CONTRATO PROGRAMA PARA OS AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE

Entre:

A **ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, INSTITUTO PÚBLICO,** doravante designado de "ARS", representada pelo seu Presidente, Dr. Rui Gentil de Portugal e Vasconcelos Fernandes, com poderes para outorgar o acto;

E

O **AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DA PENÍNSULA DE SETÚBA I – ALMADA,** doravante designado de "ACES", neste acto representado pelo seu Director Executivo Dr. Luis Ferreira Marquês;

Foi celebrado o presente contrato com as cláusulas, anexo e apêndice seguintes:

DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 1ª

Objecto

1. O presente contrato-programa tem por objecto a definição dos objectivos do ACES para o triénio 2010-2012, de acordo com a prestação de serviços e cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica, no âmbito da sua intervenção:
   a) Comunitário e de base populacional;
   b) Personalizado com base na livre escolha do médico de família pelos utentes;
   c) Do exercício de funções de autoridade de saúde.
2. O Anexo I a este contrato define os compromissos entre ambas as partes para o ano 2010, e será revisto anualmente.

Cláusula 2ª

Princípios gerais

1. Os ACES são serviços desconcentrados, com autonomia administrativa, da respectiva ARS, estando sujeitos ao seu poder de direcção.
2. O ACES fica responsável pelas prestações de saúde relativas aos utentes residentes na sua área geográfica de influência, de acordo com o estabelecido na portaria da sua criação, nos

termos do presente contrato.

3. Para fins de saúde comunitária e de apoio domiciliário, são abrangidas por este contrato as pessoas residentes na respectiva área geográfica do ACES e aquelas que, temporariamente, se encontrem a viver na área geográfica do ACES.

4. Para fins de cuidados personalizados, podem inscrever-se como utentes todos os cidadãos.

5. Os residentes na respectiva área geográfica têm prioridade na inscrição no ACES, havendo carência de recursos.

6. O presente contrato-programa baseia-se em princípios de qualidade na prestação de cuidados de saúde e no cumprimento de metas a alcançar de acordo com os recursos disponíveis.

7. O presente contrato-programa deve promover os níveis de eficiência das unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

8. O ACES compromete-se a estabelecer como prioridade de gestão a realização de uma eficiente política de contratualização interna com o objectivo de maximizar a capacidade instalada nas unidades funcionais que o integram.

9. O ACES compromete-se a implementar as prioridades definidas nos Planos Nacional e Regional de Saúde, considerando as necessidades locais em saúde e prioridades definidas em sede de Plano de Desempenho.

10. O ACES obriga-se a publicitar os planos plurianuais e anuais de actividades e os respectivos relatórios de actividades.

Cláusula 3ª

Plano de desempenho

1. O presente contrato-programa tem em vista dar execução ao Plano de Desempenho Anual, no qual é caracterizada a actividade a desenvolver, são definidas as prioridades assistenciais e são explicitados os recursos materiais, humanos e financeiros que o ACES terá ao dispor para cumprir a sua missão assistencial.
2. O nível de cumprimento do contrato-programa pelo ACES é condicionado pela existência dos recursos negociados no Plano de Desempenho, da responsabilidade da respectiva ARS, nomeadamente, recursos humanos, equipamentos e plano de investimento.

Cláusula 4ª

Obrigações principais

1. O ACES obriga-se a assegurar a prestação de cuidados de saúde primários, no âmbito da sua

área geográfica, através das unidades que o integram, designadamente:

a) Unidades de Saúde Familiares;
b) Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados;
c) Unidades de Cuidados na Comunidade;
d) Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados;
e) Unidade de Saúde Pública.

2. Os objectivos que o ACES deverá cumprir traduzem-se em Indicadores de Eixo Nacional, Regional e Local, encontrando-se discriminados no Apêndice I do Anexo I.

3. O ACES assume o compromisso de alcançar as metas definidas para cada um dos indicadores constantes no referido apêndice, devendo para tal organizar a prestação de cuidados pelas várias unidades funcionais.

4. Para cumprimento das obrigações previstas nos números anteriores, compete ao ACES definir internamente os processos e medidas adequadas ao cumprimento dos objectivos assumidos, no respeito das melhores práticas de gestão e dos princípios da equidade e da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde.

5. O ACES deve possuir uma estrutura contabilística que funcione como centro de produção e de custos, por patamares, desde o nível mais elementar de cada uma das unidades funcionais.

Cláusula 5ª

Contratualização Interna

O ACES obriga-se a desenvolver um processo de contratualização interna com as suas unidades funcionais, devendo para tal:

a) Aplicar objectivos e indicadores alinhados com a estratégia do ACES e da ARS;
b) Cumprir o calendário anual de contratualização interna, monitorização e acompanhamento;
c) Formalizar o processo de contratualização interna através da assinatura de Cartas de Compromisso;
d) Aplicar um processo regular de comunicação de informação, possibilitando numa primeira fase a contestação dos dados e numa segunda fase a publicitação dos mesmos;
e) Aplicar o plano de incentivos/investimentos de acordo com cumprimento de indicadores pelas unidades.

Cláusula 6ª

Governação Clínica

Ao ACES, através das unidades funcionais e acompanhamento do Conselho Clínico, compete atingir os seguintes objectivos na área da governação clínica:

a) Centrar a prestação de cuidados de saúde no utente, de forma transparente e responsável, procurando a partilha da decisão clínica entre prestador-utente;
b) Prestar cuidados de saúde baseados na evidência através de protocolos e recomendações clínicas orientadas para a maximização da qualidade e satisfação individual do utente;
c) Garantir que a prestação de cuidados considere aspectos de eficácia, eficiência e segurança, reflectindo a maximização de recursos e obtenção de ganhos em saúde;
d) Apoiar os profissionais de saúde na prestação de cuidados de qualidade;
e) Participar e promover o ensino pré e pós-graduado e actividades de formação dos profissionais de saúde, designadamente do domínio da gestão clínica, tendo em consideração as necessidades de saúde da comunidade;
f) Promover a transmissão de informação clínica entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, de modo a favorecer a continuidade e a qualidade de cuidados.

Cláusula 7ª

Direitos e deveres dos utentes

1. O ACES obriga-se a divulgar a carta dos direitos e deveres do utente e ter um manual de acolhimento actualizado, que disponibilizará a todos os utentes, e a cujas regras o ACES dá cumprimento.
2. O manual de acolhimento deverá ser revisto periodicamente, tendo em vista, designadamente, a sua adequação às orientações que resultem das respostas aos inquéritos de satisfação.
3. O ACES disponibilizará, de modo acessível aos utentes, o livro de reclamações, bem como os formulários que sejam obrigatórios no contexto das actividades de regulação no sector da saúde.
4. O ACES obriga-se, através do gabinete do cidadão, a responder às queixas, sugestões ou reclamações dos utentes no prazo máximo de 15 dias.

Cláusula 8ª

Qualidade dos serviços

1. No exercício da sua actividade, o ACES fica obrigado a assegurar elevados parâmetros de qualidade dos serviços de saúde prestados, quer no que respeita aos meios e processos utilizados quer no que respeita aos resultados.

2. O ACES fica obrigado, designadamente, a:

a) Aplicar um sistema de gestão da qualidade, como ferramenta fundamental da gestão da unidade de saúde, com o objectivo de promover as acções tendentes à melhoria contínua da qualidade assistencial, segurança do utente e satisfação dos profissionais;

b) Implementar um programa de monitorização e avaliação de indicadores de resultados da actividade assistencial;

c) Atingir os objectivos definidos no Apêndice I do Anexo I, do presente contrato-programa;

d) Aderir/manter um processo de acreditação que inclua os serviços clínicos, os serviços de apoio clínico e os serviços administrativos, logísticos e de apoio geral;

e) Estabelecer normas e procedimentos de governação clínica, promotores de elevados padrões de qualidade da prática clínica e, bem assim, da redução do erro clínico.

3. O ACES obriga-se a assegurar que quaisquer terceiras entidades que venham a participar no exercício das actividades que constituem o objecto do contrato-programa, seja a que título for, dêem cumprimento às obrigações inerentes aos padrões e sistema de gestão da qualidade.

4. O ACES obriga-se a entregar à ARS, anualmente, um relatório sobre o sistema de gestão da qualidade, propondo as alterações que se mostrem adequadas a assegurar a melhoria contínua da eficácia do sistema de gestão da qualidade.

Cláusula 9ª

Prestação integrada de cuidados de saúde

1. O ACES deve assegurar a prestação dos cuidados de saúde primários, considerando a referenciação para outros níveis de cuidados sempre que tal for adequado, dada a sua capacidade para gerir o estado de saúde dos utentes, garantindo desta forma a prestação dos cuidados no nível mais adequado e efectivo.

2. O ACES compromete-se a:

a) Optimizar a utilização dos recursos disponíveis, assistindo os utentes nos seus níveis de prestação, reservando o acesso aos cuidados secundários, em especial, ao Serviço de Urgência, para as situações que exijam este grau de intervenção;

b) Promover a acessibilidade dos utentes no seu nível de prestação de cuidados, facilitando a referenciação inter-institucional dos utentes;

c) Assegurar a coordenação do acompanhamento dos utentes que necessitem de cuidados noutros níveis, designadamente cuidados continuados e cuidados hospitalares;

d) Garantir a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes através da implementação do processo clínico electrónico.

3. O ACES compromete-se, naquilo que dele dependa, a garantir a correcta e a adequada articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, nos termos da lei e das orientações fixadas pelo Ministério da Saúde, nomeadamente:

a) Promover o ingresso do utente na Rede Nacional dos Cuidados Integrados e proceder à sua referenciação para admissão na mesma;
b) Promover o ingresso do utente na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em conformidade com os requisitos aplicáveis em cada momento e de acordo com a lei e com os critérios fixados pelo Ministério da Saúde, através da Equipa Coordenadora Local tendo em consideração a situação clínica do utente;
c) Prestar cuidados de saúde nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados, criadas no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integradas em Unidades de Cuidados na Comunidade sempre que o ACES contemple esta estrutura funcional.

4. O ACES articula-se com os restantes estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, cabendo à ARS determinar as regras específicas de fluxos de utentes e de articulação dos vários níveis de cuidados – redes de referenciação, bem como intervir junto dos restantes estabelecimentos de saúde com vista a garantir o cumprimento das regras definidas.

5. O ACES assegura a transferência ou a referenciação de utentes, sendo-lhes imputados os custos de transporte associados, para instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde, sempre que conclua pela insuficiência dos recursos humanos ou materiais existentes para dar resposta adequada e em tempo útil à situação clínica do utente. Para o efeito deverão ser cumpridas as orientações vigentes relativas ao transporte de doentes.

Cláusula 10ª

Programas de promoção do acesso

1. O ACES, em estreita articulação com a ARS, responsabiliza-se pela implementação do sistema integrado de referenciação e de gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar (Consulta a Tempo e Horas – CTH) nos termos da regulamentação aplicável no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

2. O ACES compromete-se a implementar e cumprir os Tempos Máximos de Resposta Garantidos para o acesso aos cuidados de saúde, sem prejuízo de outros programas que

prevejam tempos de acesso mais céleres. No caso dos Cuidados de Saúde Primários:

a) Cuidados prestados no centro de saúde a pedido do utente:

Motivo relacionado com doença aguda - atendimento no próprio dia.

Motivo não relacionado com doença aguda – até 15 dias úteis a partir da data do pedido.

b) Necessidades expressas a serem resolvidas de forma indirecta:

Renovação de medicação em caso de doença crónica - setenta e duas horas após a entrega do pedido.

Relatórios, cartas de referenciação, orientações e outros documentos escritos (na sequência de consulta médica ou de enfermagem) - setenta e duas horas após a entrega do pedido.

c) Consultas programadas pelos profissionais – sem tempo máximo de resposta geral aplicável; dependente da periodicidade definida nos programas nacionais de saúde e ou avaliação do clínico.

3. O ACES, em articulação com a ARS, compromete-se a assegurar o eficaz funcionamento do sistema de agendamento electrónico (eAgenda).

4. Sempre que ocorra alteração na disponibilidade de médicos de medicina geral e familiar, e de acordo com os recursos disponíveis, o ACES obriga-se a afectar os utentes a um novo médico de família no período máximo de um mês.

Cláusula 11ª

Recursos humanos

1. A política de recursos humanos do ACES deve-se constituir como um instrumento de ajustamento dos recursos disponíveis às necessidades da população devendo, entre outros, promover a cobertura integral de cuidados de saúde primários e a adequação eficiente dos recursos existentes ao perfil assistencial do ACES, recorrendo, se tal se mostrar necessário, à mobilidade interna de efectivos.

2. A ARS, face aos recursos disponíveis, assegura a cada ACES os recursos humanos negociados no Plano de Desempenho.

3. O ACES garante a aplicação dos mecanismos de avaliação dos profissionais nos termos da lei.

Cláusula 12ª

Qualidade de registos

1. O ACES deverá fazer um registo rigoroso da sua actividade assistencial ao nível

administrativo e clínico.

2. O ACES deverá actualizar permanentemente a sua lista de utentes inscritos.

3. O ACES está obrigado a identificar os utentes do Serviço Nacional de Saúde devendo ainda identificar e determinar a entidade responsável pelo pagamento dos serviços prestados a cada utente, designadamente os terceiros legal ou contratualmente responsáveis, em todas as situações em que estes sejam susceptíveis de ser responsabilizados.

4. A actividade assistencial desenvolvida em regime de ambulatório nos cuidados primários deve ser sempre especificada de acordo com as classificações adoptadas no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente, *Internacional Classification for Primary Care Version 2-Electronic* (ICPC-2-E) e Classificação Internacional de Prática de Enfermagem (CIPE – versão 2), cabendo à Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), notificar a ARS, em cada ano, das versões de codificação e de agrupamento em vigor, à excepção da Tabela de Preços do SNS publicada em Diário da República.

5. A não codificação da actividade desenvolvida nos termos do número anterior ou a existência de taxas de erro significativas na codificação efectuada são objecto de avaliação através da realização de auditorias à codificação, sendo monitorizadas pela aplicação de indicadores definidos para o efeito.

Cláusula 13ª

Apoio técnico

1. A ARS prestará o apoio técnico considerado necessário pelo ACES para a sua gestão, disponibilizando, na medida do possível, recursos humanos e materiais e emitindo as orientações genéricas no contexto da ARS.

2. A ARS obriga-se a estabelecer sistemas e tecnologias de informação adequados ao desenvolvimento da actividade do ACES, tendo especialmente em vista:

a) Optimizar a prestação de cuidados aos utentes pelo registo da informação clínica em suporte informático, em todos os estabelecimentos que constituem o ACES;

b) Melhorar a qualidade do acolhimento e atendimento dos utentes;

c) Promover o registo integral dos dados de identificação dos utentes, pela disponibilização do acesso ao Registo Nacional de utentes e disponibilização de equipamentos que permitam a leitura óptica do Cartão do Cidadão e Cartão de utente;

d) Registar de forma exaustiva as actividades executadas, quer na vertente assistencial quer nas vertentes económica e financeira;

3. A ARS e a ACSS têm o direito de auditar todos e quaisquer aspectos relacionados com os sistemas de informação, designadamente a estrutura e o conteúdo dos meios técnicos e

informáticos utilizados e os procedimentos envolvidos na recolha, registo, tratamento e transmissão de informação, tendo em vista verificar a veracidade, consistência e fiabilidade da informação registada e transmitida.

Cláusula 14ª

Formação e investigação

Com vista à melhoria da oferta dos serviços de saúde prestados e dos próprios profissionais de saúde, o ACES compromete-se a desenvolver actividades de formação e de investigação. Para tal, deverão ser definidos os modelos de interligação entre o exercício clínico e as actividades de formação e de investigação no domínio do ensino dos profissionais de saúde.

Cláusula 15ª

Prescrição de produtos farmacêuticos e MCDT

1. O ACES obriga-se a implementar medidas baseadas na evidência para a prescrição custo-efectiva de produtos farmacêuticos e medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), através de protocolos e recomendações clínicas, reflectindo a maximização de recursos e obtenção de ganhos em saúde;
2. Os custos com a prescrição de medicamentos e de MCDT, são considerados para efeitos do incentivo a aplicar no plano de investimentos do ACES no ano subsequente ao contrato em vigor, nos termos do Anexo I ao presente contrato.

Cláusula 16ª

Avaliação de desempenho

1. O ACES compromete-se a cumprir as metas de recursos explicitadas no Apêndice I do Anexo I, destinadas a aumentar a eficiência na utilização dos mesmos e a promover níveis de eficiência mais elevados.
2. O ACES deve proceder ainda à recolha de um conjunto de outros indicadores de desempenho, nomeadamente os constantes do Apêndice I, que virão progressivamente a constituir-se como eventuais referências para a fixação de objectivos.
3. Este sistema de indicadores deverá constituir-se como um referencial, que permita a posterior consolidação com as diferentes ARS e a sua divulgação pública pelo Ministério da Saúde.

Cláusula 17ª

Alteração das circunstâncias

Em caso de desactualização das metas definidas no presente contrato pela alteração anormal e imprevisível de circunstâncias que determinaram os termos do presente contrato, ou pelas consequências derivadas daquela alteração, as partes contratantes assumem o compromisso de rever os referidos termos.

Cláusula 18ª

Acompanhamento da execução do contrato e obrigações específicas de reporte

1. O ACES deve aplicar internamente ferramentas que sustentem a correcta e integral monitorização das obrigações definidas no presente contrato e instituir os procedimentos necessários ao processo de auto-avaliação e de reporte de informação à ARS e ACSS.
2. A metodologia de avaliação e controlo obedece a uma determinada periodicidade e características a fixar em sede de acompanhamento da execução do Contrato-Programa.
3. A periodicidade de reporte de informação é em regra mensal, exceptuando-se os casos especificamente previstos.

Celebrado aos 31 dias do mês de Maio, de 2010.

PRIMEIRO AUTORGANTE

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP

RUI PORTUGAL
Presidente do Conselho Directivo
ARSLVT, I.P.

SEGUNDO AUTORGANTE

Agrupamento de Centros de Saúde de Almada

ANEXO I

Cláusulas Específicas Para o Ano 2010

Cláusula 1ª

Metas Contratualizadas

O ACES obriga-se a assegurar a realização das metas contratualizadas para cada um dos indicadores constantes no Apêndice I do presente Anexo.

Cláusula 2ª

Cálculo do valor do incentivo

1. O incentivo a alocar pela ARS ao ACES depende do cumprimento dos indicadores descritos no Apêndice I e da redução dos encargos do SNS com medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) prescritos pelo ACES.
2. O valor potencial de incentivo é calculado através da redução dos encargos financeiros do SNS com medicamentos cedidos em farmácia de oficina e MCDT, de acordo com a seguinte fórmula:

   se $Medt < Medt\text{-}1 \Rightarrow 0{,}8\ (Medt\text{-}1\text{-}Medt)$

em que:

Medt-1 - Despesa incorrida pelo Estado relativa a comparticipações financeiras na aquisição de produtos farmacêuticos distribuídos em farmácias de oficina e MCDT facturados, para o período compreendido entre 01 de Janeiro e 31 de Dezembro do ano t-1;

Medt - Despesa incorrida pelo Estado relativa a comparticipações financeiras na aquisição de produtos farmacêuticos distribuídos em farmácias de oficina e MCDT facturados para o período compreendido entre 01 de Janeiro e 31 de Dezembro do ano t;

t-1 - Ano anterior ao do contrato-programa;

t - Ano referente ao contrato-programa.

3. O valor efectivo de incentivo a alocar pela ARS é calculado pelo produto entre o valor potencial de incentivo e o grau de cumprimento dos indicadores descritos no Apêndice I, de acordo com metodologia a definir em sede de acompanhamento da execução do contrato-programa.
4. Sempre que não seja possível medir um ou mais dos indicadores previstos no Apêndice I, o referido indicador não é considerado para efeitos da aplicação do referido Apêndice, devendo ser distribuído *pro rata* o respectivo peso relativo pelos restantes indicadores.
5. O valor efectivo de incentivo alocado no plano de investimentos do ACES no ano subsequente ao presente contrato.

APÊNDICE I

Indicadores

Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários - ACES XIII - Almada	Peso relativo	Peso Relativo %	Metas
Objectivos Nacionais de CSP - Eixo Nacional	**60%**		
Taxa de utilização global de consultas médicas		8%	60%
Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar		8%	30%
Permilagem de recém-nascidos, de termo, com baixo peso (1.000 nados-vivos)		7%	24
Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias		8%	70%
Percentagem de utentes com PN Vacinação actualizado aos 13 anos		8%	95%
Percentagem de inscritos entre os 50-74 anos com rastreio de cancro colo-rectal efectuado		7%	20%
Incidência de amputações em diabéticos na população residente (10.000 residentes)		6%	2,3
Incidência de acidentes vasculares cerebrais na população residente (10.000 residentes)		6%	30,0
Consumo de medicamentos ansioliticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos no mercado do SNS em ambulatório (Dose Diária Definida/1000 habitantes)		6%	112
Nº de episódios agudos que deram origem a codificação de episódio (ICPC2)/ nº total de episódios		6%	NA
Percentagem de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos		6%	NA
Percentagem de consumo de medicamentos genéricos em embalagens, no total de embalagens de medicamentos		8%	27%
Custo médio de medicamentos facturados por utilizador		8%	202 €
Custo médio de MCDT facturados por utilizador		8%	74 €
		100%	
Objectivos Nacionais de CSP - Eixo Regional	**20%**		
Percentagem de mulheres entre os 25-64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos)		30%	25%
Percentagem de mulheres entre os 50-69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos		30%	35%
Taxa de referenciação CTH por inscritos		10%	8%
Percentagem de consumo de quinolonas no consumo total de antibióticos em ambulatório		30%	11%
		100%	
Objectivos Nacionais de CSP - Eixo Local	**20%**		
5.7 - Percentagem de diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano		50%	70%
6.9 M – Percentagem de 1ªas consultas no 1º trimestre de gravidez		50%	80%
		100%	