

Portugal é Parte das Emendas à Convenção, aprovadas, para adesão, pela Resolução da Assembleia da República n.º 113/2010 e ratificadas pelo Decreto do Presidente da República n.º 106/2010, ambos publicados no *Diário da República*, 1.ª série, n.º 208, de 26 de outubro de 2010, tendo Portugal depositado o seu instrumento de adesão das Emendas à Convenção em 26 de novembro de 2010, conforme o Aviso n.º 357/2010, publicado no *Diário da República*, 1.ª série, n.º 240 de 14 de dezembro de 2010.

Direção-Geral de Política Externa, 27 de junho de 2017. — O Subdiretor-Geral, *Luís Cabaço*.

Aviso n.º 98/2017

Por ordem superior se torna público que, em 11 de março de 2016, a República do Paraguai depositou, junto do Diretor-Geral da Agência Internacional de Energia Atómica, na qualidade de depositário da Convenção sobre Proteção Física dos Materiais Nucleares adotada em Viena, em 26 de outubro de 1979, o seu instrumento de vinculação às Emendas à Convenção, adotadas em Viena, em 8 de julho de 2005.

Em cumprimento do artigo 20.º da Convenção, as Emendas entraram em vigor para a República do Paraguai em 8 de maio de 2016.

Portugal é Parte da Convenção, aprovada, para ratificação, pela Resolução da Assembleia da República n.º 7/90 e ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 14/90, ambos publicados no *Diário da República*, 1.ª série, n.º 62, de 15 de março de 1990, tendo Portugal depositado o seu instrumento de ratificação em 6 de setembro de 1991, conforme o Aviso n.º 163/91, publicado no *Diário da República*, 1.ª série-A, n.º 258 de 9 de novembro de 1991.

Portugal é Parte das Emendas à Convenção, aprovadas, para adesão, pela Resolução da Assembleia da República n.º 113/2010 e ratificadas pelo Decreto do Presidente da República n.º 106/2010, ambos publicados no *Diário da República*, 1.ª série, n.º 208, de 26 de outubro de 2010, tendo Portugal depositado o seu instrumento de adesão das Emendas à Convenção em 26 de novembro de 2010, conforme o Aviso n.º 357/2010, publicado no *Diário da República*, 1.ª série, n.º 240 de 14 de dezembro de 2010.

Direção-Geral de Política Externa, 27 de junho de 2017. — O Subdiretor-Geral, *Luís Cabaço*.

FINANÇAS E SAÚDE

Portaria n.º 212/2017

de 19 de julho

A reforma dos cuidados de saúde primários, iniciada em 2005, representa um acontecimento relevante no panorama da saúde, da Administração Pública e da sociedade portuguesa. Baseada num conjunto de princípios como a descentralização, auto-organização, avaliação e responsabilização pelos resultados, tem contribuído significativamente para o aumento do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, melhoria da qualidade e desempenho, refletindo-se naturalmente ao nível da sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O XXI Governo Constitucional estabeleceu como prioridade a defesa do SNS e, nesse âmbito, identificou a

necessidade do reforço dos cuidados de saúde primários e de criação de mais unidades de saúde familiar (USF), contribuindo assim para concretizar a centralidade da rede de cuidados de saúde primários na política de saúde do País e expandindo e melhorando a sua capacidade de resposta através de todas as unidades funcionais que constituem os agrupamentos de centros de saúde (ACES), de forma mais qualificada e articulada com os outros níveis de prestação de cuidados.

Esta necessidade de voltar a investir na rede de cuidados de saúde primários pretende reforçar a orientação deste nível de cuidados para a comunidade, apostando fortemente na autonomia e na responsabilização das equipas e dos profissionais, na flexibilidade organizativa e de gestão das estruturas de prestação de cuidados, na melhoria contínua da qualidade, na transparência, na prestação de contas e na avaliação do desempenho de todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados de saúde primários.

No contexto da atual reforma das organizações de saúde e da necessidade reforçada de qualificação da despesa a nível global, os cuidados de saúde primários assumem, incontestavelmente, um papel de liderança, reforçado pelos valores da equidade, solidariedade e universalidade que os sustentam.

A contratualização de metas de desempenho com as USF devem, então, procurar garantir o necessário equilíbrio entre exigência e exequibilidade, no sentido de conduzir a ganhos de saúde, bem como premiar o esforço, a maior disponibilidade, a qualidade do atendimento e do desempenho, o compromisso assistencial e a excelência destas unidades, com a atribuição de incentivos, quer para as equipas de saúde, quer para os profissionais que as integram.

A metodologia de contratualização desenvolvida para as USF, em funcionamento desde 2006, previa a existência de incentivos institucionais de acordo com o seu nível de desempenho, tendo o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, conferido dignidade legal a esta possibilidade. Posteriormente, a Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, veio regular os critérios para a atribuição de incentivos institucionais às USF e incentivos financeiros aos enfermeiros e assistentes técnicos que integram as USF modelo B.

Mais recentemente, a Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, procedeu à revisão dos critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais às USF, introduzindo, por um lado, um índice global de desempenho que consistia na soma do grau de cumprimento ajustado de cada indicador, ponderado pelo respetivo peso relativo, e, por outro, um conjunto de novos indicadores de contratualização e de monitorização da atividade das USF, com o intuito de abranger outras áreas e patologias, como as doenças respiratórias e de saúde mental, e de reforçar o número de indicadores de resultado.

Procedeu-se ainda à criação de uma comissão de acompanhamento externa em cada Administração Regional de Saúde, I. P., com a finalidade de acompanhar o processo de contratualização e de arbitrar eventuais conflitos.

Para além destas alterações, os cuidados de saúde primários têm vindo a ser palco de importantes alterações, de entre as quais se destaca a generalização da contratualização às UCSP, com a possibilidade de atribuição de incentivos institucionais, e a sua progressiva generalização a todas as unidades dos ACeS, num modelo em tudo semelhante às USF.

Verifica-se a necessidade de melhorar e simplificar a metodologia de contratualização, tornando-a mais transparente, adequada, justa e efetiva, o imperativo de desenvolver um modelo de avaliação do desempenho verdadeiramente multidimensional, centrado na pessoa, focado nos resultados e orientado pelo processo de cuidados, a exigência de um modelo de atribuição de incentivos que, cumprindo a sua finalidade de ser um instrumento de gestão por objetivos, que garanta o reconhecimento do nível de desempenho contratualizado e obtido pelas unidades funcionais, numa estratégia de melhoria contínua e de garantia de adequação às necessidades em saúde da população e a necessidade de garantir o pagamento mensal dos incentivos financeiros aos enfermeiros e assistentes técnicos, nas USF modelo B, equiparando-os ao do modelo das atividades específicas para os médicos com a natureza de compensação pelo desempenho.

Estas necessidades evolutivas no seio dos cuidados de saúde primários obrigam a proceder a um conjunto de alterações do enquadramento legal vigente, designadamente das Portarias n.ºs 301/2008, de 18 de abril, e 377-A/2013, de 30 de dezembro, para garantir a sua adequação a esta nova realidade e a sua sustentação legal.

Foram observados os procedimentos decorrentes da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho.

Assim:

Nos termos e ao abrigo do disposto no artigo 39.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, manda o Governo, pelos Ministros das Finanças e da Saúde, o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objeto e âmbito

A presente portaria regula os critérios e as condições para a atribuição de incentivos institucionais às unidades de saúde familiar (USF) modelos A e B e às unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) e de incentivos financeiros aos profissionais que integram as USF modelo B com fundamento em melhorias de acessibilidade, gestão da saúde e doença, ganhos de eficiência, efetividade, qualidade dos cuidados prestados, satisfação dos utilizadores e redução da despesa inapropriada.

CAPÍTULO II

Tipos de incentivos

Artigo 2.º

Incentivos institucionais

1 — Os incentivos institucionais têm um valor global máximo que é fixo e determinado anualmente por despacho dos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e pela área da saúde, a aprovar até ao dia 15 de janeiro de cada ano, sendo o mesmo afeto a todas as USF e UCSP em atividade.

2 — Os incentivos institucionais traduzem-se, nomeadamente, no acesso a informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios, cursos de formação

e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da unidade funcional (UF), desde que inseridos no plano de formação dos seus profissionais, no apoio à investigação, na atualização, manutenção e aquisição de equipamentos para o funcionamento da UF, na melhoria das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional, no acolhimento dos utentes e no desenvolvimento de processos de melhoria da qualidade e de acreditação.

3 — As equipas multiprofissionais das USF modelos A e B e das UCSP têm acesso a incentivos institucionais, nos termos da carta de compromisso contratualizada anualmente, aferido pelo nível do Índice de Desempenho Global (IDG) atingido pelas respetivas unidades funcionais no ano em causa, até ao limite do valor global máximo previsto no n.º 1.

Artigo 3.º

Incentivos financeiros

1 — Os incentivos financeiros são atribuídos aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B em função dos resultados obtidos pela respetiva equipa multiprofissional, e têm a natureza de compensação pelo desempenho, como parte da remuneração mensal variável prevista no n.º 4 do artigo 31.º e no n.º 4 do artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho.

2 — A atribuição de incentivos financeiros depende da concretização dos critérios para atribuição das unidades contratualizadas (UC) referentes às atividades específicas decorrentes da vigilância de mulheres em planeamento familiar e grávidas, da vigilância de crianças do nascimento até ao segundo ano de vida, da vigilância de utentes diabéticos e de utentes hipertensos, segundo a métrica de avaliação e critérios referidos no artigo 29.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho.

3 — A atribuição mensal de incentivos financeiros aos enfermeiros e assistentes técnicos inseridos nas USF modelo B resulta do desempenho realizado e das UC validadas em relação ao ano transato, devendo constar na carta de compromisso anual.

4 — A atribuição dos incentivos financeiros previstos na presente portaria não é acumulável com a atribuição de outras compensações financeiras com idêntica natureza.

Artigo 4.º

Índice de Desempenho Global

1 — O IDG, e os Índices de Desempenho Sectoriais (IDS) nas suas diferentes áreas e dimensões, bem como as respetivas ponderações, encontram-se previstos no anexo n.º 1 da presente portaria, da qual faz parte integrante.

2 — A operacionalização dos IDS, nas áreas do «Desempenho assistencial», dos «Serviços», da «Qualidade organizacional», da «Atividade científica» e da «Formação», e respetivas dimensões, é efetuada mediante a utilização obrigatória dos indicadores constantes da Matriz de Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários.

3 — A Matriz de Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários integra todos os indicadores existentes que respeitem os requisitos e critérios definidos no anexo n.º 2 da presente portaria, da qual faz parte integrante.

4 — A definição dos intervalos do valor esperado e da variação aceitável de cada indicador é baseada na melhor evidência disponível de boas práticas em saúde, validadas tecnicamente, após prévia audição das ordens profissionais, dos sindicatos e das sociedades científicas, tendo como objetivo promover a convergência para patamares de desempenho harmonizados a nível nacional.

5 — Os indicadores previstos no anexo n.º 2 da presente portaria são atualizados anualmente pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.), após prévia negociação com as ordens profissionais e os sindicatos.

6 — A listagem dos indicadores que integram a matriz de indicadores dos Cuidados de Saúde Primários, bem como a sua descrição, é publicada e atualizada pela ACSS, I. P., na sua página eletrónica, assim como no Portal do SNS e em aplicação informática a disponibilizar pelo Ministério da Saúde.

7 — A monitorização dos resultados de todos os indicadores integrantes da Matriz de Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários, a sua distribuição pelos vários níveis de observação, e, bem assim, a sua disponibilização na página do Portal do SNS, e em aplicação informática a disponibilizar pelo Ministério da Saúde, é assegurada pela ACSS, I. P.

CAPÍTULO III

Atribuição de incentivos e procedimentos

Artigo 5.º

Contratualização

1 — Os termos de referência para a contratualização de cuidados de saúde primários no SNS são aprovados pelo membro do Governo responsável pela área da saúde e publicados até 15 de julho do ano anterior ao período a que se referem.

2 — Os documentos necessários ao processo de contratualização são os constantes do anexo n.º 3 da presente portaria, da qual faz parte integrante.

3 — A carta de compromisso é assinada pelas partes até 31 de dezembro do ano anterior a que se refere o período de contratualização.

4 — A carta de compromisso deve conter a referência à população abrangida, à identificação dos recursos, ao manual de articulação, à definição do IDG a atingir e à proposta de aplicação dos incentivos institucionais.

5 — Todo o processo de contratualização é operacionalizado através de uma aplicação informática a disponibilizar pelo Ministério da Saúde.

Artigo 6.º

Procedimento para atribuição dos incentivos institucionais

1 — O ACES, com o apoio do departamento de contratualização da respetiva Administração Regional de Saúde, I. P. (ARS, I. P.), apura os resultados finais da contratualização de acordo com os números seguintes.

2 — As UF elaboram o seu relatório de atividades, o qual é remetido ao diretor executivo do ACES, até 15 de março do ano seguinte àquele a que respeita, que, após parecer do conselho clínico e de saúde, o submete à apreciação do conselho diretivo da ARS, I. P.

3 — A decisão a proferir pelo conselho diretivo da ARS, I. P., nos termos do número anterior, pode ser de aprovação ou reprovação, sendo, em qualquer dos casos, precedida de avaliação fundamentada.

4 — A ARS, I. P., e ou o ACES, respeitando o princípio do exercício do contraditório, podem providenciar a realização de uma auditoria clínica para verificar o cumprimento dos resultados apurados, devendo esta estar concluída até 15 de abril de cada ano.

5 — A ARS, I. P., por intermédio do ACES, comunica à UF até 30 de abril de cada ano a decisão relativa à atribuição de incentivos.

6 — Caso haja lugar à atribuição de incentivos institucionais, a sua aplicação faz-se de acordo com o previsto na carta de compromisso, devendo-se observar os procedimentos constantes do anexo n.º 4 da presente portaria e que dela faz parte integrante.

7 — Até 15 de julho de cada ano, as ARS, I. P., publicam um relatório de monitorização, do qual deve constar as UF com direito a incentivos institucionais, com PAII aprovado e com cabimentação orçamental.

8 — Até 30 de junho do ano seguinte, as ARS, I. P., publicam um relatório de monitorização da execução dos planos de aplicação de incentivos institucionais relativos ao ano anterior.

Artigo 7.º

Procedimento para atribuição dos incentivos financeiros

1 — A ARS, I. P., e ou o ACES podem promover a realização de uma auditoria clínica, respeitando o princípio do exercício do contraditório, com o objetivo de verificar o cumprimento dos resultados, a qual deve estar concluída até 15 de março de cada ano.

2 — A ARS, I. P., por intermédio do ACES, comunica à USF até 30 de março de cada ano a decisão relativa à atribuição de incentivos.

3 — Até ao apuramento dos resultados do desempenho das USF modelo B, as ARS, I. P., procedem ao pagamento mensal de 50 % do valor máximo de incentivos financeiros a que os profissionais teriam direito.

4 — Após apuramento dos resultados do desempenho das USF modelo B, as ARS, I. P., procedem ao encontro de contas entre o valor de incentivos financeiros já pagos, nos termos do número anterior, e o valor final apurado, o qual é objeto de pagamento em duodécimos.

Artigo 8.º

Atribuição de incentivos institucionais

1 — A atribuição de incentivos institucionais decorre do valor obtido no IDG.

2 — Os IDG obtidos pelas UF têm uma distribuição linear, que é qualificada de acordo com os referenciais qualitativos atingidos nos termos definidos na tabela do anexo n.º 5 da presente portaria, da qual que faz parte integrante.

3 — Os referenciais qualitativos definidos no número anterior podem ser revistos pela ACSS, I. P., mediante prévia negociação com as ordens profissionais e os sindicatos.

4 — Para efeitos de atribuição dos incentivos institucionais não é considerada a não obtenção do IDG necessário para o efeito, desde que tal fique diretamente a dever-se à não disponibilização no prazo acordado, dos

meios necessários, designadamente em recursos humanos, equipamentos e sistema de informação, fixados na Carta de Compromisso e este facto não seja imputável aos beneficiários dos incentivos.

Artigo 9.º

Acompanhamento interno e externo

1 — O acompanhamento interno de cada UF compete ao respetivo Conselho Clínico e de Saúde do ACES e deverá ser concretizado com o apoio do departamento de contratualização da ARS, I. P.

2 — O acompanhamento interno a que se refere o número anterior é efetuado trimestralmente através, nomeadamente, da observância do processo constante da aplicação informática a disponibilizar pelo Ministério da Saúde.

3 — Registando-se desvios negativos ao desempenho, há lugar à definição de um plano de melhoria subscrito por ambas as partes.

4 — O acompanhamento externo é assegurado, em cada ARS, I. P., por uma comissão de acompanhamento, constituída por três elementos efetivos e três elementos suplentes indicados pela ARS, I. P., respetiva, e três elementos efetivos e três suplentes indicados pelos sindicatos de entre os coordenadores de UF de cada ARS, I. P.

5 — A comissão referida no número anterior é presidida por um dos elementos indicados pela ARS, I. P., respetiva e exerce funções pelo período de três anos.

6 — A comissão de acompanhamento tem as seguintes competências:

- a) Acompanhar o processo de contratualização e o apuramento de resultados;
- b) Receber informação e analisar as conclusões do relatório de avaliação anual;
- c) Dirimir e arbitrar eventuais conflitos entre as UF e os ACES emergentes do processo de contratualização e apuramento de resultados.

7 — As deliberações da comissão de acompanhamento, nos termos da alínea c) do número anterior, são precedidas de audiência prévia dos representantes dos interessados.

8 — A participação nos trabalhos da comissão de acompanhamento externo não confere direito a qualquer remuneração adicional, sem prejuízo do abono de ajudas de custo e de transporte pelas deslocações realizadas, cujo encargo é suportado pela respetiva ARS, I. P.

Artigo 10.º

Comissão técnica nacional

1 — Sem prejuízo do disposto no artigo anterior e de forma a promover uma melhoria contínua e progressiva adaptação evolutiva e sustentada do modelo de contratualização e da sua operacionalização, é constituída uma Comissão Técnica Nacional, doravante designada por Comissão Técnica.

2 — Compete à Comissão Técnica:

- a) Acompanhar os procedimentos definidos nos n.ºs 4 e 5 do artigo 4.º e no n.º 3 do artigo 8.º;
- b) Elaborar propostas de melhoria da matriz de desempenho multidimensional.

3 — A Comissão Técnica é constituída por representantes das seguintes entidades:

- a) ACSS, I. P., que coordena;
- b) Coordenação Nacional para a Reforma do SNS na área dos Cuidados de Saúde Primários;
- c) Direção-Geral da Saúde;
- d) Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E.;
- e) Um elemento de cada uma das ARS, I. P.;
- f) Ordem dos Médicos;
- g) Ordem dos Enfermeiros;
- h) Associações sindicais médicas;
- i) Associações sindicais dos enfermeiros;
- j) Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar;
- k) Associação Nacional das Unidades de Cuidados na Comunidade.

4 — Aos membros da Comissão Técnica não é devida qualquer remuneração ou abono pelo exercício de funções nesta Comissão.

5 — É revogado o n.º 10 do Despacho n.º 3823/2016, de 4 de março, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, de 15 de março de 2016.

CAPÍTULO IV

Valor dos incentivos e regras para a distribuição

Artigo 11.º

Valor dos incentivos institucionais

1 — O valor dos incentivos institucionais corresponde ao número de meses completos de atividade desenvolvida no ano em causa, condicionado a um mínimo de seis meses de atividade.

2 — A distribuição do valor total orçamentado para os incentivos institucionais nos termos do n.º 1 do artigo 2.º, pelos vários níveis de desempenho, tem de assegurar que, independentemente do número de UF em cada nível, o valor estimado a receber para cada UF garante os seguintes requisitos:

- a) As UF com IDG de nível superior têm valor de incentivos superiores;
- b) A variação do valor dos incentivos a receber pelas UF em cada nível decorre exclusivamente do seu número de Unidades Ponderadas (UP).

3 — A determinação do:

- a) Valor da unidade de incentivo por UP em cada nível (VUI_UP);
- b) Valor de incentivo institucional por UF ponderado de acordo com o seu nível de desempenho e dimensão (população em unidades ponderadas) (VI_UF_P);

é operacionalizada de acordo com a seguinte metodologia:

- a) Os diferentes níveis de desempenho e sua ponderação estão definidos no anexo n.º 5 tal como referido no n.º 2 do artigo 8.º;
- b) O valor da unidade de incentivo por unidade ponderada é obtido pela seguinte fórmula:

$$VUI_UP = Z / [(N_1 \times W_1) + (N_2 \times W_2) + (N_3 \times W_3)]$$

em que:

VUI_UP — Valor da unidade de incentivo institucional por unidade ponderada;

Z — Valor total dos incentivos institucionais calculados de acordo com o n.º 1 do artigo 2.º;

N₁ — Soma das unidades ponderadas das UF no nível 1 de desempenho;

N₂ — Soma das unidades ponderadas das UF no nível 2 de desempenho;

N₃ — Soma das unidades ponderadas das UF no nível 3 de desempenho;

W₁ — Ponderação do nível 1 de desempenho;

W₂ — Ponderação do nível 2 de desempenho;

W₃ — Ponderação do nível 3 de desempenho;

c) O valor do incentivo institucional por unidade funcional ponderada de acordo com seu nível de desempenho e pela sua dimensão que consiste na população em unidades ponderadas é obtido pela seguinte fórmula:

$$VI_{UF_P} = (VUI_{UP} \times Y) \times W_N$$

em que:

VI_{UF_P} — Valor do incentivo institucional por unidade funcional ponderada de acordo com sua dimensão (população em unidades ponderadas);

VUI_{UP} — Valor da unidade de incentivo institucional por unidade ponderada;

Y — Número de unidades ponderadas da unidade funcional;

W_N — Ponderação do nível de desempenho.

Artigo 12.º

Valor dos incentivos financeiros

1 — O valor máximo anual dos incentivos financeiros é de € 3600 por enfermeiro e de € 1150 por assistente técnico de acordo com os critérios definidos na tabela constante no anexo n.º 6 da presente portaria, da qual faz parte integrante.

2 — Os incentivos referidos no número anterior são pagos mensalmente.

Artigo 13.º

Distribuição dos incentivos financeiros

1 — A distribuição dos incentivos financeiros, dentro de cada grupo profissional, é efetuada em partes iguais por todos os elementos que o integrem, sendo paga mensalmente, a cada enfermeiro e assistente técnico, a respetiva quota-parte.

2 — Os enfermeiros e os assistentes técnicos inseridos em USF modelo B, em regime de trabalho a tempo parcial, têm direito a um incentivo financeiro proporcional ao referido no n.º 1 do artigo 11.º

CAPÍTULO V

Período de transição

Artigo 14.º

Contratualização em 2017

1 — A alteração de paradigma, decorrente da construção e desenvolvimento do novo modelo de contratualização, bem como as exigências da sua operacionalização, determina que o ano de 2017 seja assumido como um ano de transição.

2 — A contratualização em 2017 tem como termos de referência e metodologia o seguinte procedimento:

a) A ACSS, I. P., publica os seguintes documentos:

i) Matriz de indicadores CSP;

ii) Cálculo do IDG (2016) de todas as UF, de acordo com nova metodologia e sua disponibilização em suporte informático;

iii) IDG 2017 — matriz de desempenho com identificação das áreas, subáreas e dimensões que são possíveis de operacionalizar, e respetivas métricas;

iv) Metodologia de operacionalização da contratualização;

b) As UF apresentam Plano de Ação de acordo com a Matriz de Desempenho;

c) Os ACeS elaboram o seu Plano de Desempenho de acordo com a Matriz de Desempenho;

d) Até 30 de setembro de 2017 efetua-se a contratualização interna, seguida da externa.

3 — Para o cálculo do valor de IDG, em todas as áreas, subáreas e dimensões da Matriz de Desempenho que não estão operacionalizadas no ano de 2017, aplica-se o previsto no ponto 2 do anexo n.º 1.

Artigo 15.º

Pagamento dos incentivos financeiros de 2016

A atribuição, o valor e a distribuição dos incentivos financeiros aos enfermeiros e assistentes técnicos referentes ao ano de 2016 obedece ao definido nos artigos 7.º, 12.º e 13.º

CAPÍTULO VI

Disposições finais

Artigo 15.º

Norma revogatória

A presente portaria revoga a Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro.

Artigo 16.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação

Em 14 de julho de 2017.

O Ministro das Finanças, *Mário José Gomes de Freitas Centeno*. — O Ministro da Saúde, *Adalberto Campos Fernandes*.

ANEXO N.º 1

Tabela do Índice de Desempenho Global

1 — A tabela descritiva do Índice de Desempenho Global (IDG), dos Índices de Desempenho Sectoriais (IDS), nas suas diferentes áreas e dimensões, bem como as respetivas ponderações, é a seguinte:

Índice Desempenho Global (USF e UCSP)

IDG Global	IDG Setoriais		Dimensões/componentes
	Área	Subárea	
IDG (100)	Desempenho (100x0.5)	Acesso (100x0.2) Qualificação do Acesso	Cobertura (100x0.1)
			Personalização (100x0.1)
			Atendimento Telefónico (100x0.1)
			TMRG (100x0.4)
			Consulta no dia (100x0.1)
			Trajetos (100x0.1)
			Distribuição no dia (100x0.1)
		Gestão da Saúde (100x0.2) Gestão de percurso/Plano de Cuidados Resultados na prevenção e promoção da saúde	Saúde Infantil (100x0.25)
			Saúde da Mulher (100x0.25)
			Saúde do Adulto (100x0.25)
	Gestão da Doença (100x0.2) Gestão de percurso/Plano de Cuidados Resultados na gestão da doença aguda e crónica	Qualificação da Prescrição (100x0.2) Adequação técnica científica, Efetividade, Eficiência	Pelo menos 4 processos assistenciais integrados dos predefinidos, dos quais 2 são nacionais. Cada processo assistencial integrado (100x0.25)
			Prescrição Farmacoterapêutica (100x0.0.5)
			Prescrição de MCDT (100x0.0.3)
			Prescrição de Cuidados (100x0.0.2)
	Satisfação (100x0.2) Grau de satisfação dos utentes		Satisfação Utentes (Europep)
	Serviços (100x0.1)	Assistenciais (100x0,0.8) Não Assistenciais (100x0.2)	
	Qualidade Organizacional (100x0.2)	Melhoria. Contínua (100x0.4)	Acesso (100x0.25)
			Processos Assistenciais Integrados (100x0.75)
Segurança (100x0.4)		Utentes (100x0.4)	
		Profissionais (100x0.3)	
Formação (100x0.1)	Interna (100x0.8) Para os profissionais da UF	Equipa multiprofissional (100x0,5)	
		Externos/Alunos (100x0.5)	
Atividade Científica (100x0.1)	Artigos, Comunicações, Conferências (100x0.5) Trabalho de Investigação (100x0.5)	UF e ou seus profissionais como formadores externos	

2 — Na verificação da impossibilidade do desenvolvimento das atividades em áreas ou subáreas da matriz do IDG, por razões não imputáveis às UF, o valor obtido é ponderado para a respetiva subárea, área e DG de acordo com a seguinte fórmula:

$$IDG = (IDGR \times 100) / \partial$$

em que:

IDG — Valor final (ponderado) do IDG da UF;

IDGR — Valor do IDG real obtido;

∂ — Valor máximo possível de IDG sem peso da área ou subáreas em causa.

3 — A contratualização da área «Serviços» pode determinar uma alocação de recursos, designadamente através do recurso ao trabalho suplementar.

ANEXO N.º 2

Matriz de Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários

1 — Os critérios e atributos dos Indicadores que integram a Matriz de Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários obedecem aos seguintes pressupostos gerais:

a) São independentes da origem/fonte e da sua utilização, destacando-se aqueles que são produzidos pela ACSS, I. P., pela DGS, pelo INFARMED, entre outros;

b) Se o indicador existe, é calculado e monitorizado, estando disponível para utilização;

c) Ter um bilhete de identidade do indicador que tenha uma descrição clara, inequívoca e simples do que mede, do numerador e denominador, do que se regista (quando, onde e como) e o seu modo de leitura (nas diferentes aplicações informáticas), e um histórico de pelo menos dois anos.

2 — Os indicadores a utilizar para aferição das dimensões da matriz multidimensional do desempenho integram a Matriz de Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários e devem ter as seguintes características:

a) Ter um intervalo do valor esperado e uma variação aceitável — baseados na evidência disponível (nacional e ou internacional), no histórico da atividade, e em juízos de razoabilidade;

b) Estar tipificados de acordo com a seguinte classificação:

- i) Estrutura;
- ii) Processo;
- iii) Resultado;
- iv) Ganhos em saúde;

c) Abranger as dimensões de acesso, efetividade, eficiência, adequação técnico-científica, qualidade de registo, epidemiológico, estado de saúde, demográfico, e socioeconómico;

d) Estar integrado nas áreas ou subárea da matriz multidimensional;

e) Classificação — Qualificação dos Indicadores (ex: *Patient Related Outcomes Measures*);

f) Utilização — Finalidade para a qual é utilizado preferencialmente (contratualização, melhoria da qualidade, contexto);

g) Estado:

- i) Ativo — indicador em uso;
- ii) Inativo — indicador não está em uso;
- iii) Em estudo — indicador em fase de construção/validação.

3 — Todos os indicadores a usar no processo de contratualização obedecem obrigatoriamente a todos os critérios e requisitos definidos nos números anteriores.

4 — Os indicadores que integram a Matriz de Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários devem ter os seguintes atributos quanto a aspetos técnicos e metodológicos:

a) Relevância — importância, prioridade, impacto do resultado;

b) Robustez técnica científica — baseados na melhor evidência disponível;

c) Validade — mede aquilo que se propõe medir;

d) Fiabilidade — é capaz de ser reproduzido perante diferentes grupos;

e) Sensibilidade — é capaz de detetar as mudanças;

f) Exequibilidade — é possível operacionalizá-lo com eficácia.

ANEXO N.º 3

Listagem de documentos e instrumentos necessários ao processo de contratualização

Os documentos e instrumentos necessários ao processo de contratualização são os seguintes:

- a) Planos Nacional, Regional e Local de Saúde;
- b) Operacionalização da Metodologia de Contratualização CSP 2017;
- c) Plano de desempenho do ACES;
- d) Plano de Ação da UF (o qual inclui o Plano de Formação e o Plano de Aplicação dos Incentivos Institucionais);
- e) Aplicação informática a disponibilizar pelo Ministério da Saúde — Áreas da Contratualização e E-Qualidade, que garanta às UF as funcionalidades e toda a informação necessária ao processo global da contratualização.

ANEXO N.º 4

Procedimentos para aplicação dos incentivos institucionais

1 — Caso haja lugar à atribuição de incentivos institucionais, a USF ou a UCSP confirma a Proposta de Aplicação de Incentivos Institucionais (PAII) inserida no plano de atividades e de formação do ano anterior, que remete ao conselho diretivo da ARS e para o diretor executivo do ACES, até 15 de junho de cada ano.

2 — O PAII deve ser elaborado em formulário próprio criado para o efeito e suportado num documento técnico de apoio.

3 — O documento técnico de apoio referido no número anterior deve, entre outra informação, prever as categorias de bens agregáveis ao nível da ARS (e. g. equipamento médico), os processos a ser elaborados ao abrigo da delegação de competências nos coordenadores das UF, bem como as rubricas orçamentais a que respeitam.

4 — Até 30 de junho de cada ano, a ARS aprova o PAII remetido ou procede à sua negociação com a UF a sua aplicação em consonância com a estratégia regional de saúde.

5 — O documento técnico de apoio deve elencar as categorias e a tipologia de bens ou serviços aceites no PAII de forma a evitar que bens distribuídos de forma regular pela ARS sejam solicitados por esta via. O documento técnico deve ainda contemplar o processo, os fluxos e as responsabilidades cometidas a cada interveniente no circuito.

6 — Sem prejuízo do previsto nos números anteriores, o documento técnico de apoio deve ainda prever para cada uma das partes (ARS, ACES e UF) as responsabilidades e os prazos para apresentação, aprovação de documentos, atividades e consequências em caso de incumprimento.

7 — No âmbito do ACES e da ARS devem ser designados os responsáveis pelo acompanhamento da execução do PAII.

ANEXO N.º 5

Crítérios e níveis de IDG para atribuição de Incentivos Institucionais e valores de ponderação

Escalão	Crítério	Consequência	Ponderação (W)
1	< 50	Sem direito a Incentivos Institucionais	—
2	≥ 50 e < 75	Intervenção do Conselho Clínico e de Saúde	—
3	≥ 75 e < 85	Sem direito a Incentivos Institucionais — Nível I	1

Escalão	Critério	Consequência	Ponderação (W)
4	≥ 85 e < 95	Direito a Incentivos Institucionais — Nível II	1,5
5	≥ 95	Direito a Incentivos Institucionais — Nível III	2

ANEXO N.º 6

Valor dos incentivos financeiros (compensação pelo desempenho)

1 — Os valores máximos dos incentivos financeiros a atribuir aos enfermeiros e assistentes técnicos são os constantes da seguinte tabela:

Enfermeiros	Assistentes técnicos
100 % — 3 600 anual (300 euros/mensal). 50 % — 1 300 anual (150 euros/mensal).	100 % — 1 150 anual (95,83/mensal). 50 % — 575 anual (47,92/mensal).

2 — O valor de incentivos definidos no quadro anterior é ajustado de acordo com o número de unidades contratualizadas (UC) relacionadas com as atividades específicas da respetiva USF, referidas no artigo 29.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, atendendo aos seguintes critérios:

a) Sempre que as unidades contratualizadas apuradas forem não superiores a 5 UC, por profissional, não há lugar à atribuição de incentivos;

b) Quando o apuramento de UC for superior a 5 e não superior a 10 por profissional a atribuição de incentivos corresponde a 50 % do valor máximo dos incentivos estabelecidos no número anterior;

c) Quando o apuramento de UC for superior a 10, a atribuição de incentivos corresponde a 100 % do valor máximo dos incentivos estabelecidos no número anterior.

SAÚDE**Portaria n.º 213/2017**

de 19 de julho

O Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I. P., abreviadamente designado por ADSE, I. P., criado pelo Decreto-Lei n.º 7/2017, de 9 de janeiro, é um instituto público de regime especial e gestão participada, sendo um dos seus órgãos o Conselho Geral e de Supervisão, com funções de acompanhamento, controlo, consulta e participação na definição das linhas gerais de atuação do instituto.

Este órgão é composto, entre outros elementos, por quatro representantes eleitos por sufrágio universal e direto dos beneficiários titulares da ADSE, I. P., sendo o processo para eleição fixado por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde.

Assim, ao abrigo do disposto no n.º 9 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 7/2017, de 9 de janeiro, manda o Governo, pelo Ministro da Saúde, o seguinte:

Artigo 1.º**Objeto**

É aprovado o Regulamento do Processo Eleitoral dos Membros Representantes dos Beneficiários Titulares

da ADSE, I. P., no Conselho Geral e de Supervisão da ADSE, I. P., constante do anexo à presente portaria e que dela faz parte integrante.

Artigo 2.º**Entrada em vigor**

A presente Portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

O Ministro da Saúde, *Adalberto Campos Fernandes*, em 14 de julho de 2017.

ANEXO

Regulamento do Processo Eleitoral dos Membros Representantes dos Beneficiários Titulares da ADSE, I. P., no Conselho Geral e de Supervisão da ADSE, I. P.**Artigo 1.º****Sufrágio e supervisão do processo eleitoral**

1 — A eleição dos membros representantes dos beneficiários para o Conselho Geral e de Supervisão da ADSE, I. P., faz-se por sufrágio direto e universal dos respetivos beneficiários titulares, segundo o princípio da representação proporcional pelo método de Hondt.

2 — São eleitos quatro membros efetivos.

3 — Em caso de impossibilidade absoluta, temporária ou definitiva, ou renúncia, de um membro eleito, é este substituído pelo que tiver sido indicado imediatamente a seguir na respetiva lista.

4 — O processo eleitoral é organizado pelos serviços da ADSE, I. P., sendo supervisionado por uma Comissão Eleitoral.

Artigo 2.º**Composição e competências da Comissão Eleitoral**

1 — A Comissão Eleitoral é composta pelos seguintes elementos:

a) Os membros do Conselho Diretivo da ADSE, I. P.;

b) Os três membros representantes das organizações sindicais da administração pública no Conselho Geral e de Supervisão da ADSE, I. P.;