

Contratualização CSP 2017

Operacionalização do Processo de Contratualização UCSP e USF

NOTA INTRODUTÓRIA

Este documento, enquadrado com os Termos de Referência da Metodologia de Contratualização dos CSP em 2017-19, apresenta a operacionalização do processo de contratualização em 2017 e decorre da natural consequência de este ser um ano de transição.

Aplica-se às unidades funcionais do tipo USF e UCSP.

QUADRO DE REFERÊNCIA CONCEPTUAL

1. O que é

A Contratualização é um instrumento de gestão por objetivos, operacionalizado através de:

- Um compromisso de resultados;
- Baseado nas necessidades em saúde (PNS, PRS, PLS);
- Orientado para ganhos em saúde;
- Uma clara identificação e alocação de recursos (humanos e materiais);
- Monitorização, acompanhamento e avaliação.

A contratualização é um claro exemplo de uma **Política Adaptativa**.

- Pela sua elevada complexidade, dada a autonomia funcional e diferenciação dos seus atores, e pelo contexto de mudança, exige uma análise estratégica e prospetiva.
- Deve garantir a inclusão e a participação, capacitar para a adaptação e a mudança, promover a auto-organização e o funcionamento em rede, potenciar a inovação e tornar a monitorização contínua uma prática habitual.

2. Para quê

Melhorar os resultados otimizando a prestação de cuidados de saúde:

- Garantindo a autonomia funcional dos diferentes níveis organizacionais;
- Adequando e racionalizando o respetivo financiamento e a utilização dos recursos;
- Responsabilizando todas as partes envolvidas do planeamento à gestão, execução, monitorização e avaliação dos serviços.

3. O quê

Contratualizam-se:

- Resultados em Saúde num contexto de boas práticas - **A gestão dos percursos integrados em saúde;**
- Desempenho das organizações, nas suas diferentes áreas e dimensões - Matriz Multidimensional - **O resultado do que se faz e de como se faz (Anexo 1).**

Exige uma clara definição dos serviços a prestar (tipologia e nível), bem como da alocação de recursos a disponibilizar (humanos e materiais).

4. Como

A Contratualização é um processo negocial entre 2 níveis diferentes da organização, que tem como principais valores: **Transparência, Rigor, Envolvimento, Racionalidade, Proximidade e Liderança.**

CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA – Entre o ACeS e as suas Unidades Funcionais. Formalizada através da assinatura da Carta de Compromisso.

CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA – Entre a ARS e os ACeS formalizada através de assinatura do Plano de Desempenho e do Contrato Programa.

É operacionalizada pela **negociação de um plano de ação plurianual (3 anos) com metas anuais**, centrado no utente (pessoa/cidadão/família/comunidade), focado nos resultados e orientado pelo processo de cuidados (*desfocar do profissional*):

- A gestão dos **percursos integrados** em saúde;
- O que deve acontecer: **resultado esperado** e **variação aceitável.**

O Plano de Ação está organizado numa Matriz de Desempenho Multidimensional abrangendo as seguintes áreas:

- **Desempenho;**
- **Serviços;**
- **Qualidade Organizacional;**
- **Formação;**
- **Atividades Científicas.**

5. Consequências

O acompanhamento, monitorização e avaliação do desempenho dos “Atores” e respetivas interações e condicionantes, permite a qualificação e reconhecimento de forma explícita:

- Níveis de desempenho. Atribuição de Incentivos a desempenhos superiores e processos de acompanhamento e melhoria a desempenhos inferiores (**Anexo 2**).
- Impacto dos constrangimentos. Limitações de recursos e sua adequada ponderação nos níveis de desempenho.

PRINCÍPIOS METODOLÓGICOS

1. Matriz de Desempenho

Estão identificadas todas as áreas, subáreas, dimensões e respetivas ponderações que permitem operacionalizar o Índice de Desempenho Global (IDG) em 2017 (**Anexo 1**).

O cálculo do resultado do IDG em 2016, obedecendo às regras e especificações da nova contratualização para 2017, pretende criar um “ponto de partida” para ajudar a definir os objetivos e as atividades do Plano de Ação. Dado o seu caráter retrospectivo e a inexistência de dados em todas as áreas, em 2017, só é possível o seu cálculo para a área do Desempenho.

As áreas, subáreas e dimensões que em 2017 não são possíveis de operacionalizar estão assinaladas a cinzento no Anexo 1 e são as seguintes:

- Área: **Atividade Científica;**
- Subáreas: **Satisfação dos Utentes; Segurança; Centralidade do Cidadão; Formação Externa;**
- Dimensões: **Atendimento Telefónico; Trajeto; Prescrição de Cuidados; Outras Atividades não Assistenciais.**

2. Ponderação do IDG por não operacionalização de subáreas e/ou dimensões

Em todas as subáreas e dimensões que não são possíveis de operacionalizar no ano de 2017, é feita a ponderação para a respetiva Subárea e Área.

Exemplo: **Área Desempenho**

Cada subárea tem a sua ponderação (**Anexo 1**).

- Resultado **Acesso**: $60 \times 0,2 = 12$
- Resultado **Gestão da Saúde**: $75 \times 0,2 = 15$
- Resultado **Gestão da Doença**: $62,5 \times 0,2 = 12,5$
- Resultado **Qualificação da Prescrição**: $50 \times 0,2 = 10$
- **Satisfação dos utentes** não operacionalizada.
- **Total** = 49,5
- **Total ponderado** = $49,5 \times 100 / 80 = 61,9$

3. Ponderação do IDG pelo contexto sociodemográfico

A ponderação dos diferentes contextos socioeconómicos e demográficos, bem como algumas características das UF poderão ser objeto de ponderação.

Apesar da relevância já estabelecida para alguns indicadores ou variáveis, é ainda necessário validar qual deve ser a sua ponderação, se positiva ou negativa, de molde a garantir a sua adequada utilização. É ainda um requisito essencial conseguir uma visão integrada, ou seja, a construção de um índice que contemple e relacione as diferentes dimensões, à semelhança do que já é feito em alguns países¹.

Em 2017, será definida experimentalmente uma matriz de ponderação do IDG, para avaliar a influência do “contexto” sobre o desempenho. Dessa análise decorrerá a decisão de no processo de cálculo do IDG, ponderar ou não os IDS (Índice Desempenho Setorial) das dimensões em função do “contexto” de cada unidade funcional.

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

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

¹ (OECD, 2002; Arah et al., 2003; Kaltenthaler, Maheswaran & Beverley, 2004; ten Asbroek et al., 2004; Deber & Schwartz, 2011; National Statistics, 2012; Oliver-Baxter et al., 2014).

4. Documentos/Instrumentos de apoio

Estão disponíveis no portal do SNS, em:

<https://www.sns.gov.pt/sns/reforma-do-sns/cuidados-de-saude-primarios-2/bi-da-reforma/>

Portal do SNS → Reforma do SNS → Cuidados de Saúde Primários → BI da Reforma → Contratualização:

Os seguintes documentos:

- Contratualização CSP 2017 – Informação de 15.03.17 (PDF);
- Bilhete de Identidade dos indicadores dos CSP (PDF);
- IDG 2016 (UCSP e USF) – Guião e Ficha Técnica (PDF);
- PAUF 2017 (UCSP e USF) - Guião e Ficha Técnica (PDF);
- IDG 2017 (PDF);
- FAQs. Contratualização 2016 (PDF) e PAUF 2017 (PDF);

Os seguintes instrumentos:

- **IDG 2016.** Leitura do Índice Desempenho Global (IDG) de 2016, baseado apenas na área do Desempenho e nas suas subáreas e dimensões calculados de acordo com as métricas definidas para a nova contratualização. Apresenta o resultado (2016) de todos os indicadores com BI, de todas as USF e UCSP.
- **PAUF 2017.** Plataforma de suporte à elaboração e negociação do Plano de Ação das UF.

Operacionalização do IDG 2017

ÁREA DO DESEMPENHO

1. Indicadores

Face aos limites (quantitativos e qualitativos) dos indicadores existentes atualmente, para cada dimensão/subárea estão identificados e predefinidos a nível nacional para o ano de 2017, as dimensões e os indicadores que serão utilizados para avaliação do IDG. Em anos subsequentes, e à medida que aumente o nº de indicadores da Matriz de Indicadores, vai ser possível a escolha pelas unidades funcionais em função das atividades contratualizadas.

Para este ano, foram priorizados indicadores do tipo de resultado, adequação técnico-científica ou efetividade e eficiência sobre indicadores de processo. O **Anexo 3** contém a listagem dos indicadores

a utilizar no cálculo do IDG em 2017 para a área do Desempenho (43), bem como de todos os indicadores com resultados atualmente disponíveis (77).

2. Leitura do resultado do indicador

O resultado de cada indicador é lido de acordo com a seguinte métrica:

- Resultado dentro do intervalo esperado = **2** pontos
- Resultado dentro da variação aceitável = **1** ponto
- Não cumpre nenhuma das condições anteriores = **0**

- **Intervalo esperado.** Conjunto de resultados que traduz uma boa prática.
- **Variação aceitável.** Conjunto de resultados que traduz uma prática aceitável.

A definição dos intervalos esperados e das variações aceitáveis foram consensualizados no âmbito do Grupo Técnico, criado pelo despacho nº 3823/2016.

3. Peso (valor) do(s) indicador(es) em cada dimensão ou subárea

O peso de cada indicador, varia na relação inversa com nº de indicadores nessa dimensão ou subárea de acordo com seguinte métrica:

Exemplo: **Subárea Acesso**

- Dimensão **Consulta no próprio dia** – Tem 1 indicador.
- Resultado (indicador) = 2 → $2 \times 100 / 2 = 100$ (resultado da dimensão)
- Resultado (indicador) = 1 → $1 \times 100 / 2 = 50$
- Resultado (indicador) = 0 → $0 \times 100 / 2 = 0$

- Dimensão **Distribuição das consultas presenciais no dia** – Tem 4 indicadores.
- Resultado (indicadores) = 2 + 2 + 2 + 2 → $8 \times 100 / 8 = 100$ (resultado da dimensão)
- Resultado (indicadores) = 2 + 2 + 1 + 0 → $5 \times 100 / 8 = 62,5$
- Resultado (indicadores) = 1 + 0 + 0 + 1 → $2 \times 100 / 8 = 25$

4. Resultado (Quem / Onde / Unidade de Observação)

Até à concretização da plataforma **BI CSP**, para efeitos de acompanhamento e monitorização, a evolução do desempenho nas várias subáreas e dimensões, será disponibilizada no IDG 2017, no Portal SNS² tendo como unidade de observação a UF. O acesso a dados desagregados a nível do profissional/equipa de saúde, só será possível a nível do MIM@UF.

² <https://www.sns.gov.pt/sns/reforma-do-sns/cuidados-de-saude-primarios-2/bi-da-reforma/>

ÁREA DOS SERVIÇOS

SUBÁREA DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

1. O que são Serviços Assistenciais

São Serviços Assistenciais a prestação de carteiras adicionais em serviços que tem como população alvo todos os inscritos / residentes no ACES ou grupos populacionais específicos.

A sua contratualização obriga a uma clara identificação das necessidades em saúde, bem como das propostas e modelos de resposta às mesmas.

Pressupõe uma definição obrigatória das prioridades do ACeS tendo em conta a estratégia regional e o Plano Local de Saúde, discutida e consensualizada em Conselho de Coordenadores e resulta da iniciativa do ACeS ou da UF.

Deve abranger equitativamente todas as UF tendo em conta a realidade geodemográfica, as necessidades identificadas e a sua priorização, os recursos humanos disponíveis e a capacidade instalada, bem como a diversidade de serviços a contratualizar.

Os **Serviços Assistenciais** podem ser qualificados num dos tipos seguintes:

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

As **Carteiras de Serviços** obrigam à identificação de forma explícita dos seguintes pontos:

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

2. O que se contratualiza

Contratualizam-se horas multiprofissionais de cada UF. A contratualização de serviços assistenciais deve ser feita preferencialmente com as UF da área geográfica do CS por forma a minimizar as deslocações dos profissionais e a carga horária distribuída em função do nº de profissionais de cada equipa.

No **PAUF** (Plano de Ação → Área de Serviços → Serviços Assistenciais → Separador Atividades) deverão ser descritas as Carteira de Serviços contratualizadas de acordo com os pontos acima definidos. De igual modo **a UF deverá descrever obrigatoriamente as necessidades de Recursos Humanos** (Recursos → Recursos Humanos) e indicar, quando necessário, os equipamentos, obras ou necessidades formativas para os serviços assistenciais contratualizadas (Recursos → Equipamentos / Obras / Formação).

O **valor máximo** a contratualizar nesta subárea com cada UF (serviços no âmbito da UF + serviços comuns do ACeS) é de 2 horas por profissional e por semana.

Exemplo de uma UF com **6** médicos, **5** enfermeiros e **4** secretários clínicos:

- Máximo de horas médicas semanais: **12**.
- Máximo de horas de enfermagem semanais: **10**.
- Máximo de horas de secretariado clínico semanais: **8**.

Perante a existência de necessidades identificadas e priorizadas pelo ACeS, a não existência de serviços assistenciais contratualizados com alguma UF deve ser justificado pelo Conselho Clínico e de Saúde.

3. Avaliação

A métrica desta dimensão é dada pela fórmula:

- **Métrica da dimensão serviços assistenciais** = $2 \times (1 - F / C)$

Em que:

- **C** - Quantidade de horas contratualizadas com a equipa para o período em análise.
- **F** – 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 UF não assegurou a sua substituição atempada (por elemento da própria UF ou de outra UF).

O valor do IDS desta dimensão é dado pela fórmula:

- **IDS dimensão serviços assistenciais** = $(R \times 100) / 2$

Em que:

- **R** – Resultado obtido nesta dimensão

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 3×44 semanas = 132 horas anuais. No total, esta UF contratualiza para esta atividade assistencial 396 horas anuais.
- **Atendimento Sazonal.** Esta equipa contratualizou com o ACeS atendimento sazonal durante 2 meses com 5 horas médicas por semana, igual nº de horas de enfermagem e 3 horas por semana de secretariado clínico. No total, esta UF contratualiza para esta atividade assistencial 104 horas anuais.
- **SAP.** Esta equipa contratualizou com o ACeS a participação nas escalas do Serviço de Atendimento Permanente aos fins-de-semana e feriados de 48 horas médicas anuais, igual nº de horas de enfermagem e 24 horas de secretariado clínico. No total, esta UF contratualiza para esta atividade assistencial 120 horas anuais.

	CESSAÇÃO TABÁGICA	ATENDIMENTO SAZONAL	SAP	TOTAIS
Médicos	132	40	48	220
Enfermeiros	132	40	48	220
Secretários Clínicos	132	24	24	180
Total [C]	396	104	120	620
Ausências [F]	20	15	20	55
IDS				91,1%

- 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 = $2 \times (1 - 55 / 620) = 1,823$.
- **O IDS** desta subárea = $(1,823 \times 100) / 2 = 91,1\%$.

SUBÁREA DOS SERVIÇOS NÃO ASSISTENCIAIS

1. O que são Serviços Não Assistenciais

Em 2017, contratualizar-se-á a participação da UF (horas multiprofissionais) no desenvolvimento e dinamização da Governação Clínica e de Saúde de forma colaborativa, entre todas as UF e o Conselho Clínico e de Saúde de cada ACeS.

Estão identificadas como atividades no âmbito da governação clínica e de saúde as seguintes:

- Qualificação da prescrição;
- Formação;
- Investigação;
- Auditoria Clínica;
- Qualidade e Segurança;
- Reuniões plenárias dos Conselhos Técnicos e Conselho Clínico e de Saúde.

A operacionalização destas atividades deve privilegiar a constituição de pequenos **grupos de trabalho** em cada área com elementos das UF e um ou mais elementos do Conselho Clínico e de Saúde, respeitando a realidade loco-regional de cada ACES. A participação em plenários dos Conselhos Técnicos e Conselho Clínico e de Saúde não se resume apenas à verificação da assiduidade mas pressupõe um trabalho de governação clínica em cooperação e complementaridade entre todos, antes e após cada reunião.

2. O que se contratualiza

Contratualizam-se horas multiprofissionais e a participação nas atividades programadas acima identificadas pelos profissionais de cada UF após proposta do Conselho Clínico e de Saúde. A escolha dos profissionais a envolver deverá ser negociada em conjunto pelo Conselho Clínico e de Saúde e os Coordenadores das respetivas UF tendo em conta as competências e motivações dos profissionais a envolver e a dimensão da unidade (nº de profissionais).

No **PAUF** (Plano de Ação → Área de Serviços → Serviços Não Assistenciais → Separador Atividades) deverão ser identificados os Serviços Não Assistenciais contratualizadas com a UF, os profissionais envolvidos em cada uma das atividades no âmbito da governação clínica acima referidos assim como o nº de horas multiprofissionais negociadas com o Conselho Clínico e de Saúde. Ver quadro do ponto 4.

A contratualização nesta subárea é obrigatória para todas as UF e não implica, para cada profissional, carga horária adicional.

O **valor máximo** a contratualizar nesta subárea com cada UF é determinado pela fórmula seguinte:

- **nº de horas / mês para serviços não assistenciais** = $0,8 \times [\text{n}^\circ \text{ de elementos da equipa}]$.

Exemplo de uma UF com **20** profissionais:

- Máximo de horas semanais de participação multiprofissional: **16**.
- Máximo de horas anuais: **176** (16 x 11 meses).

3. Avaliação

Efetuada através de uma métrica baseada nos seguintes critérios:

- Participação nas atividades programadas – mínimo de assiduidade de 80%. Pontuação = **1** se Horas Realizadas / Horas Contratualizadas $\geq 80\%$; **0** se Horas Realizadas / Horas Contratualizadas $< 80\%$;
- Elaboração do Plano de Ação (pelo grupo de trabalho). Pontuação = **1**;
- Elaboração de Relatório de Atividades (pelo grupo de trabalho). Pontuação = **1**;

O valor do IDS desta dimensão é dado pela fórmula:

- **IDS dimensão serviços não assistenciais** = $(R \times 100) / 2$

Em que:

- **R** – Resultado obtido nesta dimensão

Exemplo de uma **UF com 20 profissionais** (7 médicos, 7 enfermeiros e 6 secretários clínicos):

- Esta equipa contratualizou um médico na CQS, um enfermeiro no grupo de Investigação e um secretário clínico no grupo da Formação, além da participação de 2 profissionais nos trabalhos do Plenário dos CT.

	CQS	FORMAÇÃO	INVESTIGAÇÃO	QUALIFICAÇÃO TERAPÊUTICA	AUDITORIA	PLENÁRIO CT	TOTAIS
Horas Contratualizadas	44	44	44			44	176
Ponderação	0,25	0,25	0,25			0,25	
Horas Realizadas	44	36	32			44	
Pontuação da Participação	1	1	0			1	
Plano de Ação	S	N	S			S	
Relatório	S	S	N			S	
Pontuação do Plano de Ação e Relatório	2	1	1			2	
Avaliação Final	0,50	0,25	0			0,50	1,25
IDS							62,5%

- Em cada grupo os profissionais propõem-se disponibilizar 4 horas de trabalho colaborativo por mês (em média 1 reunião por mês + trabalho preparatório). As horas a contractualizar para cada grupo serão 4 x 11 meses = 44 horas anuais. No total, esta UF contractualiza 176 horas anuais.
- As Horas Contratualizadas são ponderadas relativamente ao seu peso no total de horas anuais. **Ponderação Horas Contratualizadas** = Total de horas / nº de horas contractualizadas de participação da UF em cada grupo de trabalho. Como no presente exemplo todos os grupos de trabalho contractualizam 44 horas anuais o peso da participação em cada grupo é de 0,25.
- **Pontuação da Participação.** Se a participação nas atividades programadas for igual ou superior a 80% (relativamente às horas contractualizadas) é atribuída a pontuação de 1. Se for inferior àquele valor, a pontuação é 0.
- **Pontuação do Plano de Ação e Relatório.** Se o grupo de trabalho tiver apresentado Plano de Ação e Relatório serão atribuídos 2 pontos. Se só for apresentado um destes documentos será atribuído 1 ponto. No caso de não ser apresentado qualquer documento será atribuído 0.
- A avaliação da participação dos profissionais das UF em cada grupo de trabalho obtém-se pela seguinte fórmula = Ponderação x Pontuação da Participação x Pontuação do Plano de Ação e Relatório. (Exemplo do grupo Formação = 0,25 x 1 x 1 = 0,25. A **Avaliação Final** desta UF é o somatório das avaliações das participações dos seus profissionais em cada grupo. No exemplo = 0,50 + 0,25 + 0,50 = 1,25.
- **O IDS** desta subárea = (1,25 X 100) / 2 = 62,5%.

ÁREA DA QUALIDADE ORGANIZACIONAL

SUBÁREA MELHORIA CONTÍNUA

1. Operacionalização

Os processos de melhoria contínua são operacionalizados através de realização de **Auditorias Internas Interpares** (clínicas e/ou organizacionais).

Em 2017, cada UF terá que definir nesta subárea, dois processos de auditoria:

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

Nota: 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 2 **Auditorias Internas Interpares** (clínica e/ou organizacional).

A **Auditoria Interna** define-se como processo que contempla os seguintes passos:

1. Identificação e/ou caracterização do “problema”, ou “área”, ou “processo de cuidados” na vertente clínica ou organizacional;
2. Definição do processo e resultado esperado – “o que deve acontecer”;
3. Definição de indicador(es) que permita monitorizar esse processo.
4. Avaliação do desempenho atual – “o que está a acontecer”;
5. Discussão, análise dos resultados e eventuais medidas corretoras – “proposta de melhoria”;
6. Introdução das mudanças;
7. (Re) Avaliação do desempenho atual – “o que está a acontecer”
8. Eventual repetição do ciclo até resultado esperado;

No **PAUF** (Plano de Ação → Área Qualidade Organizacional → Melhoria Contínua → Separador Atividades) deverão ser identificados os dois processos de auditoria referidos, justificando a escolha do “problema”, ou “área”, ou “processo de cuidados” e identificando igualmente as dimensões associadas: Acesso ou Programa de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados. Deverá igualmente estar indicado no Cronograma se se prevê que a auditoria se prolongue por mais de 1 ano.

2. Avaliação

A leitura da auditoria é feita de acordo com seguinte métrica:

- Cumpre todos os passos de 1 a 7 = **2**
- Cumpre até ao 4º passo (inclusive) = **1**
- O processo de auditoria foi iniciado no ano anterior, e a UF cumpre até ao ponto 5 inclusive (de acordo com o cronograma pré-definido) = **1**
- Não cumpre nenhuma das anteriores condições = **0**

Nota para 2017. Face à data tardia do início da contratualização, os processos de auditoria iniciados este ano que cumprirem até ao 4º passo (inclusive) terão uma pontuação = **2**.

O peso de cada auditoria varia na relação inversa com nº de auditorias definidas como obrigatórias (métrica idêntica aos indicadores).

Exemplo:

- Subárea **Melhoria Contínua** – 2 auditorias: Clínica e Organizacional.
- Resultado (auditorias) = 2 + 2 → $4 \times 100 / 4 = 100$
- Resultado (auditorias) = 2 + 1 → $3 \times 100 / 4 = 75$
- Resultado (auditorias) = 1 + 1 → $2 \times 100 / 4 = 50$
- Resultado (auditorias) = 1 + 0 → $1 \times 100 / 4 = 25$

O acompanhamento e avaliação das auditorias será feito pelos Conselhos Clínicos e de Saúde:

- **Acompanhamento** - cumprimento dos diferentes passos, de acordo com o cronograma da auditoria contratualizada;
- **Avaliação** – baseado no relatório de execução das mesmas.

SUBÁREAS SEGURANÇA E CENTRALIDADE DO CIDADÃO

A subárea Segurança, e Centralidade do Cidadão não serão operacionalizadas em 2017.

ÁREA DA FORMAÇÃO

SUBÁREA FORMAÇÃO INTERNA

1. O quê

Na subárea Formação Interna serão contratualizadas em 2017 as seguintes atividades:

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

2. Como

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

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

No **PAUF** (Plano de Ação → Área Formação → Formação Interna → Separador Atividades) deverão ser descritos as atividades, os respetivos formadores (internos e/ou externos), os destinatários (grupos profissionais) e a sua relação com as restantes áreas do Plano de Ação. No final deverá ser acrescentada uma Atividade com a definição da **metodologia de avaliação** e os valores que a UF espera atingir em cada critério.

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.

3. Avaliação

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

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

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

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

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

SUBÁREA FORMAÇÃO EXTERNA

A subárea Formação Externa não será operacionalizada em 2017.

ÁREA DA ATIVIDADE CIENTÍFICA

Esta área não será operacionalizada em 2017.

Ficha Técnica

1. Conceção

CNCSP - Coordenação Nacional para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP

2. Fonte

Operacionalização dos Termos de Referência e Metodologia da Contratualização para os CSP 2017-19

3. Base de Dados

Fonte: SIM@SNS (SDM@SNS, SIARS e MIM@UF)

Data: Resultados finais dos indicadores (consolidados), de todas as UF, referentes a 31.12.2016

Notas

Corrigido forma de cálculo do indicador 335 (Proporção de consultas não presenciais com receituário prescrito nos primeiros 3 dias úteis após respetivo pedido) – passa a medir 72h em “dias úteis”.

- UF com SCLINICO – resultado corrigido e publicado até 18-05-2017
- UF com M1 - resultado corrigido e publicado até 31-05-2017

UF com M1 - Têm data provável de atualização a 31.05.17, os resultados finais consolidados, dos seguintes indicadores:

- 255 - Proporção de quinolonas entre antibióticos faturados (embalagens, a utentes inscritos)
- 257 - Proporção de cefalosporinas entre antibióticos faturados (embalagens, a utentes inscritos)
- 259 - Proporção de inibidores da COX-2 entre anti-inflamatórios não esteroides faturados (DDD, a utentes inscritos)
- 276 - Rácio entre o somatório de DDD prescrita em inibidores DPP-4 e o somatório de DDD prescrita em antidiabéticos orais, em doentes com Diabetes Mellitus tipo 2
- 278 - Proporção de consultas não presenciais com receituário prescrito nos primeiros 3 dias úteis após respetivo pedido
- 341 - Despesa média (PVP) de medicamentos prescritos e comparticipados, por utente inscrito padrão
- 350 - Custo com terapêutica do doente com Diabetes Mellitus
- 351 - Custo com terapêutica do doente com Diabetes Mellitus controlado
- 352 - Custo com terapêutica do doente com Hipertensão Arterial
- 353 - Custo com terapêutica do doente com Hipertensão Arterial controlada

UF com M1 – Não têm data provável de cálculo, os seguintes indicadores:

- 261 - *Proporção de utentes com diabetes, com registo de risco de ulceração do pé no último ano*
- 262- *Proporção de utentes com determinação de risco diabetes tipo 2 registado nos últimos 3 anos*

UF com Vitacare - Não estão a ser calculados pela SPMS.

4. Browser de Acesso

Chrome (o preferencial), Safari, Firefox, Edge, Internet Explorer 11.

5. Informação e Apoio

contratualizacaocsp@cncsp.min-saude.pt

ANEXO 1 – ÍNDICE DESEMPENHO GLOBAL

Índice Desempenho Global (USF e UCSP)			
IDG Global	IDG Sectoriais		
	Área	Sub área	Dimensões
IDG (100)	Desempenho (100x0.5)	Acesso (100x0.2) Qualificação do Acesso	Cobertura (100x0.1)
			Personalização (100x0.1)
			Atendimento Telefónico (100x0.1)
			TMRG (100x0.4)
			Consulta no dia (100x0.1)
			Trajetos (100x0.1)
			Distribuição no dia (100x0.1)
		Gestão da Saúde (100x0.2) Gestão de percurso / Plano de Cuidados Resultados na prevenção e promoção da saúde	Saúde Infantil (100x0.25)
			Saúde da Mulher (100x0.25)
			Saúde do Adulto (100x0.25)
			Saúde do Idoso (100x0.25)
		Gestão da Doença (100x0.2) Gestão de percurso / Plano de Cuidados Resultados na gestão da doença aguda e crónica	Gestão da pessoa com Diabetes (100x0.25)
			Gestão da pessoa com Hipertensão (100x0.25)
			Gestão da pessoa com D. Respiratória (100x0.25)
			Gestão da pessoa com Multimorbilidade (100x0.25)
	Qualificação da Prescrição (100x0.2) Adequação técnico científica, Efectividade, Eficiência, Gestão do Risco	Prescrição Farmacoterapêutica (100x0.0.5)	
		Prescrição de MCDT's (100x0.0.3)	
		Prescrição de Cuidados (100x0.0.2)	
	Satisfação (100x0.2) Grau de satisfação		
	Serviços (100x0.1)	Assistenciais(100x0.8)	Serviços caracter Assistencial
		Não Assistenciais (100x0.2)	Governação Clínica no ACeS
	Qualidade Organizacional (100x0.2)	Melhoria Continua (100x0.4)	Acesso (100x0.25)
			Processos Assistenciais Integrados (100x0.75)
		Segurança (100x0.4)	Utentes (100x0.4)
			Profissionais (100x0.3)
			Gestão risco (100x0.3)
	Centralidade Cidadão (100x0.2)		
	Formação (100x0.1)	Interna (100x0.8) Para os profissionais da UF	Equipa multiprofissional (100x0,5)
			Internos / Alunos (100x0.5)
	Actividade Científica (100x0.1)	Arigos, Comunicações, Conferências (100x0.5)	
Trabalho de Investigação (100x0.5)			

ANEXO 2 – NÍVEIS DE DESEMPENHO DO IDG

Escalão	Critério
A	< 50
B	≥ 50 e < 75
C	≥ 75 e < 85
D	≥ 85 e < 95
E	≥ 95

ANEXO 3 – IDG DA ÁREA DESEMPENHO

IDS - Área Desempenho (UCSP / USF)					
Subárea	Dimensões	id	nome_curto_indicador		
Acesso	Cobertura	330	Índice de utilização anual de consultas médicas		
		331	Índice de utilização anual de consultas enferm.		
		2	Taxa de utilização global de consultas médicas		
		6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos		
		99	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos		
		100	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos		
	Personalização	Atendimento telefónico	3	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	
			1	Proporção de consultas realizadas pelo MF	
		5	Proporção de consultas realizadas pelo EF		
		TMRG	335	Proporção cons. indir. rec. crón. c/ resposta 72H	
			342	Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	
		Consulta no Próprio Dia	344	Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	
		Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	Trajeto		
			346	Propor. consul. realiz. no intervalo [8; 11[h	
			347	Propor. consul. realiz. no intervalo [11; 14[h	
			348	Propor. consul. realiz. no intervalo [14; 17[h	
			349	Propor. consul. realiz. no intervalo [17; 20[h	
Gestão da Saúde	Saúde Infantil e Juvenil	57	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia		
		15	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida		
		14	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida		
		16	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano		
		59	Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano		
		17	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano		
		31	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A		
		32	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A		
		93	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução		
		94	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução		
	95	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução			
	Saúde da Mulher	11	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.		
		295	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP		
		307	Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre		
		308	Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre		
		309	Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre		
		310	Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.		
		311	Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.		
		312	Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.		
		296	Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.		
45		Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.			
9	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)				
10	Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)				
Saúde do Idoso	294	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos			
	297	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót			
	30	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe			
Saúde do Adulto	98	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano			
	46	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR			
	47	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.			
	53	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool			
	277	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A			
	262	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)			
Gestão da Doença	Gestão doente diabético	35	Proporção DM com exame pés último ano		
		261	Proporção utentes DM c/ registo risco úlcera pé		
		37	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano		
		38	Proporção DM c/ 1 HgbA1c por semestre		
		91	Proporção DM < 65 A, c/ HgbA1c <= 6,5 %		
		39	Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0 %		
		97	Proporção DM c/ microalbum. último ano		
		274	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada		
	275	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.			
	350	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus			
	351	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado			
	Gestão do doente com HTA	18	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)		
		19	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre		
		20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90		
		23	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)		
352		Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA			
353	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada				
Gestão d. respiratória	49	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos			
	Multimorbilidade	355	Taxa de internam. evitáveis na população adulta		
Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica	341	Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão		
		276	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais		
		278	Propor. medicam. prescr. de classes com genéricos		
		259	Rácio entre DDD de coxibes e de AINEs faturados		
	255	Rácio embal. quinolonas e embal. antibiót. fatur.			
257	Rácio embal. cefalosp. e embal. antibiót. fatur.				
Prescrição MCDT	354	Despesa PVP MCDT compart. p/ insc. padrão			
Prescrição Cuidados					
Satisfação	Satisfação de Utentes				