

## CONTRATO PROGRAMA

Entre:

A **ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP**, representada pelo seu Presidente do Conselho Diretivo, Dr. José Manuel Azenha Tereso, com poderes para outorgar o ato, doravante designada de "ARS";

E

O **AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE COVA DA BEIRA** neste ato representado pelo Diretor Executivo, Dr. João Henrique Pereira Bento doravante designado de "ACES".

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

### DISPOSIÇÕES GERAIS

#### Cláusula 1ª

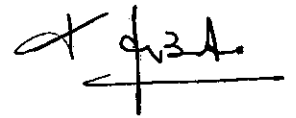
##### Objeto

1. O presente contrato-programa tem por objeto a definição dos objetivos do ACES para o triénio 2013-2015, de acordo com a prestação de serviços e cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica, no âmbito da sua intervenção:
  - a) Comunitário e de base populacional;
  - b) Personalizado com base na livre escolha do médico de família pelos utentes;
  - c) Do exercício de funções de autoridade de saúde.
2. O Anexola este contrato define os compromissos entre ambas as partes para o ano de 2013, e será revisto anualmente.

#### Cláusula 2ª

##### Princípios gerais

1. Os ACES são serviços desconcentrados, com autonomia administrativa, da respetiva ARS, estando sujeitos ao seu poder de direção.
2. O ACES fica responsável pelas prestações de saúde relativas aos utentes residentes na sua



área geográfica de influência, de acordo com o estabelecido na portaria da sua criação, nos termos do presente contrato.

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

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

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

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

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

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

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

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

### Cláusula 3ª

#### **Plano de desempenho**

O presente contrato-programa tem em vista dar execução ao Plano de Desempenho Anual, no qual é caracterizada a atividade a desenvolver, são definidas as prioridades assistenciais e são explicitados os recursos materiais, humanos e financeiros que o ACES necessita para cumprir a sua missão assistencial.

### Cláusula 4ª

#### **Obrigações principais**

1. O ACES obriga-se a assegurar a prestação de cuidados de saúde primários, no âmbito da sua área geográfica, através das unidades que o integram, designadamente:

- a) Unidades de Saúde Familiares;

- b) Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados;
  - c) Unidades de Cuidados na Comunidade;
  - d) Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados;
  - e) Unidade de Saúde Pública.
2. Os objetivos que o ACES deverá cumprir traduzem-se em Indicadores de Eixo Nacional, Regional e Local, encontrando-se discriminados no Apêndice I do Anexo I.
3. O ACES assume o compromisso de alcançar as metas definidas para cada um dos indicadores constantes no referido apêndice, devendo para tal organizar a prestação de cuidados pelas várias unidades funcionais.
4. Para cumprimento das obrigações previstas nos números anteriores, compete ao ACES definir internamente os processos e medidas adequadas ao cumprimento dos objetivos assumidos, no respeito das melhores práticas de gestão e dos princípios da equidade e da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde.
5. O ACES deve possuir uma estrutura contabilística que funcione como centro de produção e de custos, por patamares, desde o nível mais elementar de cada uma das unidades funcionais.

#### Cláusula 5ª

##### **Contratualização Interna**

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

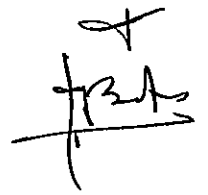
- a) Aplicar objetivos e indicadores alinhados com a estratégia do ACES e da ARS;
- b) Cumprir calendário anual de contratualização interna, monitorização e acompanhamento;
- c) Formalizar o processo de contratualização interna através da assinatura de Cartas de Compromisso;
- d) Aplicar um processo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

#### Cláusula 6ª

##### **Governança Clínica**

Ao ACES, através das unidades funcionais e acompanhamento do Conselho Clínico e de Saúde, compete atingir os seguintes objetivos na área da governança clínica:

- a) Centrar a prestação de cuidados de saúde no utente, de forma transparente e responsável,



- procurando a partilha da decisão clínica entre prestador-utente;
- b) Prestar cuidados de saúde baseados na evidência através de protocolos e recomendações clínicas orientadas para a maximização da qualidade e satisfação individual do utente;
  - c) Garantir que a prestação de cuidados considere aspetos de eficácia, eficiência e segurança, refletindo a maximização de recursos e obtenção de ganhos em saúde;
  - d) Apoiar os profissionais de saúde na prestação de cuidados de qualidade;
  - e) Participar e promover o ensino pré e pós-graduado e atividades de formação dos profissionais de saúde, designadamente do domínio da gestão clínica, tendo em consideração as necessidades de saúde da comunidade;
  - f) Promover a transmissão de informação clínica entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, de modo a favorecer a continuidade e a qualidade de cuidados.

#### Cláusula 7ª

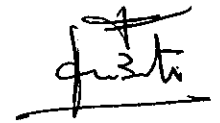
##### **Direitos e deveres dos utentes**

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

#### Cláusula 8ª

##### **Qualidade dos serviços**

1. No exercício da sua atividade, o ACES fica obrigado a assegurar elevados parâmetros de qualidade dos serviços de saúde prestados, quer no que respeita aos meios e processos utilizados quer no que respeita aos resultados.
2. O ACES fica obrigado, designadamente, a:
  - a) Promover a implementação de um sistema de gestão da qualidade, como ferramenta fundamental da gestão da unidade de saúde, com o objetivo de fomentar ações tendentes à melhoria contínua da qualidade assistencial, segurança do utente e satisfação dos

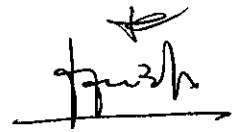


- profissionais;
- b) Implementar um programa de monitorização e avaliação de indicadores de resultados da atividade assistencial;
  - c) Atingir os objetivos definidos no Apêndice I do Anexo I, do presente contrato-programa;
  - d) Aderir a um processo de acreditação que inclua os serviços clínicos, os serviços de apoio clínico e os serviços administrativos, logísticos e de apoio geral;
  - e) Estabelecer normas e procedimentos de governação clínica, promotores de elevados padrões de qualidade da prática clínica e, bem assim, da redução do erro clínico.
3. O ACES obriga-se a assegurar que quaisquer terceiras entidades que venham a participar no exercício das atividades que constituem o objeto do contrato-programa, seja a que título for, dêem cumprimento às obrigações inerentes aos padrões e sistema de gestão da qualidade.

#### Cláusula 9ª

##### **Prestação integrada de cuidados de saúde**

1. O ACES deve assegurar a prestação dos cuidados de saúde primários, considerando a referenciação para outros níveis de cuidados sempre que tal for adequado, dada a sua capacidade para gerir o estado de saúde dos utentes, garantindo desta forma a prestação dos cuidados no nível mais adequado e efetivo.
2. O ACES compromete-se a:
  - a) Otimizar a utilização dos recursos disponíveis, assistindo os utentes nos seus níveis de prestação, reservando o acesso aos cuidados secundários, em especial, ao Serviço de Urgência, para as situações que exijam este grau de intervenção;
  - b) Promover a acessibilidade dos utentes no seu nível de prestação de cuidados, facilitando a referenciação inter-institucional dos utentes;
  - c) Assegurar a coordenação do acompanhamento dos utentes que necessitem de cuidados noutras níveis, designadamente cuidados continuados e cuidados hospitalares;
  - d) Garantir a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes através da implementação do processo clínico eletrónico.
3. O ACES compromete-se, naquilo que dele dependa, a garantir a correta e a adequada articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, nos termos da lei e das orientações fixadas pelo Ministério da Saúde, nomeadamente:
  - a) Promover o ingresso do utente na Rede Nacional dos Cuidados Integrados e proceder à sua referenciação para admissão na mesma;

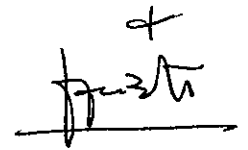


- b) Promover o ingresso do utente na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em conformidade com os requisitos aplicáveis em cada momento e de acordo com a lei e com os critérios fixados pelo Ministério da Saúde, através da Equipa Coordenadora Local tendo em consideração a situação clínica do utente;
  - c) Prestar cuidados de saúde nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados, criadas no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integradas em Unidades de Cuidados na Comunidade sempre que o ACES contemple esta estrutura funcional.
4. O ACES articula-se com os restantes estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, cabendo à ARS determinar as regras específicas de fluxos de utentes e de articulação dos vários níveis de cuidados – redes de referência, bem como intervir junto dos restantes estabelecimentos de saúde com vista a garantir o cumprimento das regras definidas.
5. O ACES assegura a transferência ou a referência de utentes, sendo-lhes imputados os custos de transporte associados, para instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde, sempre que conclua pela insuficiência dos recursos humanos ou materiais existentes para dar resposta adequada e em tempo útil à situação clínica do utente. Para o efeito deverão ser cumpridas as orientações vigentes relativas ao transporte de doentes.

#### Cláusula 10ª

##### **Programas de promoção do acesso**

1. O ACES, em estreita articulação com a ARS, responsabiliza-se pela implementação do sistema integrado de referência e de gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar (Consulta a Tempo e Horas – CTH) nos termos da regulamentação aplicável no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.
2. O ACES compromete-se a implementar e cumprir os Tempos Máximos de Resposta Garantidos para o acesso aos cuidados de saúde, sem prejuízo de outros programas que prevejam tempos de acesso mais céleres. No caso dos Cuidados de Saúde Primários:
- a) Cuidados prestados na Unidade Funcional a pedido do utente:
    - Motivo relacionado com doença aguda - atendimento no próprio dia.
    - Motivo não relacionado com doença aguda – até 15 dias úteis a partir da data do pedido.
  - b) Necessidades expressas a serem resolvidas de forma indirecta:
    - Renovação de medicação em caso de doença crónica - setenta e duas horas após a entrega do pedido.
    - Relatórios, cartas de referência, orientações e outros documentos escritos (na sequência de consulta médica ou de enfermagem) - setenta e duas horas após a entrega do pedido.



- c) Consultas programadas pelos profissionais – sem tempo máximo de resposta geral aplicável; dependente da periodicidade explicitada nos programas nacionais de saúde e ou avaliação do clínico e definida e afixada nas Unidades Funcionais.
3. O ACES, em articulação com a ARS, compromete-se a assegurar o eficaz funcionamento do sistema de agendamento eletrónico (eAgenda).
4. Sempre que ocorra alteração na disponibilidade de médicos de medicina geral e familiar, e de acordo com os recursos disponíveis, o ACES obriga-se a afetar os utentes a um novo médico de família ou, nesta impossibilidade, a garantir através de negociação com as unidades funcionais, um conjunto de serviços a prestar à população afetada com a carência de recursos humanos.

#### Cláusula 11ª

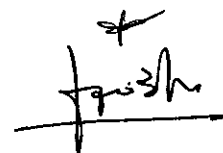
##### **Recursos humanos**

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

#### Cláusula 12ª

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

1. O ACES deverá fazer um registo rigoroso da sua atividade assistencial ao nível administrativo e clínico.
2. O ACES deverá atualizar permanentemente a sua listade utentes inscritos.
3. O ACES está obrigado a identificar os utentes do Serviço Nacional de Saúde devendo ainda identificar e determinar a entidade responsável pelo pagamento dos serviços prestados a cada utente, designadamente os terceiros legal ou contratualmente responsáveis, em todas as situações em que estes sejam suscetíveis de ser responsabilizados.
4. A atividade assistencial desenvolvida em regime de ambulatório nos cuidados primários deve ser sempre especificada de acordo com as classificações adotadas no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente, *International Classification for Primary Care Version 2-Electronic* (ICPC-2-E) e Classificação Internacional de Prática de Enfermagem (CIPE – versão 2), cabendo à Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), notificar a ARS, em cada ano, das versões de codificação e de agrupamento em vigor, à exceção da Tabela de Preços



do SNS publicada em Diário da República.

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

#### Cláusula 13ª

##### **Apoio técnico**

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

2. A ARS promove a implementação de sistemas e tecnologias de informação adequados ao desenvolvimento da atividade do ACES, tendo especialmente em vista:

- a) Otimizar a prestação de cuidados aos utentes pelo registo da informação clínica em suporte informático, em todos os estabelecimentos que constituem o ACES;
- b) Melhorar a qualidade do acolhimento e atendimento dos utentes;
- c) Promover o registo integral dos dados de identificação dos utentes, pela disponibilização do acesso ao Registo Nacional de Utentes;
- d) Registrar de forma exaustiva as actividades executadas, quer na vertente assistencial quer nas vertentes económica e financeira;

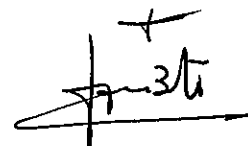
3. A ARS e a ACSS têm o direito de auditar todos e quaisquer aspetos relacionados com os sistemas de informação, designadamente a estrutura e o conteúdo dos meios técnicos e informáticos utilizados e os procedimentos envolvidos na recolha, registo, tratamento e transmissão de informação, tendo em vista verificar a veracidade, consistência e fiabilidade da informação registada e transmitida.

#### Cláusula 14ª

##### **Formação e investigação**

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





#### Cláusula 15ª

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

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

#### Cláusula 16ª

##### **Avaliação de desempenho**

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

#### Cláusula 17ª

##### **Alteração das circunstâncias**

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

#### Cláusula 18ª

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

1. O ACES deve aplicar internamente ferramentas que sustentem a correta e integral monitorização das obrigações definidas no presente contrato e instituir os procedimentos necessários ao processo de auto-avaliação e de reporte de informação à ARS e ACSS.
2. A metodologia de avaliação e controlo obedece a uma determinada periodicidade e características a

fixar em sede de acompanhamento da execução do Contrato-Programa.

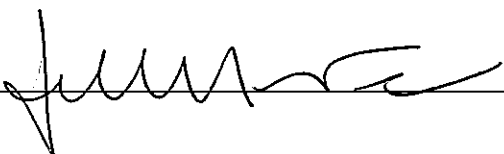
3. A periodicidade de reporte de informação é em regra mensal, exceptuando-se os casos especificamente previstos.

Celebrado aos 25 dias do mês de Junho, de 2013.

PRIMEIRO OUTORGANTE

Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

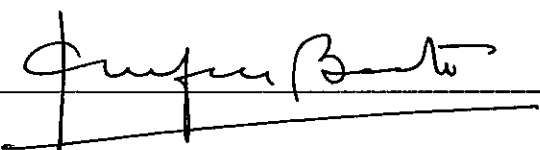
---



SEGUNDO OUTORGANTE

Agrupamento de Centros de Saúde Cova da Beira

---



*Justiça*

## ANEXO I

### Cláusulas Específicas Para o Ano 2013

#### Cláusula 1ª

##### Metas Contratualizadas

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

#### Cláusula 2ª

##### Cálculo do valor do incentivo

1. O incentivo a alocar pela ARS depende do Índice de Desempenho Global (IDG) obtido pelo ACES, calculado através dos resultados dos indicadores descritos no Apêndice I e da redução dos encargos do SNS com medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) prescritos pelo ACES.
2. Para o cálculo do IDG define-se o seguinte grau de cumprimento ajustado dos indicadores (à exceção dos indicadores da taxa de utilização, vacinação e desempenho económico-financeiro):
  - Grau de cumprimento do indicador inferior a 90% => grau de cumprimento ajustado = 0%
  - Grau de cumprimento do indicador entre 90% e 110% => grau de cumprimento ajustado = ao próprio valor
  - Grau de cumprimento do indicador superior a 110% => grau de cumprimento ajustado = 110%.
3. Os indicadores da taxa de utilização (ID 6 – 2013.006.01), vacinação (ID 27 – 2013.027.01; ID 28 – 2013.028.01; ID 29 – 2013.029.01) e desempenho económico-financeiro (ID 68 – 2013.068.01; ID 69 – 2013.069.01) terão uma margem de cumprimento valorizada entre 95% e 105%.
4. São definidos os seguintes critérios para atribuição do valor de incentivos, de acordo com o IDG apurado:
  - A avaliação de desempenho é considerada negativa sempre que o índice de desempenho global for inferior a 75%, não havendo lugar a atribuição de qualquer valor de incentivo;

23/12/14

- Para um índice de desempenho global igual ou superior a 75% a atribuição de incentivo corresponde ao IDG apurado (num limite máximo de 100%) multiplicado pelo valor afeto aos incentivos.

5. O valor potencial de incentivo é calculado através da redução dos encargos financeiros do SNS com medicamentos cedidos em farmácia de oficina e MCDT, de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{se } \text{Med}_t < 0,95 \times \text{Med}_{t-1} \Rightarrow [\text{Incentivo potencial}] = 0,1 \times (\text{Med}_{t-1} - \text{Med}_t)$$

$$\text{se } \text{Med}_t \geq 0,95 \times \text{Med}_{t-1} \Rightarrow [\text{Incentivo potencial}] = 0$$

em que:

$\text{Med}_{t-1}$  - Despesa incorrida pelo Estado relativa a comparticipações financeiras na aquisição de produtos farmacêuticos distribuídos em farmácias de oficina e MCDT faturados, para o período compreendido entre 01 de Janeiro e 31 de Dezembro do ano  $t-1$ ;

$\text{Med}_t$  - Despesa incorrida pelo Estado relativa a comparticipações financeiras na aquisição de produtos farmacêuticos distribuídos em farmácias de oficina e MCDT faturados para o período compreendido entre 01 de Janeiro e 31 de Dezembro do ano  $t$ ;

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

$t$  - Ano referente ao contrato-programa.

6. O valor efetivo de incentivo a alocar pela ARS é calculado de entre o menor dos dois valores seguintes:

- Produto entre o valor potencial de incentivo e o Índice de Desempenho Global apurado;

- Produto entre o Índice de Desempenho Global apurado e o valor *per capita* da poupança nos custos de medicamentos e MCDT alcançada a nível regional, multiplicado pelos inscritos no ACES.

7. Sempre que não seja possível medir um ou mais dos indicadores previstos no Apêndice I, o referido indicador não é considerado para efeitos da aplicação do referido Apêndice, devendo ser distribuído *pro rata* o respetivo peso relativo pelos restantes indicadores.

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

*quarta*

## APÊNDICE I

Objetivos de Cuidados de Saúde Primários				
Código SIARS	Designação do Indicador	Peso Relativo Do Eixo	Peso Relativo Do Indicador	Meta
<b>Eixo Nacional</b>		<b>75%</b>		
2013.006.01	Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos		5,43%	80,00%
2013.004.01	Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos		4,35%	82,00%
2013.066.01	Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos		6,52%	45,00%
2013.047.01	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos		4,35%	25,00%
2013.074.01	Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2		6,52%	85,00%
GDH	Taxa de internamentos por doença cerebro-vascular, entre residentes com menos de 65 anos (por 10.000)		3,26%	9,50
2013.052.01	Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar		6,52%	-
GDH	Proporção de recém-nascidos de termo, de baixo peso		1,63%	2,05%
2013.064.01	Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11; 14[ anos e PNV totalmente cumprido até ao 14º aniversário		2,72%	30,00%
GDH	Incidência de amputações major de membro inferior em utentes com diabetes, entre utentes residentes (por 10.000)		3,26%	0,63
2013.056.01	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise		4,35%	70,50%
--	Percentagem de utilizadores satisfeitos ou muito satisfeitos		-	-
2013.068.01	Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP) <sup>1</sup>		17,39%	187,45€
2013.069.01	Despesa média de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)		8,70%	35,43€
			<b>75%</b>	
<b>Eixo Regional</b>		<b>17%</b>		
2013.011.01	Proporção de grávidas com 1ª consulta médica de vigilância da gravidez, realizada no 1º trimestre		2,83%	90,00%
2013.020.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg		2,83%	33,00%
2013.027.01	Proporção de crianças com 2 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 2º aniversário		2,83%	98,00%
2013.045.01	Proporção de mulheres entre [25; 60[ anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos		8,51%	35,00%
			<b>17%</b>	
<b>Eixo Local</b>		<b>8%</b>		
2013.014.01	Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida		2,3%	80,00%
2013.016.01	Proporção de crianças com pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 1º ano de vida		5,7%	45,00%
			<b>8%</b>	

<sup>1</sup>A meta contratualizada incorpora uma redução de 4,06% no custo por utilizador decorrente da revisão anual do preço do medicamento de acordo com a Portaria n.º 91/2013 de 28 de Fevereiro.

*franz*

## APÊNDICE II

### Indicadores de Acompanhamento

Código SIARS	Designação do Indicador
2013.001.01	Proporção de consultas realizadas pelo respetivo médico de família
2013.005.01	Proporção de consultas realizadas pelo respetivo enfermeiro de família
2013.099.01	Taxa de utilização global de consultas de enfermagem nos últimos 3 anos
2013.003.01	Taxa de consultas médicas no domicílio por 1.000 inscritos
2013.033.01	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos com IMC registado nos últimos 3 anos
2013.034.01	Proporção de utentes obesos e com idade igual ou superior a 14 anos, a quem foi realizada consulta de vigilância de obesidade nos últimos 2 anos
2013.048.01	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos e com hábitos tabágicos, a quem foi realizada consulta relacionada com tabagismo, no último ano
2013.007.01	Proporção de utilizadores referenciados para consulta hospitalar
2013.065.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 75 anos, com prescrição crónica inferior a cinco fármacos
2013.092.01	Proporção de doentes hipocoagulados que são controlados na unidade de saúde
2013.030.01	Proporção de inscritos com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses
2013.098.01	Proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada
2013.044.01	Proporção de mulheres entre [50; 70[ anos, com mamografia registada nos últimos dois anos
2013.046.01	Proporção de inscritos com idade entre [50; 75[ anos, com rastreio de cancro do colon e reto efetuado
2013.008.01	Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (médicas ou de enfermagem)
2013.009.01	Taxa de utilização de consultas de enfermagem de planeamento familiar
2013.050.01	Proporção de grávidas com consulta de revisão de puerpério efetuada
2013.012.01	Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna
2013.013.01	Proporção de puérperas com consulta domiciliária de enfermagem
2013.031.01	Proporção de crianças com 7 anos, com peso e altura registados no intervalo [5; 7[ anos
2013.032.01	Proporção de jovens com 14 anos, com peso e altura registados no intervalo [11; 14[ anos
2013.028.01	Proporção de crianças com 7 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 7º aniversário
2013.029.01	Proporção de jovens com 14 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 14º aniversário
2013.057.01	Proporção de recém-nascidos, com diagnóstico precoce (TSHPKU) realizado até ao sexto dia de vida
2013.017.01	Proporção de crianças com pelo menos 3 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 2º ano de vida
2013.063.01	Proporção de crianças com 7 anos, com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [5; 7[ anos e PNV totalmente cumprido até ao 7º aniversário
2013.015.01	Proporção de recém-nascidos com consulta domiciliária de enfermagem realizada até ao 15º dia de vida
2013.019.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de pressão arterial em cada semestre
2013.018.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses
2013.021.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com prescrição de anti-hipertensores do tipo tiazídico
2013.022.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, sem diabetes, com prescrição de antagonistas dos recetores da angiotensina II
2013.024.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com consulta de enfermagem de vigilância e registo da gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano

*Handwritten signature*

Código SIARS	Designação do Indicador
2013.023.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes), com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos
2013.038.01	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos 2 HgbA1c no último ano, desde que abranjam os 2 semestres
2013.035.01	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos um exame dos pés registado no último ano
2013.040.01	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos uma referenciação ou pelo menos um registo de realização de exame à retina, no último ano
2013.041.01	Proporção de utentes com diabetes tipo 2, em terapêutica com insulina
2013.042.01	Proporção de utentes com diabetes tipo 2 com terapêutica com metformina
2013.097.01	Proporção de utentes com diabetes, com microalbuminúria no último ano
2013.039.01	Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0 %
2013.091.01	Proporção de utentes com diabetes, com idade inferior a 65 anos, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 6,5 %
2013.036.01	Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância e registo de gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano
2013.096.01	Rácio entre a despesa faturada com inibidores DPP-4 e a faturada com antidiabéticos orais, em doentes com diabetes mellitus tipo 2
2013.053.01	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos alcoólicos nos últimos 3 anos
2013.054.01	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos e com hábitos alcoólicos, a quem foi realizada consulta relacionada com alcoolismo nos últimos 3 anos