

2. INTRODUÇÃO

O decreto-lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, estabeleceu a organização e funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir aos respetivos profissionais, prevendo a existência de incentivos institucionais a atribuir à equipa multiprofissional das USF modelo A e modelo B, de incentivos financeiros a atribuir a assistentes técnicos e enfermeiros nas USF modelo B e de incentivos por atividades específicas realizadas a atribuir a médicos em USF modelo B.

A portaria n.º 1368/2007, de 28 de outubro, aprovou a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das USF.

O decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro (republicando em 27 de novembro de 2012) criou os ACES, e estabeleceu o seu regime de organização e funcionamento. Definiu também as UCSP como unidades funcionais do ACES, estabelecendo que têm estrutura idêntica à prevista para as USF, prestando cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. Previu a realização de contratos-programa com os conselhos diretivos das ARS e de contratos de execução com as unidades funcionais do ACES.

A portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, regulou os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF, especificando os indicadores usados na contratualização de cada tipo de incentivos e a métrica de avaliação das metas contratualizadas.

Em 18 de março de 2009 foram publicadas as portarias n.º 272/2009, n.º 273/2009, n.º 274/2009, n.º 275/2009 e n.º 276/2009, criando vários ACES, integrados respetivamente na Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve, I. P., na ARS do Norte, I. P., na ARS do Centro, I. P., na ARS do Alentejo, I. P. e na ARS de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.

Em 11 de maio de 2009 foi publicado o decreto-lei n.º 102/2009, que estabeleceu que os ACES integrados em ULS deveriam seguir, com as necessárias adaptações, o regime de organização e de funcionamento dos ACES previsto no decreto-lei 22/2008, refletindo-o nos respetivos regulamentos internos.

Mais recentemente, foram publicadas novas portarias com a reconfiguração dos ACES, as quais permitem reduzir o número de ACES existentes, por agregação em estruturas de maior dimensão e mais eficientes que abranjam grupos de população mais numerosa, cumprindo também, atento o contexto económico atual, o imperativo de adoção de medidas para a racionalização da despesa e otimização dos recursos disponíveis – Portaria n.º 308/2012, de 9 de outubro (ARS Alentejo), Portaria n.º 310/2012, de 10 de outubro (ARS Norte), Portaria n.º 394-A/2012, de 29 de novembro (ARS Centro) e Portaria n.º 394-B/2012, de 29 de novembro (ARS LVT).

Com base nesta legislação, têm vindo a ser publicados vários documentos que enquadram a nível nacional o processo de contratualização nos cuidados de saúde primários, com especial destaque para:

- A metodologia da contratualização com as USF modelo A e modelo B foi pela primeira vez operacionalizada em 2009, com o documento "Unidades de Saúde Familiar - Metodologia de Contratualização – USF modelo A e modelo B", publicado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), em 3 de janeiro de 2009. Esse documento também divulgou as regras de cálculo para os indicadores usados nos incentivos financeiros das USF modelo B.

- O documento "*Unidades de Saúde Familiar e Unidades Cuidados de Saúde Personalizados - Cálculo de indicadores de desempenho - Critérios a observar na sua implementação*", foi publicado pela ACSS em 3 de setembro de 2009 e definiu as regras de cálculo e os bilhetes de identidade dos indicadores usados nos incentivos institucionais, nos incentivos financeiros e nas atividades específicas, produzindo efeitos a partir de 2010.

- Em 24 de fevereiro de 2010, a ACSS publicou o documento "*Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados - Metodologia de Contratualização para o ano de 2010*", onde se estabeleceu a metodologia de contratualização com as USF modelo A e B para o ano de 2010 e onde se fez referência pela primeira vez a nível nacional à contratualização com as UCSP. Operacionalizou-se desta forma a **contratualização interna** efetuada entre os responsáveis dos ACES e das unidades funcionais.

- Em março de 2010, a ACSS publicou o documento "*Agrupamentos de Centros de Saúde - Metodologia de Contratualização para o ano de 2010*", onde se operacionalizou pela primeira vez a **contratualização externa** com os recém-criados ACES. Neste documento estabeleceu-se que a contratualização dos ACES se baseava em 14 indicadores definidos a nível nacional, 4 selecionados a nível regional e 2 a nível local e definiu-se a implementação, em termos experimentais, de dois instrumentos previsionais junto dos recém-criados ACES: o Plano de Desempenho (PD) e o Contrato-Programa (CP). Estes instrumentos surgiram devido à necessidade de promover a autonomização e responsabilização dos prestadores para melhor responder às necessidades em saúde das populações.

- Já no ano de 2012 foi produzido o documento "*Bilhete de identidade dos indicadores utilizados na contratualização dos ACES, USF e UCSP*", o qual define de forma clara e transparente as regras de cálculo e as especificações de registo de uma matriz de 99 indicadores de contratualização e monitorização, abrangendo um maior número de áreas clínicas e alargando o número de indicadores de resultado que estão disponíveis no processo de contratualização nos cuidados de saúde primários.

De facto, e fruto deste trabalho evolutivo e de melhoria contínua, constatamos que a contratualização com os cuidados de saúde primários é um instrumento que está hoje plenamente em Portugal, sendo norteado pelos seguintes princípios gerais:

- 1 Reduzir o hiato entre o estado de saúde atual e o estado de saúde desejável da população, reforçando os processos de diagnóstico de necessidades específicas das populações e de planeamento em saúde, de forma a desenvolver respostas locais adequadas e a promover as boas práticas;
- 2 Incentivar a cultura da prestação de cuidados de saúde em equipa, com realce para a equipa de saúde da família, procurando melhorar o acesso, a qualidade e a continuidade de cuidados, seja na perspetiva da intervenção personalizada, seja envolvendo a família e a comunidade
- 3 Basear-se em indicadores que monitorizam a evolução de processos ou resultados da atividade assistencial, que a evidência científica demonstra que podem conduzir a ganhos em saúde, ganhos de acessibilidade ou ganhos de satisfação;
- 4 Promover a responsabilização das entidades prestadoras através da negociação transparente de metas para os indicadores;
- 5 Induzir nas entidades prestadoras mecanismos de auto-regulação que orientem a prática no sentido da excelência da prestação de cuidados de saúde, da eficiência do sistema de saúde, de ganhos em satisfação de utentes e profissionais;
- 6 Promover a autonomia técnica das unidades prestadoras e a participação dos profissionais na definição e implementação das estratégias necessárias para atingir os objetivos acordados, em função dos recursos humanos, técnicos e financeiros que estão disponíveis;
- 7 Premiar, através da atribuição de incentivos institucionais, os ACES e as unidades prestadoras com melhor desempenho;
- 8 Indexar (nas USF Modelo B) uma componente do vencimento dos profissionais ao nível de desempenho medido por determinados indicadores.

O presente documento operacionaliza o processo de contratualização (externa e interna) para o ano de 2013, procurando consolidar a evolução organizacional dos cuidados de saúde primários e continuando o processo de passagem de uma cultura de comando-controle vertical, para uma cultura de compromisso e de responsabilidade a todos os níveis da prestação de cuidados nesta área.

2.3.1. MATRIZ INDICADORES INSTITUCIONAIS PARA CONTRATUALIZAÇÃO COM UCSP E USF

A contratualização entre os ACES e as respectivas USF e UCSP será baseada numa matriz de 22 indicadores com as seguintes características:

- A. 14 indicadores de âmbito nacional, comuns a todas as USF/UCSP do País;
- B. 4 indicadores selecionados por cada ARS, comuns às respectivas USF e UCSP da região;
- C. 2 indicadores selecionados por cada ARS e específicos para cada ACES, os quais serão comuns às respectivas USF e UCSP desse ACES;
- D. 2 indicadores de âmbito local, selecionados por ACES, específicos para cada USF e UCSP.

A. Os indicadores de âmbito nacional serão comuns a todas as USF e UCSP, e encontram-se definidos na Tabela . Desses 14 indicadores nacionais, 2 são de acesso, 9 são de desempenho assistencial, 1 de satisfação e 2 de eficiência (desempenho económico).

De entre estes 14 indicadores, 10 são comuns aos indicadores nacionais da contratualização externa dos ACES, por forma a garantir um alinhamento de objetivos entre a contratualização externa e interna. Foram atribuídas ponderações a cada indicador, discriminadas na coluna [Ponder.] da Tabela , em função da importância relativa de cada indicador para o processo de contratualização e também do esforço relativo necessário para realizar a atividade monitorizada.

Tabela - Indicadores de âmbito nacional, relacionados com a contratualização de incentivos institucionais para USF e UCSP.

Código	Nome do indicador	Área Clínica	Tipo	Ponder.	ID
3.15.02	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	Transversal	Acesso	4,0%	6
4.30	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	Transversal	Acesso	2,5%	4
5.25	Proporção inscritos >= 14 A, c/ hábitos tabágicos	Transversal	Desemp. assist.	3,0%	47
6.30	Proporção MIF, com acompanhamento em PF	SM / PF	Desemp. assist.	4,5%	52
6.33	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	Saúde Materna	Desemp. assist.	4,5%	51
6.31	Proporção crianças 1 ano, c/ acompanhamento	SIJ	Desemp. assist.	4,5%	58
6.32	Proporção crianças 2 anos, c/ acompanhamento	SIJ	Desemp. assist.	3,0%	60
6.38	Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV	SIJ	Desemp. assist.	2,0%	64
6.35	Proporção de hipertensos, c/ acompanhamento	Hipertensão	Desemp. assist.	5,5%	25
6.34	Proporção DM c/ acompanhamento	Diabetes	Desemp. assist.	4,0%	43
5.21	Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.	Saúde Mental	Desemp. assist.	2,5%	56
7.06.02	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	Transversal	Eficiência	16,0%	68
7.07.02	Despesa MCDTs faturad., por utiliz. (p. conv.)	Transversal	Eficiência	8,0%	69

LEGENDA: Ponder. - Ponderação do indicador na contabilização do Score; SIJ - Saúde infantil e Juvenil; SM/PF - Saúde da Mulher e Planeamento Familiar; Desemp. assist. - Desempenho assistencial; ID - Nº sequencial do indicador no documento "Bilhete de identidade dos indicadores utilizados na contratualização dos ACES, USF e UCSP".

B. Os 4 indicadores de âmbito regional, selecionados por cada ARS, serão definidos a partir da lista de 34 indicadores apresentada na

C.

D. Tabela , e são comuns às respectivas USF e UCSP da região.

E. Os 2 indicadores selecionados por cada ARS específicos a cada ACES serão definidos a partir da lista de 34 indicadores apresentada na

F.

G. Tabela , e são comuns às respectivas USF e UCSP do ACES.

H. Os 2 indicadores de âmbito local, selecionados por cada ACES, específicos para cada USF e UCSP que o integra, serão definidos a partir da lista de 34 indicadores apresentada na

I.

J. Tabela .

As ARS e os ACES devem efetuar a sua selecção de entre os indicadores que constam do documento denominado "*Bilhete de identidade dos indicadores utilizados na contratualização dos ACES, USF e UCSP*" que foi recentemente produzido".

Em resumo, a ponderação dos 22 indicadores da contratualização interna distribui-se como especificado na tabela seguinte.

Tabela – Ponderações de grupos de indicadores na contratualização externa dos ACES

Número	Âmbito	Tipo	Ponder.
2	Nacional	Acesso	6,5%
9	Nacional	Desempenho assistencial	33,5%
2	Nacional	Eficiência (desempenho económico)	24,0%
1	Nacional	Satisfação	6,0%
4	Regional	Qualquer	15,0%
2	Local (ACES)	Qualquer	7,5%
2	Local (UF)	Qualquer	7,5%

2.3.2. MATRIZ DE INDICADORES PARA INCENTIVOS FINANCEIROS DAS USF MODELO B

As USF Modelo B são unidades funcionais com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar deve ser uma prática efetiva e em que os profissionais estão dispostos a

aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigentes, traduzindo-se, tendencialmente, por metas com valores médios mais elevados.

Às USF Modelo B são atribuídos incentivos institucionais (de acordo com princípios explicitados para as USF modelo A) e incentivos financeiros aos profissionais. Os incentivos atribuídos aos médicos são aferidos pela compensação das atividades específicas e os dos restantes profissionais — enfermeiros e assistentes técnicos - integrados na compensação pelo desempenho.

A atribuição de incentivos financeiros a enfermeiros e assistentes técnicos depende da concretização de metas contratualizadas pelas equipas e referentes a atividades decorrentes de (I) vigilância de mulheres em planeamento familiar e (II) grávidas, de vigilância de (III) crianças no primeiro ano de vida e (IV) durante o segundo ano de vida, de vigilância de (V) diabéticos e de (VI) hipertensos.

Em concreto, a contratualização de incentivos financeiros para pagamento a enfermeiros e assistentes técnicos, faz-se através de uma matriz de 16 indicadores apresentada na Tabela .

Tabela - Indicadores relacionados com incentivos financeiros nas USF modelo B.

Código	Nome do Indicador	Área Clínica	Tipo	Ponder	ID
5.13.05	Proporção inscritos > 14A, c/ IMC últimos 3 anos	Transversal	Desemp. assist.	5,0%	33
5.02	Proporção mulheres [25; 65[A, c/ colpoc. (3 anos)	R. Oncológ.	Desemp. assist.	9,0%	45
3.22.02	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	SM / PF	Desemp. assist.	10,0%	9
6.04	Proporção grávidas c/ consulta RP efetuada	Saúde Materna	Desemp. assist.	6,0%	50
6.26	Proporção grávidas c/ 6+ cons. vigil. enferm.	Saúde Materna	Desemp. assist.	11,0%	12
6.42	Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem	Saúde Materna	Desemp. assist.	5,5%	13
6.01.01	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido até 2A	SIJ	Desemp. assist.	6,0%	27
6.22	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	SIJ	Desemp. assist.	11,0%	16
6.23	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	SIJ	Desemp. assist.	7,0%	17
6.43	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	SIJ	Desemp. assist.	5,5%	15
5.10.01	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	Hipertensão	Desemp. assist.	2,0%	19
5.13.01	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	Hipertensão	Desemp. assist.	2,0%	18
6.02.01	Proporção hipertensos > 25 A, c/ vacina tetano	Hipertensão	Desemp. assist.	5,0%	26
5.07	Proporção DM com exame pés último ano	Diabetes	Desemp. assist.	4,0%	35
6.16.02	Proporção DM c/ cons. enf. e gestão RT último ano	Diabetes	Desemp. assist.	3,0%	36
6.19	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	Diabetes	Desemp. assist.	8,0%	37

LEGENDA: SIJ – Saúde infantil e Juvenil; SM/PF - Saúde da Mulher e Planeamento Familiar; Desemp. assist. – Desempenho assistencial; S. Materna – Saúde materna; R. Oncológ. – Rastreio oncológico; S. Adultos – Saúde de adultos; Ponder. – Ponderação do indicador na contabilização do Score; ID – Nº sequencial do Indicador no documento "Bilhete de identidade dos indicadores utilizados na contratualização dos ACES, USF e UCSP".

Para o ano de 2013, são efetuadas 2 modificações relativamente a 2012:

1. Deixam de se usar os indicadores relacionados com o [teste do pezinho] e com o [registo de peso e altura durante o 2º ano de vida]

à ARS.

- **Eixo local:** Cada ACES tem a possibilidade de, em conjunto com a ARS, definir 2 indicadores específicos, de acordo com necessidades locais de saúde.

Tabela - Indicadores de âmbito nacional, relacionados com a contratualização externa dos ACES.

Código	Nome do Indicador	Área Clínica	Tipo	Ponder.	ID
3.15.02	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	Transversal	Acesso	5,0%	6
4.30	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	Transversal	Acesso	4,0%	4
5.25	Proporção inscritos >= 14 A, c/ hábitos tabágicos	Transversal	Desemp. assist.	4,0%	47
6.41	Taxa internam. DCV, entre inscritos < 65 anos	Saúde adultos	Desemp. assist.	3,0%	87
6.30	Proporção MIF, com acompanhamento em PF	SM / PF	Desemp. assist.	6,0%	52
6.40	Proporção de RN de termo, de baixo peso	Saúde Materna	Desemp. assist.	1,5%	86
6.31	Proporção crianças 1 ano, c/ acompanham. Adequado	SIJ	Desemp. assist.	7,0%	58
6.32	Proporção crianças 2 anos, c/ acompanham. Adequado	SIJ	Desemp. assist.	5,0%	60
6.38	Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV	SIJ	Desemp. assist.	2,5%	64
6.39	Incid. amputações major Minf. (DM), em residentes	Diabetes	Desemp. assist.	3,0%	85
5.21	Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.	Saúde Mental	Desemp. assist.	4,0%	56
7.06.02	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	Transversal	Eficiência	16,0%	68
7.07.02	Despesa MCDTs faturad., por utiliz. (p. conv.)	Transversal	Eficiência	8,0%	69

LEGENDA: Ponder. - Ponderação do indicador na contabilização do Score; SIJ - Saúde infantil e Juvenil; SM/PF - Saúde da Mulher e Planeamento Familiar; Desemp. assist. - Desempenho assistencial; ID - Nº sequencial do Indicador no documento "Bilhete de identidade dos indicadores utilizados na contratualização dos ACES, USF e UCSP".

Tabela - Indicadores de satisfação, relacionados com incentivos institucionais das UCSP, USF e ACES.

Código	Nome do Indicador	Área Clínica	Tipo	Ponder.	ID
8.07	Proporção utiliz. satisfeitos ou muito satisfeitos	Transversal	Satisfação	6,0%	72
8.08	Núm. dias c/ reclam. por fechar, por 1000 cons.	Transversal	Satisfação	6,0%	73

LEGENDA: Ponder. - Ponderação do indicador na contabilização do Score; ID - Nº sequencial do Indicador no documento "Bilhete de identidade dos indicadores utilizados na contratualização dos ACES, USF e UCSP".

Tabela - Indicadores de âmbito regional ou local, relacionados com incentivos institucionais das UCSP, USF e com contratualização dos ACES.

Código	Nome do Indicador	Área Clínica	Tipo	Ponder.	ID
3.12.01	Proporção de consultas realizadas pelo MF	Transversal	Acesso	2	1

são explicitados os recursos materiais, humanos e financeiros que o ACES tem ao dispor para cumprir a sua missão assistencial. Trata-se de uma ferramenta de monitorização e acompanhamento muito importante para todos os profissionais do ACES e, em particular, para os seus responsáveis.

O Plano de Desempenho está organizado em nove grandes áreas: (1) Caracterização; (2) Linhas estratégicas; (3) Plano de Atividades; (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.

Durante o 1º trimestre de 2013 será desenvolvida a ferramenta informática de recolha do Plano de Desempenho: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA). Preconiza-se que os ACES submetam informaticamente o seu Plano de Desempenho até 27 de março de 2013 para que seja analisada a proposta efetuada pelo ACES e seja realizada a sua negociação até 12 abril de 2013.

A condução das reuniões de negociação no âmbito da contratualização externa é da responsabilidade do Conselho Diretivo da ARS, apoiado pelo seu DCARS. O ACES é representado pelo DE, devendo este ser acompanhado pelo Conselho Clínico e de Saúde e apoiado pelo Coordenador da UAG. A documentação a ser analisada em reunião deve 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.

3.2. O CONTRATO-PROGRAMA

O Contrato-Programa é o documento que o ACES deve outorgar com a ARS e está alinhado com o definido no PD concretizando o compromisso assumido ao identificar claramente as obrigações e as contrapartidas de ambas as partes e as regras de acompanhamento, monitorização e avaliação das atividades a desenvolver pelo ACES.

Os objetivos e metas assistenciais expressas no CP não correspondem necessariamente a todos os indicadores de desempenho apresentados em PD.

No caso dos ACES que estão integrados em ULS, o Contrato-Programa é outorgado entre os Conselhos de Administração das ULS e os responsáveis indicados por estes para liderar os cuidados de saúde primários nessas ULS.

3.3. CARACTERIZAÇÃO DO ACES E DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES ASSISTENCIAIS

O processo de contratualização, seja ele encetado com unidades prestadores de cuidados de saúde primários, secundários ou integrados, deve objetivar reduzir o hiato entre o estado de saúde atual 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.

As alterações organizacionais que se têm registado ao nível dos cuidados de saúde primários, e especificamente a constituição dos ACES, constitui uma oportunidade para se abordar as necessidades específicas das populações e desenvolver respostas locais adequadas através do processo de contratualização.

Assim, e no âmbito do PD dos ACES, a ACSS, em parceria com o Instituto Nacional de Estatística (INE) e os Hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), tem vindo a recolher e trabalhar um conjunto de informação demográfica e epidemiológica de cada ACES que habilita os prestadores de cuidados a desenvolver as melhores respostas, capacitando desta forma, o processo de contratualização.

Estes indicadores no seu conjunto permitem a caracterização dos ACES, de forma a promover localmente o planeamento das atividades assistenciais e de prevenção com base nas necessidades em saúde da população por parte das ARS. Toda a informação é calculada ao nível do ACES, incluindo os agrupamentos que estão integrados em ULS, com a melhor informação disponível.

3.4. MATRIZ DE INDICADORES PARA CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA

A contratualização entre as ARS (ou as ULS) e os ACES será baseada numa matriz de 22, com os seguintes 3 eixos de indicadores:

- **Eixo nacional:** 14 indicadores selecionados a nível nacional, suscetíveis de avaliar ganhos em saúde. Dez dos indicadores selecionados neste eixo são comuns à contratualização externa e interna, por forma a induzir um alinhamento de objetivos para as duas contratualizações. Dois dos indicadores comuns são de desempenho económico.
- **Eixo regional:** As ARS e as ULS têm a possibilidade de escolher 4 indicadores para a contratualização externa que vão ao encontro dos programas regionais ou prioridades de saúde definidas regionalmente que não tenham ficado colmatados pelos indicadores do eixo nacional. Os indicadores selecionados para a contratualização externa aplicam-se a todos os ACES pertencentes

à ARS.

- **Eixo local:** Cada ACES tem a possibilidade de, em conjunto com a ARS, definir 2 indicadores específicos, de acordo com necessidades locais de saúde.

Tabela - Indicadores de âmbito nacional, relacionados com a contratualização externa dos ACES.

Código	Nome do Indicador	Área Clínica	Tipo	Ponder.	ID
3.15.02	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	Transversal	Acesso	5,0%	6
4.30	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	Transversal	Acesso	4,0%	4
5.25	Proporção inscritos >= 14 A, c/ hábitos tabágicos	Transversal	Desemp. assist.	4,0%	47
6.41	Taxa internam. DCV, entre inscritos < 65 anos	Saúde adultos	Desemp. assist.	3,0%	87
6.30	Proporção MIF, com acompanhamento em PF	SM / PF	Desemp. assist.	6,0%	52
6.40	Proporção de RN de termo, de baixo peso	Saúde Materna	Desemp. assist.	1,5%	86
6.31	Proporção crianças 1 ano, c/ acompanham. Adequado	SIJ	Desemp. assist.	7,0%	58
6.32	Proporção crianças 2 anos, c/ acompanham. Adequado	SIJ	Desemp. assist.	5,0%	60
6.38	Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV	SIJ	Desemp. assist.	2,5%	64
6.39	Incid. amputações major Minf. (DM), em residentes	Diabetes	Desemp. assist.	3,0%	85
5.21	Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.	Saúde Mental	Desemp. assist.	4,0%	56
7.06.02	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	Transversal	Eficiência	16,0%	68
7.07.02	Despesa MCDTs faturad., por utiliz. (p. conv.)	Transversal	Eficiência	8,0%	69

LEGENDA: Ponder. - Ponderação do indicador na contabilização do Score; SIJ - Saúde infantil e Juvenil; SM/PF - Saúde da Mulher e Planeamento Familiar; Desemp. assist. - Desempenho assistencial; ID - Nº sequencial do Indicador no documento "Bilhete de identidade dos indicadores utilizados na contratualização dos ACES, USF e UCSP".

Tabela - Indicadores de satisfação, relacionados com incentivos institucionais das UCSP, USF e ACES.

Código	Nome do Indicador	Área Clínica	Tipo	Ponder.	ID
8.07	Proporção utiliz. satisfeitos ou muito satisfeitos	Transversal	Satisfação	6,0%	72
8.08	Núm. dias c/ reclam. por fechar, por 1000 cons.	Transversal	Satisfação	6,0%	73

LEGENDA: Ponder. - Ponderação do indicador na contabilização do Score; ID - Nº sequencial do Indicador no documento "Bilhete de identidade dos indicadores utilizados na contratualização dos ACES, USF e UCSP".

Tabela - Indicadores de âmbito regional ou local, relacionados com incentivos institucionais das UCSP, USF e com contratualização dos ACES.

Código	Nome do Indicador	Área Clínica	Tipo	Ponder.	ID
3.12.01	Proporção de consultas realizadas pelo MF	Transversal	Acesso	2	1