

Operacionalização da
Contratualização Interna nos
**Cuidados de Saúde
Primários para 2024**

(página intencionalmente em branco)

Índice

1. Nota prévia.....	3
2. Processo de contratualização interna dos CSP.....	5
3. Instrumentos para a contratualização	7
4. Contratualização interna	9
4.1. Processo.....	9
4.1.1. Preparação	9
4.1.2. Negociação	10
4.1.3. Carta Compromisso	10
4.1.4. Acompanhamento	11
4.1.5. Avaliação	12
4.1.6. Incentivos institucionais – aplicáveis às UCSP e USF-B	12
4.1.7. Acompanhamento externo	12
5. Especificações da contratualização externo.....	13
5.1. Especificações da contratualização nas UCSP e USF-B	13
5.1.1. Índice de desempenho das equipas.....	14
5.1.2. Tabela dos incentivos institucionais	14
5.1.3. Matriz de desempenho global das UCSP e USF-B, ponderado pelo IPDA.....	15
5.2. Especificações da contratualização nas UCC	18
5.2.1. Índice de desempenho global das UCC	19
6. Cronograma	22
6.1. Fase de negociação 2024	22
7. Anexos	23
7.1. Anexo I – Fases e check-list da contratualização interna	23
7.2. Anexo III – Plano de ação da UF.....	26
7.3. Anexo IV – Cartas de Compromisso	27
7.4. Anexo V – Matriz nacional de avaliação da qualidade organizacional.....	27
7.5. Anexo VI – Incentivos institucionais (aplicável apenas a UCSP e USF-B)	28
7.6. Anexo VII – Índice de desempenho de equipa – aplicável a USCP e USF-B	30
32	
7.7. Anexo VIII – Indicadores de matriz de desempenho global dos cuidados de saúde primários – UCSP e USF-B.....	32
7.8. Anexo IX – Indicadores da matriz do desempenho global das UCC	36
7.9. Anexo X – Ponderação da matriz em função do contexto.....	38
7.10. Anexo XI – Correção das ponderações por inexistência de indicadores.....	39
7.11. Anexo XII – Regras da matriz de indicadores dos cuidados de saúde primários – UCSP, UCC.....	40

1. Nota prévia

Na sequência da aprovação dos Termos de Referência (TR) para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2024¹ e das alterações decorrentes do Decreto-lei nº 103/2023 e da Portaria nº411-A/2023, apresenta-se o documento de operacionalização do processo de contratualização interna nos cuidados de saúde primários (CSP) para 2024.

A transição para o modelo Unidade Local de Saúde (ULS) impõe uma abordagem populacional, que se baseia nas necessidades da população e que assenta na mitigação dos contactos agudos evitáveis e na integração entre as várias entidades com vista à intervenção centrada no cidadão.

A atividade assistencial realizada ao nível dos CSP é um pilar essencial na adequação das necessidades de saúde e, consequentemente, na melhoria da saúde da população.

O modelo ULS, amplamente generalizado em 2024, pressupõe o desenvolvimento de mecanismos de articulação, complementaridade e integração entre os diferentes níveis de cuidados e tipologias de serviços, de forma a potenciar ao máximo os recursos disponíveis e a obter ganhos em desempenho e em resultados em saúde para os cidadãos. Sendo indispensável a implementação de importantes alterações no processo de contratualização interna, de modo a unificar as linguagens e os procedimentos de todas as áreas funcionais da ULS – independentemente da tipologia de cuidados – o presente documento, neste primeiro ano de implementação do modelo ULS, procura marcar uma fase de transição e de adaptação à nova legislação já em vigor, promovendo alguma continuidade da prática existente até ao presente.

Neste primeiro ano de implementação do novo modelo de contratualização com as ULS, para além das naturais alterações de adaptação ao processo de contratualização com as diversas unidades funcionais dos CSP, que o presente documento operacionaliza, concretiza-se desde já o entendimento de que i) a área de Saúde Pública não se encontra dependente de uma tipologia de cuidados particular, pelo que requer a definição de um processo de contratualização específico e que ii) à área dos recursos assistenciais partilhados (URAP no modelo de organização dos ACeS) não é aplicável o conceito da exclusividade em CSP, uma vez que os serviços e respostas prestados resultam da agregação de todas as tipologia de cuidados e de todos os profissionais das várias áreas e estabelecimentos da ULS.

¹ Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/11/Termos-Referencia-2024_vf.pdf

Neste quadro, o planeamento, definição de estratégias, objetivos e compromissos nestas áreas, deverão seguir procedimentos de contratualização interna específicos.

Para 2025 e anos seguintes preconiza-se a conceção, desenvolvimento e implementação das bases que permitam que a contratualização interna nas ULS venha progressivamente a consolidar-se num modelo alicerçado em dois pilares fundamentais: a simplificação dos atuais processos de contratualização e a observância à autonomia que é concedida aos órgãos dirigentes das EPE.

O processo de contratualização ao nível dos CSP, agora integrados em ULS, continuará a incentivar a melhoria do acesso a este nível de cuidados, com especial ênfase na realização de consultas presenciais, reforçando a vigilância de doentes crónicos, a resposta à doença aguda, 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 seguimento dos utentes ao longo do seu trajeto de vida e potenciando a integração de cuidados durante todo o ciclo de vida do indivíduo.

O Decreto-lei nº 103/2023 e da Portaria nº411-A/2023 alteraram significativamente o processo de contratualização das UCSP e USF-B. Simultaneamente a extinção das Equipas Regionais de Apoio e a criação da Equipa Nacional de Apoio com competências de governação clínica, e a transição para as ULS tornam o ano de 2024, um ano de transição e apropriação por todos os stakeholders.

2. Processo de contratualização interna dos CSP

O processo de contratualização, transversal a todos os níveis da estrutura da prestação de CSP no SNS 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.

Face às recentes alterações legislativas relacionadas com as ULS e os CSP em particular, o ano de 2024 modifica de forma significativa o processo de contratualização. Mantém-se inalterados o propósito e motivação para ação, os princípios e processo de contratualização e introduzem-se as necessárias alterações sobretudo no processo de avaliação. Procede-se também ao ajuste de especificações da contratualização pelas diferentes unidades funcionais (UCSP, USF-B e UCC).

A contratualização deve estar em alinhamento com os Planos Nacional, Regionais e Locais de Saúde e com o Plano de Desenvolvimento Organizacional (PDO) para o triénio 2024-2026 da respetiva ULS, 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 e locais.

Os Planos de Ação das Unidades Funcionais (PAUF) são definidos para um horizonte temporal a 3 anos e devem ser considerados como conjunto de **Planos de Melhoria dirigidos a áreas específicas** do desempenho das equipas, contratualizados anualmente. Assim, todo o processo de contratualização interna deve ser encarado com um processo de melhoria contínuo da qualidade, em que a ULS e cada UF investe em áreas específicas em cada novo momento de contratualização.

A negociação dos Planos de Ação e de Desempenho para 2024, centrada no plano de melhoria em áreas específicas, baseia-se na identificação das necessidades em saúde, numa adequada avaliação dos recursos disponíveis, dos resultados obtidos e na definição dos resultados anuais esperados.

A avaliação é operacionalizada:

- Nas UCSP e USF-B: pelo IDE, pela matriz da tabela de incentivos institucionais e por avaliação de outros objetivos identificados pela equipa;

- Nas UCC, pelo Índice de desempenho do plano de Ação, pelo Índice de Desempenho Global e por avaliação de outros objetivos identificados pela equipa.

Face ao referido, o presente documento de operacionalização define a estrutura processual aplicável a todos os agentes envolvidos no processo de contratualização nos CSP, 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 CSP:

- Planos Nacional, Regional e Local de Saúde;
- TR para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2024, com especial relevância para os objetivos específicos identificados no seu ponto 1.1;
- PDO para o triénio 2024-2026, quando aplicável;
- Plano de Ação e Desempenho da Unidade Funcional (PAUF), a 3 anos;
- Planos de Melhoria Anuais que para 2024, centrados nas oportunidades de melhoria identificadas, que deverá centrar-se:
 - O índice de desempenho da equipa (IDE); (aplicável a UCSP e USF-B);
 - A tabela de incentivos institucionais; (aplicável a UCSP e USF-B);
 - O índice de desempenho global (aplicável a UCSP, USF-B, UCC);
 - Índice desempenho do plano de ação (IDPA);
 - Planos de melhoria noutras áreas identificadas como prioritárias pela equipa;
 - 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.
- SDM (Sistema de Dados Mestre, disponível em <https://sdm.min-saude.pt/>) – Tem um conjunto de informações sobre as UF que são sincronizadas de forma automática para o BI-CSP, PAUF e E-qualidade, bem como relatórios de apoio à governação clínica e processos de contratualização, designadamente:
 - Constituição dos órgãos de gestão das UF;
 - Serviços das carteiras de serviços das UF (incluindo respetivos horários);
 - Matriz de contratualização e resultados dos respetivos indicadores;
 - Módulo de qualificação da prescrição de medicamentos;
 - IPDA – Índice de Perturbação do Desempenho Assistencial.

- BI-CSP - Módulos das áreas da Contratualização:
 - **Contratualização:**
 - A Operacionalização da contratualização nos CSP para 2024;
 - 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;
 - Acompanhamento da execução do Plano de Ação;
 - Apoio à elaboração do relatório de atividades.
- 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.
- E- Qualidade:
 - Plataforma de candidatura e acompanhamento das UF dos CSP pela Direção Clínica e/ou ERA através da certificação das UF pela DIOR-CSP – Diagnóstico de desenvolvimento organizacional nos CSP.
 - Permite implementar planos de melhoria nas áreas identificadas em PAUF que coincidam com critérios da grelha DIOR-CSP.

4. Contratualização interna

A contratualização interna, pretende sobretudo formalizar o compromisso dentro da própria equipa da UF e desta com o conselho de administração das ULS e com os cidadãos.

Em conjunto, pretende-se fortalecer o compromisso interno das equipas com os planos de melhoria desenhados para melhor responder às necessidades em saúde de uma população e ao compromisso das instituições para a existência do apoio e recursos necessários para a sua implementação.

4.1. Processo

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

Nesse sentido, enumera-se uma check-list, disponível no **Anexo I – 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 focada nas USF / UCSP mas, com as devidas adaptações, é extensível e adaptável a qualquer UF.

4.1.1. Preparação

O processo de preparação para a contratualização é um processo de preparação interno da equipa. É realizada a autoavaliação do Plano de Ação Trienal, dos resultados do ano anterior, reflexão e planeamento o ano seguinte. O nível de desenvolvimento organizacional das equipas dos CSP permite que esta reflexão seja rica e promotora do crescimento da equipa. Os CA das ULS e os coordenadores e CT das equipas devem promover estratégias de benchmarking, com a premissa de que os problemas das UF são na sua maioria das vezes comuns e transversais e que a partilha de soluções é profícua à sua resolução.

4.1.2. Negociação

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

O Plano de Ação da UF é plurianual, a 3 anos. No início de cada triénio, a UF, decorrente da avaliação de anos anteriores, procede ao planeamento da sua atividade para 3 anos. Este planeamento é vertido em planos de melhorias, passíveis de ser revistos, redefinidos e contratualizados anualmente. Os planos de melhoria devem conter a identificação dos problemas, os objetivos, as atividades tidas como necessárias para o processo de melhoria, o cronograma de implementação e forma de avaliação. A operacionalização destes planos de melhoria e Plano de Ação da UF será efetuado através do BI-CSP na área PAUF.

4.1.3. Carta Compromisso

A Carta de Compromisso representa o acordo anual explicitamente assumido entre a UF e CA-ULS 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 IDE, valor do cálculo dos incentivos institucionais e de outras metas acordadas. – Aplicável a UCSP e USF-B
 - no IDG e de outras metas acordadas – aplicável a UCC.

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 do plano de ação, 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 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 2024, as linhas gerais que estruturam a Carta de Compromisso estão elencadas no **Anexo IV – 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.

4.1.4. Acompanhamento

O acompanhamento pressupõe, para além disponibilização de informação de monitorização do desempenho, o apoio e suporte às equipas necessário à prossecução dos seus planos de melhoria. Este acompanhamento, deverá ser efetuado em tempos/espacos formais pelos órgãos de gestão da ULS, no mínimo trimestralmente, garantindo um efetivo acompanhamento das UF e potenciando os necessários ajustes que promovam a adequação do plano aos objetivos traçados.

O acompanhamento inclui:

- O acompanhamento do desempenho, efetuado trimestralmente na plataforma eletrónica disponibilizada para o efeito.
- O acompanhamento da qualidade organizacional, realizado bianualmente na plataforma E-qualidade (**Anexo VI – Matriz Nacional de Avaliação da Qualidade Organizacional**).

Os instrumentos de monitorização são disponibilizados do BI-CSP, com a publicação de forma continuada dos resultados de:

- IDE e tabela dos incentivos institucionais – aplicável a UCSP e USF-B;
- IDG, IDS e respetivas dimensões, operacionalizados pelas suas métricas e respetivos indicadores – aplicável a UCC.

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.

4.1.5. Avaliação

A avaliação será efetuada com recurso às métricas e indicadores que fazem parte da matriz de indicadores dos CSP e materializa-se através do apuramento de diferentes Índices, mediante o tipo de UF:

- UCSP e USF: Índice de Desempenho da Equipa (IDE) e da tabela dos incentivos institucionais;
- UCC: Índice de Desempenho do Plano de Ação (IDPA) e IDG corrigido com IPDA.

4.1.6. Incentivos institucionais – aplicáveis às UCSP e USF-B

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 no **Anexo V – Incentivos Institucionais (aplicável apenas a UCSP e USF-B)**.

4.1.7. Acompanhamento externo

O acompanhamento externo é assegurado pela Equipa Nacional de Apoio (ENA), previsto no art 14º P 454-A/2023, e estruturado no regulamento interno da mesma, articulando com a DE-SNS.

5. Especificações da contratualização externo

O Decreto-lei nº 103/2023 e a Portaria nº411-A/2023 alteram de forma significativa os instrumentos de contratualização e avaliação das UCSP e USF-B.

Na sequência das alterações legislativas acima descritas, cabe adaptar todo o sistema de contratualização, uniformizando e moldando a cada realidade. Os cuidados de saúde primários são cuidados centrados na pessoa e nas populações e que pela sua abrangência requerem sistemas flexíveis e adaptáveis a todas as UF e grupos profissionais. Assim, descrevemos os processos de contratualização para cada uma delas, conscientes da necessidade de melhoria contínua dos próprios processos de contratualização.

5.1. Especificações da contratualização nas UCSP e USF-B

O Plano de Ação das UCSP e USF-B deve ser definido para um horizonte temporal de 3 anos, contratualizado anualmente e deve ter por base a avaliação dos anos anteriores. A negociação do plano de ação inclui a escolha de 8 indicadores de avaliação que constituem a tabela dos incentivos institucionais (tabela1), de entre os indicadores da matriz de contratualização das UCSP e USF-B.

Decorrente da avaliação dos anos anteriores, devem identificadas as áreas a melhorar e definidos os respetivos Planos de Melhoria.

Os Planos de Melhoria devem conter:

- Identificação e caracterização do "problema" ou "área" ou "processo de cuidados";
- Definição do processo e resultado esperado;
- Medidas corretoras e estratégias a implementar;
- Cronograma de implementação bem como os responsáveis pela implementação;
- Implementação das estratégias de melhoria;
- Reavaliação do desempenho.

Anualmente a UCSP e USF-B contratualizam pelo menos 1 Plano de melhoria na dimensão Satisfação dos Utentes, 1 Plano de Melhoria na dimensão Satisfação dos Profissionais e 2 Planos de Melhoria na área do Desempenho Assistencial. Esta orientação não invalida que sejam definidos mais planos de melhoria que sejam correspondentes com outras áreas identificadas pela equipa como relevantes.

A operacionalização dos planos de melhoria e Plano de Ação da UF será efetuado através do BI-CSP na área PAUF.

A avaliação das UCSP e USF- B tem 2 componentes principais:

- O índice de desempenho da equipa (IDE); (aplicável a UCSP e USF-B)
- A tabela de incentivos institucionais; (aplicável a UCSP e USF-B)

Além destes componentes podem ser contratualizadas outras métricas quando a UF identifique desvios significativos do desempenho assistencial ou da qualidade organizacional que necessitem de intervenção.

O índice de desempenho global das UCSP e USF-B mantém-se como um instrumento de monitorização e benchmarking, sendo readaptado ao novo contexto.

5.1.1. Índice de desempenho das equipas

O índice de desempenho da equipa, definido no Decreto-lei nº 103/2023 e na Portaria nº411-A/2023 é utilizado como instrumento de monitorização e acompanhamento das UCSP e USF-B, bem como para o pagamento por desempenho das USF-B e para a transição de UCSP para USF-B. Este índice é descrito no **Anexo VII – Índice de Desempenho da Equipa – aplicável a UCSP e USF-B.**

5.1.2. Tabela dos incentivos institucionais

Os incentivos institucionais estão relacionados com a avaliação do impacto do desempenho da equipa multiprofissional da USF modelo B e da UCSP, aferido em função das dimensões de satisfação dos utentes, satisfação dos profissionais e melhoria contínua do desempenho. A tabela dos incentivos institucionais é definida na Portaria nº411-A/2023 e encontra-se explanada na tabela abaixo.

As UF negociam, com o CA da ULS os indicadores a contratualizar com um horizonte temporal de 3 anos, contruindo assim a sua tabela dos indicadores institucionais. Os planos de melhoria que constituem o plano de ação, devem, no global dos 3 anos,

incluir as dimensões descritas na tabela abaixo. Além destes componentes, podem ser contratualizadas outras métricas, quando a UF identifique desvios significativos do desempenho assistencial ou da qualidade organizacional que necessitem de intervenção.

Tabela 1 - Tabela dos indicadores dos incentivos institucionais (UCSP e USF-B)

	Indicador	Ponderação	Valores Esperados	Variações Aceitáveis
Satisfação dos utentes	A negociar entre a ULS e equipa...	20 %	Definidos na matriz de indicadores	
Satisfação dos profissionais	A negociar entre a ULS e equipa...	20 %	Definidos na matriz de indicadores	
Melhoria Contínua (acesso, gestão da saúde, gestão da doença, qualificação da prescrição ou integração de cuidados)	A negociar entre a ULS e equipa...	10 %	Definidos na matriz de indicadores	
	A negociar entre a ULS e equipa...	10 %	Definidos na matriz de indicadores	
	A negociar entre a ULS e equipa...	10 %	Definidos na matriz de indicadores	
	A negociar entre a ULS e equipa...	10 %	Definidos na matriz de indicadores	
	A negociar entre a ULS e equipa...	10 %	Definidos na matriz de indicadores	

5.1.3. Matriz de desempenho global das UCSP e USF-B, ponderado pelo IPDA

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. Para o ano de 2024 esta tabela perde a função de cálculo de pagamento dos incentivos institucionais. A tabela foi atualizada tendo sido acrescentada a subárea de integração de cuidados, na área do acesso e reajustadas as valorizações das áreas, subáreas e dimensões. O IPDA é um instrumento que permite ponderar diversas dimensões do contexto organizacional de forma a majorar o desempenho assistencial das unidades funcionais. Assim, o índice de desempenho global das UCSP e USF-B calculado e é **ponderado para as variáveis de contexto (IPDA)**. **(Anexo X)** Essa matriz foi consensualmente aprovada pela CTN, tendo sido designada como "Índice de Perturbação do Desempenho Assistencial" (IPDA).

Tabela 2 - Tabela do índice de desempenho global das UCSP e USF-B

Objetivos para as ULS	Ponderação	2024 ²
A – Desempenho Assistencial	80	
S – Acesso	25	
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 na Unidade Funcional	10	Não
D – Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	10	Sim
S – Gestão da Saúde	25	
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	25	
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 – Integração Cuidados	5	
D – Integração Cuidados	100	Sim

² Indicação se a dimensão é possível de operacionalizar em 2024 (para efeitos de cálculo do IDG).

A – Qualidade Organizacional	9	
S – Melhoria Contínua da Qualidade	30	
D – Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados	80	Sim
D – Acreditação/Certificação	10	Sim
S – Centralidade no Cidadão	25	
D – Participação do Cidadão	50	Sim
D – Satisfação do Utente	50	Sim
S – Satisfação dos Profissionais	25	
D – Participação do Cidadão	100	Sim
S – Segurança	20	
D – Segurança de Utentes	40	Sim
D – Segurança de Profissionais	30	Sim
D – Gestão do Risco	30	Não
A – Serviços	5	
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 – Formação Profissional	5	
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	1	
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

5.2. Especificações da contratualização nas UCC

O Plano de Ação das UCC deve ser definido para um horizonte temporal de 3 anos, contratualizado anualmente e deve ter por base a avaliação dos anos anteriores. A negociação do plano de ação inclui a escolha de 8 indicadores de avaliação que constituem a matriz do plano de ação, de entre os indicadores da matriz de contratualização das UCC, segundo a tabela 3.

Decorrente da avaliação dos anos anteriores, devem identificadas as áreas a melhorar e definidos os respetivos Planos de Melhoria.

Os Planos de Melhoria devem conter:

- Identificação e caracterização do "problema" ou "área" ou "processo de cuidados";
- Definição do processo e resultado esperado;
- Medidas corretoras e estratégias a implementar;
- Cronograma de implementação bem como os responsáveis pela implementação;
- Implementação das estratégias de melhoria;
- Reavaliação do desempenho.

Anualmente a UCC contratualiza pelo menos 1 Plano de melhoria na dimensão Satisfação dos Utentes, 1 Plano de Melhoria na dimensão Satisfação dos Profissionais e 2 Planos de Melhoria na área do Desempenho Assistencial. Esta orientação não invalida que sejam definidos mais planos de melhoria que sejam correspondentes com outras áreas identificadas pela equipa como relevantes.

A operacionalização dos planos de melhoria e Plano de Ação da UF será efetuado através do BI-CSP na área PAUF.

A avaliação das UCC é realizada através do índice de desempenho do plano de ação. O índice de desempenho do plano de ação (IDPA) resulta do cálculo da matriz do índice do plano de ação.

Tabela 3 - Matriz do Desempenho do Plano de Ação das UCC

	Indicador	Ponderação	Valores Esperados	Variações Aceitáveis
Centralidade no Cidadão	A negociar entre a ULS e equipa...	20%	Definidos na matriz de indicadores das UCC	
Satisfação dos profissionais	A negociar entre a ULS e equipa...	20%	Definidos na matriz de indicadores das UCC	
Melhoria Contínua (acesso, gestão da saúde, gestão da doença, qualificação da prescrição ou integração de cuidados)	A negociar entre a ULS e equipa...	10%	Definidos na matriz de indicadores das UCC	
	A negociar entre a ULS e equipa...	10%	Definidos na matriz de indicadores das UCC	
	A negociar entre a ULS e equipa...	10%	Definidos na matriz de indicadores das UCC	
	A negociar entre a ULS e equipa...	10%	Definidos na matriz de indicadores das UCC	
	A negociar entre a ULS e equipa...	10%	Definidos na matriz de indicadores das UCC	
	A negociar entre a ULS e equipa...	10%	Definidos na matriz de indicadores das UCC	

5.2.1. Índice de desempenho global das UCC

O índice de desempenho global das UCC é operacionalizado pela matriz multidimensional contida na **tabela 5** 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. Apesar de não ser utilizado para a avaliação, pela sua comparabilidade a nível nacional, o seu cálculo continuará a ser realizado e publicitado.

Tabela 4 - Matriz multidimensional - contratualização UCC³

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2024 ⁴
A – Desempenho Assistencial	80	
S – Acesso	25	
D – Cobertura ou Utilização	50	Sim
D – Distribuição da Atividade	30	Sim
D – Tempos Máximos de Resposta Garantidos	20	Sim
S – Gestão da Saúde	20	
D – Criança e Adolescência	30	Não
D – Saúde Reprodutiva	40	Sim
D – Saúde do Adulto	15	Não
D – Saúde do Idoso	15	Sim
S – Gestão da Doença	35	
D – Reabilitação	10	Sim
D – Saúde Mental	10	Sim
D – Abordagem Paliativa	10	Sim
D – Doença Crónica	10	Sim
D – ECCI	60	Sim
S – Intervenção Comunitária	20	
D – Saúde Escolar	70	Sim
D – Intervenção Precoce	5	Não
D – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco	5	Não
D – Núcleo Local de Inserção	5	Não
D – Comissão de Proteção de Jovens em Risco	5	Não
D – Equipa de Prevenção da Violência em Adultos	5	Não
D – Rede Social	5	Não
A – Qualidade Organizacional	9	
S – Melhoria Contínua da Qualidade	30	

³ 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.

⁴ Indicação se a dimensão é possível de operacionalizar em 2024 (para efeitos de cálculo do IDG).

D – Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados	80	Sim
D – Acreditação/Certificação	10	Sim
S – Centralidade no Cidadão	25	
D – Participação do Cidadão	50	Sim
D – Satisfação do Utente	50	Sim
S – Satisfação dos Profissionais	25	
D – Satisfação dos Profissionais	100	Sim
S – Segurança	20	
D – Segurança de Utentes	40	Sim
D – Segurança de Profissionais	30	Sim
D – Gestão do Risco	30	Não
A – Formação Profissional	5	
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 – Serviços	5	
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 – Atividade Científica	1	
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 2024, contemplando já os novos indicadores em outras dimensões da matriz, indo assim de encontro às pretensões manifestadas pelas equipas.

6. Cronograma

6.1. Fase de negociação 2024

Para o ano de 2024 e perante as alterações a cronograma a observar é o seguinte:

- Fase de preparação – a partir de novembro de 2023, com a divulgação dos TR para a contratualização de cuidados de saúde para 2024. Adaptação e disponibilização das ferramentas informáticas PAUF às regras especificadas neste documento.
- Abertura da fase de negociação – a partir da data de homologação da Operacionalização da Contratualização nos CSP para 2024.
- Assinatura da Carta de Compromisso das UF – até 30 de abril de 2024.

7. Anexos

7.1. Anexo I – 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 SDM a caracterização sumária da UF, nomeadamente:
 - Coordenação e Conselho técnico.
 - Locais de prestação (Sede e polos).
 - Serviços disponibilizados em cada local de prestação, com validação de características e horários.
 - No módulo de recursos humanos da ULS respetiva, validação da equipa regime de trabalho e tipos de vínculo contratual.
 - Área geográfica abrangida.
- Validar no BI CSP a caracterização sumária da UF, nomeadamente:
 - População abrangida (dimensão inscritos, unidades ponderadas e respetivo ratio).
 - 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 pela ULS 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 2024, tem como referência as necessidades identificadas (em saúde e estruturais), a tabela de incentivos institucionais contratualizada e o índice de desempenho da equipa.

- Apresentação de propostas.
 - Compromisso da UF com as atividades para a execução da respetiva Carteira de básica de serviços.
 - 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 ULS tomando por base o BI-CSP (IDG e IDS), SIM@SNS, SIARS e MIM@UF.
- Registo das alterações acordadas em adendas no PAUF.

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.

7.2. Anexo II – Plano de ação da UF

O Plano de Ação da UF é um instrumento de gestão através do qual a equipa programa a sua atuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada. O horizonte temporal da sua construção é a 3 anos. O Plano de ação de uma unidade funcional deve estar orientado para as áreas identificadas como prioritárias pela equipa, tendo por base:

- O índice de desempenho da equipa (IDE); (aplicável a UCSP e USF-B)
- A tabela de incentivos institucionais; (aplicável a UCSP e USF-B)
- O índice de desempenho global (aplicável a UCC)
- Planos de melhoria noutras áreas identificadas como prioritárias pela equipa.

Este plano de ação trianual é desdobrado em planos de melhoria anuais, que podem ser atualizados anualmente decorrente da avaliação do ano anterior e das orientações específicas para o ano em vigor. Este documento é operacionalizado no PAUF no portal do BI-CSP.

O plano de ação inclui:

- a) O compromisso assistencial;
- b) A tabela dos incentivos institucionais; (aplicável as UCSP e USF-B)
- c) O plano de melhoria, identificando objetivos da UF, indicadores e resultados a atingir nas áreas de desempenho, serviços e qualidade;
- d) O plano de formação;
- e) O plano de aplicação dos incentivos institucionais. (aplicável as UCSP e USF-B)

O compromisso assistencial de cada UF é constituído pela carteira básica de serviços e por carteiras adicionais de serviço, quando se aplique. É acordado para um período de três anos, renovável por iguais períodos, com possibilidade de ajustes anuais, mediante carta de compromisso acordada entre a UF e a CA-ULS.

A tabela dos incentivos institucionais é proposta pela UF e negociada e contratualizada para 3 anos com o CA-ULS em sede de carta de compromisso.

7.3. Anexo III – Cartas de Compromisso

A carta de compromisso a utilizar para o **processo de 2024** deve conter as seguintes componentes, conforme *layout* disponível no portal BI CSP e nos casos aplicáveis:

1. Caracterização sumária da UF:
 - 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 para o ano de 2024
3. Sumário Executivo do Plano de Formação.
4. Especificações da Carteira Serviços, incluindo as carteiras adicionais de serviços;
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.

7.4. Anexo IV – Matriz nacional de avaliação da qualidade organizacional

A Portaria 454-A/2023 de 28 de dezembro define que as ULS devem garantir a realização da autoavaliação das USF modelo B, bianual. E ainda a publicação pela ACSS em colaboração com a ENA da matriz nacional de avaliação da qualidade organizacional.

Enquanto não é publicada a matriz nacional de avaliação da qualidade organizacional, a matriz em vigor é a DIOR-CSP.

7.5. Anexo V – Incentivos institucionais (aplicável apenas a UCSP e USF-B)

De acordo com a Portaria n.º 411-A/2023 de 5 de dezembro, destaca-se:

CrITÉRIOS para atribuição de Incentivos Institucionais

Os IDG obtidos pelas UF são qualificados em 4 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	% do valor máximo por unidade funcional
1º	< 50	Sem direito a incentivos institucionais – Intervenção da ULS e da ENA	0
2º	≥ 50 e < 60	Sem direito a incentivos institucionais	0
3º	≥ 60 e < 95	Direito a incentivos institucionais	Função linear
4º	≥ 95	Direito a incentivos institucionais	100%

Valor dos incentivos institucionais

O Valor a pagar a cada UF tem por base o número de UP contratualizados no ano a que se refere o apuramento. E ainda valor a pagar de incentivos institucionais é proporcional ao número de meses de atividade da UF e condicionado a um mínimo de 6 meses de atividade.

Número de unidades ponderadas (UP) por USF ou UCSP	Valor dos incentivos (euros)
< 8500	9 600 (euro)
≥ 8500 e < 15500	15 200 (euro)
≥ 15 500...	20 000 (euro)

Procedimentos para aplicação dos incentivos institucionais

1. Caso haja lugar à atribuição de incentivos institucionais, a unidade funcional (UF) prepara o Plano de Aplicação de Incentivos Institucionais (PAII) a inserir no plano de ação do ano seguinte.
2. O PAII deve ser elaborado na plataforma suportado na plataforma informática disponibilizada para o efeito.
3. Entre outra informação, o formulário referido no número anterior, deve prever detalhadamente os bens e serviços a adquirir.
4. O documento técnico de apoio deve elencar as categorias e a tipologia de bens ou serviços aceites no PAII de forma a evitar que bens distribuídos de forma regular pela ULS sejam solicitados por esta via.
5. O documento técnico deve ainda contemplar o processo, os fluxos e as responsabilidades cometidas a cada interveniente no circuito.
6. Sem prejuízo do previsto nos números anteriores, o documento técnico de apoio deve ainda prever para cada uma das partes (ULS e USF modelo B ou UCSP) as responsabilidades e os prazos para apresentação, aprovação de documentos, atividades e consequências em caso de incumprimento.
7. No âmbito da ULS deve ser designado o responsável pelo acompanhamento da execução do PAII das equipas multiprofissionais das USF modelo B e UCSP.

7.6. Anexo VI – Índice de desempenho de equipa – aplicável a USCP e USF-B

Dimensão	ID	Designação	Pond.	Valores Esperados	Variações Aceitáveis
Acesso...	8	Utilização de consultas de planeamento familiar...	4	[60;100]	[38;60[U]100;100]
Acesso...	294	Domicílios de enfermagem...	4	[500;1500]	[150;500[U]1500;1500]
Acesso...	330	Utilização de consultas médicas...	5	[0,82;2]	[0,7;0,82[U]2;2]
Acesso...	331	Utilização de consultas de enfermagem...	5	[0,76;2]	[0,6;0,76[U]2;2]
Acesso...	335	Renovação do receituário crónico em 3 dias úteis...	2	[85;100]	[80;85[U]100;100]
Gestão da Saúde...	11	Consulta de vigilância da gravidez no 1.º trimestre...	1,2	[91;100]	[85;91[U]100;100]
Gestão da Saúde...	34	Realização de consulta em utentes com obesidade...	1,2	[72;100]	[55;72[U]100;100]
Gestão da Saúde...	45	Rastreio do cancro colo do útero...	1,2	[60;100]	[37;60[U]100;100]
Gestão da Saúde...	46	Rastreio do cancro do cólon e reto...	1,2	[65;100]	[45;65[U]100;100]
Gestão da Saúde...	54	Realização de consulta em utentes com alcoolismo...	1,2	[60;100]	[40;60[U]100;100]
Gestão da Saúde...	63	Plano Nacional de Vacinação e consulta de vigilância aos 7 anos...	1,2	[80;100]	[65;80[U]100;100]
Gestão da Saúde...	95	Plano Nacional de Vacinação e consulta de vigilância aos 14 anos...	1,2	[95;100]	[90;95[U]100;100]
Gestão da Saúde...	98	Proporção utentes com vacina tétano...	1,2	[93;100]	[80;93[U]100;100]
Gestão da Saúde...	269	Vigilância saúde infantil 2.º ano de vida...	1,2	[0,87;1]	[0,7;0,87[U]1;1]
Gestão da Saúde...	295	Realização de consultas de enfermagem durante gravidez e puerpério...	1,2	[77;100]	[51;77[U]100;100]
Gestão da Saúde...	302	Vigilância saúde infantil 1.º ano de vida...	1,2	[0,93;1]	[0,82;0,93[U]1;1]
Gestão da Saúde...	308	Ecografia morfológica na gravidez...	1,2	[80;100]	[60;80[U]100;100]
Gestão da Saúde...	310	Exames laboratoriais no 1.º trimestre da gravidez...	1,2	[0,79;1]	[0,62;0,79[U]1;1]

Gestão da Saúde...	311	Exames laboratoriais no 2.º trimestre da gravidez...	1,2	[0,54;1]	[0,4;0,54[U]1;1]
Gestão da Saúde...	312	Exames laboratoriais no 3.º trimestre da gravidez...	1,2	[0,43;1]	[0,3;0,43[U]1;1]
Gestão da Saúde...	384	Recém-nascidos cuja mãe tem registo de gravidez...	1,2	[90;100]	[80;90[U]100;100]
Gestão da Saúde...	397	Fumadores com interações breves ou muito breves...	1,2	[25;100]	[15;25[U]100;100]
Gestão da Saúde...	404	Pessoas com abstinência tabágica...	1,2	[60;10000]	[20;60[U]10000;10000]
Gestão da Saúde...	435	Utentes com vacina da gripe...	1,2	[66;100]	[62;66[U]100;100]
Gestão da Saúde...	409	Utentes sem prescrição prolongada de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos ajustada à população padrão.	1,2	[91,5;100]	[89;91,5[U]100;100]
Gestão da Doença...	20	Utentes com hipertensão com pressão arterial controlada...	1,5	[67;100]	[45;67[U]100;100]
Gestão da Doença...	23	Utentes com hipertensão com registo de risco cardiovascular...	1,5	[80;100]	[60;80[U]100;100]
Gestão da Doença...	36	Utentes com diabetes com registo de Gestão de Regime Terapêutico...	1,5	[75;100]	[60;75[U]100;100]
Gestão da Doença...	37	Utentes com diabetes com consulta de enfermagem de vigilância...	1,5	[87;100]	[70;87[U]100;100]
Gestão da Doença...	39	Utentes com diabetes com última HbA1c controlada...	1,5	[70;100]	[50;70[U]100;100]
Gestão da Doença...	49	Utentes com doença pulmonar obstrutiva crónica com espirometria...	1,5	[60;100]	[30;60[U]100;100]
Gestão da Doença...	261	Utentes com avaliação do risco de úlcera de pé...	1,5	[87;100]	[70;87[U]100;100]
Gestão da Doença...	274	Utentes com diabetes tipo 2 e indicação para insulino-terapia, a fazer terapêutica adequada.	1,5	[82;100]	[65;82[U]100;100]
Gestão da Doença...	275	Novos utentes com diabetes tipo 2 em terapêutica com metformina em monoterapia.	1,5	[70;100]	[50;70[U]100;100]
Gestão da Doença...	314	Utentes com diabetes com pressão arterial controlada...	1,5	[0;15]	[0;0[U]15;28]

Gestão da Doença...	315	Utentes com diabetes com valores controlados de colesterol LDL...	1,5	[48;100]	[33;48[U]100;100]
Gestão da Doença...	380	Utentes adultos com evidência de asma ou DPOC ou bronquite crónica, com diagnóstico registado.	1,5	[81;100]	[74;81[U]100;100]
Gestão da Doença...	436	Utentes com DPOC com consulta de vigilância...	1,5	[70;100]	[35;70[U]100;100]
Gestão da Doença...	437	Utentes com asma, com consulta de vigilância...	1,5	[49;100]	[35;49[U]100;100]
Qualificação da Prescrição	341	Prescrição de medicamentos por utente padrão...	8	[0;133]	[0;0[U]133;163]
Qualificação da Prescrição	354	Prescrição de MCDT por utente padrão...	10	[0;47]	[0;0[U]47;57]
Integração de Cuidados...	365	Internamentos evitáveis...	7	[0;480]	[0;0[U]480;620]
Integração de Cuidados...	412	Resolutividade da unidade funcional para doença aguda...	10	[60;85]	[40;60[U]85;95]

7.7. Anexo VII – Indicadores de matriz de desempenho global dos cuidados de saúde primários – UCSP e USF-B

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
1	Proporção de consultas realizadas pelo MF	Acesso Personalização
3	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	Acesso Cobertura ou Utilização
5	Proporção de consultas realizadas pelo EF	Acesso Personalização
6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
11	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
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
30	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	Gestão da Saúde Saúde do Idoso

34	Proporção obesos $\geq 14A$, c/ cons. vigil. obesid. 2A	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
36	Proporção utentes DM com registo de GRT	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
37	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
39	Proporção DM c/ última HbA1c $\leq 8,0\%$	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
45	Prop. mulheres 25-60 anos c/ rastr. c. colo út.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
46	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
49	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
53	Proporção utentes $\geq 14A$, c/ registo consumo álcool	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
54	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
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
98	Proporção utentes $\geq 25 A$, c/ vacina tétano	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
99	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
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
261	Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	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
294	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
295	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
297	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
300	Nº médio prescr. consulta fisioterapia, p/ utiliz.	Qualificação da Prescrição Prescrição MCDT

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
314	Proporção DM com PA $\geq$ 140/90 mmHg	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
315	Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
330	Índice de utilização anual de consultas médicas	Acesso Cobertura ou Utilização
331	Índice de utilização anual de consultas enferm.	Acesso Cobertura ou Utilização
335	Prop. cons. ind. receit. c/ resposta 3 dias úteis	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
339	Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	Acesso Consulta no Próprio Dia
341	Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
342	Proporção consul. méd. inic. ut. $\leq$ 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
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
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
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
354	Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	Qualificação da Prescrição Prescrição MCDT
365	Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.)	Gestão da Doença Multimorbidade e Outros Tipos de Doenças

372	Taxa de intern. por fratura do colo do fémur	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
378	Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto privado	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
380	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
382	Prop. adultos com DM, com diagn.	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
383	Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
384	Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
389	Score dimensão "serviços de carácter 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
392	IDS da dimensão "melhoria cont. qualid. e PAI"	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
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
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
398	Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
404	Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
409	Prop ute s/ prescr prolo ansio/seda/hipn (ajust)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
410	Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	Acesso Consulta no Próprio Dia
412	[Cons. dia UF inscr.] / ([cons. dia] + [urgênc.])	Acesso Consulta no Próprio Dia
414	Índice acompanham. adequado de úlceras de pressão	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
415	Índice acompanham. adequado de úlceras venosas	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças

428	Score dimensão "segurança de utentes"	Segurança Segurança de Utes
430	Score dimensão "participação do cidadão"	Centralidade no Cidadão Participação do Cidadão
436	Proporção DPOC >= 40A, c/ cons. vigil. DPOC 1A	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
437	Proporção asma >= 18A, c/ cons. vigil. asma 1A	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
439	Proporção DPOC +6M, c/ vac. gripe	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
442	Índice acompanham. adequado S. Inf. 1A - V2	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
443	Índice acompanham. adequado S. Inf. 2A - V2	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
482	Avaliação da Satisfação dos Profissionais (em construção)	
483	Avaliação da Satisfação dos Utes (em construção)	

7.8. Anexo VIII – Indicadores da matriz do desempenho global das UCC

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
62	Propor. crianças 1A, c/ aleit. mat. exclus. até 4M	Gestão da Saúde Saúde Reprodutiva
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
281	Número médio visitas domic. por utente, por mês	Acesso Distribuição da Atividade
282	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	Acesso Cobertura ou Utilização
283	Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar	Intervenção Comunitária Saúde Escolar
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
287	Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	Gestão da Doença ECCI
289	Proporção utentes c/ ganhos controlo dor - UCC	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
292	Taxa de ocupação da ECCI	Acesso Cobertura ou Utilização
293	Tempo médio de permanência em ECCI	Gestão da Doença ECCI
329	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	Gestão da Doença Doença Crónica

366	Proporção de grávidas com intervenção da UCC	Acesso Cobertura ou Utilização
367	Proporção utentes c/ ganhos controlo dor - palia.	Gestão da Doença Abordagem Paliativa
368	Proporção de crianças e jovens com interv. da UCC	Acesso Cobertura ou Utilização
369	Proporção de consultas não presenciais na UCC	Acesso Distribuição da Atividade
372	Taxa de intern. por fratura do colo do fémur	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
373	Prop. utentes c/ asma/DPOC e intervenção na UCC	Acesso Cobertura ou Utilização
374	Taxa intern. asma/DPOC entre doentes c/ asma/DPOC	Gestão da Doença Reabilitação
375	Proporção de RN de termo, de baixo peso	Gestão da Saúde Saúde Reprodutiva
376	Prop. utentes c/ ganho gestão stress prest. cuid.	Gestão da Doença Saúde Mental
377	Proporção úlceras pressão melhoradas	Gestão da Doença ECCI
387	Proporção de utentes com melhorias funcionais	Gestão da Doença Reabilitação
388	Prop. utentes c/ melhoria no controlo de sintomas	Gestão da Doença Abordagem Paliativa
389	Score dimensão "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
392	IDS da dimensão "melhoria cont. qualid. e PAI"	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
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
428	Score dimensão "segurança de utentes"	Segurança Segurança de Utentes
430	Score dimensão "participação do cidadão"	Centralidade no Cidadão Participação do Cidadão
431	Prop. comunid. educat. c/ mais conhec. saúde oral	Intervenção Comunitária Saúde Escolar
432	Prop. comunid. educ. c/ mais conhec. alimentação	Intervenção Comunitária Saúde Escolar
433	Prop. comunid. educ. c/ mais conhec. ativ. física	Intervenção Comunitária Saúde Escolar
482	Avaliação da Satisfação dos Profissionais (em construção)	
483	Avaliação da Satisfação dos Utentes (em construção)	

7.9. Anexo IX – Ponderação da matriz em função do contexto

Os diferentes contextos socioeconómicos e demográficos, bem como algumas características funcionais e/ou organizacionais das UF influenciam o desempenho assistencial das unidades funcionais. Unidades funcionais com maior carência de recursos humanos, área de abrangência com menor densidade populacional, utentes com piores condições socioeconómicas, entre outros, desenvolvem mais esforço para obter os mesmos resultados em saúde.

Neste contexto, a CTN considerou relevante a existência de uma "Matriz de Contexto Organizacional", que levou a que, durante o ano de 2021, se desenvolvesse um instrumento que permite ponderar diversas dimensões do contexto organizacional de forma a majorar o desempenho assistencial das unidades funcionais. Essa matriz foi consensualmente aprovada pela CTN, tendo sido designada como "Índice de Perturbação do Desempenho Assistencial" (IPDA).

O IPDA é um índice que valoriza diversas características de contexto das unidades funcionais (USF, UCSP e UCC), como sejam a densidade populacional, a distância ao hospital mais próximo, a percentagem de inscritos com insuficiência económica, as ausências de elementos da equipa, os rácios entre utentes e profissionais, entre outros. Materializa-se num valor que pode variar entre 0 e 100%. Quanto maior for o valor do IPDA mais adverso é o contexto de trabalho da unidade funcional.

O IPDA é constituído pelas seguintes dimensões e ponderações, também consensualizadas na CTN, durante o ano de 2021:

Dimensão	Ponderação
Dimensão da UF	5
Rácio entre Utentes e Profissionais	15
Ausências de Profissionais	30
Número de Locais de Prestação da Unidade Funcional	10
Idade da Unidade Funcional	5
Proximidade Geográfica a Outros Níveis de Cuidados	5
Densidade Populacional da Área de Abrangência da Unidade Funcional	10
Condição Socioeconómica dos Utentes	15
Nacionalidade dos Utentes	5

Conforme proposto no documento de operacionalização de 2022, essa matriz de ponderação do contexto foi disponibilizada no Sistema de Dados Mestre da ACSS (SDM), disponível em <https://sdm.min-saude.pt/> (menu [Relatórios] >> [IPDA - Índice de Perturbação do Desempenho Assistencial]), a todas as unidades funcionais e ACES de Portugal, ao longo dos anos de 2021 e 2022.

No ano de 2024, o resultado do IPDA de cada USF, UCSP e UCC será usado para majoração do IDS do Desempenho Assistencial e consequentemente dos respetivos, com a utilização da seguinte fórmula:

$$[IDS \text{ Corrigido}] = (100 - ((100 - IDS) - ((IPDA / 100)) \times (100 - IDS) \times TM / 100))$$

Em que:

IDS – Índice de Desempenho Sectorial do desempenho assistencial

IPDA – Índice de Perturbação do Contexto assistencial, conforme calculado pelo SDM

TM – Constante de majoração.

Em 2024 o valor da constante "TM" proposto é de 40, o que corresponde a uma majoração média dos IDS do desempenho assistencial calculados no mês de novembro 2022, para as USF e para as UCSP de 4,7% e para as UCC de 6,6% (em termos absolutos).

7.10. Anexo X – Correção das ponderações por inexistência de indicadores

Aplicável nas USCP e USF-B

Quando não for possível a escolha de indicadores na área da satisfação dos utentes e na área da satisfação dos profissionais, por razões de contexto ou outras não imputáveis às próprias, o valor desses indicadores é dividido proporcionalmente pelos restantes.

Aplicável nas UCC

Nas UCC 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:

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

Em que:

- IDG – valor final (ponderado) do IDG da UF;
- IDGR – Valor do IDG real obtido;
- ϑ – 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.

7.11. Anexo XI – Regras da matriz de indicadores dos cuidados de saúde primários – UCSP, UCC

Todos os indicadores, antes de poderem ser calculados, têm um bilhete de identidade publicado em <https://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, caso seja decorrente de registos clínicos.

Os indicadores disponíveis na matriz dos indicadores estão disponíveis no SIARS e BI-CSP.