em saúde e maiores riscos de doença;
- Revisitar critérios e conceitos para agendamento de consultas não-presenciais versus presenciais;
- Criar algoritmo/fluxograma para atendimento telefónico e sua gestão;
- Redefinir política de acesso telefónico aos profissionais e publicitá-la aos utentes;
- Criar posto de trabalho para Secretário Clínico em *backoffice*, informatizado e com central telefónica.

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

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

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

O Plano de Ação representa assim o compromisso de:

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

Considerando a importância dos recursos para o cumprimento (ou incumprimento) da Carta de Compromisso e do respetivo Plano de Ação, é igualmente reconhecida a sua relevância e impacto no IDG.

Assim, a consequência do não cumprimento do suporte e apoio dos ACES, ao nível dos recursos, consubstancia-se numa ponderação que será englobada na matriz de ponderação referenciada em 4.3.2 - Ponderação do desempenho em função do contexto.

O Plano de Ação (PAUF) é operacionalizado através do portal BI-CSP, encontrando-se já esta ferramenta à disposição das USF, UCSP e UCC. Em 2022, será também possível operacionalizar o PAUF das URAP e USP através do portal BI-CSP, contudo, ainda sem indicadores de desempenho.

O acesso a este portal é efetuado através da credenciação individual pelo e-mail institucional, sendo que esse endereço tem, obrigatoriamente, de constar como e-mail principal no sistema de informação denominado RHV (atualizado pelos recursos humanos da instituição respetiva, preferencialmente pelas estruturas do ACES).

4.1.2. CARTA COMPROMISSO

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

- O compromisso de utentes e unidades ponderadas a inscrever em termos de compromisso assistencial;
- O compromisso de recursos disponíveis e alocados à UF;
- O compromisso de resultados, operacionalizado no nível de IDG e IDS que se pretende atingir.

A Carta de Compromisso deve incluir:

- Constituição da equipa profissional e a caracterização da população alvo;
- Plano de Ação, com o enfoque no plano de melhoria, de Formação, de Recursos e de Aplicação dos Incentivos Institucionais da UF (estes últimos, quando aplicável).
- Importa ainda assegurar que conste informação relativa à Carteira Adicional de Serviços negociada (nos termos do nº 6 do artigo 6º do Decreto-Lei nº 298/2007). A carteira adicional de serviços, tanto para as USF de modelo A como de modelo B, é uma das componentes do compromisso assistencial que se traduz no desenvolvimento de atividades assumidas (anexo II da Portaria nº1368/2007, de 18 de Outubro);
- Declaração de inexistência de incompatibilidades dos profissionais (no caso das USF modelo B);
- Manual de Articulação.

Para o ano 2022, as linhas gerais que estruturam a Carta de Compromisso estão elencadas no **Anexo V – Cartas de Compromisso**, sendo o documento base automaticamente gerado pelo PAUF, obtido o acordo entre as partes no decurso da fase de negociação dos compromissos assistenciais para o ano.

4.1.3. ACOMPANHAMENTO / MONITORIZAÇÃO

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

Os resultados dos respetivos indicadores mantêm-se disponíveis no ecossistema SIM@SNS (SIM@SNS, SIARS e MIM@UF), bem como, no SDM, ao nível nacional, regional ou local, estando também disponível um conjunto de relatórios sobre os indicadores no portal BI-CSP.

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

4.1.4. AVALIAÇÃO

A avaliação materializa-se através dos IDG, IDS_A, IDS_S e IDS_D, conforme descrito no ponto 4.3 **Índice de Desempenho Global**.

4.1.5. INCENTIVOS INSTITUCIONAIS

Os incentivos institucionais constituem-se como um instrumento que, no âmbito de um processo de gestão por objetivos como é o caso do processo de contratualização nos CSP, representam o reconhecimento do nível de desempenho obtido pelas UF.

Os incentivos institucionais, enquadrados num processo de contratualização que integra uma estratégia de melhoria contínua e assegura a adequação às necessidades em saúde da população, destinam-se ao desenvolvimento de ambientes de motivação dos profissionais, designadamente a melhoria do contexto físico do seu exercício, bem como o reforço de competências decorrente da facilitação do acesso a ações de formação.

Os critérios e procedimentos para o cálculo dos incentivos institucionais estão definidos **Anexo VI – Incentivos Institucionais**.

4.1.6. COMISSÕES DE ACOMPANHAMENTO EXTERNO

Sempre que necessário, pode ser solicitada pronúncia à comissão de acompanhamento com competência para acompanhar o processo de contratualização e o apuramento de resultados, bem como dirimir e arbitrar eventuais conflitos entre as UF e os ACES emergentes do processo de contratualização e apuramento de resultados, em conformidade com o estabelecido na Portaria n.º 212/2017, de 19 de julho.

4.2. MATRIZ MULTIDIMENSIONAL E INDICADORES

4.2.1. MATRIZ MULTIDIMENSIONAL DAS USF E UCSP

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

Tabela 1 - Matriz multidimensional - contratualização USF e UCSP²

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2022 ³
A - Desempenho Assistencial	50	
S – Acesso	20	
D - Cobertura ou Utilização	10	Sim
D – Personalização	10	Sim
D - Atendimento Telefónico	10	Não

² De forma transversal à elaboração dos seus Planos de Ação, com enfoque no plano de melhoria dirigido a áreas específicas, as USF e UCSP devem implementar medidas articuladas com as restantes Unidades Funcionais, que contribuam para a melhoria da resposta à doença aguda, gestão da doença crónica e para o aumento da cobertura nas áreas da saúde oral, visual, psicologia, nutrição, saúde mental e medicina física e de reabilitação, bem como, para o reforço da articulação com os municípios e com outras estruturas da comunidade, de forma a integrar as intervenções comunitárias e para a participação ativa dos cidadãos na definição do funcionamento dos serviços de saúde.

³ Indicação se a dimensão é possível de operacionalizar em 2022 (para efeitos de cálculo do IDG).

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2022 ³
D - Tempos Máximos de Resposta Garantidos	40	Sim
D - Consulta no Próprio Dia	10	Sim
D - Trajeto do Utente na Unidade Funcional	10	Não
D - Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	10	Sim
S - Gestão da Saúde	20	
D - Saúde Infantil e Juvenil	25	Sim
D - Saúde da Mulher	25	Sim
D - Saúde do Adulto	25	Sim
D - Saúde do Idoso	25	Sim
S - Gestão da Doença	20	
D - Diabetes Mellitus	25	Sim
D - Hipertensão Arterial	25	Sim
D - Doenças Aparelho Respiratório	25	Sim
D - Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças	25	Sim
S - Qualificação da Prescrição	20	
D - Prescrição Farmacoterapêutica	50	Sim
D - Prescrição MCDT	30	Sim
D - Prescrição de Cuidados	20	Não
S - Satisfação de Utentes	20	
D - Satisfação de Utentes	100	Sim
A – Serviços	10	
S - Serviços de Carácter Assistencial	80	
D - Serviços de Carácter Assistencial	100	Sim
S - Serviços de Carácter não Assistencial	20	
D - Atividades de Governação Clínica no ACES	80	Sim
D - Outras Atividades não Assistenciais	20	Não
A - Qualidade Organizacional	20	
S - Melhoria Contínua da Qualidade	40	
D – Acesso	25	Sim
D - Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados	75	Sim
S – Segurança	40	
D - Segurança de Utentes	40	Sim
D - Segurança de Profissionais	30	Sim
D - Gestão do Risco	30	Não

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2022 ³
S - Centralidade no Cidadão	20	
D – Participação do Cidadão	100	Sim
A - Formação Profissional	10	
S - Formação Interna	80	
D - Formação da Equipe Multiprofissional	50	Sim
D - Formação de Internos e Alunos	50	Sim
S - Formação Externa	20	
D - Serviços de Formação Externa	100	Não
A - Atividade Científica	10	
S - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	50	
D - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	100	Não
S - Trabalhos de Investigação	50	
D - Trabalhos de Investigação	100	Não

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

Considerando as determinações e as validações efetuadas no âmbito dos trabalhos da Comissão Técnica Nacional, apresentam-se, em anexo, duas tabelas distintas que incorporam os indicadores monitorizados, os quais carecem de distinção face ao seu impacto, ou não, no cálculo do IDG, nomeadamente:

- **Anexo IX - Contratualização das USF e UCSP - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG**, que resume os indicadores que contribuem para o cálculo do IDG;

- **O Anexo X - Monitorização das USF e UCSP - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional sem impacto no cálculo do IDG**, que apresenta os indicadores de monitorização, indexados às áreas, subáreas e dimensões, sem impacto no cálculo do IDG.

4.2.2. MATRIZ MULTIDIMENSIONAL DAS UCC

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

Tabela 2 - Matriz multidimensional - contratualização UCC⁴

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2022 ⁵
A - Desempenho Assistencial	50	
S – Acesso	20	
D – Cobertura ou Utilização	30	Sim
D - Distribuição da Atividade	20	Sim
D - Tempos Máximos de Resposta Garantidos	50	Sim
S - Gestão da Saúde	20	
D - Criança e Adolescência	25	Não
D - Saúde Reprodutiva	25	Sim
D - Saúde do Adulto	25	Não
D - Saúde do Idoso	25	Sim
S - Gestão da Doença	20	
D – Reabilitação	20	Sim
D - Saúde Mental	20	Sim
D - Abordagem Paliativa	20	Sim
D - Doença Crónica	20	Sim
D – ECCI	20	Sim
S - Intervenção Comunitária	20	
D - Saúde Escolar	40	Sim
D - Intervenção Precoce	10	Não
D - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco	10	Não
D - Núcleo Local de Inserção	10	Não
D - Comissão de Proteção de Jovens em Risco	10	Não
D - Equipa de Prevenção da Violência em Adultos	10	Não
D - Rede Social	10	Não
S - Satisfação de Utentes	20	

⁴ De forma transversal à elaboração dos seus Planos de Ação, com enfoque no plano de melhoria dirigido a áreas específicas, as UCC devem implementar medidas articuladas com as restantes Unidades Funcionais, que contribuam para a melhoria da resposta à doença aguda e para o aumento da cobertura nas áreas da saúde oral, visual, psicologia, nutrição, saúde mental e medicina física e de reabilitação, bem como, para o reforço da articulação com os municípios e com outras estruturas da comunidade e para a participação ativa dos cidadãos na definição do funcionamento dos serviços de saúde.

⁵ Indicação se a dimensão é possível de operacionalizar em 2022 (para efeitos de cálculo do IDG).

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2022 ⁵
D - Satisfação de Utentes	100	Sim
A – Serviços	10	
S - Serviços de Carácter Assistencial	80	
D - Serviços de Carácter Assistencial	100	Sim
S - Serviços de Carácter não Assistencial	20	
D - Atividades de Governação Clínica no ACES	50	Sim
D - Outras Atividades não Assistenciais	50	Não
A - Qualidade Organizacional	20	
S - Melhoria Contínua da Qualidade	40	
D – Acesso	25	Sim
D - Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados	75	Sim
S – Segurança	40	
D - Segurança de Utentes	40	Sim
D - Segurança de Profissionais	30	Sim
D - Gestão do Risco	30	Não
S - Centralidade no Cidadão	20	
D - Centralidade no Cidadão	100	Sim
A - Formação Profissional	10	
S - Formação Interna	80	
D - Formação da Equipa Multiprofissional	50	Sim
D - Formação de Internos e Alunos	50	Sim
S - Formação Externa	20	
D - Serviços de Formação Externa	100	Não
A - Atividade Científica	10	
S - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	50	
D - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	100	Não
S - Trabalhos de Investigação	50	
D - Trabalhos de Investigação	100	Não

No **Anexo XI - Contratualização das UCC - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG** elencam-se os indicadores passíveis de inclusão no cálculo do IDG para o ano de 2022, contemplando já os novos indicadores em outras dimensões da matriz, indo assim de encontro às pretensões manifestadas pelas equipas.

4.2.3. MATRIZ MULTIDIMENSIONAL DAS USP

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

O referencial de contratualização interna das USP para 2022 assenta na sua matriz de competências, garantindo o cumprimento da “Carteira Básica de Serviços”, sem esquecer a atividade a realizar no contexto específico da pandemia de COVID-19.

A matriz de desempenho é a constante da Tabela 3.

Tabela 3 - Matriz multidimensional - contratualização USP⁶

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2022 ⁷
A - Desempenho Assistencial	50	
S - Observação do Estado de Saúde e Bem-estar da População	15	
D - Diagnóstico de Situação de Saúde	40	Não
D - Monitorização do Estado de Saúde da População e dos seus Determinantes	60	Não
S - Vigilância Epidemiológica e Resposta às Emergências em Saúde Pública	15	
D - Caracterização das estruturas de apoio das Comunidades	15	Não
D - Cartas Sanitárias de Risco	25	Não
D - Planos de Contingência	20	Não
D - Vigilância e Investigação Epidemiológica	40	Não
S - Proteção da Saúde (Incluindo Ambiental, Ocupacional, Segurança Alimentar e Outros)	15	
D - Vacinação	22	Não
D - Saúde Ocupacional	19	Não
D - Sanidade Internacional	19	Não
D - Saúde Ambiental	20	Não
D - Qualidade e Segurança Alimentar	20	Não
S - Promoção da Saúde (Incluindo Determinantes Sociais e Desigualdades)	15	
D - Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidado	20	Não
D - Saúde Oral	20	Não
D - Saúde Escolar	20	Não
D - Estilos de Vida Saudáveis	20	Não
D - Ambientes Saudáveis	20	Não
S - Governança para a Saúde e Bem-estar	14	
D - Planeamento em Saúde	50	Não
D - Estudos de Impacto na Saúde	20	Não

⁶ De forma transversal à elaboração dos seus Planos de Ação, com enfoque no plano de melhoria dirigido a áreas específicas, as USP devem implementar medidas articuladas com as restantes Unidades Funcionais, que contribuam para a melhoria da resposta à doença aguda e para o aumento da cobertura nas áreas da saúde oral, visual, psicologia, nutrição, saúde mental e medicina física e de reabilitação, bem como, para o reforço da articulação com os municípios e com outras estruturas da comunidade e para a participação ativa dos cidadãos na definição do funcionamento dos serviços de saúde.

⁷ Indicação se a dimensão é possível de operacionalizar em 2022 (para efeitos de cálculo do IDG).

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2022 ⁷
D – Informação à População	30	Não
S - Prevenção da Doença	14	
D - Programas Nacionais Prioritários	100	Não
S - Atividades de Autoridade de Saúde	12	
D - Lei da Saúde Mental	10	Não
D – Emissão de atestados	50	Não
D – Outros	40	Não
A - Serviços	10	
S - Serviços de Carácter Assistencial	80	
D - Serviços de Carácter Assistencial	100	Sim
S - Serviços de Carácter não Assistencial	20	
D - Atividades de Governação Clínica no ACES	50	Sim
D - Outras Atividades não Assistenciais	50	Não
A - Qualidade Organizacional	20	
S - Melhoria Contínua da Qualidade	40	
D - Acesso	25	Sim
D - Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados	75	Sim
S - Segurança	40	
D - Segurança de Utentes	40	Sim
D - Segurança de Profissionais	30	Sim
D - Gestão do Risco	30	Não
S - Centralidade no Cidadão	20	
D - Centralidade no Cidadão	100	Sim
A - Formação Profissional	10	
S - Formação Interna	80	
D - Formação da Equipa Multiprofissional	50	Sim
D - Formação de Internos e Alunos	50	Sim
S - Formação Externa	20	
D - Serviços de Formação Externa	100	Não
A - Atividade Científica	10	
S - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	50	
D - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	100	Não
S - Trabalhos de Investigação	50	
D - Trabalhos de Investigação	100	Não

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

4.2.4. MATRIZ MULTIDIMENSIONAL DAS URAP

No caso das URAP tem havido experiências-piloto de contratualização a nível regional, que é preciso ir consolidando e melhorando.

Para 2022, a matriz de desempenho é a constante da Tabela 4.

Tabela 4 - Matriz multidimensional - contratualização URAP⁸

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2022 ⁹
A - Desempenho Assistencial	50	
S – Acesso	30	
D - Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	20	Não
D - Tempos Máximos de Resposta Garantidos	60	Não
D - Trajeto do Utente na Unidade Funcional	20	Não
S - Gestão da Saúde	20	
D - Saúde Oral	30	Não
D - Saúde Nutricional	30	Não
D - Outras Atividades de Gestão da Saúde	40	Não
S - Gestão da Doença	30	
D - Apoio Social	20	Não
D - Saúde Mental	20	Não
D - Medicina Física e Reabilitação	20	Não
D - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	20	Não
D - Outras Atividades na Gestão da Doença	20	Não
S - Satisfação de Utentes	20	
D - Satisfação de Utentes	100	Sim
A – Serviços	10	
S - Serviços de Carácter Assistencial	80	
D - Serviços de Carácter Assistencial	100	Sim
S - Serviços de Carácter não Assistencial	20	
D - Atividades de Governação Clínica no ACES	50	Sim
D - Outras Atividades não Assistenciais	50	Não
A - Qualidade Organizacional	20	
S - Melhoria Contínua da Qualidade	40	

⁸ De forma transversal à elaboração dos seus Planos de Ação, com enfoque no plano de melhoria dirigido a áreas específicas, as URAP devem implementar medidas articuladas com as restantes Unidades Funcionais, que contribuam para a melhoria da resposta à doença aguda e para o aumento da cobertura nas áreas da saúde oral, visual, psicologia, nutrição, saúde mental e medicina física e de reabilitação, bem como, para o reforço da articulação com os municípios e com outras estruturas da comunidade e para a participação ativa dos cidadãos na definição do funcionamento dos serviços de saúde.

⁹ Indicação se a dimensão é possível de operacionalizar em 2022 (para efeitos de cálculo do IDG).

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2022 ⁹
D – Acesso	25	Sim
D - Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados	75	Sim
S – Segurança	40	
D - Segurança de Utentes	40	Sim
D - Segurança de Profissionais	30	Sim
D - Gestão do Risco	30	Não
S - Centralidade no Cidadão	20	
D - Centralidade no Cidadão	100	Sim
A - Formação Profissional	10	
S - Formação Interna	80	
D - Formação da Equipa Multiprofissional	50	Sim
D - Formação de Internos e Alunos	50	Sim
S - Formação Externa	20	
D - Serviços de Formação Externa	100	Não
A - Atividade Científica	10	
S - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	50	
D - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	100	Não
S - Trabalhos de Investigação	50	
D - Trabalhos de Investigação	100	Não

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

4.3. ÍNDICE DE DESEMPENHO GLOBAL

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

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

Para cada área da matriz multidimensional, definem-se diferentes subáreas, dimensões, métricas e indicadores, identificando os resultados esperados.

Os indicadores utilizados no processo da contratualização constam obrigatoriamente na Matriz Indicadores dos CSP e respeitam todos os seus requisitos e atributos, conforme descrição no **Anexo VII – Regras da Matriz de Indicadores**.

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

- **Compostos ou índices**, nos processos de cuidados complexos que exigem uma leitura e monitorização multidimensional (e.g. acesso, eficiência, resultado, adequação técnico científica).
- **De “Resultado”** (e.g. procura de serviços de urgência e internamentos evitáveis, doentes controlados, tempos máximos de resposta garantidos - TMRG).

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

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

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

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

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

a) Valorização dos Indicadores

Para cada indicador da área do desempenho assistencial definem-se intervalos esperados e de variação aceitável. A valorização dos indicadores é feita nos termos seguintes:

- Os resultados pertencentes ao intervalo esperado são valorizados com 2 pontos;
- Os resultados pertencentes aos intervalos de variação aceitável são valorizados de forma contínua entre 0 e 2 pontos;
- Outros resultados, fora dos intervalos de variação aceitável, são valorizados com 0 pontos.

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

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

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

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

d) Critérios explícitos de cumprimento

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

Para efeitos de cálculo, importa clarificar que:

- Todos os cálculos intermédios (dos IDS e da distribuição de ponderações quando não existem indicadores nas dimensões) são efetuados sem arredondamentos;
- A última operação do cálculo do IDG em percentagem é um arredondamento às décimas. Esta é a única operação de arredondamento em todos os cálculos. Quer isto dizer, por exemplo, que uma UF que obtenha um IDG superior ou igual a 74,95 e inferior a 75,05 arredonda para 75,0. Para os IDS o comportamento será similar;
- No caso dos indicadores com escala compreendida entre 0 e 1, os valores deverão ser mostrados com arredondamento às milésimas. Nos restantes, deverão ser arredondados às décimas;
- Sempre que os valores do IDG, IDS e Indicadores tenham que ser apresentados com o objetivo de replicar os cálculos respetivos, os valores deverão ser apresentados sem arredondamentos.

4.3.1. MÉTRICAS - ÍNDICES DE DESEMPENHO SETORIAIS

As áreas, subáreas e dimensões, bem como as métricas respectivas que permitem operacionalizar o IDG em 2022, estão explicitadas no presente documento.

Os resultados dos respectivos IDG, IDS_A, IDS_S e IDS_D serão ponderados de acordo com metodologia descrita no **Anexo VIII – Correção das Ponderações por Inexistência de Indicadores**.

Para cada dimensão/subárea estão identificados (pré-definidos) os indicadores que são utilizados na sua operacionalização. Foram priorizados indicadores do tipo: resultados, adequação técnico-científica, efetividade e eficiência, em detrimento dos indicadores de processo.

O ponto de partida para a contratualização de 2022 são os resultados existentes em dezembro de 2021, calculados segundo as regras e especificações do IDG de 2022. Dado o seu caráter retrospectivo e a inexistência, à data, de dados nas outras áreas do IDG, o seu cálculo é realizado só com a Área do Desempenho Assistencial.

Todos os indicadores da matriz de indicadores CSP com resultados estão disponíveis, independentemente de serem ou não usados no cálculo do IDG 2022.

4.3.1.1. IDS – ÁREA “DESEMPENHO ASSISTENCIAL”

Para todos os indicadores utilizados na área de desempenho foram definidos os "intervalos esperados" e "variação aceitável", no âmbito dos trabalhos da Comissão Técnica Nacional, constituída ao abrigo da Portaria n.º 212/2017, de 19 de julho.

<p style="text-align: center;">Intervalo Esperado</p> <p>O "intervalo esperado" corresponde ao conjunto de resultados de um indicador que atualmente reflete uma prática de excelência e tem as seguintes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Correspondem a uma prática profissional de elevado desempenho; b) São expectáveis apenas em contexto de trabalho organizado e eficiente depois de decorrido o tempo necessário para que o indicador entre em "plateau"; c) Existe evidência científica ou empírica que o intervalo esperado traduz ganhos em saúde. <p style="text-align: center;">Variação Aceitável</p> <p>A "variação aceitável" corresponde ao conjunto de resultados de um indicador que refletem práticas aceitáveis e têm as seguintes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Correspondam a boa prática profissional; b) São expectáveis com algum esforço de organização e trabalho em equipa, depois de decorrido o tempo necessário para que o indicador entre em "plateau"; c) Existe evidência científica ou empírica que a atividade correspondente traduz ganhos em saúde.
<p style="text-align: center;">Notas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Os limites do "intervalo esperado" e da "variação aceitável" são definidos por consenso, por um conjunto de peritos que integram a Comissão Técnica Nacional. 2. Estes intervalos podem ser revistos anualmente pela referida comissão.

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

Tabela 5 - Critérios valorização dos indicadores numa escala de 0 a 2 pontos

Critério	Valorização do resultado (pontos)
A condição [A e B] é verdadeira: A. [resultado do indicador] \geq [valor mínimo do intervalo esperado] B. [resultado do indicador] \leq [valor máximo do intervalo esperado]	2
A condição [(A e B) ou (C e D)] é verdadeira: A. [resultado do indicador] \geq [valor mínimo da variação aceitável] B. [resultado do indicador] $<$ [valor mínimo do intervalo esperado] C. [resultado do indicador] $>$ [valor máximo do intervalo esperado] D. [resultado do indicador] \leq [valor máximo da variação aceitável]	Entre 0 e 2 pontos (função linear, na proporção direta ou indireta dos resultados, consoante o tipo de indicador e os resultados estarem acima ou abaixo do intervalo esperado)
A condição [A ou B] é verdadeira: A. [resultado do indicador] $<$ [valor mínimo da variação aceitável] B. [resultado do indicador] $>$ [valor máximo da variação aceitável]	0

De forma a tornar mais compreensível a valorização contínua de resultados (entre 0 e 2 pontos), apresenta-se de seguida uma tabela para um indicador genérico com intervalo esperado de [60; 80]% e intervalo de variação aceitável de [50; 60[U]80; 85] %.

Resultado(%)	Valorização (0 a 2)	Resultado(%)	Valorização (0 a 2)	Resultado(%)	Valorização (0 a 2)
45	0	60	2	75	2
46	0	61	2	76	2
47	0	62	2	77	2
48	0	63	2	78	2
49	0	64	2	79	2
50	0	65	2	80	2
51	0,2	66	2	81	1,6
52	0,4	67	2	82	1,2
53	0,6	68	2	83	0,8
54	0,8	69	2	84	0,4
55	1	70	2	85	0
56	1,2	71	2	86	0
57	1,4	72	2	87	0
58	1,6	73	2	88	0
59	1,8	74	2	89	0

Para o ano de 2022, existem indicadores com este tipo de métricas para as USF, UCSP e UCC.

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

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

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

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

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

Exemplo:

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

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

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

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

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

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

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

IDS da Subárea "Satisfação de Utentes"

A métrica desta subárea será definida em 2022, garantindo o alinhamento com os pressupostos conceptuais e metodológicos aplicáveis em questionários de satisfação de utentes.

4.3.1.2. IDS – ÁREA DOS “SERVIÇOS”

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

O portal BI CSP contém um conjunto de formulários (acessíveis através do menu “RAUF”), que permitem às UF introduzirem a informação necessária ao cálculo do *score* desta dimensão e aos ACES efetuar a respetiva validação.

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

IDS da Subárea "Serviços de Caráter Assistencial"

Esta subárea procura avaliar o compromisso da equipa para a prestação de atividade assistencial em serviços comuns do ACES.

A contratualização desta dimensão obriga a uma clara identificação das necessidades em saúde pelo Conselho Clínico e de Saúde, assim como à discussão interna, com todas as unidades, das propostas de ação e dos modelos de resposta sobre elas.

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

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

Os serviços de caráter assistencial integram:

- Alargamento de horário;
- Colaboração com outras unidades funcionais e equipas;
- Serviços de atendimento complementar;

- Utentes sem equipas de saúde familiar (consulta geral, saúde infantil, saúde da mulher e doença crónica);
- Atividade sazonal;
- Consulta de cessação tabágica;
- Pequena cirurgia;
- Intervenção multidisciplinar em contextos específicos;
- Colaboração no cumprimento do PNV em contextos específicos e grupos vulneráveis;
- Parcerias com instituições da Comunidade, de carácter assistencial;
- Outros tipos.

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

1. **Planeamento** – após definição, pelos órgãos de gestão do ACES, das atividades assistenciais necessárias, a função planeamento inclui a definição dos recursos humanos necessários, por grupo profissional, e a distribuição das necessidades em recursos pelas respetivas unidades funcionais, mediante critérios de proporcionalidade com as respetivas dimensões, por grupo profissional.

Os serviços planeados devem poder ser realizados pelos colaboradores do ACES, sendo pagos pelos respetivos vencimentos base (quando os profissionais ainda tenham horário disponível) ou em horas extraordinárias, caso contrário.

Não devem, no entanto, ser planeados serviços que não tenham suporte orçamental para o efeito.

2. **Negociação e alocação dos recursos** – os órgãos de gestão do ACES negociam com as unidades funcionais a respetiva disponibilidade em recursos humanos para assegurar os serviços planeados, no respeito pela legislação laboral vigente.
3. **Avaliação** – a avaliação das diversas Carteiras de Serviços que compõem esta área é efetuada em função do grau de cumprimento das atividades assistenciais que foram contratadas, nomeadamente do volume de horas previstas para a realização destas atividades, servindo os Indicadores de monitorização e de avaliação que lhe estão associados apenas para aferir os resultados obtidos com a atividade contratada. Este grau de cumprimento considera as horas efetivamente realizadas, face à quantidade de horas anuais contratualizadas para esta atividade. A métrica de avaliação pode originar uma escala contínua de valores no intervalo [0; 2].

Em 2022, na fase de negociação, fica explicitado que o valor máximo a contratualizar com a unidade funcional é de 2 horas por profissional e por semana.

Exemplo:

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

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

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

Em que:

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

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

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

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

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

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

Em 2022 continua a existir a possibilidade da UF assinalar que não contratualizou esta dimensão, contudo, a valorização dada para efeitos de cálculo do IDG será de 0 (zero) pontos.

IDS da Subárea de “Serviços de Carácter Não Assistencial”

Esta subárea procura avaliar o compromisso da equipa para a prestação de serviços não assistenciais. No ano de 2022 será efetuada a contratualização apenas na dimensão de governação clínica no ACES.

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

Em 2022 são elegíveis como atividades, no âmbito da Governação Clínica no ACES, as seguintes:

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

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

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

Nas UF com profissionais a tempo parcial, o cálculo realiza-se de forma proporcional ao tempo alocado.

Exemplo:

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

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

Exemplo:

Avaliação de uma unidade funcional com 20 profissionais em que ocorreram mais de 80% de faltas no grupo da formação, da investigação e da qualidade/segurança e onde os respetivos grupos não efetuaram

relatório de atividades no âmbito da “qualificação e prescrição” e “formação” e não efetuaram plano de ação no âmbito da “qualidade e segurança”.

Os resultados apresentam-se no quadro seguinte:

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

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

Em 2022 continua a existir a possibilidade da UF assinalar que não contratualizou esta dimensão, contudo, a valorização dada para efeitos de cálculo do IDG será de 0 (zero) pontos.

4.3.1.3. IDS – ÁREA DA “QUALIDADE ORGANIZACIONAL”

Em 2022 apenas serão contratualizadas as dimensões “Melhoria Contínua da Qualidade | Acesso”, “Melhoria Contínua da Qualidade | Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados”, “Segurança dos Utentes” e “Segurança de Profissionais”.

O portal BI-CSP contém um conjunto de formulários (acessíveis através do menu “RAUF”) que permitem às UF introduzirem a informação necessária ao cálculo do *score* desta dimensão, e aos ACES efetuar a respetiva validação.

IDS da Subárea “Melhoria Contínua da Qualidade”

A subárea da “Melhoria Contínua da Qualidade” possui 2 dimensões:

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

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

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

Tabela 6 - Fases do processo de melhoria contínua de qualidade

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

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

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

Crítério	Valorização do resultado (pontos)
A unidade funcional implementou o processo de auditoria interna com cumprimento cumulativo, durante o ano de 2022, das fases 4, 5 e 6	2
A condição [(A e B) ou (C e D)] é verdadeira: A. O processo de auditoria foi iniciado no ano em curso B. A unidade funcional implementou o processo de auditoria interna com cumprimento cumulativo, durante o ano em curso, das fases 1, 2, 3 e 4 C. O processo de auditoria foi implementado em anos anteriores ao ano em curso D. A unidade funcional implementou no ano em curso, pelo menos a fase 4 e 50% das medidas corretoras previstas	1

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

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

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

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

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

Em 2022, cada unidade funcional terá que realizar três processos de auditoria interna, associadas ao plano de melhoria identificado:

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

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

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

Para efeito de cálculo do IDG, nesta subárea, as UF que no período em análise estejam acreditadas no âmbito do Modelo de Acreditação do Ministério da Saúde (Despacho nº 69/2009, de 31 de agosto) têm o valor máximo de IDS.

Este facto não as exime de, no seu plano de ação, proporem as duas Auditorias Internas Interpares (clínica e/ou organizacional).

Em 2022 continua a existir a possibilidade da UF assinalar que não contratualizou esta dimensão, contudo, a valorização dada para efeitos de cálculo do IDG será de 0 (zero) pontos.

IDS da Subárea “Segurança”

Em 2022 serão contratualizadas as dimensões "Segurança dos utentes" e “Segurança dos Profissionais”.

IDS da dimensão “Segurança de utentes”

Esta dimensão será avaliada através de uma grelha de critérios alinhados com o programa de segurança dos utentes da DGS, operacionalizados no indicador com ID 428, disponível em <https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=428&clusters=S>

Esta grelha de critérios contempla 8 áreas:

- A01 A unidade funcional evidencia a existência de "cultura de segurança" no seu ambiente interno
- A02 A unidade funcional implementa medidas relacionadas com a "segurança da comunicação"
- A03 A unidade funcional implementa medidas relacionadas com a "segurança da medicação".
- A04 A unidade funcional implementa medidas relacionadas com a "identificação inequívoca dos utentes".
- A05 A unidade funcional implementa medidas destinadas à "prevenção de quedas".
- A06 A unidade funcional implementa medidas destinadas à "prevenção de úlceras de pressão".
- A07 A unidade funcional implementa medidas destinadas à "prevenção de incidentes".
- A08 A unidade funcional implementa medidas destinadas a "prevenir as infeções e as resistências a antimicrobianos".

Em 2022 cada unidade funcional (USF, UCSP, UCC, URAP e USP) será avaliada pela área A07 (A unidade funcional implementa medidas destinadas à "prevenção de incidentes") e por outra área por si selecionada.

Em 2022 continua a existir a possibilidade da UF assinalar que não contratualizou esta dimensão, contudo, a valorização dada para efeitos de cálculo do IDG será de 0 (zero) pontos.

IDS da dimensão “Segurança de Profissionais”

Esta dimensão será avaliada através da avaliação da Satisfação dos Profissionais. A avaliação desta dimensão segue as mesmas regras definidas no IDS da subárea “Satisfação de Utentes”.

IDS da Subárea “Centralidade no Cidadão”

Esta dimensão será avaliada pela primeira vez em 2022, através de uma grelha de critérios operacionalizados no indicador com ID 430 (Score para avaliação da dimensão "participação do cidadão"), disponível em <https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=430&clusters=S>, com métricas de avaliação específicas para UF do tipo USF, UCSP, UCC, USP e URAP.

Em 2022 existirá a possibilidade da UF assinalar que não contratualizou esta dimensão, contudo, a valorização dada para efeitos de cálculo do IDG será de 0 (zero) pontos.

4.3.1.4. IDS – ÁREA “FORMAÇÃO PROFISSIONAL”

O portal BI CSP contém vários formulários (acessíveis no “RAUF”) que permitem às UF a introdução da informação necessária ao cálculo do *score* desta dimensão, e aos ACES efetuar a respetiva validação.

IDS da Subárea “Formação Interna”

Na subárea Formação Interna serão contratualizadas em 2022 as seguintes atividades:

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

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

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

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

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

Avaliação

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

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

- Nenhuma das condições anteriores = 0

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

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

Em 2022 continua a existir a possibilidade da UF assinalar que não contratualizou estas dimensões, contudo, a valorização dada para efeitos de cálculo do IDG será de 0 (zero) pontos.

IDS da Subárea “Formação Externa”

A subárea Formação Externa não será operacionalizada em 2022.

4.3.1.5. IDS DA ÁREA “ATIVIDADE CIENTÍFICA”

Esta área não será operacionalizada em 2022.

4.3.2. PONDERAÇÃO DO DESEMPENHO EM FUNÇÃO DO CONTEXTO

Os diferentes contextos socioeconómicos e demográficos, bem como algumas características funcionais e/ou organizacionais das UF poderão ser objeto de ponderação. Apesar da relevância já reconhecida para alguns indicadores ou variáveis, é ainda necessário validar qual deve ser a sua ponderação, positiva ou negativa, de modo a garantir a sua adequada utilização.

Neste contexto, a CTN considerou relevante a existência de uma Matriz de Contexto Organizacional, constituída por áreas que não estejam contempladas em instrumentos utilizados para apurar a dimensão da lista de utentes. Desta forma, foi definida durante o ano de 2021, uma matriz de ponderação do IDG, para avaliar a influência do "contexto" sobre o desempenho. Pretende-se poder vir a ser analisada e monitorizada, a título experimental, cabendo à CTN a decisão sobre a proposta de aplicação ao processo de cálculo do IDG, para efeitos de ponderação dos IDS das dimensões em função do "contexto" de cada unidade funcional. A ponderação mencionada, caso seja aprovada superiormente, promoverá impacto no cálculo do IDG.

5. CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA

A contratualização externa, realizada entre as ARS e os respetivos ACES, e formalizada com a assinatura dos Contratos-Programa, tem como referência estratégica o Plano Local de Saúde (PLS), refletindo a nova realidade face à situação epidemiológica existente, sendo o PLS a principal fonte para que o ACES possa definir o seu Plano de Desempenho, utilizando a Matriz de Desempenho, as suas áreas e respetivas subáreas como referência cruzada, no sentido da garantia de um alinhamento que permita uma efetiva atividade e monitorização concertadas.

A operacionalização das subáreas deve obedecer a duas características essenciais:

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

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

No ano de 2022 prosseguir-se-ão os trabalhos tendentes a incrementar a autonomia administrativa dos ACES, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, designadamente através do desenvolvimento de experiências piloto que demonstrem que a autonomia consubstanciada por uma gestão de proximidade é potencialmente geradora de mais eficiência e de melhores resultados em saúde.

5.1. PROCESSO

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

5.1.1. NEGOCIAÇÃO

Conforme tem vindo a ser praticado, o Diretor Executivo e o Conselho Clínico e de Saúde do ACES elaboram uma proposta de Plano de Desempenho, **cujo enfoque para 2022** deverá centrar-se no Plano de Melhoria a introduzir em áreas específicas, que negoceiam com a respetiva ARS, no âmbito da contratualização externa. O processo negocial culmina com a assinatura do Contrato-Programa.

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

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

5.1.2. CONTRATO-PROGRAMA

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

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

São anexos obrigatórios ao Contrato-Programa:

- Plano de Desempenho;
- Orçamento Económico do ACES.

O Plano de Desempenho é um documento estratégico negociado anualmente com o ACES, no qual se caracteriza o ACES, designadamente através de indicadores populacionais de cariz sociodemográfico, socioeconómico e de resultados em saúde.

No Plano de Desempenho são definidas prioridades assistenciais e são explicitados os recursos materiais, humanos e financeiros que o ACES tem ao dispor para cumprir a sua missão assistencial. Trata-se de uma ferramenta de acompanhamento muito importante para todos os profissionais do ACES e, em particular, para os seus gestores e prestadores clínicos, pelo que deve ser divulgado pelas unidades funcionais do ACES.

O Plano de Desempenho está organizado nas seguintes áreas, disponibilizadas na plataforma informática PDACES¹⁰, a saber:

- (1) Caracterização e diagnóstico;
- (2) Linhas estratégicas;
- (3) Plano Atividades;
- (4) Plano Formação;
- (5) Mapa de Equipamentos;
- (6) Mapa de Recursos Humanos;
- (7) Matriz multidimensional – disponível no portal BI-CSP;
- (8) Plano de Investimentos;
- (9) Orçamento-Económico.

Deve ser dada particular atenção à componente do orçamento do ACES, o qual deve englobar todas as despesas, incluindo a despesa com meios complementares de diagnóstico e terapêutica, medicamentos e outras despesas correntes e de investimento. A negociação do orçamento dos ACES para 2022 deve centrar-se na procura da maior eficiência, efetividade e sustentabilidade económico-financeira possível, aumentando a participação dos responsáveis dos ACES e das unidades funcionais que o compõem no cumprimento dos objetivos de eficiência estipulados.

¹⁰ Disponível para o efeito no Portal BI-CSP

5.1.3. ACOMPANHAMENTO E MONITORIZAÇÃO

Em 2022, o acompanhamento trimestral conjunto pelo ACES e ARS e o relatório de atividades final do ACES serão efetuados na plataforma informática PD-ACES, em módulo próprio, que permitirá registar as atividades desenvolvidas, investimentos realizados, analisar a evolução dos recursos disponíveis e a evolução das contas de rendimentos e de gastos (realizado em cada trimestre face ao orçamentado), sempre com a possibilidade de comentar criticamente toda a informação..

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

5.1.4. AVALIAÇÃO

A avaliação do ACES realiza-se com base nos indicadores publicados no BI-CSP, com data de referência de 31 de dezembro de 2022.

Alguns dos indicadores referentes a 31 de dezembro devem ser recalculados 1 mês depois, pelo que a avaliação de 2022 será efetuada com a informação que estiver disponível no SIM@SNS até ao final de fevereiro de 2023, com data de referência de 31 de dezembro de 2022.

Em 2022, a avaliação dos resultados dos ACES será efetuada através do IDG.

5.1.5. CÁLCULO DOS IDS DE UMA DIMENSÃO DO ACES

A métrica de cálculo que se apresenta, procura promover a função de acompanhamento do processo de contratualização, uma vez que permite que o ACES analise os resultados dos IDS das dimensões das respetivas unidades funcionais, tornando evidente quais as que se posicionam num nível desejável e as que necessitam de prosseguir um caminho de melhoria, sustentando-se nos *scores* dos indicadores das respetivas unidades funcionais.

O IDS das dimensões dos ACES resultam dos IDS da mesma dimensão para as respetivas UF, ponderados pelo número de utentes lá inscritos.

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

Fase 1:

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

Exemplo:

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

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

Fase 2:

Determinação dos **scores dos indicadores** da dimensão em análise para cada uma das unidades funcionais do ACES à luz dos intervalos esperados e de variação aceitável publicados no documento de operacionalização para o ano de 2022.

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

Exemplo:

O indicador 1 tem como intervalo esperado [32; 46] e como intervalo de variação aceitável [25; 70];

O indicador 2 tem como intervalo esperado [60; 100] e como intervalo de variação aceitável [55; 100];

O indicador 3 tem como intervalo esperado [75; 100] e como intervalo de variação aceitável [60; 100].

Os **scores** para os indicadores com os resultados ilustrados na tabela anterior evidenciam-se na tabela seguinte.

São também evidenciados os IDS da dimensão para as 10 unidades funcionais do ACES.

Unidade funcional	Score Indicador 1 (S1)	Score Indicador 2 (S2)	Score Indicador 3 (S3)	IDS da Dimensão para as UF $IDS_{UF} = 100 \times (S1 + S2 + S3) / ([N^\circ \text{ indicadores válidos para UF}] \times 2)$
USF A – 1	0	2		50
USF B – 2	1,43	2		75

Unidade funcional	Score Indicador 1 (S1)	Score Indicador 2 (S2)	Score Indicador 3 (S3)	IDS da Dimensão para as UF $IDS_UF = 100 \times (S1 + S2 + S3) / ([N^\circ \text{ indicadores válidos para UF}] \times 2)$
USF B – 3	2	0,4		85,75
USF A – 4	2	2		100
UCSP – 5	0,67	2		66,67
UCSP – 6	2	0		50
UCSP – 7	1,25	2		81,25
UCC – 8			1,33	66,67
UCC – 9			2	100
UCC - 10			0	0

Fase 3:

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

- USF – n.º total de utentes com inscrição ativa.
- UCSP – n.º de utentes com inscrição ativa e médico de família.
- UCC – n.º de utentes inscritos no ACES na área de abrangência da UCC (ou em códigos RNU relacionados com a UCC nas UCC que partilhem freguesias entre si).

Exemplo:

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

Neste exemplo o somatório de utentes inscritos nas USF e UCSP é de 58.000 (DimUF) e o somatório de inscritos nas UCC (DimUF) é de 62.000 (as UCC têm utentes sem médico não contemplados no dimensionamento das UCSP). Adicionalmente entra-se em linha de conta com a relação entre cada tipo de unidades funcionais no ACES (R_UF), ou seja, o facto de existirem 3 UCC (30% do total de UF) e 7 USF/UCSP (70% do total de UF).

Unidade funcional	Dimensão (D)	IDS da Dimensão para as UF $IDS_UF = 100 \times (S1 + S2 + S3) / ([N^\circ \text{ indicadores válidos para UF}] \times 2)$	IDS da Dimensão para as UF $(IDS_UF_POND = D \times R_UF \times IDS_UF / DimUF / 100)$
USF A – 1	10000	50	6,034
USF B – 2	12000	75	10,862
USF B – 3	9000	85,75	9,314
USF A – 4	11000	100	13,276
UCSP – 5	5000	66,67	4,0232
UCSP – 6	4000	50	2,414
UCSP – 7	7000	81,25	6,8642
UCC – 8	5000	66,67	1,613
UCC – 9	25000	100	12,097
UCC - 10	32000	0	0,000

Fase 4:

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

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

Exemplo:

$$[IDS \text{ da Dimensão X do ACES}] = 6,034 + 10,862 + 9,314 + \dots + 1,613 + 12,097 + 0,000 = 66,5\%$$

5.1.6. CÁLCULO DO IDG DO ACES

O **IDG do ACES** é determinado a partir dos IDS das dimensões calculadas para o ACES tal como especificado nas fases 1 a 4 do ponto anterior, pela aplicação das regras já aplicáveis na avaliação das unidades funcionais, ou seja, tendo em atenção:

- (i) A ponderação relativa de cada dimensão para o cálculo dos IDS das subáreas;
- (ii) A ponderação relativa de cada subárea para o cálculo dos IDS das áreas;
- (iii) A ponderação relativa de cada área para o cálculo dos IDG.

As dimensões das áreas da matriz multidimensional que possuam, no módulo de acompanhamento do PD-ACES uma grelha própria de auto-preenchimento pelo ACES, com validação pela respetiva ARS, como sucede com a grelha de avaliação do indicador da dimensão "participação do cidadão" (ID=430), e como sucederá ao longo de 2022, com a dimensão segurança dos utentes (indicador com ID=428) são avaliadas pelo *score* que é produzido na própria plataforma informática, e não pelas regras descritas em cima nesta secção, que são genericamente aplicáveis apenas aos indicadores da área do desempenho assistencial.

5.2. MATRIZ MULTIDIMENSIONAL E INDICADORES DOS ACES

Na Tabela 8 encontram-se estruturadas as áreas, subáreas e dimensões associadas à esfera de atuação mais abrangente do ACES, considerando a realidade do ACES, das UF que os compõem, e toda a envolvente comunitária.

Tabela 8 - Matriz multidimensional - contratualização ACES¹¹

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2022 ¹²
A - Desempenho Assistencial	50	
S – Acesso	20	
D - Cobertura ou Utilização	10	Sim
D - Personalização	10	Sim
D - Atendimento Telefónico	10	Não
D - Tempos Máximos de Resposta Garantidos	40	Sim
D - Consulta no Próprio Dia	10	Sim
D - Trajeto do Utente nas Unidades Funcionais	10	Não
D - Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	10	Sim
S - Gestão da Saúde	20	
D - Saúde Infantil e Juvenil	22	Sim
D - Saúde da Mulher	22	Sim
D - Saúde do Adulto	22	Sim
D - Saúde do Idoso	22	Sim
D - Saúde Oral	12	Não
S - Gestão da Doença	20	
D - Doença Aguda	12,5	Não
D - Doenças Cardiovasculares	12,5	Sim
D - Diabetes Mellitus	12,5	Sim
D - Hipertensão Arterial	12,5	Sim
D - Saúde Mental e Gestão de Problemas Sociais e Familiares	12,5	Sim
D - Doenças Aparelho Respiratório	12,5	Sim
D - Doenças Osteoarticulares	12,5	Não
D - Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças	12,5	Sim
S - Qualificação da Prescrição	20	

¹¹ De forma transversal à elaboração dos Planos de Desempenho, com enfoque no plano de melhoria dirigido a áreas específicas, os ACES devem promover medidas articuladas que contribuam para a melhoria da resposta à doença aguda e para o aumento da cobertura nas áreas da saúde oral, visual, psicologia, nutrição, saúde mental e medicina física e de reabilitação, bem como, para reforçar a articulação com os municípios e com outras estruturas da comunidade, para fomentar a articulação com os hospitais e para assegurar a participação ativa dos cidadãos na definição do funcionamento dos serviços de saúde.

¹² Indicação se a dimensão é possível de operacionalizar em 2022 (para efeitos de cálculo do IDG).

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2022 ¹²
D - Prescrição Farmacoterapêutica	50	Sim
D - Prescrição MCDT	30	Sim
D - Prescrição de Cuidados	20	Não
S - Satisfação de Utentes	20	
D - Satisfação de Utentes	100	Sim
A - Integração de Cuidados	10	
S - Integração de Cuidados Hospitalares	70	
D - Referenciação para Cuidados Hospitalares	10	Não
D - Acompanhamento de Utentes após Alta Hospitalar	10	Não
D - Internamentos Evitáveis	15	Não
D - Urgências Evitáveis	15	Não
D - Telemedicina e Telerastreio	15	Não
D - Plano Individual de Cuidados	15	Não
D - Planos Assistenciais Integrados	20	Não
S - Integração de Cuidados Continuados	30	Não
D - Referenciação para Cuidados Continuados	50	Não
D - Plano Individual de Cuidados	50	Não
A - Qualidade Organizacional	15	
S - Melhoria Contínua da Qualidade	50	
D - Acesso	25	Sim
D - Gestão de Stocks	25	Não
D - Gestão de Equipamentos	25	Não
D - Gestão de Recursos Humanos	25	Não
S - Segurança	30	
D - Segurança de Utentes	40	Sim
D - Segurança de Profissionais	30	Sim
D - Gestão do Risco	30	Não
S - Centralidade no Cidadão	20	
D - Participação do Cidadão	100	Sim
A - Formação Profissional	10	
S - Formação Interna	80	
D - Formação Interna	100	Sim
S - Formação Externa	20	
D - Formação Externa	100	Não
A - Informação e Comunicação	5	
S - Sistemas de Informação	60	

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2022 ¹²
D - Sistemas de Informação	100	Não
S - Sistemas de Comunicação	40	
D - Sistemas de Comunicação	100	Não
A - Económica	10	
S - Recursos Humanos	20	
D - Ajustamento de Recursos Humanos à População	50	Não
D - Trabalho Extraordinário	50	Não
S - Medicamentos	30	
D - Antibióticos	12,5	Não
D - Antidiabéticos	12,5	Não
D - Antihipertensores	12,5	Não
D - Anti-inflamatórios não Esteróides	12,5	Não
D - Aparelho Cardiovascular	12,5	Não
D - Medicamentos para dislipidémias	12,5	Não
D - Psiquiátricos	12,5	Não
D - Outros Grupos Farmacológicos	12,5	Não
S - Meios Complementares de Diagnóstico	30	
D - Análises Clínicas	20	Não
D - Anatomia Patológica	10	Não
D - Cardiologia	10	Não
D - Medicina Nuclear	10	Não
D - Endoscopia Gastroenterológica	10	Não
D - Medicina Física e de Reabilitação	20	Não
D - Radiologia	20	Não
S - Gestão de Stocks	20	
D - Medicamentos	40	Não
D - Consumo Clínico	40	Não
D - Consumo Geral	20	Não

Em função da matriz multidimensional definida para o ano de 2022, importa garantir a alocação, às diferentes dimensões, dos respetivos indicadores, que se elencam no ponto **Anexo XIV - Contratualização dos ACES - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG.**

É igualmente disponibilizado o **Anexo XV – Monitorização dos ACES - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional sem impacto no cálculo do IDG**, o qual explicita indicadores de monitorização que são relevantes para o acompanhamento do ACES.

5.3. UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE

O processo de contratualização nos cuidados de saúde primários aplica-se às ULS enquanto entidades que integram unidades de cuidados de saúde primários.

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

O modelo de financiamento definido para as ULS prevê a atribuição de incentivos relacionados com o desempenho, que totalizam 10% do valor total do Contrato-programa anual, repartidos entre Cuidados de Saúde Primários (40%), Cuidados Hospitalares (30%), Desempenho Económico-financeiro (10%) e Resultados relacionados com a integração de cuidados, nomeadamente em internamentos, consultas hospitalares e urgências evitáveis (20%).

No caso dos Cuidados de Saúde Primários, isto equivale a 4% do valor total do Contrato-programa anual, avaliados através do resultado do Índice de Desempenho Global.

Assim a métrica a utilizar para a determinação do valor correspondente ao resultado de IDG alcançado é a comparação deste face a uma meta global negociada com a respetiva ARS.

6. CRONOGRAMA

6.1. FASE DE NEGOCIAÇÃO 2022

Para o ano de 2022 o cronograma a observar é o seguinte:

- Fase de preparação – a partir de fevereiro de 2022, com a divulgação dos Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde para 2022. Adaptação e disponibilização das ferramentas informáticas PAUF e PD-ACES às regras especificadas neste documento.
- Abertura da fase de negociação – a partir da data de homologação da Operacionalização da Contratualização nos CSP para 2022.
- Assinatura do Acordo Modificativo dos ACES e da Carta de Compromisso das Unidades Funcionais – até 31 de maio de 2022.

7. ANEXOS

7.1. ANEXO I – ALTERAÇÕES À OPERACIONALIZAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO NOS CSP PARA 2022

Tabela 9 - Novas Dimensões:

Tipo de Matriz	Área	Subárea	Dimensão
UCC	Qualidade Organizacional	Participação do cidadão	Participação do cidadão
UF_C_PER	Qualidade Organizacional	Participação do cidadão	Participação do cidadão
URAP	Qualidade Organizacional	Participação do cidadão	Participação do cidadão
USP	Qualidade Organizacional	Participação do cidadão	Participação do cidadão

Tabela 10 - Indicadores Eliminados (relativamente ao ano de 2021):

Tipo de Matriz	Área	Subárea	Dimensão	ID do indicador	Indicador
ACES	Desempenho Assistencial	Acesso	Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	347	Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14[h (Q2)
ACES	Desempenho Assistencial	Acesso	Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	348	Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17[(Q3)
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Acesso	Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	347	Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14[h (Q2)
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Acesso	Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	348	Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17[(Q3)

Tabela 11 - Novos Indicadores para 2022 (relativamente a 2021):

Tipo de Matriz	Área	Subárea	Dimensão	ID do indicador	Indicador
UCC	Qualidade Organizacional	Centralidade no Cidadão	Participação do Cidadão	430	Score dimensão "participação do cidadão"
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Acesso	Consulta no Próprio Dia	412	[Cons. dia UF inscr.] / ([cons. dia] + [urgênc.])
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Idoso	372	Taxa de intern. por fratura do colo do fêmur
UF_C_PER	Qualidade Organizacional	Centralidade no Cidadão	Participação do Cidadão	430	Score dimensão "participação do cidadão"
URAP	Qualidade Organizacional	Centralidade no Cidadão	Participação do Cidadão	430	Score dimensão "participação do cidadão"
USP	Qualidade Organizacional	Centralidade no Cidadão	Participação do Cidadão	430	Score dimensão "participação do cidadão"

Tabela 12 - Alterações aos Intervalos Esperados e de Variação Aceitável:

ID	Nome do indicador	USF/UCSP	UCC	ACES	Int. var. Aceit. 2021	Int var. Aceit. 2022	Int. Esperado 2021	Int. Esperado 2022
6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	S	N	S	[80; 100]	[75; 100]	[85; 100]	[88; 100]
8	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	S	N	S	[45; 100]	[38; 100]	[60; 100]	[60; 100]
11	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	S	N	S	[70; 100]	[85; 100]	[75; 100]	[91; 100]
18	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	S	N	S	[70; 100]	[65; 100]	[80; 100]	[80; 100]
20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	S	N	S	[50; 100]	[45; 100]	[67; 100]	[67; 100]
23	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	S	N	S	[70; 100]	[65; 100]	[80; 100]	[80; 100]
30	Proporção idosos ou doença crônica, c/ vac. gripe	S	N	S	[40; 100]	[45; 100]	[50; 100]	[55; 100]
34	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	S	N	S	[45; 100]	[60; 100]	[55; 100]	[72; 100]
36	Proporção utentes DM com registo de GRT	S	N	S	[75; 100]	[60; 100]	[85; 100]	[75; 100]
37	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	S	N	S	[75; 100]	[70; 100]	[85; 100]	[87; 100]
39	Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	S	N	S	[50; 100]	[55; 100]	[60; 100]	[70; 100]
45	Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.	S	N	S	[47; 100]	[41; 100]	[52; 100]	[60; 100]
46	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	S	N	S	[47; 100]	[45; 100]	[52; 100]	[67; 100]
49	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	S	N	S	[40; 100]	[30; 100]	[60; 100]	[60; 100]
53	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	S	N	S	[60; 100]	[46; 100]	[66; 100]	[70; 100]
54	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	S	N	S	[55; 100]	[40; 100]	[70; 100]	[60; 100]
62	Propor. crianças 1A, c/ aleit. mat. exclus. até 4M	N	S	S	[48; 100]	[50; 100]	[60; 100]	[67; 100]
63	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	S	N	S	[70; 100]	[65; 100]	[80; 100]	[85; 100]
98	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	S	N	S	[85; 100]	[85; 100]	[92; 100]	[93; 100]
99	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	S	N	S	[70; 100]	[65; 100]	[75; 100]	[76; 100]
255	Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	S	N	S	[0; 10]	[0; 10]	[0; 8]	[0; 7]
257	Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	S	N	S	[0; 6]	[0; 6,5]	[0; 5]	[0; 4,5]
259	Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	S	N	S	[0; 6]	[0; 9]	[0; 4,5]	[0; 5,5]
261	Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	S	N	S	[75; 100]	[70; 100]	[85; 100]	[87; 100]
262	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	S	N	S	[35; 100]	[35; 100]	[45; 100]	[58; 100]
269	Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	S	N	S	[0,8; 100]	[0,7; 100]	[0,85; 100]	[0,87; 100]
274	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	S	N	S	[75; 100]	[65; 100]	[85; 100]	[82; 100]
275	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	S	N	S	[60; 100]	[55; 100]	[70; 100]	[70; 100]
276	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	S	N	S	[0; 33]	[0; 38]	[0; 28]	[0; 28]

ID	Nome do indicador	USF/UCSP	UCC	ACES	Int. var. Aceit. 2021	Int. var. Aceit. 2022	Int. Esperado 2021	Int. Esperado 2022
278	Propor. medicam. prescr. de classes com genéricos	N	N	S	[50; 90]	[60; 90]	[60; 80]	[66; 80]
279	Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado	N	S	S	[6; 30]	[6; 28]	[10; 30]	[10; 21]
280	Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h	N	S	S	[60; 100]	[65; 100]	[80; 100]	[92; 100]
282	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	N	S	S	[20; 100]	[28; 100]	[45; 100]	[55; 100]
283	Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar	N	S	S	[15; 100]	[10; 100]	[35; 100]	[40; 100]
284	Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	N	S	S	[60; 100]	[62; 100]	[70; 100]	[75; 100]
285	Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	N	S	S	[85; 100]	[85; 100]	[93; 100]	[95; 100]
287	Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	N	S	S	[0; 9]	[0; 13]	[0; 5]	[0; 5]
289	Proporção utentes c/ ganhos controlo dor - UCC	N	S	N	[50; 100]	[60; 100]	[65; 100]	[80; 100]
290	Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	N	S	S	[45; 100]	[45; 100]	[60; 100]	[72; 100]
291	Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	N	S	S	[0; 15]	[0; 12]	[0; 10]	[0; 5]
292	Taxa de ocupação da ECCI	N	S	S	[70; 100]	[70; 100]	[80; 100]	[86; 100]
294	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	S	N	S	[350; 1500]	[300; 1500]	[475; 1500]	[570; 1500]
295	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	S	N	S	[70; 100]	[51; 100]	[75; 100]	[77; 100]
297	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	S	N	S	[77; 100]	[74; 100]	[80; 100]	[82,5; 100]
300	Nº médio prescr. consulta fisioterapia, p/ utiliz.	S	N	S	[0; 0,125]	[0; 0,16]	[0; 0,1]	[0; 0,1]
302	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	S	N	S	[0,8; 1]	[0,82; 1]	[0,85; 1]	[0,93; 1]
306	Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	S	N	S	[9; 100]	[3; 100]	[12; 100]	[5; 100]
308	Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	S	N	S	[72; 100]	[60; 100]	[80; 100]	[80; 100]
310	Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	S	N	S	[0,65; 1]	[0,62; 1]	[0,72; 1]	[0,79; 1]
311	Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	S	N	S	[0,45; 1]	[0,4; 1]	[0,55; 1]	[0,54; 1]
312	Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	S	N	S	[0,33; 1]	[0,3; 1]	[0,4; 1]	[0,43; 1]
314	Proporção DM com PA \geq 140/90 mmHg	S	N	S	[0; 20]	[0; 22]	[0; 15]	[0; 12]
315	Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	S	N	S	[35; 100]	[33; 100]	[45; 100]	[48; 100]
329	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	N	S	S	[40; 100]	[35; 100]	[60; 100]	[72; 100]
330	Índice de utilização anual de consultas médicas	S	N	S	[0,8; 2]	[0,75; 2]	[0,85; 2]	[0,82; 2]
331	Índice de utilização anual de consultas enferm.	S	N	S	[0,7; 2]	[0,65; 2]	[0,75; 2]	[0,76; 2]
339	Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	S	N	S	[0; 70]	[0; 63]	[0; 50]	[0; 47]
341	Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	S	N	S	[70; 135]	[0; 140]	[70; 130]	[0; 130]
342	Proporção consul. méd. inic. ut. \leq 15 dias úteis	S	N	S	[60; 100]	[70; 100]	[65; 100]	[88; 100]

ID	Nome do indicador	USF/UCSP	UCC	ACES	Int. var. Aceit. 2021	Int. var. Aceit. 2022	Int. Esperado 2021	Int. Esperado 2022
344	Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	S	N	S	[15; 45]	[21; 46]	[20; 35]	[26; 41]
345	Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	S	N	S	[15; 60]	[18; 45]	[20; 50]	[23; 40]
349	Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)	S	N	S	[10; 35]	[12; 35]	[15; 25]	[17,5; 25]
350	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	S	N	S	[120; 570]	[60; 420]	[120; 350]	[60; 350]
351	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	S	N	S	[120; 350]	[0; 420]	[120; 350]	[0; 350]
352	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	S	N	S	[50; 90]	[40; 90]	[50; 85]	[40; 80]
353	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	S	N	S	[50; 100]	[0; 100]	[50; 95]	[0; 90]
354	Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	S	N	S	[25; 47,5]	[0; 49]	[25; 42,5]	[0; 42,5]
355	Taxa internam. p/ asma adultos jovens (ajust.)	N	N	S	[0; 3,5]	[0; 4,5]	[0; 2]	[0; 2,5]
356	Taxa internam. p/ asma/DPOC em adultos (ajust.)	N	N	S	[0; 165]	[0; 220]	[0; 140]	[0; 155]
357	Taxa intern. diab. não contr. s/ compl. (ajus.)	N	N	S	[0; 25]	[0; 20]	[0; 20]	[0; 12]
358	Taxa intern. por complic. agudas diab. (ajust.)	N	N	S	[0; 25]	[0; 25]	[0; 20]	[0; 17]
359	Taxa intern. por complic. crón. diab. (ajust.)	N	N	S	[0; 47]	[0; 40]	[0; 42]	[0; 25]
360	Taxa intern. p/ amp. membro inf. diab. (ajust.)	N	N	S	[0; 13]	[0; 16]	[0; 10]	[0; 10]
361	Taxa de internamento por HTA (ajust.)	N	N	S	[0; 26]	[0; 17]	[0; 20]	[0; 12]
362	Taxa de internamento por ICC (ajust.)	N	N	S	[0; 265]	[0; 230]	[0; 255]	[0; 150]
363	Taxa de intern. por pneumonia adultos (ajust.)	N	N	S	[0; 400]	[0; 350]	[0; 365]	[0; 250]
364	Taxa de internamento por angina peito (ajust.)	N	N	S	[0; 23]	[0; 25]	[0; 15]	[0; 15]
365	Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.)	S	N	S	[0; 900]	[0; 950]	[0; 800]	[0; 650]
366	Proporção de grávidas com intervenção da UCC	N	S	S	[20; 100]	[15; 100]	[35; 100]	[49; 100]
367	Proporção utentes c/ ganhos controlo dor - palia.	N	S	S	[45; 100]	[50; 100]	[65; 100]	[80; 100]
368	Proporção de crianças e jovens com interv. da UCC	N	S	S	[15; 100]	[15; 100]	[35; 100]	[45; 100]
369	Proporção de consultas não presenciais na UCC	N	S	S	[9; 25]	[6; 30]	[12; 25]	[10; 25]
372	Taxa de intern. por fratura do colo do fêmur	S	S	S	[0; 810]	[0; 1200]	[0; 550]	[0; 820]
373	Prop. utentes c/ asma/DPOC e intervenção na UCC	N	S	S	[6; 100]	[6; 100]	[13; 100]	[18; 100]
374	Taxa intern. asma/DPOC entre doentes c/ asma/DPOC	N	S	S	[0; 2,5]	[0; 3,5]	[0; 1,6]	[0; 1,6]
376	Prop. utentes c/ ganho gestão stress prest. cuid.	N	S	S	[20; 100]	[25; 100]	[50; 100]	[70; 100]
377	Proporção úlceras pressão melhoradas	N	S	S	[15; 100]	[20; 100]	[30; 100]	[45; 100]
378	Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto privado	S	N	S	[0; 1]	[0; 1]	[0; 0,6]	[0; 0,4]
380	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	S	N	S	[70; 100]	[74; 100]	[80; 100]	[81; 100]

ID	Nome do indicador	USF/UCSP	UCC	ACES	Int. var. Aceit. 2021	Int var. Aceit. 2022	Int. Esperado 2021	Int. Esperado 2022
381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	S	N	S	[70; 100]	[70; 100]	[80; 100]	[78; 100]
382	Prop. adultos com DM, com diagn.	S	N	S	[95; 100]	[97; 100]	[97; 100]	[98,7; 100]
383	Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	S	N	S	[85; 100]	[89; 100]	[90; 100]	[94; 100]
384	Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	S	N	S	[85; 100]	[89; 100]	[90; 100]	[94; 100]
388	Prop. utentes c/ melhoria no controlo de sintomas	N	S	S	[40; 100]	[35; 100]	[65; 100]	[80; 100]
395	Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	S	N	S	[60; 100]	[55; 100]	[70; 100]	[71; 100]
404	Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M	S	N	S	[40; 10000]	[20; 10000]	[60; 10000]	[60; 10000]
409	Prop ute s/ prescr prolo ansio/seda/hipn (ajust)	S	N	S	[90; 100]	[89; 100]	[91,5; 100]	[91,5; 100]
410	Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	S	N	S	[0; 3,6]	[0; 3,6]	[0; 3,3]	[0; 2,7]
412	[Cons. dia UF inscr.] / ([cons. dia] + [urgênc.])	S	N	N	[60; 85]	[40; 95]	[67,5; 85]	[60; 85]

7.2. ANEXO II – FASES E CHECK-LIST DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

Esta *check-List* deve ser usada pelos intervenientes no processo de contratualização.

1. Fase de preparação

- Validar no BI CSP a caracterização sumária da Unidade Funcional, nomeadamente:
 - Identificação da ARS, ACES e Modelo (UCSP, USF A ou B).
 - Identificação completa da equipa, regime de trabalho e tipos de vínculo contratual.
 - Identificação do coordenador e do conselho técnico.
 - Outros profissionais afetos à UF.
 - Profissionais em formação.
 - Instalações (Nº de polos e suas dimensões).
 - População abrangida (dimensão inscritos, unidades ponderadas e respetivo ratio).
 - Área geográfica abrangida.
 - Declaração de inexistência de incompatibilidades dos profissionais (USF modelo B).
- Balanço do ano que finaliza:
 - Análise das atividades previstas e realizadas.
 - Análise da aplicação do Manual de Articulação.
 - Balanço da execução do Plano de Aplicação de Incentivos Institucionais (USF e UCSP).
 - Revisitação das carteiras adicionais de serviço, incluindo prolongamentos de horário.
 - Revisitação dos horários/cargas de trabalho e, nas USF do modelo B, dos incrementos.
 - Validação das atividades específicas (USF de modelo B).
- Apresentação e divulgação pelo ACES às UF:
 - Das estratégias prioritárias nas diferentes áreas de governação clínica.
 - Das necessidades em saúde identificadas, para contratualizar como carteiras adicionais.
- Temáticas pendentes, novas temáticas e calendário negocial.

2. Fase de Negociação

A negociação do Plano de Ação, centrado no plano de melhoria apresentado para 2022, tem como referência as necessidades identificadas (em saúde e estruturais), refletindo a nova realidade face à situação epidemiológica existente, os valores dos Índices de Desempenho – Global (IDG) e Setoriais (IDS).

- Apresentação de propostas.
 - Compromisso da UF com as atividades “normais” para o cumprimento da respetiva Carteira de Serviços base.
 - Plano de Melhoria, priorizando a melhoria do acesso, centrado na:
 - Melhoria e Qualificação do Acesso (ao nível dos TMRG; do atendimento presencial, com pré-agendamento da atividade assistencial, ajustamento de horários e reorganização dos espaços; das visitas domiciliárias e respostas comunitárias de proximidade; do atendimento não presencial qualificado e dedicado; da resposta a situações de doença aguda, diminuição das urgências evitáveis, referenciação adequada para consultas de especialidade).
 - Qualificação da prescrição (MCDT e Medicamentos).
 - Qualificação da discussão clínica (referenciação, integração de cuidados e reforço da articulação com os cuidados hospitalares, nomeadamente, no agendamento programado de resposta a utentes triados como verdes, azuis e brancos).
 - Segurança dos utentes nos termos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, publicado pelo Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro.
 - Satisfação (profissionais e utentes).
 - Subáreas a necessitarem intervenção, em função da análise de resultados de 2021.
 - Revisitar:
 - Máximo de população a inscrever em unidades ponderadas.
 - Horário de funcionamento – ajustamento de horários.
 - Na área dos “Serviços” as eventuais carteiras adicionais de serviços na vertente assistencial (conforme disposto no ponto 6 do Artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, na sua redação atual) e não assistenciais com a devida contratualização da compensação financeira global.
- Negociação com troca de propostas.
- Assinatura da Carta de Compromisso, com conclusão da negociação de:
 - Plano de Ação (plano de melhoria).
 - Recursos necessários a alocar para cumprir o plano de ação:
 - Recursos Humanos – Horas de cada grupo profissional, horas extraordinárias ou novos profissionais e cargas horárias alocadas.
 - Investimento nas diversas áreas: (i) Equipamento de comunicação, (ii) Sistemas de informação em uso, (iii) Equipamento clínico, (iv) Obras, (v) Viaturas e (vi) Outros.

- Manutenção nas diversas áreas, incluindo calibração de material electro médico, climatização, sistema de informação e edifício.
- Fundo de maneo e receitas (artigo 17º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, na redação atual).
- Plano de Formação.
- Plano de Aplicação dos Incentivos Institucionais (quando aplicável).
- Manual de Articulação.

3. Fase de Monitorização e Acompanhamento

- Carregamento online de relatório de execução trimestral sobre compromisso assumido entre as partes nas diferentes dimensões de análise.
- Reuniões regulares promovidas pelo ACES tomando por base o BI-CSP (IDG e IDS), SIM@SNS, SIARS e MIM@UF.

4. Fase de Avaliação Final

- Prestação de contas: relatório final das atividades e dos resultados associadas aos incentivos financeiros e atividades específicas (USF em modelo B).
- Reconhecimento público: incentivos institucionais.

7.3. ANEXO III – ESTRUTURA DA ATA DAS REUNIÕES DE NEGOCIAÇÃO E DE ACOMPANHAMENTO

A Ata deve conter os seguintes elementos:

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

7.4. ANEXO IV – PLANO DE AÇÃO DA UF

O Plano de Ação da UF deve ter como referencial as diferentes componentes da Matriz de Desempenho (áreas, subáreas e respectivas dimensões). Tratando-se de um plano de ação plurianual, normalmente a 3 anos, deve em 2022 centrar-se no plano de melhoria a introduzir, decorrente das orientações específicas existentes e da avaliação efetuada.

O Plano de Ação da UF deve identificar / definir, conforme *layout* disponível no portal BI-CSP:

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

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

7.5. ANEXO V – CARTAS DE COMPROMISSO

A carta de compromisso a utilizar para o **processo de 2022** deve conter as seguintes componentes, conforme *layout* disponível no portal BI CSP e nos casos aplicáveis:

1. Caracterização sumária da Unidade Funcional:
 - Identificação da equipa, do coordenador e do conselho técnico.
 - População abrangida (dimensão inscritos e unidades ponderadas).
 - Profissionais existentes e respetivo *ratio*.
 - Instalações (Nº de polos).
 - Sistema de informação em uso.
2. Sumário executivo do Plano de Ação, com destaque no plano de melhoria, tendo como referencial a Matriz Multidimensional, operacionalizado através do IDG que se propõe alcançar (até nível dos IDS – subáreas).

Importa ainda assegurar que conste informação relativa à Carteira Adicional de Serviços negociada (nos termos do nº 6 do artigo 6º do Decreto-Lei nº 298/2007). A carteira adicional de serviços, tanto para as USF de modelo A como de modelo B, é uma das componentes do compromisso assistencial que se traduz no desenvolvimento de atividades assumidas (anexo II da Portaria nº 1368/2007 de 18 de Outubro).
3. Sumário Executivo do Plano de Formação.
4. Especificações da Carteira de Serviços (quando aplicável) incluindo as atividades específicas nas USF modelo B.
5. Recursos necessários a alocar (investimento, manutenção, entre outros).
6. Plano de aplicação dos Incentivos Institucionais.
7. Declaração de inexistência de incompatibilidades dos profissionais (no caso das USF modelo B).
8. Manual de Articulação.

7.6. ANEXO VI – INCENTIVOS INSTITUCIONAIS

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

Critérios para atribuição de Incentivos Institucionais

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

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

Valor dos incentivos institucionais

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

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

A determinação do:

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

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

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

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

Em que:

- VUI_UP – Valor da unidade de Incentivo Institucional por unidade ponderada;
- Z – Valor total dos Incentivos Institucionais calculados de acordo com o n.º 1 do artigo 2.º;

- N1 – Soma das Unidades Ponderadas das UF no nível 1 de desempenho;
- N2 – Soma das Unidades Ponderadas das UF no nível 2 de desempenho;
- N3 – Soma das Unidades Ponderadas das UF no nível 3 de desempenho;
- W1 – Ponderação do nível 1 de desempenho;
- W2 – Ponderação do nível 2 de desempenho;
- W3 – Ponderação do nível 3 de desempenho;
- O valor do incentivo institucional, por Unidade Funcional ponderada de acordo com seu nível de desempenho e pela sua dimensão (população em unidades ponderadas), é obtido pela seguinte fórmula:

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

Em que:

- VI_UF_P – Valor Incentivo Institucional por Unidade Funcional ponderada de acordo com sua dimensão (população em unidades ponderadas);
- VUI_UP - Valor da unidade de Incentivo Institucional por unidade ponderada;
- Y - N° de unidades ponderadas de dimensão de lista da Unidade Funcional;
- WN – Ponderação do nível de desempenho;

Caso seja reduzido o numero de unidades funcionais a ter direito a incentivos, determina-se que o VUI_UP máximo é de 1,5 euros.

7.7. ANEXO VII – REGRAS DA MATRIZ DE INDICADORES

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

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

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

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

7.8. ANEXO VIII – CORREÇÃO DAS PONDERAÇÕES POR INEXISTÊNCIA DE INDICADORES

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

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

Em que:

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

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

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

**7.9. ANEXO IX - CONTRATUALIZAÇÃO DAS USF E UCSP - INDICADORES ASSOCIADOS ÀS
DIMENSÕES DA MATRIZ MULTIDIMENSIONAL COM IMPACTO NO CÁLCULO DO IDG (2022)**

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
330	Índice de utilização anual de consultas médicas	Acesso Cobertura ou Utilização
331	Índice de utilização anual de consultas enferm.	Acesso Cobertura ou Utilização
6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
99	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
3	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	Acesso Cobertura ou Utilização
1	Proporção de consultas realizadas pelo MF	Acesso Personalização
5	Proporção de consultas realizadas pelo EF	Acesso Personalização
335	Prop. cons. ind. receipt. c/ resposta 3 dias úteis	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
342	Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
344	Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	Acesso Consulta no Próprio Dia
345	Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	Acesso Consulta no Próprio Dia
339	Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	Acesso Consulta no Próprio Dia
412	[Cons. dia UF inscr.] / ([cons. dia] + [urgênc.])	Acesso Consulta no Próprio Dia
410	Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	Acesso Consulta no Próprio Dia
346	Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11]h (Q1)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
349	Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
269	Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
302	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
63	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
95	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
11	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
398	Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
295	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
308	Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
310	Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
311	Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
312	Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
8	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	Gestão da Saúde Saúde da Mulher

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
384	Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
45	Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
98	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
46	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
262	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
306	Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
34	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
395	Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
397	Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
404	Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
53	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
54	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
294	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
297	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
30	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
372	Taxa de intern. por fratura do colo do fémur	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
261	Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
37	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
36	Proporção utentes DM com registo de GRT	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
314	Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
315	Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
39	Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
274	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
275	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
350	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
351	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
382	Prop. adultos com DM, com diagn.	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
18	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	Gestão da Doença Hipertensão Arterial

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
23	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
352	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
353	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
383	Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
49	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
380	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
365	Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.)	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
341	Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
276	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
255	Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
257	Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
259	Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
409	Prop ute s/ prescr prolo ansio/seda/hipn (ajust)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
378	Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto privado	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
354	Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	Qualificação da Prescrição Prescrição MCDT
300	Nº médio prescr. consulta fisioterapia, p/ utiliz.	Qualificação da Prescrição Prescrição MCDT
389	Score dimensão "serviços de caráter assistencial"	Serviços de Carácter Assistencial Serviços de Carácter Assistencial
390	Score dimensão "serv. não assis. gov. clín. ACES"	Serviços de Carácter não Assistencial Atividades de Governação Clínica no ACES
391	Score dimensão "melhoria cont. qualid. acesso"	Melhoria Contínua da Qualidade Acesso
392	IDS da dimensão "melhoria cont. qualid. e PAI"	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
428	Score dimensão "segurança de utentes"	Segurança Segurança de Utentes
430	Score dimensão "participação do cidadão"	Centralidade no Cidadão Participação do Cidadão
393	Score dimensão "formação equipa multiprofis."	Formação Interna Formação da Equipa Multiprofissional
394	Score dimensão "formação internos e alunos"	Formação Interna Formação de Internos e Alunos

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

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
2	Taxa de utilização global de consultas médicas	Acesso Cobertura ou Utilização
100	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
343	Proporção de chamadas telefônicas atendidas	Acesso Atendimento Telefônico
385	Propor. doentes referenc. p/ hosp. devolvidos	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
386	Tempo médio resolução referências devolvidas	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
405	Propor. cons. médic. "do dia" efet. UF diferente	Acesso Consulta no Próprio Dia
347	Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14[h (Q2)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
348	Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17[(Q3)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
57	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
15	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
14	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
16	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
59	Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
17	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
31	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
32	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
93	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
94	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
307	Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
309	Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
427	Proporção de grávidas com parto por cesariana	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
296	Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
9	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
10	Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
35	Proporção DM com exame pés último ano	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
38	Proporção DM c/ 1 HbA1c por semestre	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
91	Proporção DM < 65 A, c/ HbA1c <= 6,5 %	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
413	Propor. DM2 c/ e HbA1c > 9%, com insulina	Gestão da Doença Diabetes Mellitus

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
97	Proporção DM c/ microalbum. último ano	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
19	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
316	Proporção hipert. [18; 65[A, com PA < 140/90	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
54	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
277	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
278	Propor. medicam. prescr. de classes com genéricos	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
379	Propor. PVP medicam. prescr. MF em UF diferentes	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica

7.11. ANEXO XI - CONTRATUALIZAÇÃO DAS UCC - INDICADORES ASSOCIADOS ÀS DIMENSÕES DA MATRIZ MULTIDIMENSIONAL COM IMPACTO NO CÁLCULO DO IDG

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
282	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	Acesso Cobertura ou Utilização
366	Proporção de grávidas com intervenção da UCC	Acesso Cobertura ou Utilização
373	Prop. utentes c/ asma/DPOC e intervenção na UCC	Acesso Cobertura ou Utilização
368	Proporção de crianças e jovens com interv. da UCC	Acesso Cobertura ou Utilização
292	Taxa de ocupação da ECCI	Acesso Cobertura ou Utilização
369	Proporção de consultas não presenciais na UCC	Acesso Distribuição da Atividade
281	Número médio visitas domic. por utente, por mês	Acesso Distribuição da Atividade
279	Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado	Acesso Distribuição da Atividade
280	Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
375	Proporção de RN de termo, de baixo peso	Gestão da Saúde Saúde Reprodutiva
62	Propor. crianças 1A, c/ aleit. mat. exclus. até 4M	Gestão da Saúde Saúde Reprodutiva
372	Taxa de intern. por fratura do colo do fémur	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
387	Proporção de utentes com melhorias funcionais	Gestão da Doença Reabilitação
374	Taxa intern. asma/DPOC entre doentes c/ asma/DPOC	Gestão da Doença Reabilitação
376	Prop. utentes c/ ganho gestão stress prest. cuid.	Gestão da Doença Saúde Mental
367	Proporção utentes c/ ganhos controlo dor - palia.	Gestão da Doença Abordagem Paliativa
388	Prop. utentes c/ melhoria no controlo de sintomas	Gestão da Doença Abordagem Paliativa
329	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	Gestão da Doença Doença Crónica
284	Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	Gestão da Doença ECCI
285	Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	Gestão da Doença ECCI
377	Proporção úlceras pressão melhoradas	Gestão da Doença ECCI
287	Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	Gestão da Doença ECCI
290	Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	Gestão da Doença ECCI
291	Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	Gestão da Doença ECCI
289	Proporção utentes c/ ganhos controlo dor - UCC	Gestão da Doença ECCI
293	Tempo médio de permanência em ECCI	Gestão da Doença ECCI
283	Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar	Intervenção Comunitária Saúde Escolar
389	Score dimensão "serviços de caráter assistencial"	Serviços de Carácter Assistencial Serviços de Carácter Assistencial

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
390	Score dimensão "serv. não assis. gov. clín. ACES"	Serviços de Carácter não Assistencial Atividades de Governação Clínica no ACES
391	Score dimensão "melhoria cont. qualid. acesso"	Melhoria Contínua da Qualidade Acesso
392	IDS da dimensão "melhoria cont. qualid. e PAI"	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
428	Score dimensão "segurança de utentes"	Segurança Segurança de Utentes
430	Score dimensão "participação do cidadão"	Centralidade no Cidadão Participação do Cidadão
393	Score dimensão "formação equipa multiprofis."	Formação Interna Formação da Equipa Multiprofissional
394	Score dimensão "formação internos e alunos"	Formação Interna Formação de Internos e Alunos

7.12. ANEXO XII - CONTRATUALIZAÇÃO DAS USP - INDICADORES ASSOCIADOS ÀS DIMENSÕES DA MATRIZ MULTIDIMENSIONAL COM IMPACTO NO CÁLCULO DO IDG

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
389	Score dimensão "serviços de caráter assistencial"	Serviços de Carácter Assistencial Serviços de Carácter Assistencial
390	Score dimensão "serv. não assis. gov. clín. ACES"	Serviços de Carácter não Assistencial Atividades de Governação Clínica no ACES
391	Score dimensão "melhoria cont. qualid. acesso"	Melhoria Contínua da Qualidade Acesso
392	IDS da dimensão "melhoria cont. qualid. e PAI"	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
428	Score dimensão "segurança de utentes"	Segurança Segurança de Utentes
430	Score dimensão "participação do cidadão"	Centralidade no Cidadão Participação do Cidadão
393	Score dimensão "formação equipa multiprofis."	Formação Interna Formação da Equipa Multiprofissional
394	Score dimensão "formação internos e alunos"	Formação Interna Formação de Internos e Alunos

7.13. ANEXO XIII - CONTRATUALIZAÇÃO DAS URAP - INDICADORES ASSOCIADOS ÀS DIMENSÕES DA MATRIZ MULTIDIMENSIONAL COM IMPACTO NO CÁLCULO DO IDG

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
389	Score dimensão "serviços de caráter assistencial"	Serviços de Carácter Assistencial Serviços de Carácter Assistencial
390	Score dimensão "serv. não assis. gov. clín. ACES"	Serviços de Carácter não Assistencial Atividades de Governação Clínica no ACES
391	Score dimensão "melhoria cont. qualid. acesso"	Melhoria Contínua da Qualidade Acesso
392	IDS da dimensão "melhoria cont. qualid. e PAI"	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
428	Score dimensão "segurança de utentes"	Segurança Segurança de Utentes
430	Score dimensão "participação do cidadão"	Centralidade no Cidadão Participação do Cidadão
393	Score dimensão "formação equipa multiprofis."	Formação Interna Formação da Equipa Multiprofissional
394	Score dimensão "formação internos e alunos"	Formação Interna Formação de Internos e Alunos

7.14. ANEXO XIV - CONTRATUALIZAÇÃO DOS ACES - INDICADORES ASSOCIADOS ÀS DIMENSÕES DA MATRIZ MULTIDIMENSIONAL COM IMPACTO NO CÁLCULO DO IDG

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
330	Índice de utilização anual de consultas médicas	Acesso Cobertura ou Utilização
331	Índice de utilização anual de consultas enferm.	Acesso Cobertura ou Utilização
6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
99	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
3	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	Acesso Cobertura ou Utilização
282	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	Acesso Cobertura ou Utilização
281	Número médio visitas domic. por utente, por mês	Acesso Cobertura ou Utilização
293	Tempo médio de permanência em ECCI	Acesso Cobertura ou Utilização
292	Taxa de ocupação da ECCI	Acesso Cobertura ou Utilização
366	Proporção de grávidas com intervenção da UCC	Acesso Cobertura ou Utilização
373	Prop. utentes c/ asma/DPOC e intervenção na UCC	Acesso Cobertura ou Utilização
368	Proporção de crianças e jovens com interv. da UCC	Acesso Cobertura ou Utilização
1	Proporção de consultas realizadas pelo MF	Acesso Personalização
5	Proporção de consultas realizadas pelo EF	Acesso Personalização
335	Prop. cons. ind. receit. c/ resposta 3 dias úteis	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
342	Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
280	Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
344	Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	Acesso Consulta no Próprio Dia
345	Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	Acesso Consulta no Próprio Dia
339	Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	Acesso Consulta no Próprio Dia
410	Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	Acesso Consulta no Próprio Dia
346	Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11]h (Q1)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
349	Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
369	Proporção de consultas não presenciais na UCC	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
279	Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
302	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
269	Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
63	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
95	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
283	Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
8	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
45	Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
384	Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
398	Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
11	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
295	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
310	Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
311	Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
312	Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
308	Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
375	Proporção de RN de termo, de baixo peso	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
62	Propor. crianças 1A, c/ aleit. mat. exclus. até 4M	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
98	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
46	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
44	Proporção mulheres [50; 70[A, c/ mamogr. (2 anos)	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
395	Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
397	Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
404	Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
53	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
262	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
306	Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
294	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
297	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
30	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
372	Taxa de intern. por fratura do colo do fémur	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
34	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	Gestão da Doença Doenças Cardiovasculares
362	Taxa de internamento por ICC (ajust.)	Gestão da Doença Doenças Cardiovasculares
364	Taxa de internamento por angina peito (ajust.)	Gestão da Doença Doenças Cardiovasculares
382	Prop. adultos com DM, com diagn.	Gestão da Doença Diabetes Mellitus

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
36	Proporção utentes DM com registo de GRT	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
261	Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
37	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
314	Proporção DM com PA \geq 140/90 mmHg	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
39	Proporção DM c/ última HbA1c \leq 8,0%	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
315	Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
40	Proporção DM c/ exame oftalmológico último ano	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
274	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
275	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
350	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
351	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
357	Taxa intern. diab. não contr. s/ compl. (ajus.)	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
358	Taxa intern. por complic. agudas diab. (ajust.)	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
359	Taxa intern. por complic. crón. diab. (ajust.)	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
360	Taxa intern. p/ amp. membro inf. diab. (ajust.)	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
383	Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
18	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
23	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
352	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
353	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
361	Taxa de internamento por HTA (ajust.)	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
376	Prop. utentes c/ ganho gestão stress prest. cuid.	Gestão da Doença Saúde Mental e Gestão de Problemas Sociais e Familiares
381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	Gestão da Doença Saúde Mental e Gestão de Problemas Sociais e Familiares
54	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	Gestão da Doença Saúde Mental e Gestão de Problemas Sociais e Familiares
380	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
49	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
374	Taxa intern. asma/DPOC entre doentes c/ asma/DPOC	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
355	Taxa internam. p/ asma adultos jovens (ajust.)	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
356	Taxa internam. p/ asma/DPOC em adultos (ajust.)	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
363	Taxa de intern. por pneumonia adultos (ajust.)	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
365	Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.)	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
329	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
284	Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
285	Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
377	Proporção úlceras pressão melhoradas	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
287	Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
290	Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
291	Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
387	Proporção de utentes com melhorias funcionais	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
367	Proporção utentes c/ ganhos controlo dor - palia.	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
388	Prop. utentes c/ melhoria no controlo de sintomas	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
341	Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
276	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
278	Propor. medicam. prescr. de classes com genéricos	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
255	Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
257	Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
259	Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
409	Prop ute s/ prescr prolo ansio/seda/hipn (ajust)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
378	Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto privado	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
354	Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	Qualificação da Prescrição Prescrição MCDT
300	Nº médio prescr. consulta fisioterapia, p/ utiliz.	Qualificação da Prescrição Prescrição MCDT
391	Score dimensão "melhoria cont. qualid. acesso"	Melhoria Contínua da Qualidade Acesso
338	Score organiz. acesso consultas não presenciais	Melhoria Contínua da Qualidade Acesso
428	Score dimensão "segurança de utentes"	Segurança Segurança de Utentes
430	Score dimensão "participação do cidadão"	Centralidade no Cidadão Participação do Cidadão
393	Score dimensão "formação equipa multiprofis."	Formação Interna Formação Interna
394	Score dimensão "formação internos e alunos"	Formação Interna Formação Interna

7.15. ANEXO XV – MONITORIZAÇÃO DOS ACES - INDICADORES ASSOCIADOS ÀS DIMENSÕES DA MATRIZ MULTIDIMENSIONAL SEM IMPACTO NO CÁLCULO DO IDG

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
2	Taxa de utilização global de consultas médicas	Acesso Cobertura ou Utilização
100	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
92	Proporção hipocoagulados controlados na unidade	Acesso Cobertura ou Utilização
343	Proporção de chamadas telefônicas atendidas	Acesso Atendimento Telefônico
385	Propor. doentes referenc. p/ hosp. devolvidos	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
386	Tempo médio resolução referências devolvidas	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
405	Propor. cons. médic. "do dia" efet. UF diferente	Acesso Consulta no Próprio Dia
412	[Cons. dia UF inscr.] / ([cons. dia] + [urgênc.])	Acesso Consulta no Próprio Dia
347	Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14[h (Q2)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
348	Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17[(Q3)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
57	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
15	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
14	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
16	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
59	Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
17	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
31	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
32	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
93	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
94	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
267	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
10	Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
9	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
296	Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
270	Índice de acompanham. adequado em saúde materna	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
307	Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
309	Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
427	Proporção de grávidas com parto por cesariana	Gestão da Saúde Saúde da Mulher

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
33	Proporção utentes >= 14A, c/ IMC últimos 3 anos	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
271	Índice de acompanhamento adequado utentes DM	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
35	Proporção DM com exame pés último ano	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
265	Percent. DM vigiado, c/ registo risco úlcera pé	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
266	Percent. DM vigiados, c/ úlcera ativa no pé	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
38	Proporção DM c/ 1 HbA1c por semestre	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
91	Proporção DM < 65 A, c/ HbA1c <= 6,5 %	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
313	Proporção DM < 75A c/ última HbA1c > 8,0%	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
413	Propor. DM2 c/ e HbA1c > 9%, com insulina	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
97	Proporção DM c/ microalbum. último ano	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
272	Índice de acompanham. adequado de hipertensos	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
19	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
316	Proporção hipert. [18; 65[A, com PA < 140/90	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
277	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
289	Proporção utentes c/ ganhos controlo dor - UCC	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
68	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
379	Propor. PVP medicam. prescr. MF em UF diferentes	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
298	Desp. MCDT fat. util. SNS s/ fisia. (pr. conven.)	Qualificação da Prescrição Prescrição MCDT
299	Desp. MCDT fisiat. fat. util. SNS (pr. conven.)	Qualificação da Prescrição Prescrição MCDT

7.16. ANEXO XVI – INDICADORES: INTERVALOS ESPERADOS E VARIAÇÃO ACEITÁVEL

ID Indicador	Nome Indicador	Int var. Aceitável 2022	Int. Esperado 2022
1	Proporção de consultas realizadas pelo MF	[75; 92]	[78; 90]
2	Taxa de utilização global de consultas médicas	[66; 90]	[73.5; 85]
3	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	[12; 40]	[18; 35]
5	Proporção de consultas realizadas pelo EF	[65; 92]	[70; 88]
6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	[75; 100]	[88; 100]
8	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	[38; 100]	[60; 100]
9	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	[25; 80]	[42; 75]
10	Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	[25; 65]	[45; 55]
11	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	[85; 100]	[91; 100]
14	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	[90; 100]	[96.5; 100]
15	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	[10; 100]	[50; 100]
16	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	[50; 100]	[89; 100]
17	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	[60; 100]	[87; 100]
18	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	[65; 100]	[80; 100]
19	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	[40; 100]	[75; 100]
20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	[45; 100]	[67; 100]
23	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	[65; 100]	[80; 100]
30	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	[45; 100]	[55; 100]
31	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	[70; 100]	[92; 100]
32	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	[50; 100]	[75; 100]
33	Proporção utentes >= 14A, c/ IMC últimos 3 anos	[60; 92]	[66; 88]
34	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	[60; 100]	[72; 100]
35	Proporção DM com exame pés último ano	[70; 100]	[89; 100]
36	Proporção utentes DM com registo de GRT	[60; 100]	[75; 100]
37	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	[70; 100]	[87; 100]
38	Proporção DM c/ 1 HbA1c por semestre	[50; 100]	[77; 100]
39	Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	[55; 100]	[70; 100]
40	Proporção DM c/ exame oftalmológico último ano	[50; 100]	[60; 100]
44	Proporção mulheres [50; 70[A, c/ mamogr. (2 anos)	[50; 85]	[57; 80]
45	Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.	[41; 100]	[60; 100]
46	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	[45; 100]	[67; 100]
47	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	[60; 100]	[66; 100]
49	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	[30; 100]	[60; 100]
53	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	[46; 100]	[70; 100]
54	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	[40; 100]	[60; 100]
57	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	[83; 100]	[94; 100]
59	Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	[80; 100]	[95.5; 100]
62	Propor. crianças 1A, c/ aleit. mat. exclus. até 4M	[50; 100]	[67; 100]
63	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	[65; 100]	[85; 100]
66	Proporção medicam. faturados, que são genéricos	[47.5; 100]	[50; 100]

ID Indicador	Nome Indicador	Int var. Aceitável 2022	Int. Esperado 2022
68	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	[115; 160]	[115; 155]
69	Despesa MCDT fatur. p/ util. SNS (p. conv. s/ TM)	[40; 57]	[40; 50]
91	Proporção DM < 65 A, c/ HbA1c <= 6,5 %	[20; 70]	[33; 55]
92	Proporção hipocoagulados controlados na unidade	[50; 100]	[60; 100]
93	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	[95; 100]	[95; 100]
94	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	[95; 100]	[95; 100]
95	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	[95; 100]	[95; 100]
97	Proporção DM c/ microalbum. último ano	[50; 100]	[80; 100]
98	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	[85; 100]	[93; 100]
99	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	[65; 100]	[76; 100]
100	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos	[86; 100]	[91; 97]
255	Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	[0; 10]	[0; 7]
257	Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	[0; 6.5]	[0; 4.5]
259	Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	[0; 9]	[0; 5.5]
261	Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	[70; 100]	[87; 100]
262	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	[35; 100]	[58; 100]
265	Percent. DM vigiado, c/ registo risco úlcera pé	[50; 100]	[60; 100]
266	Percent. DM vigiados, c/ úlcera ativa no pé	[0; 9]	[0; 6]
267	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	[0.55; 1]	[0.6; 1]
269	Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	[0.7; 100]	[0.87; 100]
270	Índice de acompanham. adequado em saúde materna	[0.55; 1]	[0.6; 1]
271	Índice de acompanhamento adequado utentes DM	[0.55; 1]	[0.6; 1]
272	Índice de acompanham. adequado de hipertensos	[0.55; 1]	[0.6; 1]
274	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	[65; 100]	[82; 100]
275	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	[55; 100]	[70; 100]
276	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	[0; 38]	[0; 28]
277	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A	[14; 100]	[31; 100]
278	Propor. medicam. prescr. de classes com genéricos	[60; 90]	[66; 80]
279	Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado	[6; 28]	[10; 21]
280	Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h	[65; 100]	[92; 100]
281	Número médio visitas domic. por utente, por mês	[9; 31]	[12; 31]
282	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	[28; 100]	[55; 100]
283	Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar	[10; 100]	[40; 100]
284	Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	[62; 100]	[75; 100]
285	Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	[85; 100]	[95; 100]
287	Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	[0; 13]	[0; 5]
289	Proporção utentes c/ ganhos controlo dor - UCC	[60; 100]	[80; 100]
290	Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	[45; 100]	[72; 100]
291	Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	[0; 12]	[0; 5]
292	Taxa de ocupação da ECCI	[70; 100]	[86; 100]
293	Tempo médio de permanência em ECCI	[15; 150]	[30; 120]
294	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	[300; 1500]	[570; 1500]

ID Indicador	Nome Indicador	Int var. Aceitável 2022	Int. Esperado 2022
295	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	[51; 100]	[77; 100]
296	Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	[5; 100]	[45; 100]
297	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	[74; 100]	[82.5; 100]
298	Desp. MCDT fat. util. SNS s/ fisia. (pr. conven.)	[10; 55]	[15; 50]
299	Desp. MCDT fisiat. fat. util. SNS (pr. conven.)	[0; 18]	[0; 12]
300	Nº médio prescr. consulta fisioterapia, p/ utiliz.	[0; 0.16]	[0; 0.1]
302	Índice de acompanh. adequado s. infantil 1º ano	[0.82; 1]	[0.93; 1]
306	Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	[3; 100]	[5; 100]
307	Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	[60; 100]	[80; 100]
308	Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	[60; 100]	[80; 100]
309	Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre	[47; 100]	[68; 100]
310	Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	[0.62; 1]	[0.79; 1]
311	Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	[0.4; 1]	[0.54; 1]
312	Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	[0.3; 1]	[0.43; 1]
313	Proporção DM < 75A c/ última HbA1c > 8,0%	[0; 9]	[0; 7.5]
314	Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg	[0; 22]	[0; 12]
315	Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	[33; 100]	[48; 100]
316	Proporção hipert. [18; 65[A, com PA < 140/90	[23; 100]	[40; 100]
328	Taxa de internam. evitáveis na população adulta	[200; 1000]	[200; 850]
329	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	[35; 100]	[72; 100]
330	Índice de utilização anual de consultas médicas	[0.75; 2]	[0.82; 2]
331	Índice de utilização anual de consultas enferm.	[0.65; 2]	[0.76; 2]
335	Prop. cons. ind. receit. c/ resposta 3 dias úteis	[80; 100]	[85; 100]
339	Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	[0; 63]	[0; 47]
341	Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	[0; 140]	[0; 130]
342	Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	[70; 100]	[88; 100]
343	Proporção de chamadas telefônicas atendidas	[100; 80]	[100; 90]
344	Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	[21; 46]	[26; 41]
345	Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	[18; 45]	[23; 40]
346	Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11[h (Q1)	[15; 37.5]	[20; 35]
347	Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14[h (Q2)	[20; 35]	[22.5; 32.5]
348	Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17[(Q3)	[20; 35]	[22.5; 32.5]
349	Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20[h (Q4)	[12; 35]	[17.5; 25]
350	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	[60; 420]	[60; 350]
351	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	[0; 420]	[0; 350]
352	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	[40; 90]	[40; 80]
353	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	[0; 100]	[0; 90]
354	Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	[0; 49]	[0; 42.5]
355	Taxa internam. p/ asma adultos jovens (ajust.)	[0; 4.5]	[0; 2.5]
356	Taxa internam. p/ asma/DPOC em adultos (ajust.)	[0; 220]	[0; 155]
357	Taxa intern. diab. não contr. s/ compl. (ajus.)	[0; 20]	[0; 12]
358	Taxa intern. por complic. agudas diab. (ajust.)	[0; 25]	[0; 17]

ID Indicador	Nome Indicador	Int var. Aceitável 2022	Int. Esperado 2022
359	Taxa intern. por complic. crón. diab. (ajust.)	[0; 40]	[0; 25]
360	Taxa intern. p/ amp. membro inf. diab. (ajust.)	[0; 16]	[0; 10]
361	Taxa de internamento por HTA (ajust.)	[0; 17]	[0; 12]
362	Taxa de internamento por ICC (ajust.)	[0; 230]	[0; 150]
363	Taxa de intern. por pneumonia adultos (ajust.)	[0; 350]	[0; 250]
364	Taxa de internamento por angina peito (ajust.)	[0; 25]	[0; 15]
365	Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.)	[0; 950]	[0; 650]
366	Proporção de grávidas com intervenção da UCC	[15; 100]	[49; 100]
367	Proporção utentes c/ ganhos controlo dor - palia.	[50; 100]	[80; 100]
368	Proporção de crianças e jovens com interv. da UCC	[15; 100]	[45; 100]
369	Proporção de consultas não presenciais na UCC	[6; 30]	[10; 25]
370	Proporção de crianças com amamentação exclusiva 6M	[15; 100]	[40; 100]
371	Proporção de grávidas com parto por cesariana	[15; 40]	[15; 25]
372	Taxa de intern. por fratura do colo do fémur	[0; 1200]	[0; 820]
373	Prop. utentes c/ asma/DPOC e intervenção na UCC	[6; 100]	[18; 100]
374	Taxa intern. asma/DPOC entre doentes c/ asma/DPOC	[0; 3.5]	[0; 1.6]
375	Proporção de RN de termo, de baixo peso	[0; 5]	[0; 3]
376	Prop. utentes c/ ganho gestão stress prest. cuid.	[25; 100]	[70; 100]
377	Proporção úlceras pressão melhoradas	[20; 100]	[45; 100]
378	Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto privado	[0; 1]	[0; 0.4]
379	Propor. PVP medicam. prescr. MF em UF diferentes	[0; 0.04]	[0; 0.01]
380	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	[74; 100]	[81; 100]
381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	[70; 100]	[78; 100]
382	Prop. adultos com DM, com diagn.	[97; 100]	[98.7; 100]
383	Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	[89; 100]	[94; 100]
384	Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	[89; 100]	[94; 100]
385	Propor. doentes referenc. p/ hosp. devolvidos	[0; 5]	[0; 3]
386	Tempo médio resolução referenciações devolvidas	[0; 10]	[0; 7]
387	Proporção de utentes com melhorias funcionais	[45; 100]	[70; 100]
388	Prop. utentes c/ melhoria no controlo de sintomas	[35; 100]	[80; 100]
395	Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	[55; 100]	[71; 100]
396	Prop. ut. [10; 15[anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	[17.5; 100]	[25; 100]
397	Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano	[15; 100]	[22; 100]
398	Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT	[40; 100]	[60; 100]
399	Prop. fumad. c/ tentat. absti. após int. breve 1A	[10; 100]	[20; 100]
400	Prop. fumad. em abst. tabág. 3 meses após dia D	[6; 100]	[12; 100]
401	Prop. fumad. em abst. tabág. 6 meses após dia D	[5; 100]	[10; 100]
402	Prop. fumad. em abst. tabág. 12 meses após dia D	[4; 100]	[8; 100]
403	Prop. fumad. c/ interv. breve que foram medicados	[10; 100]	[40; 100]
404	Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M	[20; 10000]	[60; 10000]
405	Propor. cons. médic. "do dia" efet. UF diferente	[0; 2]	[0; 0.5]
406	Prop. fumad. em abst. tabág. 30 dias após dia D	[9; 100]	[18; 100]

ID Indicador	Nome Indicador	Int var. Aceitável 2022	Int. Esperado 2022
407	Rácio despesa gliflozinas e antidiab. não insul.	[0; 14]	[0; 9]
408	Rácio despesa agon. GLP-1 e antidiab. não insul.	[0; 3]	[0; 2]
409	Prop ute s/ prescr prolo ansio/seda/hipn (ajust)	[89; 100]	[91.5; 100]
410	Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	[0; 3.6]	[0; 2.7]
411	Taxa anual ajust. utiliz. muito freq. urg. hosp.	[0; 0.3]	[0; 0.2]
412	[Cons. dia UF inscr.] / ([cons. dia] + [urgênc.])	[40; 95]	[60; 85]
427	Proporção de grávidas com parto por cesariana	[15; 40]	[15; 25]

Nota: O Bilhetes de Identidade dos Indicadores, para o ano de 2022, encontram-se disponíveis na RIS, através do URL: <https://sdm.min-saude.pt/BI.aspx?id=100&clusters=S>, devendo substituir-se o “100” pelo ID do indicador pretendido.

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

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

1700-063 LISBOA | Portugal



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**

WWW.ACSS.MIN-SAUDE.PT