



AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE

PROPOSTA DE PLANO DE DESEMPENHO

DOCUMENTO DE TRABALHO

PREPARADOR POR:

GRUPO DE TRABALHO PARA O DESENVOLVIMENTO DA
CONTRATUALIZAÇÃO COM OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Despacho n.º 7816/2009 de 9 de Março de 2009 da Ministra da Saúde

01 de Outubro de 2009

O grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os Cuidados de Saúde Primários tem a seguinte composição:

Dr. Alexandre Lourenço,

Director-Coordenador de Financiamento e Contratualização da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), que coordena os trabalhos;

Dr.^a Ana Bicó,

Coordenadora da Unidade Funcional para os Cuidados de Saúde Primários da Unidade Operacional de Contratualização e Financiamento da ACSS;

Dr. Francisco Gouveia em substituição do Dr. Pedro Moura Relvas,

da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP);

Dr.^a Manuela Felgueiras,

do Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde do Norte, I. P.;

Dr. António Rodrigues,

do Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde do Centro, I. P.;

Dr.^a Sónia Bastos,

do Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.;

Dr. Ricardo Mestre,

do Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I. P.;

Dr. José Carlos Queimado,

do Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde do Algarve, I. P.

Conteúdo

INTRODUÇÃO	1
Perspectiva do GT-CSP	2
Modelo de contratualização e acompanhamento.....	5
Condicionalismos	9
Sistemas de informação	9
Recursos humanos.....	11
Capacitação das Unidades de Apoio à Gestão e DCARS	11
Unidades Funcionais	11
Gestão Financeira	12
Plano de Desempenho (PD)	13
Caracterização do ACES	15
Linhas Estratégicas e Plano de Actividades	17
Mapa de Equipamentos	19
Indicadores de desempenho	20
Recursos humanos	24
Investimento	26
Orçamento.....	28
Envolvimento dos interessados	30
Anexo I	31
ACESSO.....	32
QUALIDADE TÉCNICA / EFECTIVIDADE	36
QUALIDADE DOS REGISTOS	49
QUALIDADE PERCEPCIONADA.....	50
EFICIÊNCIA	51



INTRODUÇÃO

O Programa do XVII Governo Constitucional reconhece os cuidados de saúde primários (CSP) como o pilar central do sistema de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

Está em curso uma reorganização da prestação em agrupamentos de centros de saúde (ACES), de acordo com o Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro.

Este processo visa incrementar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, potenciar os ganhos em saúde conseguidos pelas Unidades de Saúde Familiar (USF), melhorar a qualidade de cuidados e dotar o sistema de melhores estruturas de gestão.

Paralelamente, o Serviço Nacional de Saúde, inicialmente do tipo comando-controlo, evoluiu, em diferentes fases e de diferentes formas, para um modelo aproximado de contratualização, ocorrendo uma separação organizacional entre o pagador e os prestadores. Esta separação tem permitido a reafecção de recursos entre fronteiras de cuidados (e. g. de internamento para ambatório), a sua re-alocação para intervenções mais custo-efectivas e tem melhorado o desempenho dos prestadores, através da atribuição de incentivos financeiros e da criação de instrumentos de monitorização. A contratualização de cuidados de saúde, já amplamente desenvolvida no domínio hospitalar, é um instrumento estratégico essencial que, decorrendo de um planeamento regional das necessidades em saúde e da oferta adequada de serviços públicos, gera incentivos ao bom desempenho clínico e económico. A contratualização, quando bem concebida, induz ganhos em saúde e melhoria da eficiência do sistema prestador.

Ao longo do tempo, a contratualização com os CSP tem evoluído. Iniciou-se em 1997, com a experiência no âmbito das agências de contratualização, a que se seguiram outras como a da Sub-Região de Setúbal em 2003-2004, e a criação do regime remuneratório experimental que vigorou entre 1999 a 2005. Desde 2006, a ARS Alentejo desenvolve um processo de contratualização com os Centros de Saúde (CS) das Sub-Regiões de Saúde (SRS) de Beja e Évora.

Coadunando-se com a actual fase da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, torna-se necessário desenvolver uma estratégia nacional para a implementação do processo de contratualização com os prestadores, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações e, acima de tudo, visando a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poder alcançar maiores ganhos em saúde.

Com este propósito, a 9 de Março de 2009, a Ministra da Saúde determina a criação de um grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os Cuidados de Saúde Primários (adiante designado por GT-CSP), com os seguintes objectivos:

- a) Coordenar e monitorizar a implementação do processo de contratualização com os prestadores de CSP;
- b) Estudar a implementação de diferentes modalidades de pagamento aplicadas aos CSP;
- c) Coordenar a produção de normativos no âmbito da implementação do processo de contratualização, nomeadamente do contrato-programa das administrações regionais de saúde com os agrupamentos de centros de saúde (ACES);
- d) Promover a participação de todos os intervenientes no processo de contratualização.

PERSPECTIVA DO GT-CSP

A maioria dos sistemas de saúde está focada na doença e capturada pelas estruturas de oferta de cuidados. Este facto decorre de um sistema de saúde focado na complexidade das respostas aos seus próprios dilemas em que o cidadão, no seu estado de doença, é mais um fragmento.

A perspectiva do GT-CSP pretende alterar o paradigma vigente do financiamento da capacidade instalada de prestação de cuidados de saúde para um modelo adequado às necessidades em saúde das populações. O processo de contratualização, seja ele encetado com unidades prestadores de cuidados de saúde primários, secundários ou integrados, deve objectivar eliminar o hiato entre o estado de saúde actual e o estado de saúde desejável da população. Para tal é necessário um reforço e capacitação nos processos de diagnóstico de necessidades, de planeamento em saúde, de contratualização de cuidados de saúde e a sofisticação das modalidades de pagamento.

Reconhecidamente, a alocação de recursos deve induzir um desempenho de elevada qualidade e efectividade. No entanto, nem todos os mecanismos atingem os seus objectivos de forma semelhante. Por outro lado, muitos dos objectivos são igualmente desejáveis, mas mutuamente irreconciliáveis.

Uma forma de orientar a discussão da selecção das modalidades de pagamento é recentrar o tópico no âmago do sistema de saúde. Este existe para os cidadãos pelo que o primeiro determinante a considerar deve ser a necessidade da população pela qual cada prestador de cuidados de saúde é responsável. A população é portanto o denominador chave para a distribuição dos recursos disponíveis pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde. Assim, entre as diferentes formas em alocar recursos no sistema de saúde, as de base populacional são aquelas que mais mimetizam as necessidades e encorajam a equidade (*input-dominated equity*).

Alguns países utilizam a capitação, resultando num valor fixo por indivíduo para um conjunto de serviços num determinado período de tempo. De uma forma genérica, os modelos por capitação não estão ajustados ao risco e custo associado às doenças crónicas. Os prestadores que se responsabilizarem especialmente pelas necessidades de saúde podem enfrentar enormes perdas financeiras. Os prestadores reconhecidos pela excelência de cuidados em algumas patologias podem ter uma maior capacidade de atracção que outros. Este factor poderá desencorajar a prestação dos cuidados apropriados e globais aos cidadãos e às populações. Assim, de forma a ajustar o pagamento ao previsível risco, encorajar a prestação de cuidados de excelência para as condições mais onerosas, promover a inovação de estratégias de prestação especialmente desenhadas para as pessoas com incapacidade, e, evidentemente, reduzir o risco associado à prestação, têm sido desenvolvidos vários modelos de avaliação do risco com base na carga de doença.

Desta feita, surge o vasto conceito de ajustamento pelo risco. Por exemplo, o ajustamento pelo risco pode descrever as diferenças do estado de saúde entre várias populações estudadas, também designado por ajustamento por *case-mix*. Pode ainda ser utilizado para medir e/ou prever os custos com a saúde de determinados indivíduos ou grupos e aplicado especificamente como parte de modelo de pagamento.

Paralelamente, nos últimos anos tem-se assistido a um interesse crescente sobre pagamento por desempenho ou *pay-for-performance* (P4P) ou "*value based purchasing*". Esta proposta tem sido advogada para a aceleração da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. A má qualidade quase sempre aumenta os custos através da ineficiência, prolongamento da necessidade de cuidados e necessidade de tratamentos e cirurgias complementares. Os programas de pagamento por desempenho desejam fortalecer a melhoria da qualidade, premiando a excelência e minorando as perversidades das modalidades de pagamento, nomeadamente a deterioração do acesso e desinvestimento em qualidade. A experiência portuguesa nesta matéria, quer a nível dos contratos-programa das unidades hospitalares, quer do processo de contratualização com as unidades de saúde familiares, tem permitido tirar conclusões positivas na aplicação desta estratégia, tendo-se verificado uma melhoria dos resultados no que respeita aos indicadores contratualizados na maioria dos prestadores de cuidados.

Ora, o desenvolvimento de um contrato-programa para os ACES deve considerar a capitação ajustada pelo risco associada a uma componente variável de pagamento por desempenho. Esta modalidade de pagamento mista tem a potencialidade de equilibrar a balança entre múltiplos objectivos, como a contenção de custos e a qualidade, promovendo o grau de autonomia, descentralização e inovação na prestação de cuidados de saúde.

Assim, esta perspectiva considera-se parte integrante da reorganização da prestação de cuidados de saúde e assenta numa gestão de base populacional do sistema de saúde. Sendo que este sistema é suportado na rede de cuidados de saúde primários e na sua capacidade e especial vocação para abordar

os problemas de coordenação entre os diferentes níveis de cuidados. A coordenação deve visar a obtenção de cuidados no nível mais adequado e efectivo, pelo reforço do papel da equipa de saúde de família na navegação do cidadão através dos diferentes níveis de prestação de cuidados.

A efectividade da prestação de cuidados de saúde é alcançada através de uma aposta na autonomia e capacidade das equipas de saúde para gerirem o estado de saúde das populações e na participação activa do cidadão, das famílias e dos grupos da comunidade na gestão do seu próprio estado de saúde.

Pretende-se facilitar as decisões das equipas de saúde e da gestão intermédia no desenvolvimento da governação clínica, estando subjacentes os seguintes objectivos:

Centrar a prestação de cuidados de saúde no doente, de forma transparente e responsável, procurando a partilha da decisão clínica entre prestador-doente.

Prestar cuidados de saúde baseados na evidência através de protocolos e recomendações clínicas orientadas para a maximização da qualidade e satisfação individual do doente.

Garantir que a prestação de cuidados considere aspectos de eficácia, eficiência e segurança, reflectindo a maximização de recursos e obtenção de ganhos em saúde.

Implementar actividades de auditoria clínica através da sistemática revisão dos cuidados prestados e da implementação das mudanças necessárias, ao aperfeiçoamento da prestação de cuidados de saúde.

Desenvolver actividades de avaliação e gestão de risco, de forma a diminuir a probabilidade de resultados adversos ou desfavoráveis para os doentes, profissionais de saúde e organização.

Apoiar os profissionais de saúde na prestação de cuidados de qualidade.

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.

Desenvolver actividades de investigação científica aplicada à clínica e implementar os seus resultados.

A participação activa do cidadão e das famílias na gestão do seu próprio estado de saúde passa pela adopção de estilos de vida saudáveis, pelo consumo racional de serviços e tratamentos, pela remoção de barreiras ao acesso a programas de prevenção, de vigilância da saúde e de rastreio e pela capacitação para o auto-cuidado na gestão da doença crónica.

Assim, o GT-CSP pretende com este instrumento contribuir para:

1. Melhorar o acesso aos cuidados, melhorando a cobertura e o acesso em tempo útil e equitativo;
2. Melhorar a qualidade de cuidados, particularmente os prestados a doentes crónicos e outros mais afectados pela descoordenação da prestação;
3. Promover a eficiência da utilização dos recursos;
4. Melhorar a participação dos cidadãos;

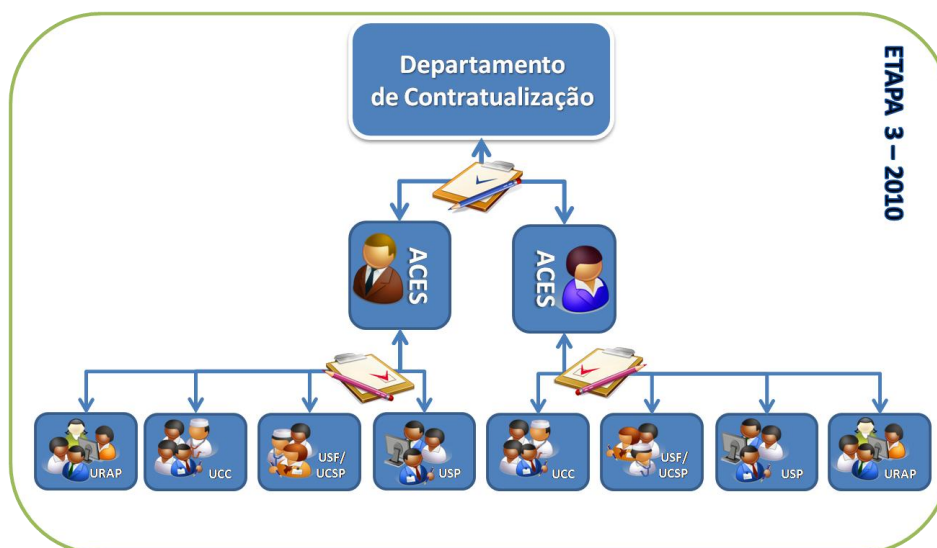
5. Melhorar a satisfação de cidadãos e prestadores;
6. Melhorar os resultados em saúde.

MODELO DE CONTRATUALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

Os desafios agora colocados, em termos de contratualização e acompanhamento, decorrem da experiência adquirida com as USF e centram-se no desenvolvimento da contratação de cuidados de saúde com os recém-criados ACES, através do desenvolvimento do contrato-programa e, posteriormente, com as restantes unidades funcionais, através de cartas de compromisso. Neste âmbito, o grupo de trabalho tem dirigido os seus esforços para a apresentação de modelo de contratualização e acompanhamento para os ACES, prevendo que o mesmo esteja concluído no último trimestre de 2009. Este modelo deverá ainda ser adaptado às Unidades Locais de Saúde na sua vertente de prestação de cuidados de saúde primários.

Dada a natureza técnica do modelo de contratualização e acompanhamento será necessário capacitar as Unidades de Apoio à Gestão (UAG) dos ACES, de forma a prestarem o melhor serviço de apoio à decisão do Director Executivo/ Presidente do Conselho Clínico. Neste sentido, durante os próximos três anos, de forma a transmitir progressivamente e sustentadamente as competências de contratualização para os ACES, os Departamentos de Contratualização das ARS (DCARS) trabalharão em estreita proximidade com as UAG, devendo para tal desenvolver um conjunto de iniciativas. Entre estas deverão ser consideradas acções de formação externa, formação em serviço, estágios nas ARS, reuniões regulares entre ARS/UAG, suporte técnico permanente e auditorias.

Em 2010, os DCARS deverão adicionalmente apoiar a instrução do processo de contratualização interna dos ACES com as USF e participar, enquanto analistas, nas reuniões de contratualização. Os DCARS deverão apresentar análise oral de pontos fracos/pontos fortes após cada reunião de contratualização com cada USF e apresentar relatório escrito por ACES ao Conselho Directivo da sua ARS apontando as competências a desenvolver. Este relatório deverá ser apresentado 30 dias após a última reunião de contratualização com USF, deverá considerar um plano de capacitação do respectivo ACES de forma a colmatar as deficiências observadas.



A contratualização de cuidados de saúde entre as ARS e os ACES assentará a prazo no pagamento de actividade assistencial a uma determinada população ao invés do financiamento dos custos ou de um quadro de produção. Para tal o processo de contratualização baseia-se em dois instrumentos previsionais: (1) Plano de Desempenho e (2) Contrato-Programa.



O Plano de Desempenho (PD) está organizado em nove grandes áreas: (1) Caracterização; (2) Linhas estratégicas; (3) Plano de Actividades; (4) Plano de Formação; (5) Mapa de Equipamentos; (6) Mapa de Recursos Humanos; (7) Indicadores de Desempenho; (8) Plano de Investimentos e (9) Orçamento Económico. A actividade assistencial é acordada através da definição de uma carteira básica de serviços fraccionada em grandes áreas, seguidas de áreas de intervenção, por actividades/cuidados prestados, finalizando-se na definição de indicadores de desempenho. Os indicadores têm como base a população residente ou os utentes inscritos, e podem referir-se a processos, coordenação de cuidados de saúde (entre prestadores do mesmo ou diferentes níveis de cuidados), resultados ou qualidade de registos.

O Contrato-Programa (CP) corresponde ao compromisso com os termos de um clausulado entre a ARS e o ACES em que são expressos os objectivos e metas assistenciais, as obrigações das partes, as contrapartidas ao cumprimento das metas e os mecanismos de avaliação e controlo. Os objectivos e metas assistenciais expressas em CP não correspondem necessariamente a todos os indicadores de desempenho apresentados em Plano de Desempenho. Adicionalmente, deve ser considerada a possibilidade de regionalmente serem seleccionados indicadores de acordo com as prioridades de saúde localmente definidas. A incorporação das prioridades regionais e locais é um aspecto fundamental para a obtenção de ganhos em saúde que, na maioria das vezes só podem conseguir-se, com a atenção às especificidades da população num dado do território.

A modalidade de pagamento utilizada para a remuneração da actividade dos ACES será baseada numa fórmula mista assente na capitação ajustada pelo risco associada a uma componente variável de pagamento por desempenho. Para 2010, as contrapartidas financeiras atribuídas aos ACES basear-se-ão nos custos históricos, podendo ser contemplada uma componente variável associada à redução de custos com contas específicas e ao cumprimento de indicadores de desempenho.

Desta feita, o orçamento regional será composto pela soma dos orçamentos de cada ACES, dos custos administrativos dos serviços regionais e das responsabilidades financeiras atribuídas às ARS.

Idealmente, em Junho do ano $n-1$, o GT-CSP deverá publicitar a estrutura de PD e CP. Igualmente, deverão ser apresentados os normativos do processo de contratualização, nomeadamente valores de referência¹ e mínimos de melhoria de cada indicador assistencial², orientações para a atribuição de incentivos e calendário de contratualização.

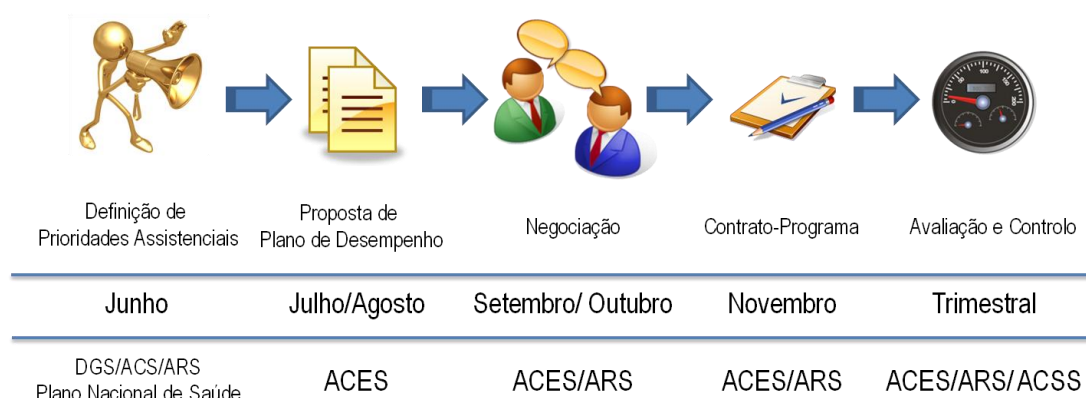
O ACES, dotado de autonomia administrativa, é um serviço desconcentrado das ARS e, neste sentido, o processo de contratualização inicia-se com a definição de prioridades assistenciais pelos Conselhos Directivos das ARS. A definição de prioridades assistenciais baseia-se nas necessidades em saúde particulares de cada Região de Saúde e no Plano Nacional de Saúde (PNS), devendo complementar as iniciativas da Direcção Geral de Saúde e do Alto Comissariado da Saúde. Este processo deverá ser o mais participado possível, devendo as prioridades assistenciais ser publicitadas durante o mês de Junho do ano $n-1$.

Em complementaridade à definição de prioridades assistenciais, deverá desenvolver-se um processo de contratualização interna entre o Director Executivo/ Presidente do Conselho Clínico e as diferentes

¹ Por valor de referência, entende-se o valor ideal de acordo com a conjuntura nacional, ao qual todos os prestadores devem almejar.

² Por mínimo de melhoria, entende-se o mínimo de melhoria aceitável para o indicador dado valor base.

Unidades Funcionais do ACES. Este processo interno deverá instruir o desenvolvimento de um PD. Esta proposta de PD deverá ser apresentada às ARS entre Julho e Agosto do ano $n-1$. Para 2010, espera-se que este processo decorra durante o mês de Janeiro de 2010.



Após a apreciação da proposta de PD, deverá decorrer o processo formal de negociação entre a ARS e o ACES. A condução da reunião é da responsabilidade do Conselho Directivo da ARS, devendo este ser apoiado pelo seu DCARS. O ACES é representado pelo Director Executivo, devendo este ser acompanhado pelo Presidente do Conselho Clínico e apoiado pelo Coordenador da Unidade de Apoio à Gestão (UAG). A documentação a ser analisada em reunião deverá ser apresentada mutuamente com pelo menos 48 horas úteis de antecedência. Assim, caso exista contra-proposta da ARS à proposta inicial de PD, tal facto deve ser transmitido previamente ao ACES. Nestas reuniões podem ser convidados a assistir, pela ARS, representantes de organismos do Ministério da Saúde, nomeadamente da ACSS.

O processo negocial culminará com a assinatura do CP durante o mês de Novembro do ano $n-1$. Esta sessão pública deverá envolver os vários interessados e, idealmente, reunirá todos os ACES da Região de Saúde. Em 2010, este processo deverá decorrer durante o mês de Janeiro/ Fevereiro.

A monitorização da actividade de cada ACES envolve o controlo (interno) e o acompanhamento. O controlo é permanente e da responsabilidade da UAG devendo para tal ser apresentado mensalmente um relatório de execução do CP ao Director Executivo e Conselho Clínico do ACES. É responsabilidade do Director Executivo analisar os desvios e propor a implementação de medidas correctivas. Quer o relatório, quer as medidas correctivas, devem ser apresentados formalmente pelo Director Executivo aos vários Coordenadores de Unidades Funcionais.

O acompanhamento é suportado pelo DCARS e pelas UAG. Ordinariamente, com uma periodicidade trimestral, o Conselho Directivo da ARS deverá convocar o ACES para uma reunião de acompanhamento da execução do CP, devendo ser emitidos juízos sobre os resultados alcançados. A reunião deve ser instruída pelo DCARS, e os dados em análise comunicados previamente ao ACES.

CONDICIONALISMOS

A cabal implementação do Plano de Desempenho depende da ultrapassagem de uma série de condicionalismos. Estes condicionalismos estão relacionados com:

- Sistemas de informação;
- Distribuição e disponibilidade de recursos humanos;
- Unidade de Apoio à Gestão e DCARS;
- Criação das Unidades Funcionais;
- Gestão financeira.

Dados estes condicionalismos, o GT-CSP irá produzir um conjunto de requisitos mínimos que cada ACES e região de saúde deverão cumprir para a implementação do modelo de plano de desempenho apresentado.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

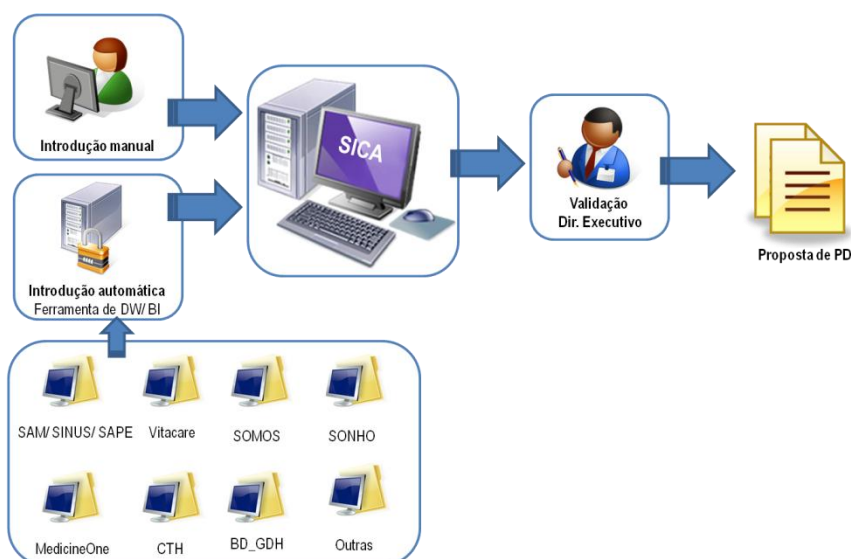
Os sistemas de informação devem adequar-se à perspectiva de centralidade do doente, possibilitando a monitorização do cumprimento de indicadores de qualidade e resultados em saúde (associados ou não associados a incentivos financeiros nos sistema de saúde) e a circulação de informação entre diferentes níveis de prestação de cuidados.

Defende-se a criação de um modelo de dados num sistema *Business Intelligence* (BI) centralizado a nível nacional, com o objectivo de minimizar a possibilidade de má interpretação/ambiguidade de cada conceito ou indicador. Este sistema central³, apesar de utilizar como fonte de dados as aplicações utilizadas nas unidades funcionais, deve ser autónomo das aplicações de *software* utilizadas em cada Unidade Funcional.

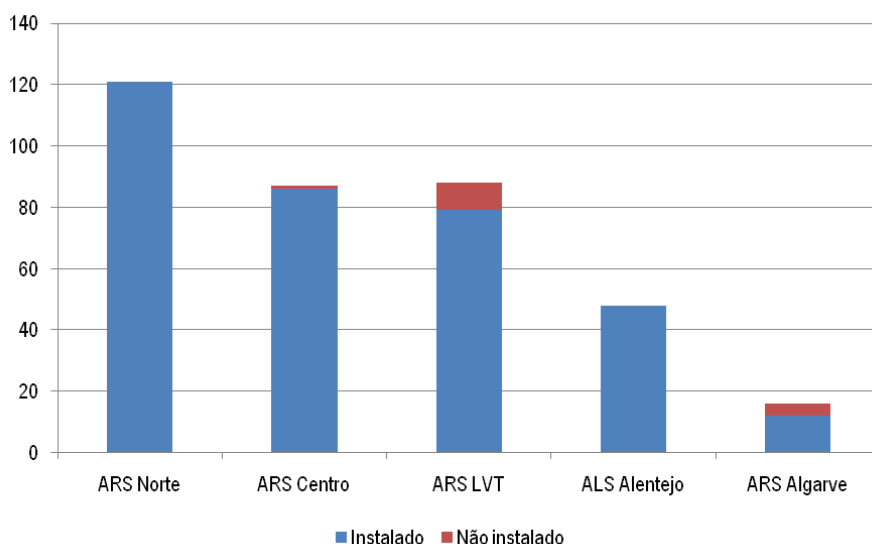
Considerando a necessidade de agregação de dados das diferentes unidades funcionais nos ACES e de diferentes sistemas de informação, é necessário definir uma arquitectura de sistema de informação que permita corresponder às necessidades de contratualização, financiamento e acompanhamento.

Da parte da ACSS, de forma a integrar o processo de contratualização e acompanhamento nacional/regional dos prestadores de cuidados hospitalares e de cuidados de saúde primários, propõe-se que nessa arquitectura seja enquadrada a aplicação SICA.

³ À semelhança do antigo nó central do SIARS.



Não menos importante é a cobertura nacional de sistemas de informação de apoio aos profissionais de saúde (96,1%). De salientar que existem ainda 14 Centros de Saúde (7 ACES) sem instalação de SAM ou de outro sistema equiparável. Existe ainda uma quantidade relevante de extensões de centro de saúde na qual não existe qualquer acesso a sistema informático e Centros de Saúde em que a largura de banda ainda é demasiado estreita. Importa realçar a situação crítica da Região de Saúde do Algarve onde 56,3% dos Centros de Saúde não têm qualquer sistema de informação clínica instalado, o que limitará determinadamente o processo de contratualização.



Além deste facto preocupante, é de considerar também o que se passa em relação às comunicações e aos equipamentos disponíveis. Actualmente, muitos equipamentos e a diminuta largura de banda não permitem em muitos pontos já "informatizados" a utilização conveniente da rede, invalidando ou dificultando o pleno funcionamento dos sistemas informáticos.

RECURSOS HUMANOS

Apesar do aumento de efectivos no internato médico da especialidade de Medicina Geral e Familiar, a disponibilidade de recursos humanos para os cuidados de saúde primários é reconhecidamente deficitária. Para além do mais, os desafios colocados à prestação de cuidados de saúde neste nível de cuidados colocam em agenda a discussão do papel das novas profissões e novas competências em saúde.

Importa, ainda, repensar a distribuição de recursos humanos prevista nas Portarias de criação dos ACES. Por exemplo, na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo encontramos a menor e a maior alocação nacional de médicos por mil habitantes: 1,193 no ACES Grande Lisboa III - Lisboa Central e 0,452 no ACES Grande Lisboa IX - Algueirão/Rio de Mouro. Em termos de enfermeiros por mil habitantes, observamos um mínimo nacional de 0,442 no ACES Grande Lisboa X - Cacém/Queluz e um máximo de 1,659 no ACES Alto Trás-os-Montes I – Nordeste.

Assim, consideramos ser importante definir uma estratégia nacional de recursos humanos nesta área partindo das necessidades em saúde das populações, estabelecendo um *ratio* ideal de recursos a alcançar através de um *roadmap* específico para cumprir tal objectivo.

UNIDADES DE APOIO À GESTÃO E DCARS

A Unidade de Apoio à Gestão (UAG), organizada numa lógica de concentração dos serviços não assistenciais do ACES, presta apoio administrativo e geral ao Director Executivo, ao Conselho Clínico e às Unidades Funcionais, cabendo-lhe, especialmente, para além de outras tarefas acompanhar a execução dos contratos-programa celebrados entre o ACES e o Conselho Directivo da ARS, I.P., colaborar na elaboração dos planos de actividade e orçamentos e acompanhar a respectiva execução. Como tal, a UAG desempenha um papel essencial para a prossecução do processo de contratualização e acompanhamento.

Igualmente, importa referir a necessidade em alocar recursos humanos das ARS ao processo de contratualização com os prestadores de cuidados de saúde primários. Este processo é eminentemente de natureza regional e parte de necessidades em saúde. Apenas com equipas regionais com competências clínicas, saúde pública, epidemiologia e administração em saúde é possível instruir e acompanhar com qualidade esta estrutura de contratos-programa.

UNIDADES FUNCIONAIS

A reorganização dos centros da saúde em unidades funcionais, designadamente as unidades de saúde familiar (USF), as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), as unidades de cuidados na comunidade (UCC), a unidade de saúde pública (USP) e a unidade de recursos assistenciais partilhados

(URAP), é essencial à implementação da reforma dos cuidados de saúde primários. Igualmente, a concretização deste desiderato é fulcral para o desenvolvimento do processo de contratualização.

GESTÃO FINANCEIRA

Dada a fragilidade da informação ao nosso dispor para se avançar com a construção do histórico de custos dos actuais ACES, para a contratualização do ano 2010 apenas estão em condições de ser consideradas as rubricas de Recursos Humanos, Medicamentos e MCDT, que em conjunto deverão significar cerca de 80% dos custos dos ACES.

Em termos de Recursos Humanos propõe-se a utilização da informação retirada da aplicação OFA / SIEF fazendo a estimativa anual no caso das sub-regiões que não apresentam os 12 meses. No que respeita aos medicamentos propõe-se a utilização da informação existente na aplicação SINGRA. Uma vez que a recolha é feita a nível central existindo garantia de consistência da informação. Quanto aos MCDT propõe-se igualmente a utilização da informação existente na aplicação SINGRA. No entanto deverão ser feitas estimativas de anos completos para as Sub-Regiões com meses em falta.

Tendo como ponto de partida a contratualização a realizar com os ACES para 2010, após a análise efectuada à informação económico-financeira existente, é importante realçar a necessidade da imputação deste tipo de informação, de forma sistemática e consistente ao nível das Unidades Funcionais para que a mesma possa servir de base à construção de um orçamento-programa. Apenas com este grau de desagregação será possível, no futuro, termos informação económico-financeira detalhada no âmbito dos CSP.

Salienta-se ainda a necessidade de dispor de 9 a 12 meses de informação fiável e consistente para que se possa evoluir no processo de contratualização com os ACES para 2011.

Neste sentido muito contribuirá a implementação, pelas ARS, da Circular Normativa n.º 5, da ACSS, de 27/05/2009 com a “Codificação dos ACES na tabela de instituições do SNS e estrutura de centros de resultados”, de acordo com o nível de desagregação nela previsto.

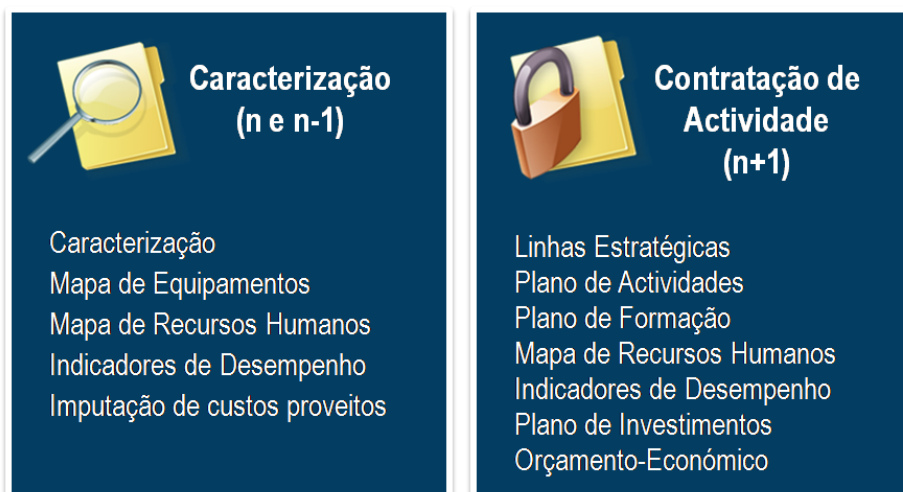
De acordo com a referida Circular Normativa, “a estrutura contabilística dos ACES deverá possuir uma desagregação uniforme de centros de resultados, estruturada por patamares, desde o nível mais elementar de cada uma das unidades funcionais até à agregação por CS e do próprio ACES, de forma a possibilitar que a totalidade dos proveitos e custos incorridos possam ser alocados. Por outro lado, devem autonomizar-se os centros de resultados directamente ligados aos cuidados assistenciais dos centros de resultados dos serviços de apoio”.

PLANO DE DESEMPENHO (PD)

Em traços gerais, a proposta em discussão pelo GT-CSP de modelo de PD está organizada em oito grandes áreas:

- A. Caracterização;
- B. Linhas estratégicas;
- C. Plano de Actividades;
- D. Plano de Formação;
- E. Mapa de Equipamentos;
- F. Mapa de Recursos Humanos;
- G. Indicadores de Desempenho;
- H. Plano de Investimentos;
- I. Orçamento Económico.

Esta proposta baseia-se ainda em dois momentos: caracterização do ACES (ano n e ano $n-1$) e contratação da actividade (ano $n+1$).



A caracterização do ACES considera a sua base populacional, os equipamentos existentes, os recursos humanos, a actividade assistencial e a correcta imputação de custos e proveitos.



A contratação da actividade considera as linhas estratégias do ACES, o plano de actividades do ACES, o plano de formação, os recursos humanos, a actividade assistencial aferida através de indicadores de desempenho, os investimentos e o orçamento económico.

CARACTERIZAÇÃO DO ACES

O Plano de Desempenho parte da caracterização das necessidades em saúde da população.

A área de caracterização do ACES visa identificar a população em risco, incluindo as características da população que predispõem a uma maior necessidade de cuidados de saúde e as necessidades efectivas de saúde apurada por *proxies*. De forma a instruir o processo de contratualização e caracterização dos ACES, numa fase inicial, a recolha e preparação desta informação pertence à ACSS, devendo posteriormente estes dados ser actualizados pelas estruturas descentralizadas.

São descritos:

1. População residente (N.º) e discriminação por género e grupos etários-chave
2. Taxa de população residente feminina
3. Índice de dependência total (N.º)
4. Índice de envelhecimento (N.º)
5. Densidade populacional (N.º/ Km²)
6. Taxa de desemprego (Série 1998 - %)
7. Produto interno bruto por habitante a preços correntes (Base 2000 - €)
8. Poder de compra *per capita*
9. Proporção da população residente com pelo menos a escolaridade obrigatória (%)
10. Hospital de referência
11. Unidades de Cuidados Continuados, nomeadamente de ambulatório e internamento
12. Unidades de prestação de cuidados (CS + Extensões)
13. Índice de utilização do internamento hospitalar por concelho
14. Índice de utilização do serviço de urgência por concelho
15. Taxa de mortalidade padronizada pela idade (fórmula risco de morrer em Portugal)
16. Taxa de anos potenciais perdidos até aos 70 (fórmula risco de morrer em Portugal)
17. Mortalidade infantil (Óbitos de crianças, nascidas vivas, que faleceram com menos de 1 ano de idade, num ano/ Total de nados vivos, num Ano)
18. Risco de morrer até aos 5 anos (Óbitos de crianças com 0 a 4 anos de idade, num ano/ Total de nados-vivos, num ano)

19. Taxa de mortalidade padronizada por cancro da mama feminino antes dos 65 anos (ICD10:C50) (Óbitos por cancro da mama de mulheres com idade inferior a 65 anos, num ano/ N° de mulheres com idade inferior a 65 anos, num ano)
20. Taxa de mortalidade padronizada por cancro do colo do útero antes dos 65 anos (ICD10: C53) (Óbitos por cancro do colo do útero de mulheres com idade inferior a 65 anos, num ano/ N° de mulheres com idade inferior a 65 anos, num ano)
21. Taxa de mortalidade padronizada por cancro do cólon e recto antes dos 65 anos (ICD10: C18 a C20) (Óbitos por cancro do cólon e recto de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano/ N° de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano)
22. Taxa de mortalidade padronizada por Doença Isquémica Cardíaca (DIC) antes dos 65 anos (ICD10: I20 a I25) (Óbitos por DIC de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano/ N° de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano)
23. Taxa de mortalidade padronizada por AVC antes dos 65 anos (ICD10: I60 a I69) (Óbitos por AVC de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano/ N° de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano)
24. Taxa de mortalidade padronizada por SIDA antes dos 65 anos (ICD10: B20 a B24) (Óbitos por SIDA de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano/ N° de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano)
25. Taxa de mortalidade padronizada por suicídio antes dos 65 anos (ICD10: X60 a X84) (Óbitos por suicídio de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano/ indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano)
26. Taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos (ICD10: C00-C15, F10, I42.6, K70, K86, X45) (Óbitos por doenças atribuíveis ao álcool de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano/ N° de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano)
27. Incidência de doenças de notificação obrigatória



LINHAS ESTRATÉGICAS E PLANO DE ACTIVIDADES

Em desenvolvimento modelo de Plano de Actividades dos ACES.



PLANO DE FORMAÇÃO

Em desenvolvimento modelo de Plano de Formação dos ACES.

MAPA DE EQUIPAMENTOS

O mapa de equipamentos pretende formar a carta de equipamentos em saúde do ACES.

Pretende-se caracterizar as instalações físicas do ACES, permitindo verificar a adequação das estruturas à população e área geográfica servida, tal como a distribuição e utilização de equipamentos específicos nas diferentes instalações físicas dos ACES.

Estrutura	Unidades Funcionais Instaladas	População Servida	População Inscrita	Observações

Equipamentos do C.S.	Nº. de Equipamentos	Local da instalação	Nº Equipamentos em Funcionamento
Exemplo: Electrocardiógrafo	Exemplo: 3	Exemplo: USF X UCSP Y UCC URAP	Exemplo: 1 – Sim, todos os dias 2 – Sim, 1 ou 2 dias p/sem. 3- Sim, 1 ou 2 dias p/ mês 4 – Existe, não funciona
ANÁLISES CLÍNICAS			
CARDIOLOGIA			
ESTERILIZAÇÃO			
ESTOMATOLOGIA			
GINECOLOGIA - OBSTÉTRICA			
IMAGIOLOGIA			
MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO			
OFTALMOLOGIA			
ORL			
PNEUMOLOGIA			
TELEMEDICINA			

INDICADORES DE DESEMPENHO

Nos últimos quatro anos, tem sido dado um particular enfoque à contratualização, com as USF, de objectivos de acessibilidade, efectividade, eficiência e qualidade que garantem aos cidadãos inscritos, uma carteira básica de serviços. Estes objectivos estão relacionados com a gestão da doença crónica (i.e. cancro, diabetes, hipertensão), vigilância de mulheres em planeamento familiar e grávidas e programa de saúde das crianças, sendo que o seu cumprimento está associado à aplicação de incentivos financeiros.

A actividade assistencial é acordada através da definição de uma carteira básica de serviços fraccionada em grandes áreas, seguidas de áreas de intervenção, por actividades/cuidados prestados, finalizando-se na definição de indicadores de desempenho.

Dada a limitação dos actuais sistemas de informação ao nosso dispor, o GT-CSP propõe a definição de diferentes fases de implementação para os indicadores. Ou seja, apesar de serem propostos vários indicadores, a proposta de plano de desempenho para 2010 incidirá apenas sobre alguns. Os indicadores utilizados no primeiro ano terão a indicação «1ªF», significando “primeira fase”. Os indicadores das restantes fases têm a indicação «nd», significando “não disponível”.

Como anteriormente referido, a selecção de indicadores para o contrato-programa deverá incidir sobre esta panóplia de indicadores de acompanhamento devendo estes nessa fase ser valorizados de acordo com as prioridades assistenciais nacionais e regionais.

Apesar destas limitações é intenção do GT-CSP incluir indicadores que avaliem o desempenho em áreas como a gestão da doença crónica (incluindo prevenção primária e secundária), fases do ciclo de vida, coordenação de cuidados e *gatekeeping*, adequação de prescrição, qualidade de registo, entre outros.

Adicionalmente, os indicadores consideram os âmbitos de intervenção dos ACES: (1) Comunitário e de base populacional e (2) Personalizado, com base na livre escolha do médico de família pelos utentes.

Os indicadores são organizados pelas seguintes áreas de monitorização/acompanhamento:

1. Acesso
2. Qualidade Técnica/ Efectividade
3. Qualidade Percepcionada
4. Qualidade de registos
5. Eficiência

Assim, os indicadores propostos para implementar na primeira fase são expressos nas tabelas seguintes:

ÁREA DE MONITORIZAÇÃO / ACOMPANHAMENTO	ÁREA DE INTERVENÇÃO	ACTIVIDADE/CUIDADO PRESTADO	INDICADOR
ACESSO	Personalização de cuidados	Cobertura de médico de família	Percentagem de residentes com médico de família
			Percentagem de utentes inscritos com médico de família
			Percentagem de utilizadores com médico de família
		Prestação de cuidados pelo próprio médico de família	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família
	Organização	Programação da actividade/Agendamento	
	Utilização dos serviços	Utilização global de consultas médicas	Taxa de utilização global de consultas médicas
		Utilização de consultas médicas por grupos etários	
		Utilização de consultas médicas por programa de saúde	
		Contexto domiciliário / comunidade	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos
			Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos
			Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 residentes
			Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 residentes
			Taxa de visitas domiciliárias / restantes grupos profissionais (ss, fisiot, psicol, outros) por 1.000 residentes
			Taxa de visitas domiciliárias / restantes grupos profissionais (ss, fisiot, psicol, outros) por 1.000 inscritos
			Taxa de ocupação das ECCI
			Percentagem de doentes acompanhados por ECCI/ doentes refenciados
QUALIDADE TÉCNICA / EFECTIVIDADE	Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida	Saúde da Mulher / Planeamento Familiar	Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar
			Taxa de utilização de consultas de enfermagem de planeamento familiar
		Saúde da Mulher / Vigilância da Gravidez	Taxa de utilização da consulta de saúde materna
			Percentagem de grávidas com primeiras consultas no primeiro trimestre
			Número médio de consultas médicas por grávida vigiada
			Número médio de consultas de enfermagem por grávida vigiada
			Percentagem de grávidas com revisão de puerpério efectuada
			Taxa de visitas domiciliárias realizadas a puérperas vigiadas durante a gravidez
			Percentagem de recém-nascidos, de termo, com baixo peso
			Percentagem de recém-nascidos prematuros
	Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida	Saúde do RN, da Criança e do Adolescente	Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias
			Percentagem de recém nascidos com visitas domiciliárias realizadas até aos 15 dias de vida
			Percentagem de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizadas até ao sétimo dia de vida do recém-nascido
			Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos zero aos 11 meses
			Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos 12 aos 23 meses
			Percentagem de inscritos com peso e altura registados nos últimos 12 meses (2 anos)
			Percentagem de utentes com PNV actualizado aos 2 anos
			Percentagem de utentes com PNV actualizado aos 6 anos
			Percentagem de utentes com PNV actualizado aos 13 anos
		Saúde do Adulto e do Idoso	
		Programa de Hipocoagulação	
		Apoio ao doente dependente	

GRUPO DE TRABALHO PARA O DESENVOLVIMENTO DA
CONTRATUALIZAÇÃO COM OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

ÁREA DE MONITORIZAÇÃO / ACOMPANHAMENTO	ÁREA DE INTERVENÇÃO	ACTIVIDADE/CUIDADO PRESTADO	INDICADOR
QUALIDADE TÉCNICA / EFECTIVIDADE	Programas de Vigilância Oncológica / Rastreios	Cancro da mama	Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos
		Cancro do colo do útero	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos)
		Cancro colo-rectal	Percentagem de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-rectal efectuado
	Vigilância clínica das situações de doença crónica	Coordenação de cuidados	Nº de internamentos médicos não programados/ Nº de residentes
		Programa de Vigilância da Diabetes Melitus	Prevalência da diabetes na população inscrita
			Nº de diabéticos vigiados / Nº de diabéticos identificados
			Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1C registada no ano (2 semestres)
			Percentagem de diabéticos com pelo menos uma LDL-C registada no ano
			Percentagem de diabéticos com pelo menos uma avaliação da microalbuminúria ou da proteinúria no ano
			Percentagem de diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano
			Percentagem de diabéticos com pelo menos um valor de pressão arterial registado nos últimos três meses
			Percentagem de diabéticos com uma referência para oftalmologia registada no ano
			Percentagem de diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem
			Incidência de amputações em diabéticos na população residente
		Programa de Vigilância das Doenças Cardiovasculares	Prevalência da hipertensão na população inscrita
			Nº de hipertensos vigiados / Nº de hipertensos identificados
			Percentagem de hipertensos c/ registo de pressão arterial em cada semestre
			Percentagem de hipertensos com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses
			Percentagem de hipertensos com vacina antitetânica actualizada
			Incidência de acidentes vasculares cerebrais na população residente
			Incidência de enfartes do miocárdio na população residente
			Indicador de adequação terapêutica
		Programa de Vigilância das Doenças Respiratórias	Prevalência de asma na população inscrita
		Programa de Vigilância de Saúde Mental	Prevalência de doença pulmonar obstrutiva crónica na população inscrita
			Prevalência de demência na população inscrita
			Prevalência de depressão na população inscrita
			Indicador de adequação terapêutica
	Cuidados em situação de doença aguda	Capacidade de resposta imediata	
		Utilização da Consulta Aberta (médica)	
		Utilização da Consulta Aberta (enfermagem)	
		Referenciação na doença aguda	Nº de casos referenciados para o SU/ população residente
	Coordenação de Cuidados	Referenciação Hospitalar	Taxa de referenciação por inscritos
			Percentagem de pedidos urgentes / pedidos totais
			Percentagem de devoluções aos CSP por falta de informação clínica
			Percentagem de devoluções ao CSP por falta de informação administrativa
			Percentagem de pedidos considerados prioritários pelo hospital/ total de pedidos considerados urgentes pelos CSP
			Índice de referenciação para cinco especialidades seleccionadas regionalmente
		Referenciação para RNCCI	Taxa de referenciação para a RNCCI

ÁREA DE MONITORIZAÇÃO / ACOMPANHAMENTO	ÁREA E SUBÁREA DE INTERVENÇÃO	ACTIVIDADE/CUIDADO PRESTADO	INDICADOR
QUALIDADE DOS REGISTOS			Nº de episódios agudos que deram origem a codificação de episódio (ICPC2) / nº total de episódios
QUALIDADE PERCEPCIONADA	Monitorização do grau de satisfação do serviço público	Satisfação dos Utentes	
		Sugestões	Número de sugestões escritas por 1.000 utilizadores
		Reclamações	Número de reclamações escritas por 1.000 utilizadores
		Queixas no Livro Amarelo	Número de queixas registadas no Livro Amarelo por 1.000 utilizadores
		Satisfação dos Profissionais	
EFICIÊNCIA	Adequação de prescrição de medicamentos		Consumo de medicamentos genéricos em valor financeiro no consumo total de medicamentos
			Consumo de medicamentos genéricos em embalagens
			Consumo de cefalosporinas no consumo total de antibióticos em regime ambulatorio
			Consumo de quinolonas no consumo total de antibióticos em regime ambulatorio
			Custo médio de medicamentos facturados por utilizador
			Outros indicadores em discussão com os Programas de Saúde
	Adequação de prescrição de MCDT		Custo médio de MCDT facturados por utilizador
			Índice de prescrição do MCDT mais prescrito
			Índice de prescrição do segundo MCDT mais prescrito
			Índice de prescrição do terceiro MCDT mais prescrito
			Índice de prescrição do quarto MCDT mais prescrito
			Índice de prescrição do quinto MCDT mais prescrito

RECURSOS HUMANOS

A secção de recursos humanos exige uma alocação por grupos profissionais e por unidades funcionais, serviços de apoio e órgãos de administração e fiscalização.

Em termos de grupos profissionais são considerados:

Médicos

Medicina Geral e Familiar

Saúde Pública

Outras especialidades

Enfermeiros

Técnicos Superiores do Regime Geral e Serviço Social

Administradores, Economistas, Gestores e outros equiparados

Informática

Assistentes Sociais

Técnicos Superiores de Saúde

Nutrição

Psicologia

Outros

Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

Dietética

Fisioterapia

Higiene Oral

Radiologia

Saúde Ambiental

Terapia da Fala

Terapia Ocupacional

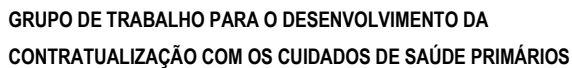
Outros

Assistentes Técnicos

Assistentes Operacionais

Outros

A contabilização de recursos é feita em termos de efectivos absolutos e em termos de equivalentes em tempo completo (ETC), comparando o ano n e o ano $n+1$ de uma forma agregada e desagregada.



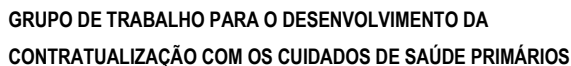
25
01 de Outubro de 2009

INVESTIMENTOS

As Administrações Regionais de Saúde, IP são entidades com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, com orçamento próprio negociado/definido anualmente com a tutela, que inclui despesas de funcionamento e despesas de investimento. Deste modo, considerando que compete às ARS definir e implementar as respectivas estratégias regionais de saúde, é a este nível de decisão que devem ser definidas as áreas estratégicas de investimento a realizar nos ACES, considerando e conciliando as várias fontes de financiamento disponíveis (fundos próprios e fundos alheios, designadamente, a possibilidade de apresentar candidatura a programas comunitários ou a programas intersectoriais).

Assim, enquanto serviços desconcentrados das ARS, no que se refere aos investimentos, propõe-se a seguinte abordagem:

- a) Os ACES devem identificar e priorizar nos respectivos planos plurianuais e anuais de actividades os investimentos que consideram necessários à prossecução dos objectivos assistenciais a que se propõem, tendo em conta as áreas de investimentos estratégicas definidas pela respectiva ARS;
- b) Os investimentos mencionados na alínea anterior devem ser identificados pelas principais áreas onde se integram (formação dos profissionais, equipamentos médicos, equipamentos informáticos, equipamento administrativo, obras/instalações, sistemas de informação e/ou aplicações informáticas), acompanhados da devida fundamentação, sobretudo, no que se refere ao impacto esperado na melhoria da prestação de cuidados de saúde;
- c) As propostas de investimentos devem ter uma tradução financeira suportada em valores fundamentados;
- d) Os planos de actividades dos ACES devem acompanhar e servir de suporte à elaboração dos respectivos Contratos-Programa dos ACES;
- e) Em sede de negociação dos contratos-programa dos ACES, os Directores Executivos dos ACES e os Conselhos Directivos das ARS acordam o plano de investimentos a realizar e o respectivo cronograma de execução.



Ano: 2010

[illegible]

Código de contas	Designação	Realizado em 2008	Estimado para 2009	Previsto para 2010
41	Investimentos Financeiros			
42	Imobilizações Corpóreas	0	0	0
421	Terrenos e recursos naturais			
422	Edifícios e outras construções			
4231	Médico-cirúrgico			
4232	De imagiologia			
4233	De laboratório			
4234	Mobiliário hospitalar			
4235	De desinfecção e esterilização			
4236	De hotelaria			
4239	Outros			
424	Equipamentos de transporte			
425	Ferramentas e utensílios			
426	Equipamento Administrativo			
427	Taras e vasilhame			
429	Outras imobilizações corpóreas			
43	Imobilizações incorpóreas			
44	Imobilizações em curso	0	0	0
441	Imobilizações em curso de investimentos financeiros			
442	Imobilizações em curso de imobilizações corpóreas			
447	Adiantamentos por conta de investimentos financeiros			
448	Adiantamentos por conta de Imobilizações corpóreas			
449	Adiantamentos por conta de Imobilizações incorpóreas			
48	Amortizações acumuladas			
49	Provisões para Investimentos financeiros			
TOTAL		0	0	0

ORÇAMENTO-ECONÓMICO

O orçamento assume uma estrutura de “orçamento económico” e decorre das condicionantes apresentadas em termos de gestão financeira e da própria natureza do ACES enquanto serviços de saúde com autonomia administrativa.

Os orçamentos económicos de cada ACES estão dependentes e limitados pelos orçamentos das respectivas ARS.

ACES					
MAPA: Orçamento Económico					(em €)
Contas POCMS	Designação	Realizado n-2	Realizado n-1	Estimativa n	Previsão n+1
612	Mercadorias				
616	CMVMC				
6161	Produtos farmacêuticos				
6162	Material de consumo clínico				
6163 a 6169	Outros consumos				
	Sub-total	0	0	0	0
	% s/total geral				
621	Sub-contratos				
6211	Assistência ambulatoria				
6212	Meios complementares diagnóstico				
6213	Meios complementares de terapêutica				
62131	Hemodiálise				
62132	Medicina física e reabilitação				
62133 a 62139	Outros MCT				
6214	Produtos vendidos por farmácias				
6215	Internamentos				
6216	Transporte de doentes				
6217	Aparelhos complementares de terapêutica				
6218	Trabalhos executados no exterior				
6219	Outros subcontratos				
	Sub-total	0	0	0	0
	% s/total geral				
622	Fornecimentos e serviços	0	0	0	0
	% s/total geral				
63	Transf. correntes concedidas e prestações sociais				
64	Custos com Pessoal				
641	Remuneração dos órgãos directivos				
6421	Remunerações base do pessoal:				
6422	Suplementos de remuneração:				
6423	Prestações sociais directas				
6424	Subsídio de férias e Natal				
643	Pensões				
645	Encargos sobre remunerações				
646	Seg. de acidentes de trabalho e doenças profissionais				
647	Encargos sociais voluntários				
648	Outros custos com pessoal				
	Sub-total	0	0	0	0
	% s/total geral				
65	Outros Custos e perdas operacionais				
66	Amortizações exercício				
67	Provisões exercício				
68	Custos e perdas financeiras				
69	Custos e perdas extraordinárias				
	TOTAL GERAL	0	0	0	0

ACES					
MAPA: Orçamento Económico					(em €)
Contas POCMS	Designação	Realizado n-2	Realizado n-1	Estimativa n	Previsão n+1
712	Prestações de Serviços				
7121	Internamento				
7122	Consulta				
7123	Urgência / SAP				
7124 a 7126	Hospital dia e MCDT				
7127	Taxas moderadoras				
7128	Serviço domiciliário				
7129	Outras prestações de serviços				
	Sub-total	0	0	0	0
	% s/total geral				
72	Impostos e taxas				
73	Proveitos suplementares				
74	Transferências e subsídios correntes obtidos				
	% s/total geral				
75	Trabalhos para a própria entidade				
76	Outros proveitos operacionais				
762	Reembolsos				
763 a 769	Outros				
	Sub-total	0	0	0	0
	% s/total geral				
78	Proveitos e ganhos financeiros				
79	Proveitos e ganhos extraordinários				
	TOTAL GERAL	0	0	0	0

ENVOLVIMENTO DOS INTERESSADOS

A discussão da proposta de Plano de Desempenho esteve em discussão entre as entidades do Ministério da Saúde tendo merecido comentários/sugestões das seguintes entidades:

- Alto Comissariado da Saúde, incluindo coordenações nacionais;
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
- Direcção Geral de Saúde;
- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP;
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados.

Propõe-se agora que, a discussão desta proposta de Plano de Desempenho considere a auscultação e envolvimento dos Directores Executivos e Presidentes dos Conselhos Clínicos dos ACES, sendo a discussão aberta aos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários.

Assim, propõe-se o seguinte calendário de acções:

1. Discussão interna da presente proposta com as entidades do Ministério da Saúde (i.e. UMCSP, ACSS, ARS, ACS, DGS, INFARMED, UMCCI) até 30 de Setembro;
2. Validação da proposta pela tutela;
3. Apresentação do documento aos Directores Executivos e Presidentes dos Conselhos Clínicos e discussão aberta aos Conselhos Clínicos até 15 de Novembro;
4. Proposta Final de Plano de Desempenho até 30 de Novembro;
5. Aprovação do Plano de Desempenho pela tutela.



ANEXO I

ACESSO

A área de monitorização/ acompanhamento Acesso está organizada em áreas de intervenção:

Personalização de cuidados

Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família (1ªF)

Percentagem de contactos directos (nd)

Organização

Percentagem de marcação de consultas de iniciativa do utente no próprio dia, por USF/ UCSP (nd)

Percentagem de marcação de consultas de iniciativa do utente de dois a cinco dias, por USF/ UCSP (nd)

Percentagem de marcação de consultas de iniciativa do utente num prazo de seis ou mais dias, por USF/ UCSP (nd)

Percentagem de consultas, de iniciativa dos utentes, marcadas de forma não presencial (telefone, SMS, e-mail e via fax) (nd)

Percentagem de consultas médicas agendadas e não realizadas, por falta do utente (nd)

Percentagem de consultas de enfermagem agendadas e não realizadas, por falta do utente (nd)

Tempo médio de espera pela concretização da consulta a partir da hora marcada (nd)

Utilização dos serviços

Taxa de utilização da USF/UCSP (nd)

Taxa de utilização global de consultas médicas (1ªF)

Taxa de utilização de consultas de enfermagem (nd)

Taxa de utilização de consultas dos zero aos 11 meses (nd)

Taxa de utilização de consultas dos 12 aos 23 meses (nd)

Taxa de utilização de consultas entre os zero e os 18 anos (nd)

Taxa de utilização de consultas entre os 19 e os 44 anos (nd)

Taxa de utilização de consultas entre os 45 e os 64 anos (nd)

Taxa de utilização de consultas dos 65 ou mais anos (nd)

Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (nd)

Taxa de utilização de consultas de saúde materna (nd)

Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos (1ªF)

Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 residentes (1ªF)

Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos (1ªF)

Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 residentes (1ªF)

Taxa de visitação domiciliária/ restantes grupos profissionais (nd)

Personalização de cuidados

Prestação de cuidados pelo próprio médico de família e Sistema de intersubstituição

Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família

Permite analisar duas vertentes da acessibilidade às USF/UCSP. A primeira, de forma directa, revela-nos qual a percentagem de utentes que tiveram uma resposta na unidade de saúde concretizada pelo seu próprio médico de família. A segunda, de forma indirecta, informa-nos acerca da mobilização que a USF/ UCSP teve de concretizar, no sentido de proporcionar uma resposta aos utentes que não puderam ser observados pelo seu médico de família habitual, independentemente das razões para tal – o que habitualmente se designa por consultas de intersubstituição.

Fonte: SI (3.12) MCSP

Faseamento: 1ª Fase

Contactos directos e indirectos (médicos)

Percentagem de contactos directos

A interação com os utilizadores de uma USF/ UCSP pode ser concretizada através de contactos directos (em presença física), ou indirectos (sem presença física). A acessibilidade pode ser melhorada através de contactos não presenciais, permitindo a resolução ou encaminhamento de situações que, de outro modo, estariam sujeitas a maior demora.

Fonte: SI (3.13) MCSP

Faseamento: n.d.

Organização

Programação da actividade/agendamento

Percentagem de marcação de consultas de iniciativa do utente no próprio dia, por USF/ UCSP

Percentagem de marcação de consultas de iniciativa do utente de dois a cinco dias, por USF/ UCSP

Percentagem de marcação de consultas de iniciativa do utente num prazo de seis ou mais dias, por USF/ UCSP

Permite medir a acessibilidade da USF/ UCSP face a um pedido de marcação de consulta por iniciativa do utente, considerando-se, neste caso, prazos que se consideram razoáveis para obtenção da mesma, mais precisamente até cinco dias. A percentagem de consultas no próprio dia é um bom indicador de resposta imediata, desde que integrado de modo equilibrado no conjunto das marcações programadas previamente para esse dia. Admite-se que estas percentagens são influenciadas pelo número de pedidos voluntários de consulta para além dos cinco dias. Assumindo-se que tal valor não será muito diferente entre USF/ UCSP de características semelhantes, poder-se-á, desse modo, retirar algumas conclusões acerca da maior ou menor acessibilidade a consultas de "curto prazo".

Fonte: SI (3.1; 3.3; 3.5) MCSP

Faseamento: n.d.

Percentagem de consultas, de iniciativa dos utentes, marcadas de forma não presencial (telefone, SMS, e-mail e via fax)

Permite medir a utilização de diferentes meios de marcação de consultas que dispensam a presença dos utilizadores, ou seja, avalia não só a acessibilidade da USF/ UCSP a estas vias mais inovadoras de interação com o cidadão, mas também o grau de adesão a estas tecnologias.

Fonte: SI (3.7) MCSP

Faseamento: n.d.

Percentagem de consultas médicas agendadas e não realizadas, por falta do utente

Percentagem de consultas de enfermagem agendadas e não realizadas, por falta do utente

Permite uma avaliação do grau de adesão dos utentes à consulta. A reflexão sobre os valores encontrados será útil no sentido de se decidirem algumas alterações à dinâmica habitual de acesso à prestação de cuidados de saúde.

Fonte: SI (3.9; 3.10)

Faseamento: n.d.

Tempo médio de espera pela concretização da consulta a partir da hora marcada

É reconhecido que o tempo médio de espera entre a hora marcada e a hora de concretização de uma consulta pode traduzir uma maior ou menor adaptabilidade das agendas (médica e/ou de enfermagem) às necessidades dos utilizadores.

Fonte: SI (3.11) MCSP

Faseamento: n.d.

Utilização dos serviços

Utilização dos serviços da USF/UCSP (todos os grupos profissionais)

Taxa de utilização da USF/UCSP

É importante ter dados acerca da percentagem de inscritos que utiliza os serviços prestados pelas unidades de saúde.

Fonte: SI (3.14) MCSP

Faseamento: n.d.

Utilização global de consultas

Taxa de utilização global de consultas médicas

Taxa de utilização de consultas de enfermagem

É importante ter dados acerca da percentagem de inscritos que utiliza os serviços prestados pelas unidades de saúde.

Fonte: SI (3.15) MCSP; SAPE (indirecto)

Faseamento: 1.ª Fase

Utilização de consultas médicas por grupos etários

Taxa de utilização de consultas dos zero aos 11 meses

Taxa de utilização de consultas dos 12 aos 23 meses

Taxa de utilização de consultas entre os zero e os 18 anos

Taxa de utilização de consultas entre os 19 e os 44 anos

Taxa de utilização de consultas entre os 45 e os 64 anos

Taxa de utilização de consultas dos 65 ou mais anos

É importante ter dados acerca da percentagem de inscritos que utiliza os serviços prestados pelas unidades de saúde.

Os grupos etários escolhidos correspondem às grandes etapas da vida: infância, adolescência, a condição de adulto e a de idoso. Por ser indubitavelmente importante para o regular desenvolvimento da criança, destacamos os dois primeiros anos de vida.

Fonte: SI (3.16; 3.17; 3.18; 3.19; 3.20; 3.21) MCSP

Faseamento: n.d.

Utilização de consultas médicas por programa de saúde

Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar

Permite saber qual a percentagem de mulheres em idade fértil, i.e., com idade compreendida entre os 15 e os 49 anos, inscritas na USF/UCSP, que tiveram uma consulta de planeamento familiar, identificada como tal, pelo menos uma vez no último ano.

Fonte: SI (3.22) MCSP

Faseamento: n.d.

Taxa de utilização de consultas de saúde materna

A relação entre o número de grávidas seguidas na USF/ UCSP e o número de crianças subsequentemente registadas é um indicador da capacidade de atracção da USF/ UCSP no tocante ao seguimento em saúde materna.

Fonte: SI (6.10) MCSP

Faseamento: n.d.

Contexto domiciliário/ comunidade

Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos

Permite avaliar a realização da visita domiciliária médica relativamente à população inscrita.

Fonte: SI (4.18) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 residentes

Permite avaliar a realização da visita domiciliária médica relativamente à população residente.

Fonte: SI

Faseamento: 1.ª fase

Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos

Traduz a realização de visitas domiciliárias de enfermagem na população inscrita.

Fonte: SI (4.30) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 residentes

Traduz a realização de visitas domiciliárias de enfermagem na população residente.

Fonte: SI

Faseamento: 1.ª fase



Taxa de visitação domiciliária/ restantes grupos profissionais por 1.000 residentes

Traduz a realização de visitas domiciliárias de outros profissionais na população residente.

Fonte: n.d.

Faseamento: n.d.

Taxa de visitação domiciliária/ restantes grupos profissionais por 1.000 inscritos

Traduz a realização de visitas domiciliárias de outros profissionais na população inscrita.

Fonte: n.d.

Faseamento: n.d.

QUALIDADE TÉCNICA / EFECTIVIDADE

A área de monitorização/ acompanhamento Qualidade Técnica/ Efectividade está organizada em áreas de intervenção:

Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida

Programas de Vigilância Oncológica /Rastreios

Vigilância clínica das situações de doença crónica

Cuidados em situação de doença aguda

Coordenação de cuidados

A área de intervenção Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida está organizada nas seguintes actividades/cuidados prestados:

Saúde da Mulher / Planeamento Familiar

Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (repetido; 1ªF)

Taxa de utilização de consultas de enfermagem de planeamento familiar (1ªF)

Número médio de consultas médicas em planeamento familiar/por utilizador (nd)

Número médio de consultas de enfermagem em planeamento familiar/ por utilizador (nd)

Percentagem de grávidas adolescentes (nd)

Mulheres que realizam IVG (< 10 sem)/ mulheres que procuram consulta IVG (nd)

N.º médio de consultas por IVG / n.º mulheres que realizaram IVG (recomendado ≥ 3) (nd)

N.º de mulheres que realizaram a consulta de controlo após IVG medicamentosa/ N.º de mulheres que iniciaram IVG medicamentosa (nd)

Percentagem de utilização da consulta de pré-concepção (nd)

Saúde da Mulher / Vigilância da Gravidez

Percentagem de utilização da consulta de saúde materna (1ªF)

Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre (1ªF)

Número médio de consultas por grávida vigiada na USF/ UCSP (1ªF)

Número médio de consultas de enfermagem em saúde materna (1ªF)

Percentagem de grávidas com frequência do Programa Completo de Preparação para a Parentalidade (nd)

Percentagem de grávidas com revisão de puerpério efectuada (1ªF)

Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a puérperas vigiadas na USF/ UCSP durante a gravidez (1ªF)

Percentagem de recém-nascidos de baixo peso (1ªF)

Saúde do RN, da Criança e do Adolescente

Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias (1ªF)

Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a recém-nascidos até aos 15 dias (1ªF)

Percentagem de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizadas até ao sétimo dia de vida do recém-nascido (1ªF)

Percentagem de lactentes com aleitamento materno exclusivo até aos três meses completos (nd)

Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos zero aos 11 meses (1ªF)

Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos 12 aos 23 meses (1ªF)

Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos dois aos seis anos (nd)

Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos sete aos 18 anos (nd)

Percentagem de consultas de vigilância de saúde infantil dos zero aos 11 meses (nd)

Percentagem de consultas de vigilância de saúde infantil dos 12 aos 23 meses (nd)

Percentagem de consultas de vigilância de saúde infantil dos dois aos seis anos (nd)

Percentagem de exames globais de saúde em crianças com seis anos completos (nd)

Percentagem de exames globais de saúde em crianças com 13 anos completos (nd)

Número médio de consultas de enfermagem em saúde infantil (nd)

Percentagem de inscritos maiores de 2 anos com peso e altura registados nos últimos dois anos (1ªF)

Percentagem de crianças vítimas de negligência, maus-tratos ou abusos sexuais referenciadas (nd)

Percentagem de crianças de seis anos livres de cáries dentárias (nd)

Percentagem de vacinados por vacinas e por coortes (2 anos, 6 anos, 13 anos) (1ªF)

Saúde do Adulto e do Idoso

Percentagem de inscritos com 25 ou mais anos com a vacina antitetânica actualizada (nd)

Percentagem de inscritos com 65 ou mais anos com a vacina da gripe efectuada na última época vicinal (nd)

Taxa de utilização de consultas dos 65 ou mais anos (nd)

Número médio de consultas em adultos entre os 65 e os 74 anos (nd)

Número médio de consultas em saúde de adultos com 75 ou mais anos (nd)

Programa de Hipocoagulação

Percentagem de doentes em TAO (nd)

Nº de doentes em TAO seguidos em consulta hospitalar / nº de doentes a realizar TAO (nd)

Apoio ao doente dependente

Taxa de dependência do autocuidado (nd)

Taxa de úlcera de pressão (total e por grau I, II, III, IV) (nd)

Tempo médio de cicatrização de úlceras (tempo decorrido entre a abertura do programa e a data de termo) (nd)

A área de intervenção Programas de Vigilância Oncológica /Rastreios está organizada nas seguintes actividades/cuidados prestados:

Cancro da mama

Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos (1ªF)

Cancro do colo do útero

Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos) (1ªF)

Cancro colo-rectal

Percentagem de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-rectal efectuado (1ªF)

A área de intervenção Vigilância clínica das situações de doença crónica está organizada nas seguintes actividades/cuidados prestados:

Nº de internamentos médicos não programados/ Nº de residentes (1ªF)

Programa de Vigilância da Diabetes Mellitus

- Prevalência da diabetes na população inscrita (1ªF)
- Nº de diabéticos vigiados/ Nº de diabéticos identificados (1ªF)
- Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1C registada no ano (2 semestres) (1ªF)
- Percentagem de diabéticos com pelo menos uma LDL-C registada no ano (1ªF)
- Percentagem de diabéticos com pelo menos uma avaliação da microalbuminúria ou da proteinúria no ano (1ªF)
- Percentagem de diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano (1ªF)
- Percentagem de diabéticos com pelo menos um valor de pressão arterial registado nos últimos três meses (1ªF)
- Percentagem de diabéticos com uma referência para oftalmologia registada no ano (1ªF)
- Percentagem de casos com gestão do regime terapêutico ineficaz (1ªF)
- Percentagem de diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem (1ªF)
- Incidência de amputações na população diabética (1ªF)
- Indicador de adequação terapêutica (a incluir) (1ªF)
- Programa de Vigilância da Hipertensão Arterial
- Prevalência da hipertensão na população inscrita (1ªF)
- Nº de hipertensos vigiados/ Nº de hipertensos identificados (1ªF)
- Percentagem de hipertensos c/ registo de pressão arterial nos últimos seis meses (1ªF)
- Percentagem de hipertensos com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses (1ªF)
- Percentagem de hipertensos com vacina antitetânica actualizada (1ªF)
- Incidência de acidentes vasculares cerebrais na população residente (1ªF)
- Incidência de enfartes do miocárdio na população residente (1ªF)
- Indicador de adequação terapêutica (a incluir)
- Programa de Vigilância de Doenças Respiratórias
- Prevalência de asma na população inscrita (1ªF)
- Prevalência de doença pulmonar obstrutiva crónica na população inscrita (1ªF)
- Programa de Vigilância de Saúde Mental
- Prevalência de demência na população inscrita (1ªF)
- Prevalência de depressão na população inscrita (1ªF)
- Consumo de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos no SNS em regime ambulatorio DDD/dia
- Indicador de adequação terapêutica (a incluir) (1ªF)

A área de intervenção Cuidados em situação de doença aguda está organizada nas seguintes actividades/cuidados prestados:

Capacidade de resposta imediata

- Percentagem de marcação de consultas de iniciativa do utente no próprio dia, por USF/ UCSP (nd)
- Percentagem de consultas médicas não agendadas (nd)
- Percentagem de consultas de enfermagem não agendadas (nd)

Utilização da Consulta Aberta

- Percentagem de consultas médicas em período de CA (nd)
- Percentagem de consultas de enfermagem em período de CA (nd)

Referenciação na doença aguda

Nº de casos referenciados para o SU/ nº de episódios agudos (nd)

Nº de casos referenciados para o SU/ população residente (1ª F)

A área de intervenção Coordenação de Cuidados monitoriza a referenciação de doentes para outros níveis de cuidados:

Taxa de referenciação por inscritos (1ª F)

Percentagem de pedidos urgentes / pedidos totais (1ª F)

Percentagem de devoluções aos CSP por falta de informação clínica (1ª F)

Percentagem de devoluções ao CSP por falta de informação administrativa (1ª F)

Percentagem de pedidos considerados prioritários pelo hospital/ total de pedidos considerados urgentes pelos CSP (1ª F)

Índice de referenciação para cinco especialidades seleccionadas regionalmente (1ª F)

Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida

Saúde da Mulher / Planeamento Familiar

Taxa de utilização de consultas de enfermagem de planeamento familiar

Permite saber qual a percentagem de mulheres em idade fértil, i.e., com idade compreendida entre os 15 e os 49 anos, inscritas na USF/UCSP, que tiveram uma consulta de enfermagem em planeamento familiar, identificada como tal, pelo menos uma vez no último ano.

Fonte: SI MCSP (3.22M)

Faseamento: n.d.

Número médio de consultas médicas em planeamento familiar/por utilizador

Permite medir a utilização da consulta de planeamento familiar por cada utilizador e o cumprimento das orientações técnicas definidas para a vigilância deste grupo vulnerável.

Fonte: SI (4.6) MCSP

Faseamento: 1.ª fase (AE)

Número médio de consultas de enfermagem em planeamento familiar/ por utilizador

Permite visualizar a distribuição de consultas por cada mulher utilizadora do programa, a acessibilidade da população ao enfermeiro e o cumprimento dos parâmetros definidos para a vigilância de saúde.

Fonte: SI (4.21) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Percentagem de grávidas adolescentes

Permite analisar a efectividade do programa de planeamento familiar na comunidade.

Fonte: INE

Faseamento: n.d.

Nº de mulheres que realizam IVG (< 10 sem) / nº de mulheres que procuram consulta IVG

Permite analisar a efectividade do programa de acesso à IVG.

Fonte: aplicação informática DGS

Faseamento: n.d.

Nº médio de consultas por IVG / nº mulheres que realizaram IVG (recomendado >=3)

Permite analisar a qualidade de cuidados do programa de acesso à IVG.

Fonte: aplicação informática DGS

Faseamento: n.d.

Nº de mulheres que realizaram a consulta de controlo após IVG medicamentosa/ nº de mulheres que iniciaram IVG medicamentosa

Permite analisar a qualidade de cuidados do programa de acesso à IVG medicamentosa nos CSP.

Fonte: aplicação informática DGS

Faseamento: n.d.

Percentagem de utilização da consulta de pré-concepção

Permite analisar o acesso a cuidados pré-concepcionais nos CSP.

Fonte: n.d.

Faseamento: n.d.

Saúde da Mulher / Vigilância da Gravidez

Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre

É importante que a primeira consulta de vigilância na gravidez aconteça no primeiro trimestre.

Fonte: SI (6.9) MCSP

Faseamento: 1.ª fase



Número médio de consultas por grávida vigiada na USF/ UCSP

Permite identificar se a vigilância das grávidas na USF/ UCSP cumpre as orientações estabelecidas.

Fonte: SI (4.7) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Número médio de consultas de enfermagem em saúde materna

Permite visualizar a distribuição de consultas por cada grávida utilizadora, a acessibilidade da população ao enfermeiro e o cumprimento dos parâmetros definidos para a vigilância de saúde.

Fonte SI (4.22) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Porcentagem de grávidas com frequência do Programa completo de Preparação para a Parentalidade

Permite visualizar o acesso e captação de inscritos ao Programa completo de Preparação para a Parentalidade.

Fonte: n.d.

Faseamento: n.d.

Porcentagem de grávidas com revisão de puerpério efectuada

A revisão do puerpério é o último momento da vigilância do processo de gravidez e parto, constituindo uma oportunidade excelente de promoção da saúde quer da mãe quer do recém-nascido.

Fonte: SI (6.4) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Porcentagem de visitas domiciliárias realizadas a puérperas vigiadas na USF/ UCSP durante a gravidez

Nesta fase do ciclo familiar de grande vulnerabilidade, a precocidade do contacto e o conhecimento do contexto sócio familiar é importante para a identificação de situações que necessitam de um acompanhamento privilegiado.

Fonte: SI (4.33) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Porcentagem de recém-nascidos de baixo peso

Permite analisar a capacidade de resposta de base populacional com qualidade do ACES.

Fonte: GDH

Faseamento: 1.ª fase

Saúde do RN, da Criança e do Adolescente

Porcentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias

É da maior importância que o primeiro contacto do recém-nascido com a equipa de saúde no âmbito dos cuidados de saúde primários ocorra o mais precocemente possível.

Fonte: SI (6.12) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Porcentagem de visitas domiciliárias realizadas a recém-nascidos até aos 15 dias

Nesta fase do ciclo familiar de grande vulnerabilidade, a precocidade do contacto e o conhecimento do contexto sócio familiar é importante para a identificação de situações que necessitam de um acompanhamento privilegiado.

Fonte: SI (4.34) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Porcentagem de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizadas até ao sétimo dia de vida do recém-nascido

Esta colheita de sangue deve ser feita entre o 3.º e o sexto dia de vida.

Fonte: SI (6.13) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Porcentagem de lactentes com aleitamento materno exclusivo até aos três meses completos

São reconhecidos os benefícios para a mãe e criança do aleitamento materno no maior período possível da vida da criança.

Fonte: SI (6.14) MCSP

Faseamento: n.d.

Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos zero aos 11 meses

Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos 12 aos 23 meses

Permite medir a utilização da consulta de vigilância de saúde infantil por cada utilizador, e o cumprimento das orientações técnicas definidas para a vigilância deste grupo vulnerável. Pode referir-se ao total dos utilizadores em saúde infantil (dos 0 aos 18 anos) ou a utilizadores em saúde infantil de grupos etários específicos (dos 0-11 meses; dos 12-23 meses; dos dois aos seis anos; ou dos sete aos 18 anos).

Fonte SI (4.9; 4.10) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos dois aos seis anos

Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos sete aos 18 anos

Permite medir a utilização da consulta de vigilância de saúde infantil por cada utilizador, e o cumprimento das orientações técnicas definidas para a vigilância deste grupo vulnerável. Pode referir-se ao total dos utilizadores em saúde infantil (dos 0 aos 18 anos) ou a utilizadores em saúde infantil de grupos etários específicos (dos 0-11 meses; dos 12-23 meses; dos dois aos seis anos; ou dos sete aos 18 anos).

Fonte SI (4.11; 4.12) MCSP

Faseamento: n.d.

Percentagem de consultas de vigilância de saúde infantil dos zero aos 11 meses

Percentagem de consultas de vigilância de saúde infantil dos 12 aos 23 meses

Percentagem de consultas de vigilância de saúde infantil dos dois aos seis anos

Permite compreender a utilização dos serviços para as actividades de vigilância de saúde infantil em relação às consultas efectuadas por motivo de doença.

Fonte: SI (4.13; 4.14; 4.15)

Faseamento: n.d.

Percentagem de exames globais de saúde em crianças com seis anos completos

Percentagem de exames globais de saúde em crianças com 13 anos completos

Avaliação do cumprimento das orientações técnicas para a vigilância deste grupo etário.

Fonte: SI (4.16; 4.17) MCSP

Faseamento: n.d.

Número médio de consultas de enfermagem em saúde infantil

Permite visualizar a distribuição de consultas por cada criança utilizadora, a acessibilidade da população ao enfermeiro e o cumprimento dos parâmetros definidos para a vigilância de saúde.

Fonte: SI (4.23) MCSP

Faseamento: n.d.

Percentagem de inscritos maiores de 2 anos com peso e altura registados nos últimos dois anos

O índice de massa corporal é um importante indicador para controlo do excesso de peso e da obesidade.

Fonte: SI (5.13) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Percentagem de crianças vítimas de negligência, maus-tratos ou abusos sexuais referenciadas

Permite analisar a detecção de casos de risco e efectividade da resposta com base comunitária.

Fonte: n.d.

Faseamento: n.d.

Percentagem de crianças de seis anos livres de cáries dentárias

A saúde oral da criança é uma das áreas chave em que a intervenção atempada dos profissionais pode ter maior impacto à distância.

Fonte: SISO (6.15) MCSP

Faseamento: n.d.

Percentagem de vacinados por vacinas e por coortes (2 anos, 6 anos, 13 anos)

Preconiza-se que as taxas de vacinação, para a imunidade de grupo, sejam superiores a 95%.

Fonte: SI (6.1) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Saúde do Adulto e do Idoso

Percentagem de inscritos com 25 ou mais anos com a vacina antitetânica actualizada

Recomenda-se a vacinação antitetânica de dez em dez anos a todos os indivíduos com idade igual ou superior a 13 anos.

Fonte: SI (6.2) MCSP

Faseamento: n.d.

Percentagem de inscritos com 65 ou mais anos com a vacina da gripe efectuada na última época vacinal

Recomenda-se a vacinação antigripal anual, entre outros, a todos os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos.

Fonte: SI (6.3) MCSP

Faseamento: n.d.

Taxa de utilização de consultas dos 65 ou mais anos

É importante ter dados acerca da percentagem de inscritos que utiliza os serviços prestados pelas unidades de saúde.

Fonte: SI (3.21) MCSP

Faseamento: n.d.

Número médio de consultas em adultos entre os 65 e os 74 anos

É importante analisar dados sobre o acompanhamento de inscritos entre os 65 e os 74 anos.

Fonte: n.d.

Faseamento: n.d.

Número médio de consultas em saúde de adultos com 75 ou mais anos

É importante analisar dados sobre o acompanhamento de inscritos com mais de 74 anos.

Fonte: n.d.

Faseamento: n.d.

Programa de Hipocoagulação

Percentagem de inscritos em Terapêutica de Anticoagulação Oral (TAO)

O nível de cuidados de saúde primários é o nível mais efectivo para o tratamento da esmagadora maioria dos doentes hipocoagulados.

Fonte: Aplicação específica

Faseamento: n.d.

Nº de doentes em TAO seguidos em consulta hospitalar/ nº de doentes a realizar TAO

O nível de cuidados de saúde primários é o nível mais efectivo para o tratamento da esmagadora maioria dos doentes hipocoagulados

Fonte: Aplicação específica

Faseamento: n.d.

Apoio ao doente dependente

Taxa de dependência do autocuidado

O nível de dependência dos utilizadores dos cuidados de saúde primários influencia directamente as necessidades de intervenção de enfermagem na comunidade.

Fonte: SI (6.18) MCSP

Faseamento: n.d.

Taxa de úlcera de pressão (total e por grau I, II, III, IV)

Pela sua frequência constitui um importante indicador para a gestão e organização dos cuidados de enfermagem. Este indicador apresenta uma elevada sensibilidade no tocante à qualidade dos cuidados de enfermagem.

Fonte: SI (6.17) MCSP

Faseamento: n.d.

Tempo médio de cicatrização de úlceras (tempo decorrido entre a abertura do programa e a data de termo)

Este indicador apresenta uma elevada sensibilidade no tocante à qualidade dos cuidados de enfermagem a doentes com úlceras de pressão.

Fonte: SAPE

Faseamento: n.d.

Programas de Vigilância Oncológica /Rastreios

Cancro da mama

Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos

A International Agency for Research on Cancer (IARC) da Organização Mundial de Saúde concluiu que o rastreio do cancro da mama através de mamografia desencadeia uma redução de 35% na mortalidade por cancro da mama em mulheres entre os 50 e os 69 anos de idade, correspondendo a uma vida salva em cada 500 mulheres rastreadas. A U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) recomenda a mamografia de rastreio, com ou sem exame clínico mamário, de um em um ou de dois em dois anos a partir dos 40 anos.

Fonte: SI (5.1) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Cancro do colo do útero

Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos)

A United States Preventive Services Task Force considera haver boa demonstração de que o rastreio por colpocitologia diminui a incidência e a mortalidade de cancro do colo do útero (evidência tipo A). O NHS Cancer Programme apresentou novas recomendações para o rastreio em 2005, e que são aqui sugeridas: 25 anos – primeira citologia; 25-49 anos – 3-3 anos; 50-64 anos – 5-5 anos; 65+ anos – mulheres que não foram rastreadas depois dos 50 anos ou que apresentam alterações em rastreios recentes.

Fonte: SI (5.2) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Cancro colo-rectal

Percentagem de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-rectal efectuado

Diversas organizações científicas recomendam o rastreio regular do cancro colo-rectal para todos os adultos com idade igual ou superior a 50 anos. Os métodos de rastreio e intervalos recomendados são: Pesquisa de sangue oculto nas fezes – Anual; Sigmoidoscopia flexível – de cinco em cinco anos; Clister opaco com prova de duplo contraste – de cinco em cinco anos; Colonoscopia – de dez em dez anos. No Reino Unido teve início em Abril de 2006 um programa de rastreio dirigido a todos os indivíduos entre os 60 e os 69 anos através da pesquisa de dois em dois anos de sangue oculto nas fezes.

Fonte: SI (5.3) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Vigilância clínica das situações de doença crónica

Nº de internamentos médicos não programados/ Nº de residentes (1ªF)

Permite avaliar a capacidade resposta dos prestadores de cuidados de saúde primários em evitar cuidados de saúde mais onerosos.

Fonte: SI GDH

Faseamento: 1.ª fase

Programa de Vigilância da Diabetes Mellitus

Prevalência da diabetes na população inscrita

Permite avaliar a capacidade de diagnóstico e registos dos prestadores de cuidados de saúde primários.

Fonte: SI ICPC

Faseamento: 1.ª fase

Nº de diabéticos vigiados/ Nº de diabéticos identificados

Permite avaliar a capacidade de atracção dos cuidados de saúde primários com compromisso de vigilância.

Fonte: SI

Faseamento: 1.ª fase

Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1C registada no ano (2 semestres)

Várias organizações defendem que deve ser efectuada uma avaliação da HbA1C na avaliação inicial do paciente diabético e em avaliações de seguimento, com 3 a seis meses de intervalo, dependendo do grau de controlo do paciente.

Fonte: SI (5.4) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Percentagem de diabéticos com pelo menos uma LDL-C registada no ano

Várias organizações defendem que deve ser efectuada uma avaliação do perfil lipídico na avaliação inicial do paciente diabético, em avaliações de seguimento e, pelo menos, anualmente.

Fonte: SI (5.5) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Percentagem de diabéticos com pelo menos uma avaliação da microalbuminúria ou da proteinúria no ano

Várias organizações defendem que deve ser efectuada uma pesquisa de microalbumina na avaliação inicial do paciente diabético, em avaliações de seguimento e, pelo menos, anualmente.

Fonte: SI (5.6) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Percentagem de diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano

Várias organizações defendem que deve ser efectuado um exame aos pés (inspecção visual, avaliação sensorial e exame dos pulsos) na avaliação inicial do paciente diabético e, daí em diante, pelo menos uma avaliação anual.

Fonte: SI (5.7) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Percentagem de diabéticos com pelo menos um valor de pressão arterial registado nos últimos três meses

Várias organizações defendem que a pressão arterial do paciente diabético deve ser avaliada na primeira consulta e em todas as consultas de seguimento.

Fonte: SI (5.8) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Percentagem de diabéticos com uma referência para oftalmologia registada no ano

Várias organizações defendem que deve ser efectuada uma avaliação oftalmológica na avaliação inicial do paciente diabético e, daí em diante, pelo menos uma avaliação anual.

Fonte: SI (5.9) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Percentagem de diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem

O investimento de enfermagem nesta área incide essencialmente ao nível das intervenções que promovam o autocuidado e o autocontrolo diabético.

Fonte: SI (6.19) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Nº de amputações em diabéticos/ n.º de residentes

Permite avaliar a efectividade do Programa de Vigilância da Diabetes Mellitus na comunidade.

Fonte: SI GDH

Faseamento: 1.ª fase

Indicador de adequação terapêutica (a incluir)

Fonte: SI

Faseamento: 1.ª fase

Programa de Vigilância da Hipertensão Arterial

Prevalência da hipertensão na população:

Permite avaliar a capacidade de diagnóstico e registos dos prestadores de cuidados de saúde primários.

Fonte: SI ICPC

Faseamento: 1.ª fase

Nº de hipertensos vigiados / Nº de hipertensos identificados

Permite avaliar a capacidade de atracção dos cuidados de saúde primários com compromisso de vigilância.

Fonte: SI

Faseamento: 1.ª fase

Percentagem de hipertensos c/ registo de pressão arterial nos últimos seis meses

É consensual que, uma vez estabelecido o diagnóstico de hipertensão, deverão ser efectuadas as avaliações necessárias da pressão arterial até à sua estabilização e, daí em diante, pelo menos uma avaliação anual.

Fonte: SI (5.10) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Percentagem de hipertensos com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses

O índice de massa corporal é um importante indicador para controlo do excesso de peso e da obesidade.

Fonte: SI (5.13) MCSP

Faseamento: 1.ª fase

Percentagem de hipertensos com vacina antitetânica actualizada

Recomenda-se a vacinação antitetânica de dez em dez anos a todos os indivíduos com idade igual ou superior a 13 anos.

Fonte: SI (6.2) MCSP (Mod)

Faseamento: 1.ª fase

Incidência de AVC na população residente

Permite avaliar a efectividade do controlo das doenças cardiovasculares na comunidade.

Fonte: SI GDH

Faseamento: 1.ª fase

Incidência de enfartes do miocárdio na população residente (1ªF)

Permite avaliar a efectividade do controlo das doenças cardiovasculares na comunidade.

Fonte: SI GDH

Faseamento: 1.ª fase

Indicador de adequação terapêutica (a incluir)

Fonte: SI

Faseamento: 1.ª fase

Programa de Vigilância de Doenças Respiratórias

Prevalência de asma na população inscrita

Permite avaliar a capacidade de diagnóstico e registos dos prestadores de cuidados de saúde primários.

Fonte: SI ICPC

Faseamento: 1.ª fase

Prevalência de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica na população inscrita

Permite avaliar a capacidade de diagnóstico e registos dos prestadores de cuidados de saúde primários.

Fonte: SI ICPC

Faseamento: 1.ª fase

Programa de Vigilância de Saúde Mental

Prevalência de demência na população inscrita

Permite avaliar a capacidade de diagnóstico e registos dos prestadores de cuidados de saúde primários.

Fonte: SI ICPC

Faseamento: 1.ª fase

Prevalência de depressão na população inscrita

Permite avaliar a capacidade de diagnóstico e registos dos prestadores de cuidados de saúde primários.

Fonte: SI ICPC

Faseamento: 1.ª fase

Consumo de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos no SNS em regime ambatório DDD/dia

Permite avaliar a adequação da prescrição de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos.

Fonte: SI

Faseamento: n.d.

Cuidados em situação de doença aguda

Capacidade de resposta imediata

Percentagem de marcação de consultas de iniciativa do utente no próprio dia, por USF/UCSP

Permite medir a acessibilidade da USF/UCSP face a um pedido de marcação de consulta por iniciativa do utente, considerando-se, neste caso, prazos que se consideram razoáveis para obtenção da mesma, mais precisamente até cinco dias. A percentagem de consultas no próprio dia é um bom indicador de resposta imediata, desde que integrado de modo equilibrado no conjunto das marcações programadas previamente para esse dia.

Admite-se que estas percentagens são influenciadas pelo número de pedidos voluntários de consulta para além dos cinco dias. Assumindo-se que tal valor não será muito diferente entre USF de características semelhantes, poder-se-á, desse modo, retirar algumas conclusões acerca da maior ou menor acessibilidade a consultas de "curto prazo".

Fonte: SI (3.1) MCSP

Faseamento: n.d.

Percentagem de consultas médicas não agendadas

Permite medir a acessibilidade da USF/UCSP face a consultas médicas não agendadas.

Fonte: n.d.

Faseamento: n.d.

Percentagem de consultas de enfermagem não agendadas

Permite medir a acessibilidade da USF/UCSP face a consultas de enfermagem não agendadas.

Fonte: n.d.

Faseamento: n.d.

Utilização da Consulta Aberta

Percentagem de consultas médicas em período de CA

Permite medir a acessibilidade da USF/UCSP em período de consulta aberta.

Fonte: n.d.

Faseamento: n.d.

Percentagem de consultas de enfermagem em período de CA

Permite medir a acessibilidade da USF/UCSP em período de consulta aberta.

Fonte: n.d.

Faseamento: n.d.

Referenciação na doença aguda

Nº de casos referenciados para o SU/ nº de episódios agudos

Permite medir a capacidade de resolução da USF/UCSP em episódios agudos.

Fonte: n.d.

Faseamento: n.d.

Nº de casos referenciados para o SU/ população residente

Permite medir a capacidade de resolução da USF/UCSP em episódios agudos.

Fonte: n.d.

Faseamento: n.d.

Coordenação de cuidados

Taxa de referenciação hospitalar por inscritos

Permite analisar a resolução por prestador de cuidados de saúde primários.

Fonte: SI CTH

Faseamento: 1ª fase



Percentagem de pedidos urgentes / pedidos totais

Permite analisar a valoração dos pedidos de referenciação.

Fonte: CTH

Faseamento: 1ª fase

Percentagem de devoluções aos CSP por falta de informação clínica

Percentagem de devoluções ao CSP por falta de informação administrativa

Permite medir a qualidade da referenciação.

Fonte: CTH

Faseamento: 1ª fase

Percentagem de pedidos considerados prioritários pelo hospital/ total de pedidos considerados urgentes pelos CSP

Permite medir o alinhamento da referenciação entre níveis de cuidados.

Fonte: CTH

Faseamento: 1ª fase

Índice de referenciação para cinco especialidades seleccionadas regionalmente

Permite integrar as necessidades regionais de referenciação.

Fonte: CTH

Faseamento: 1ª fase

QUALIDADE DOS REGISTOS

Na generalidade, apesar da informação sobre os diagnósticos ser colhida e relatada regularmente, é difícil obter informação completa e apropriada. Em Portugal, a classificação de doenças é utilizada ao nível do internamento hospitalar (base para a classificação em Grupos de Diagnóstico Homogéneo) e ao nível do SAM/Vitacare/MedicineOne nos cuidados de saúde primários.

A classificação de doenças ao nível do internamento hospitalar utiliza a ICD-9CM e obedece há vários anos a mecanismos de controlo de qualidade e auditoria. Os SAM/Vitacare/MedicineOne utilizam a *International Classification of Primary Care Version 2-Electronic* (ICPC-2-E) para a codificação de razões de contacto.

A ICPC-2-E permite o mapeamento para ICD-9 ou ICD-10. Ora, apesar de disponível há vários anos a classificação de diagnósticos via SAM, nunca existiu nenhum real incentivo à sua utilização, nem qualquer processo de auditoria aos seus registos, para além da reduzida cobertura do sistema informático.

Assim, e para além de indicadores específicos, propõem-se os seguintes indicadores em termos de qualidade de registos para os ACES:

Nº de episódios agudos que deram origem a codificação de episódio (ICPC2) / nº total de episódios

Fonte: SI

Faseamento: 1ª Fase

Nº de episódios agudos que deram origem a codificação de episódio (ICPC2) / nº total de episódios

Fonte: SI

Faseamento: 1ª Fase

QUALIDADE PERCEPCIONADA

É importante avaliar a percepção dos cidadãos face à qualidade da prestação de cuidados de saúde. O GT-CSP atempadamente irá apresentar uma estrutura de questionário a aplicar anualmente, sendo utilizada eventualmente a metodologia de aplicação já utilizada para o universo hospitalar. Igualmente, e dado que o maior valor do SNS reside na qualidade dos seus profissionais, importa avaliar a satisfação dos profissionais de saúde. Assim, o GT-CSP deverá também apresentar uma estrutura de questionário para aferir a satisfação dos profissionais.

Monitorização do grau de satisfação do serviço público

Satisfação dos Utentes

Percentagem de utentes "satisfeitos/muito satisfeitos"

Fonte: Inquérito

Faseamento: 2ª Fase

Número de sugestões escritas por 1.000 utilizadores

Fonte: SI específico

Faseamento: 1ª Fase

Número de reclamações escritas por 1.000 utilizadores

Fonte: SI específico

Faseamento: 1ª Fase

Número de queixas registadas no Livro Amarelo por 1.000 utilizadores

Fonte: SI específico

Faseamento: 1ª Fase

Satisfação dos Profissionais

Percentagem de profissionais "satisfeitos/muito satisfeitos"

Fonte: Inquérito

Faseamento: 2ª Fase



EFICIÊNCIA

A área de eficiência está organizada em duas grandes actividades: adequação de prescrição de medicamentos e adequação da prescrição de MCDT.

Adequação de prescrição de medicamentos

Consumo de medicamentos genéricos em valor financeiro no consumo total de medicamentos

Fonte: SINGRA

Faseamento: 1ª Fase

Consumo de cefalosporinas no consumo total de antibióticos em regime ambulatorio

Fonte: SINGRA

Faseamento: 1ª Fase

Consumo de quinolonas no consumo total de antibióticos em regime ambulatorio

Fonte: SINGRA

Faseamento: 1ª Fase

Custo médio de medicamentos facturados por utilizador

Fonte: SINGRA

Faseamento: 1ª Fase

Outros indicadores em discussão com os Programas de Saúde

Adequação da prescrição de MCDT por utilizador

Custo médio de MCDT facturados por utilizador

Fonte: SINGRA

Faseamento: 1ª Fase

Índice de prescrição do MCDT mais prescrito

Índice de prescrição do segundo MCDT mais prescrito

Índice de prescrição do terceiro MCDT mais prescrito

Índice de prescrição do quarto MCDT mais prescrito

Índice de prescrição do quinto MCDT mais prescrito

Fonte: SI

Faseamento: 1ª Fase