

## CONTRATO PROGRAMA PARA OS AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE

Entre:

A **ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, INSTITUTO PÚBLICO** representada pelo seu Presidente, Luís Manuel Cunha Ribeiro, com poderes para outorgar o ato, doravante designada de “ARS”;

E

O **AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE ARCO RIBEIRINHO**, neste ato representado pelo Diretor Executivo, Paulo Jorge Espiga Alexandre, doravante designado de “ACES”.

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

### DISPOSIÇÕES GERAIS

#### Cláusula 1ª

##### Objeto

1. O presente contrato-programa tem por objeto a definição dos objetivos do ACES para o triénio 2013-2015, 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 2013, e será revisto anualmente.

#### Cláusula 2ª

##### Princípios gerais

1. Os ACES são serviços desconcentrados, com autonomia administrativa, da respetiva ARS, estando sujeitos ao seu poder de direção.
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 respetiva 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 respetiva 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 objetivo 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 anual do ACES.
10. O ACES obriga-se a publicitar os planos plurianuais e anuais de atividades e os respetivos relatórios de atividades.

### Cláusula 3ª

## Plano de desempenho

1. O presente contrato-programa tem em vista dar execução ao Plano de Desempenho Anual do ACES, no qual é caracterizada a atividade 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. A disponibilização ao ACES dos recursos negociados com a ARS no âmbito do Plano de Desempenho anual, nomeadamente, recursos humanos, equipamentos e plano de investimento, é um fator determinante para garantir um elevado nível de cumprimento do contrato-programa por parte do ACES.

#### 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 Familiar;
  - 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 objetivos 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 objetivos 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 reflita a sua realidade organizacional e 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

1. O ACES obriga-se a desenvolver um processo de contratualização interna com as suas unidades funcionais, devendo para tal:
  - a) Aplicar objetivos e indicadores alinhados com a estratégia do ACES e da ARS onde se insere;
  - b) Cumprir o calendário anual de contratualização interna, nas suas fases de negociação, monitorização/acompanhamento e avaliação;
  - 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.
2. O processo de contratualização interna referido no número anterior está alinhado com o processo de contratualização externa que é estabelecido entre o ACES e a ARS respetiva.

#### Cláusula 6ª

##### **Governança Clínica**

Ao ACES, através das unidades funcionais e do acompanhamento do Conselho Clínico e de Saúde, compete atingir os seguintes objetivos na área da governança 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 científica, através de protocolos e recomendações clínicas orientadas para a maximização da qualidade e satisfação individual do utente;
- c) Garantir que a prestação de cuidados considera aspetos de eficácia, eficiência e segurança, refletindo 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 atividades 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 atualizado, 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 atividades de regulação no setor 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 atividade, 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 objetivo de promover as ações 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 atividade assistencial;
  - c) Atingir os objetivos 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 atividades que constituem o objeto 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 de cuidados mais adequado e efetivo.
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 eletrónico.
3. O ACES compromete-se, naquilo que dele dependa, a garantir a correta 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 de Cuidados Continuados 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-lhe imputados os custos de transporte associados (nos termos da legislação vigente), 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.

#### 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 nas Unidades Funcionais do ACES 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;
  - d) Consulta no domicílio a pedido do utente.- vinte e quatro horas se a justificação do pedido for aceite pelo profissional
3. O ACES, em articulação com a ARS, compromete-se a assegurar o eficaz funcionamento do sistema de agendamento eletrónico (e-Agenda).
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 afetar os utentes a um novo



médico de família no período máximo de um mês, desde que exista disponibilidade de médicos para esse efeito.

#### Cláusula 11<sup>a</sup>

##### **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 efetivos.
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 12<sup>a</sup>

##### **Orçamento Económico dos ACES**

1. Os ACES negociam com as ARS o seu orçamento económico anual, em cumprimento dos princípios de boa gestão financeira das ARS e da natureza do ACES enquanto serviços de saúde com autonomia administrativa.
2. A execução do orçamento económico referido no número anterior deverá ser acompanhada pela ARS e pelo próprio ACES, analisando mensalmente e de forma criteriosa as variações das principais rubricas de custos (face ao período homólogo e face ao orçamentado), identificando as causas dessas variações e adotando as medidas preventivas ou corretivas que contribuam para um efetivo controlo sobre o crescimento dos custos do ACES e, consequentemente da ARS em que este se integra.

#### Cláusula 13<sup>a</sup>

##### **Qualidade de registos**

1. O ACES deverá fazer um registo rigoroso da sua atividade, ao nível administrativo e clínico.
2. O ACES deverá atualizar 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 suscetíveis de ser responsabilizados.

4. A atividade assistencial desenvolvida em regime de ambulatório nos cuidados primários deve ser sempre especificada de acordo com as classificações adotadas 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 exceção da Tabela de Preços do SNS publicada em Diário da República.
5. A não codificação da atividade desenvolvida nos termos do número anterior ou a existência de taxas de erro significativas na codificação efetuada são objeto de avaliação através da realização de auditorias à codificação, sendo monitorizadas pela aplicação de indicadores definidos para o efeito.

#### Cláusula 14<sup>a</sup>

##### **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 atividade 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 atividades 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 aspetos 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 15<sup>a</sup>

##### **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 atividades de formação e de investigação. Para tal, deverão ser definidos os modelos de interligação entre o exercício clínico e as atividades de formação e de investigação no domínio do ensino dos profissionais de saúde.

#### Cláusula 16<sup>a</sup>

##### **Prescrição de produtos farmacêuticos e MCDT**

1. O ACES obriga-se a implementar medidas baseadas na evidência para a prescrição custo-efetiva de produtos farmacêuticos e medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), através de protocolos e recomendações clínicas, refletindo 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 17<sup>a</sup>

##### **Avaliação de desempenho**

1. O ACES compromete-se a cumprir as metas explicitadas no Apêndice I do Anexo I, destinadas a aumentar a eficiência na utilização dos recursos e a promover níveis de eficiência mais elevados.
2. O ACES deve proceder ainda à monitorização de um conjunto de outros indicadores de desempenho, aprovados para monitorização da atividade nos cuidados de saúde primários, que virão progressivamente a constituir-se como eventuais referências para a fixação de objetivos.
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.
4. O ACES deve elaborar um Relatório de Atividades focalizado no compromisso assistencial contratualizado com a ARS (a nível externo) e com as Unidades Funcionais que o compõem (a nível interno).
5. O Relatório referido no número anterior deverá ser enviado à ARS até ao dia 31 de março do ano seguinte.

## Cláusula 18ª

### **Alteração das circunstâncias**

Em caso de desatualização 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 19ª

### **Acompanhamento da execução do contrato e obrigações específicas de reporte**

1. O ACES deve aplicar internamente ferramentas que sustentem a correta 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, excetuando-se os casos especificamente previstos.

Celebrado aos 24 dias do mês de junho, de 2013.

### PRIMEIRO AUTORGANTE

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



LUÍS CUNHA RIBEIRO  
Presidente do Conselho Directivo

ARSLVT, I.P.

### SEGUNDO AUTORGANTE

Agrupamento de Centros de Saúde Arco Ribeirinho





## ANEXO I

### Cláusulas Específicas para o Ano 2013

#### Cláusula 1ª

##### Metas Contratualizadas

1. O ACES obriga-se a assegurar a realização das metas contratualizadas para cada um dos indicadores do apêndice I do presente Anexo.
2. O ACES obriga-se a monitorizar cada um dos restantes indicadores aprovados para monitorização da atividade nos cuidados de saúde primários.

#### Cláusula 2ª

##### Cálculo do Valor do Incentivo

1. O valor potencial de incentivo a alocar aos ACES 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  $Med_t < 0,95 \times Med_{t-1} \Rightarrow [\text{Incentivo potencial}] = 0,10 \times (Med_{t-1} - Med_t)$

Se  $Med_t \geq 0,95 \times Med_{t-1} \Rightarrow [\text{Incentivo potencial}] = 0$

Se  $[\text{Valor per capita da poupança nos custos de medicamentos e MCDT alcançada a nível regional}] \times [\text{nº de inscritos no ACES}] < [\text{Incentivo potencial}] \Rightarrow [\text{Incentivo potencial}] = [\text{Valor per capita da poupança nos custos de medicamentos e MCDT alcançada a nível regional}] \times [\text{nº de inscritos no ACES}]$

em que:

**Med<sub>t-1</sub>** - Despesa incorrida pelo Estado relativa a comparticipações financeiras na aquisição de produtos farmacêuticos distribuídos em farmácias de oficina e MCDT faturados, para o período compreendido entre 01 de Janeiro e 31 de Dezembro do ano t-1;

**Med<sub>t</sub>** - Despesa incorrida pelo Estado relativa a comparticipações financeiras na aquisição de produtos farmacêuticos distribuídos em farmácias de oficina e MCDT faturados 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.

**Encargos financeiros do SNS com medicamentos cedidos em farmácias de oficina no ano t** - numerador do indicador 7.6 d5 (Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador, baseado no valor participado pelo SNS), calculado para 31 de dezembro do ano t, para o ACES respetivo.

**Encargos financeiros do SNS com medicamentos cedidos em farmácias de oficina no ano t-1** - numerador do indicador 7.6 d5 (Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador, baseado no valor participado pelo SNS), calculado para 31 de dezembro do ano t-1, para o ACES respetivo, corrigido pela relação entre o número de utilizadores no ano t e no ano t-1. O número de utilizadores no ano t e no ano t-1 é o valor do denominador do indicador 7.6d5 retirado do SIM@SNS ou do SIARS para o ACES respetivo, a 31 de dezembro do ano em questão.

**Encargos financeiros na aquisição MCDT no ano t** - numerador do indicador 7.7 d1 (Custo médio de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS, baseado no preço convencionado), calculado para 31 de dezembro do ano t, para o ACES respetivo.

**Encargos financeiros na aquisição de MCDT no ano t-1** - numerador do indicador 7.7 d1 (Custo médio de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS, baseado no preço convencionado), calculado para 31 de dezembro do ano t, para o ACES respetivo, corrigido pela relação entre o número de utilizadores no ano t e no ano t-1. O número de utilizadores no ano t e no ano t-1 é o valor do denominador do indicador 7.7 d1 retirado do SIM@SNS para o ACES respetivo, a 31 de dezembro do ano em questão.

2. O valor efetivo de incentivo institucional a atribuir é determinado pela seguinte fórmula:

$$[\text{Incentivo a atribuir}] = [\text{IDG}] \times [\text{Incentivo potencial}]$$

Em que:

**IDG** – Corresponde ao Índice de Desempenho Global do ACES, conforme especificado na cláusula 3ª.

3. O valor efetivo de incentivo institucional é alocado no plano de investimentos do ACES no ano subsequente ao do presente contrato.

#### Cláusula 3ª

##### Índice de Desempenho Global

1. O Índice de Desempenho Global resulta do somatório das Ponderações do Grau de Cumprimento Ajustado do Indicador, sendo este resultado do produto entre o Peso Relativo de cada indicador e o Grau de Cumprimento Ajustado do Indicador;

- a. Se o [IDG] < 75% [IDG] = 0%;
  - b. Se o [IDG] > 100% [IDG] = 100%;
  - c. Se o [IDG] [75%; 100%] [IDG] = [IDG]
2. O Grau de Cumprimento Ajustado do Indicador (GCAI) resulta da aplicação dos seguintes critérios:
- a. Indicadores com ID 6, 27, 28, 29, 68 e 69:
    - i. Se o [GCIRM] < 95% [GCAI] = 0%;
    - ii. Se o [GCIRM] ≥ 105% [GCAI] = 105%;
    - iii. Se o [GCIRM] [95%; 105%] [GCAI] = [GCIRM]
  - b. Restantes Indicadores:
    - i. Se o [GCIRM] < 90% [GCAI] = 0%;
    - ii. Se o [GCIRM] ≥ 110% [GCAI] = 110%;
    - iii. Se o [GCIRM] [90%; 110%] [GCAI] = [GCIRM]
3. O Grau de Cumprimento do indicador em relação à meta contratualizada (GCIRM), determina-se da seguinte forma:
- a. Para os indicadores do tipo [quanto maior o resultado, melhor o desempenho], aplica-se a seguinte fórmula:  $[GCIRM] = [\text{resultado}] / [\text{meta}] \times 100$ ;
  - b. Para os indicadores do tipo [quanto maior o resultado, pior o desempenho], aplica-se a seguinte fórmula:  $[GCIRM] = ([\text{meta}] - [\text{resultado}] ) / [\text{meta}] \times 100 + 100$ ;
  - c. Para os indicadores do tipo [quanto mais próximo da meta, melhor o desempenho] (indicadores com ID 1, 5 e 7), em que a meta contratualizada é **inferior** 50%, aplica-se a seguinte fórmula:  

$$[GCIRM] = - 0,25 \times | ([\text{meta}] - [\text{resultado}] ) | / [\text{meta}] \times 100 + 100$$
;
  - d. Para os indicadores do tipo [quanto mais próximo da meta, melhor o desempenho] (indicadores com ID 1, 5 e 7), em que a meta contratualizada é **superior** ou igual a 50%, aplica-se a seguinte fórmula:  

$$[GCIRM] = - 0,25 \times | ([\text{meta}] - [\text{resultado}] ) | / ( 100 - [\text{meta}] ) \times 100 + 100$$
.
4. Sempre que não seja possível contratualizar ou medir um ou mais dos indicadores previstos no Anexo I, o referido indicador não é considerado para efeitos de cálculo do IDG, devendo ser distribuído *pro rata* o respetivo peso relativo pelos restantes indicadores.



## APÊNDICE I

### INDICADORES DE CONTRATUALIZAÇÃO

Objetivos de Cuidados de Saúde Primários				
Código SIARS	Designação do Indicador	Peso Relativo do Eixo	Peso Relativo do Indicador	Meta

Eixo Nacional		75%		
2013.006.V1	Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	5,43%	85%	
2013.004.V1	Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	4,35%	108,0%	
2013.066.V1	Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos	6,52%	46%	
2013.047.V1	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	4,35%	37%	
2013.074.V1	Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2	6,52%	82%	
GDH	Taxa de internamentos por doença cerebro-vascular, entre residentes com menos de 65 anos	3,26%	9,00	
2013.052.V1	Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	6,52%	28%	
GDH	Proporção de recém-nascidos de termo, de baixo peso	1,63%	2,40%	
2013.064.V1	Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11; 14[ anos e PNV totalmente cumprido até ao 14º aniversário	2,72%	43%	
GDH	Incidência de amputações maior de membro inferior em utentes com diabetes, entre utentes residentes	3,26%	0,44	
2013.056.V1	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	4,35%	75%	
--	Percentagem de utilizadores satisfeitos ou muito satisfeitos	-	-	
2013.068.V1	Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	17,39%	132,51€	
2013.069.V1	Despesa média de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	8,70%	57,71€	

Eixo Regional		17%		
2013.044.V1	Proporção de mulheres entre [50; 70[ anos, com mamografia registada nos últimos dois anos	2,83%	48%	
2013.046.V1	Proporção de inscritos com idade entre [50; 75[ anos, com rastreio de cancro do colon e reto efetuado	2,83%	23%	
2013.045.V1	Proporção de mulheres entre [25; 60[ anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos	8,50%	36%	
2013.096.V1	Rácio entre a despesa faturada com inibidores DPP-4 e a faturada com antidiabéticos orais, em doentes com diabetes mellitus tipo 2	2,83%	70%	

Eixo Local		8%		
2013.019.V1	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de pressão arterial em cada semestre	1,33%	60%	
2013.016.V1	Proporção de crianças com pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 1.º ano de vida	6,67%	32%	
		8%		