

## **CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE**

### **- EFECTIVIDADE DO SISTEMA DE INCENTIVOS**

Edite Antunes; João Paulo Gonçalves; Maria de Fátima Santos; Maurício Alexandre; Paula Godinho

#### **Introdução**

##### **1.1 Enquadramento**

Os sistemas de saúde debatem-se actualmente com um dilema estrutural, relacionado com a compatibilização entre um cenário de aumento contínuo das necessidades em saúde – motivado por factores demográficos, de aumento e refinamento tecnológico da oferta, bem como do grau de exigência dos cidadãos – e um outro cenário de aumento contínuo da pressão sobre as contas públicas, necessidade de controlo dos défices e dos níveis de dívida pública.

Este trade-off entre o aumento das responsabilidades do Estado e o controlo acrescido sobre os recursos disponíveis, não sendo original do sector da saúde, é nele especialmente relevante: a despesa no sector passou de 2,6% do PIB em 1970 para 10,1% em 2004, sendo que a despesa pública se situava acima de 70% do total da despesa no sector. Adicionalmente, a despesa pública em saúde representava mais de 25% do total da despesa do Estado no mesmo ano de 2004. (<http://www.oecd.org>; <http://www.dgo.pt/cge/cge>

2004/).

É a premência crescente desta situação que abre caminho à conceptualização e adopção de ferramentas de melhoria da gestão do sistema de saúde, apoiadas em critérios de eficiência e eficácia, sem pôr em causa os princípios essenciais de qualidade, equidade e acesso aos cuidados de saúde.

De facto, partindo de um modelo de financiamento tradicional baseado nas necessidades evidenciadas pelos prestadores, onde o custo histórico de funcionamento era a referência para o cálculo do valor do subsídio (o que abria espaço à tendência para o empolamento dos custos pelo prestador), pretende-se com o processo de contratualização implementar uma nova forma de distribuição de recursos financeiros públicos, indexando o financiamento directamente à actividade, através da definição de determinados níveis de cuidados de saúde, acordados entre prestadores e financiador em função dos objectivos estratégicos definidos politicamente, designadamente ao nível do Plano Nacional de Saúde.

O financiamento passa assim a ter um papel central na prossecução dos objectivos de saúde, devendo deste modo a contratualização ter como finalidade última, não apenas assegurar o necessário financiamento público dos prestadores, mas “eliminar o hiato entre o estado de saúde actual e o estado de saúde desejável da população” (Grupo trabalho para o desenvolvimento da contratualização nos cuidados de saúde primários, 2010, pp.2)

Este papel estratégico da contratualização é reforçado pela introdução de um sistema de incentivos e monitorização do desempenho no modelo de pagamento por actividade atrás descrito.

## 1.2 Relevância da Temática

### 1.2.1 No contexto macro da Gestão Pública

Após o reconhecimento da existência de um dilema de sustentabilidade do Estado social, consolidado na generalidade das sociedades ocidentais até à década de 70 do século passado, as correntes teóricas da Gestão Pública encontram uma primeira resposta na introdução generalizada de mecanismos de gestão conotados com o sector privado nos sectores e actividades prosseguidas pelo Estado. Estas correntes, agregadas no que se convencionou apelar de *New Public Management*, contemporâneas e alinhadas com a disseminação do pensamento económico neo-liberal no início dos anos 80, têm como pressuposto a superioridade prática da gestão privada, pelo que o caminho da intervenção pública deve ser a aproximação constante às práticas da gestão empresarial.

Deste modo, ferramentas como as privatizações, concessões, empresarialização da gestão e outras entram na prática administrativa tradicional, de maneira mais ou menos progressiva, com maior ou menor profundidade consoante as realidades políticas e sociais nacionais.

Numa segunda fase, coincidente com as primeiras avaliações gestionárias postas em prática, começa a ganhar consistência a ideia de que essa resposta não resolve cabalmente o dilema original, que entretanto vai ganhando maior dimensão: nem a performance económico-financeira dos Estados inverte a tendência para a insustentabilidade, nem a capacidade de resposta pública a um número crescente de necessidades cada vez mais complexas se revela mais adequada.

Ganha paulatinamente relevância o conceito de especificidade pública, ou seja, que a replicação mecânica de ferramentas da gestão privada não produz os impactos desejados, dado que o contexto de actuação das administrações públicas é estruturalmente diferente e os objectivos por elas perseguidos são diversos dos objectivos das organizações privadas. Assim, consideram as emergentes teorias da Gestão Pública, evoluindo do *New Public Management* para designações ainda não totalmente estabilizadas como *New Public Service*, *Enabling State* ou Neo-Weberianismo, que esta especificidade deve ser totalmente assumida e que os mecanismos e ferramentas de intervenção pública a devem incorporar. Assim, o desafio central é a consolidação de um modelo integrado de governança, que possua características gestionárias e burocráticas – em dimensões e níveis variáveis – devidamente incorporadas num processo de decisão que inclua o cidadão como parte activa. Só assim será possível ultrapassar o dilema central de sustentabilidade, sem primazia de nenhum dos objectivos em desfavor de outros.

Deste modo, novos conceitos se densificam: *governance*, *accountability*, *responsiveness*, ética no serviço público, participação. Conceitos que desvendam formas possíveis de compatibilização entre o rigor gestionário e os valores fundamentais de transparência, imparcialidade e neutralidade que regem a intervenção pública.

A Agência de Contratualização, operacionalizada no sistema português nos Departamentos de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde, assume, deste modo, um papel central na definição do processo de contratualização como uma síntese dos novos modelos de

intervenção pública: Por um lado, se funcionar como “Agência da Comunidade” e não do “Sistema”, ou seja, como intérprete e mediador do cidadão junto dos *stakeholders* públicos (políticos e prestadores), a Agência torna-se um poderoso mecanismo de participação e autoridade do cidadão no processo de decisão, corporizando por essa via alguns dos princípios neo-burocráticos que os novos modelos pretendem preservar: imparcialidade da administração, neutralidade, primado da Lei, ética, especificidade da acção pública. Por outro lado, ao traduzir a aproximação a um ambiente de quasi-mercado na relação entre actores públicos (financiador e prestadores), é uma ferramenta muito próxima das concepções do *New Public Management*: relações contratuais, explicitação clara de papéis, responsabilização das partes, maximização de objectivos de eficiência, eficácia e economia.

### 1.2.2 No contexto micro da contratualização

Finalmente, a opção pela análise do sistema de incentivos incluído no processo de contratualização obedeceu às seguintes motivações:

O processo de contratualização é, no seu todo, um processo relacional entre diferentes actores públicos, com uma abrangência notável. A opção por uma parte, objectiva, desse processo parece-nos acrescentar valor científico à análise;

A introdução de um sistema de incentivos é, no contexto da gestão por objectivos, uma ferramenta poderosa de promoção da mudança e da reorientação das organizações para resultados. O estudo da efectivação de um cenário deste tipo na Administração Pública pode fornecer algumas pistas sobre a validade deste tipo de acções em contexto público;

O sistema de incentivos incluído na contratualização com os hospitais em Portugal é, apesar da sua dimensão relativa e do seu carácter unicamente institucional, uma peça central do processo, por duas razões fundamentais:

- todo o trabalho de monitorização e acompanhamento dos baseia na avaliação do desempenho negociado no âmbito do sistema de incentivos;
- o sistema de incentivos é a variável do processo de contratualização que verdadeiramente lhe confere uma dimensão estratégica.

<sup>1</sup> Segundo o prefácio do PNS 2004-2010, disponível em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/> “O PNS no seu conjunto, representa o que podemos designar como um “fio condutor” para que as instituições do Ministério da Saúde, outros organismos do sector da Saúde - governamentais, privados e de solidariedade social - e de outros sectores de actividade, possam assegurar ou contribuir para a obtenção de “Ganhos em Saúde”, de 2004 a 2010, orientados pela promoção da saúde e pela prevenção da doença”

## Considerações teóricas

São três os objectivos que caracterizam os sistemas de saúde, equidade, eficiência e igualdade.

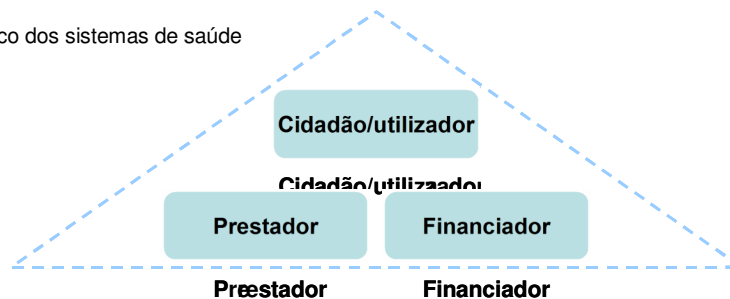
**Equidade** no sentido do livre e igual acesso dos cidadãos a cuidados de saúde, **eficiência** no duplo sentido de produção e consumo de cuidados de saúde e **igualdade** no sentido da distribuição geográfica de oferta de cuidados de saúde.

Cada vez mais estes objectivos entram em conflito com dois dos aspectos que mobilizam os vários governos, a contenção de custos e a racionalização de recursos. Muitas das reformas da saúde desenvolvidas nos últimos anos focam a contenção de custos, aniquilando por vezes a efectividade.

O mercado da prestação de cuidados de saúde distingue-se do mercado tradicional na principal característica deste último: relação bilateral de oferta e procura. A estrutura básica dos sistemas de saúde é descrita por um diagrama com três componentes, nomeadamente, os cidadãos, que por norma não pagam a totalidade dos cuidados que usufruem, ou seja, o financiamento é independente da utilização; o sector da prestação que absorve a grande fatia dos investimentos e dos custos em saúde; e por último, uma entidade intermediária com funções de financiamento e regulação (no caso português o Serviço Nacional de Saúde).

Alban e Christiansen apresentam este diagrama em forma de triângulo:

Figura 1 – Triângulo básico dos sistemas de saúde



A contratualização na área da saúde representa a função de Agência, ou seja, um interface entre o cidadão e a prestação de cuidados, com o objectivo de separar operacionalmente a prestação e o financiamento, pelo que se completaria o diagrama supra apresentado com uma seta de duplo direccionamento entre a aquisição de cuidados e os prestadores.

Assim, podemos definir a contratualização como o processo pelo qual estabelecemos mecanismos de negociação para a atribuição de recursos para a prestação de cuidados baseados em critérios explícitos e de responsabilidade do sistema. É um dos pontos fulcrais da nova gestão de cuidados de saúde.

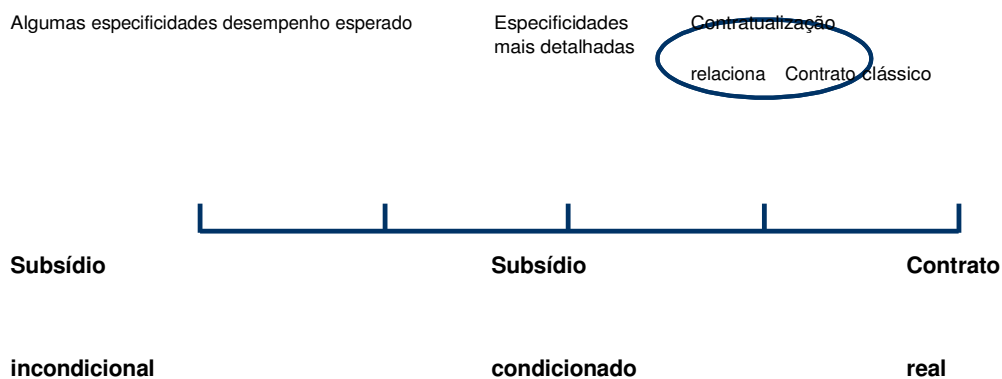
## 2.1 A Contratualização de Cuidados de Saúde – instrumento de gestão

O *New Public Management* influenciou muito o sector da saúde, disseminando-se nos países da OCDE na década de 80. Este modelo de Gestão Pública, com uma orientação fundamentalmente economicista, não considerava algumas das especificidades do sector público. Na década de 90 emergiu uma nova corrente que pretendia “reinventar a governação” com uma nova perspectiva em relação às políticas sociais, subdimensionando a vertente economicista.

Assim, a separação entre financiador e prestador e o modelo contratual incorporam os instrumentos de gestão com potencial de melhorias no sistema (OPSS, 2001).

De acordo com o relatório do OPSS de 2003, e tendo por base um modelo de financiamento estatal para a saúde, o processo de contratualização desloca-se num eixo extremado pelo subsidio incondicional, à esquerda, e pelos contratos clássicos, à direita, estes últimos com dificuldade de implementação na área da saúde. Avançar neste eixo significa vincular as partes à obrigação de cumprimento do contrato para obtenção do financiamento. A contratação na área da saúde tende a ser relacional, focando com maior intensidade o relacionamento entre as partes, em relação ao formalismo do contrato.

Figura 2 – Evolução do processo de contratualização



O processo de contratualização emancipa um conjunto de procedimentos inerentes à gestão descentralizada, constituindo-se como um instrumento de gestão que difere responsabilidades entre as partes e que permite obter os resultados acordados com sucesso, fundamentalmente quando baseado numa gestão relacional continuada, de diálogo e negociação (Escoval et al, 2007)

A medição do resultado da contratualização representa um grande desafio para os sistemas de saúde. Sendo os objectivos-chave de um sistema de saúde a melhoria do nível de saúde da população, a capacidade de resposta às diferentes necessidades, a equidade do financiamento e a eficiência na utilização de recursos, é difícil avaliar o impacto do processo contratual e distingui-lo do efeito de outras funções do sistema, como a prestação, a criação de recursos ou o *stewardship*. É assim muito difícil estabelecer uma relação causal directa entre a consecução dos objectivos de um sistema de saúde e o modelo de contratualização adoptado (Figueiras et al; 2005).

## **2.2 Pontos Fortes e aspectos críticos da contratualização**

A contratualização de serviços de saúde surgiu como um meio de melhorar a capacidade de resposta aos cidadãos e de aumentar a eficiência através da minimização dos custos associados à prestação de cuidados de saúde. Considerando a teoria económica, a contratualização estimula a competição entre os prestadores, sendo estes forçados a adoptar soluções inovadoras, e a ajustar os preços para irem ao encontro da procura.

De acordo com Savas et al (1998) citado por Escoval no Projecto de Investigação “Inovação de Políticas em Saúde: O caso da contratualização em Portugal”, a racionalidade da separação entre aquisição e prestação de serviços de saúde, subjacente a um processo de contratualização, é descrito por cinco pontos: **1)** os serviços de saúde devem ser melhorados ligando planos e prioridades à alocação de recursos; **2)** as necessidades em saúde e as expectativas dos cidadãos devem ser tidas em conta; **3)** os incentivos financeiros e os instrumentos de monitorização podem melhorar a performance dos prestadores; **4)** a separação de funções pode diminuir a rigidez administrativa; **5)** a separação de funções pode ser usada para introduzir concorrência ou contestabilidade entre prestadores públicos, e usar mecanismos de mercado que melhorem a eficiência.

Os **Contratos-Programa**<sup>2</sup> (Anexo 1) são a parte mais visível do processo, sendo negociados entre prestadores e Ministério da Saúde no contexto do ciclo anual da contratualização.

## **2.3 Avaliação de desempenho**

Os objectivos dos sistemas de saúde induzem a uma efectiva gestão do desempenho da prestação de cuidados de saúde.

A existência de informação credível disponível é o sustento de todo um processo de avaliação de desempenho, em que é necessário diagnosticar necessidades, definir metas e planear acções com vista ao colmatar de lacunas existentes.

A avaliação de desempenho na área da saúde deve associar-se, para além da função gestionária, à função cidadania, uma vez que toda a legitimação do sistema de saúde passa pela informação de retorno dos seus utilizadores.

---

<sup>2</sup> Os Contratos-Programa, peças centrais do ciclo anual de contratualização, discriminam as obrigações de ambas as partes quanto ao volume de produção, por tipologia de cuidados de saúde, e quanto ao correspondente financiamento. Além disso, estabelecem as metas a alcançar pelos prestadores de modo a obterem o financiamento adicional por desempenho, bem como as regras de acompanhamento e monitorização das actividades a desenvolver. De acordo com Escoval, são o instrumento chave através do qual os compradores podem influenciar os prestadores, e são utilizados para explicitar quais os serviços e os respectivos termos de prestação, bem como as condições de risco a que estão sujeitos.

## 2.4 A contratualização em Portugal - operacionalização

A Lei de Bases da Saúde, em 1990, já apontava no sentido da existência, nas

Administrações Regionais de Saúde, de uma função de avaliação e acompanhamento.

Pelo Despacho Normativo n.º 45/97 é estabelecida a metodologia de distribuição dos recursos financeiros do Serviço Nacional de Saúde, e no Despacho Normativo 46/97 é determinada a instalação e o funcionamento das Agências de Contratualização de Serviços de Saúde.

Poucos meses após o início da XVII legislatura, foram publicados dois diplomas – Despachos n.º 22.250/2005 e n.º 23.825/2005 – que promoveram o retomar de um processo interrompido e a reactivação das Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde, ou seja, de um nível regional de avaliação e acompanhamento do desempenho hospitalar nas diversas dimensões da prestação de cuidados de saúde.

Em 2006 o Estado considerou que o processo de contratualização já se estendera a todos os hospitais do Serviço Nacional de Saúde, com acompanhamento a ser feito a nível regional pelos agora designados Departamentos de Contratualização. A emancipação deste processo por alavancagem de um Estado que ainda acumula múltiplos papéis, potencia a separação entre financiamento e prestação, assumindo o Estado o papel de gestor.

## 2.5 Dimensões e indicadores subjacente à contratualização

Neste processo podemos destacar dois momentos chave:

- a auto-análise, pelas instituições prestadoras, dos aspectos que condicionam o seu desempenho e conseqüentemente a realização do plano de desempenho;
- a negociação entre tutela e instituições para a optimização dos objectivos da política nacional de saúde.

As orientações estratégicas da política de saúde preconizadas no Plano Nacional de Saúde para a obtenção de ganhos em saúde privilegiam as dimensões do Acesso, da Qualidade, do Desempenho assistencial e do Desempenho económico-financeiro.

O **acesso** está associado à ideia de equidade na obtenção dos cuidados de saúde necessários, no que respeita ao momento, local e quantidade adequada.

A prestação de cuidados de saúde de **qualidade** é outro dos desafios do sistema de saúde, independentemente do contexto geográfico, económico e social dos seus utilizadores. Sendo a qualidade técnico-científica o aspecto central na prestação de cuidados de saúde, não são menosprezáveis outras vertentes como a segurança, humanização, amenidades,



aceitabilidade, continuidade, e adequação na manutenção de elevados padrões assistenciais.

A análise do **desempenho assistencial** pretende promover a efectividade dos cuidados prestados, ou seja, potenciar os resultados de determinada intervenção nos indivíduos em particular e na população em geral (Escoval et al, 2007).

O desempenho **económico-financeiro** centra-se na eficiência interna e na maximização dos resultados obtidos com os recursos utilizados, de forma a garantir a sustentabilidade económica dos sistemas de saúde (Escoval et al, 2007).

Os indicadores associados a cada dimensão, são os apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição dos indicadores por dimensão de desempenho dos contrato-programa

DIMENSÕES	INDICADORES
<b>Acesso</b>	1.ªs consultas médicas /Total consultas médicas Doentes Referenciados Rede Nacional Cuidados Continuados Doentes em Lista de Espera Cirúrgica  Doentes em Lista de Espera para 1.ªs Consultas
<b>Qualidade</b>	Reinternamentos nos 1.ªs 5 dias Demora Média
<b>Desempenho assistencial</b>	Resultado Líquido  Resultado Operacional  Custo Unitário Doentes-Padrão Fornecimentos e Serviços Externos Compras

## 2.6 Actores e responsabilidades subjacente à contratualização

No processo de contratualização identificamos, em termos genéricos, a intervenção de cinco actores com níveis de responsabilidade diferentes ao nível da operacionalização do processo.

A tutela, a **Administração Central do Sistema de Saúde**, com a responsabilidade estratégica de compatibilizar o processo de contratualização com os objectivos da política de saúde, sendo o desígnio final a melhoria do nível de saúde da população.

As **Administrações Regionais de Saúde**, com a responsabilidade de operacionalização de todo o processo, desde a elaboração de contratos, à monitorização, à avaliação, até à negociação do sistema de incentivos.

As **entidades prestadoras**, com a responsabilidade de desenvolvimento da actividade que compatibilize os seus objectivos organizacionais, através da contratualização interna, com os níveis de desempenho definidos.

Por fim, **os cidadãos**, que deverão ser considerados parceiros activos na gestão integrada das suas necessidades de saúde, uma vez que toda a produção é orientada no seguimento das suas carências.

### 3. Metodologia

Efectuou-se um estudo de caso ao sistema de incentivos e monitorização de desempenho que faz parte do processo de contratualização anual com as unidades hospitalares públicas da Região de Saúde do Centro, analisando-se as taxas de aproximação aos objectivos acordados no triénio 2007 – 2009.

Os objectivos principais da análise foram:

- Conhecer o nível de desempenho dos prestadores, face às metas acordadas, bem como a evolução temporal do desempenho. Consequentemente, procurar factores fortemente explicativos dos resultados encontrados.
- Fazer uma introdução a uma análise de impacto do sistema, identificando as áreas de maior potencial de geração de *outcomes*.
- Contribuir com algumas pistas de melhoria do processo, com vista à sua efectivação total, no quadro dos esforços de sustentabilização do SNS.

Escolheu-se a contratualização dos cuidados de saúde hospitalares por ser aquela que, em Portugal, mais consolidada está, com um histórico de informação e um capital de experiência acumulado que eventualmente permitirão conclusões mais fidedignas

Tomou-se como referência o universo hospitalar da Região de Saúde do Centro, constituído por 19 Hospitais ou Centros Hospitalares (Anexo 2), bem como a lista de dimensões, objectivos, indicadores e metas utilizadas no triénio em causa nos Contratos-Programa assinados entre a tutela e os hospitais.

O montante alocado ao sistema de incentivos é actualmente de 5% do total do financiamento por produção, sendo o incentivo de carácter institucional.

A análise de desempenho foi efectuada com recurso à informação disponibilizada pelo SICA

– Sistema de Informação da Contratualização e Acompanhamento –, que serve de base à monitorização do desempenho efectuada pelos Departamentos de Contratualização das

Administrações Regionais de Saúde, bem como à consequente decisão de atribuição dos incentivos.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Apresentação de resultados

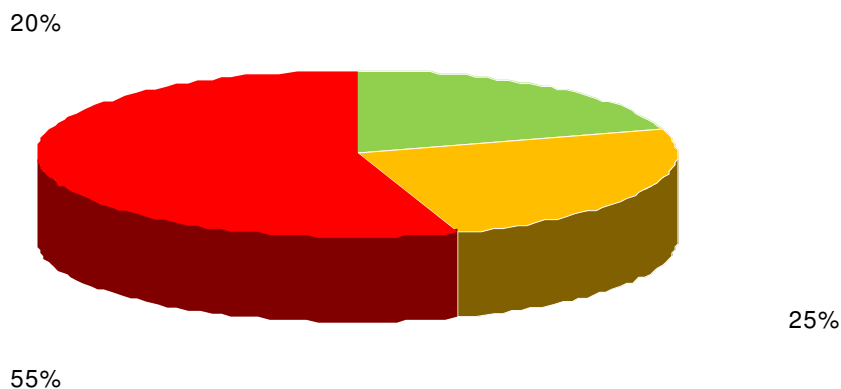
A apresentação dos resultados baseia-se na análise das Dimensões apresentadas no ponto 2.5, efectuada por medição do grau de aproximação do desempenho dos hospitais aos valores contratualizados.

São considerados três intervalos de aproximação/afastamento às metas:

- intervalo 1, que varia entre 0% e 5% de afastamento à meta (cor verde);
- intervalo 2, que varia entre 6% e 25% de afastamento à meta (cor laranja);
- intervalo 3, que representa um afastamento à meta superior a 25% (cor vermelha).

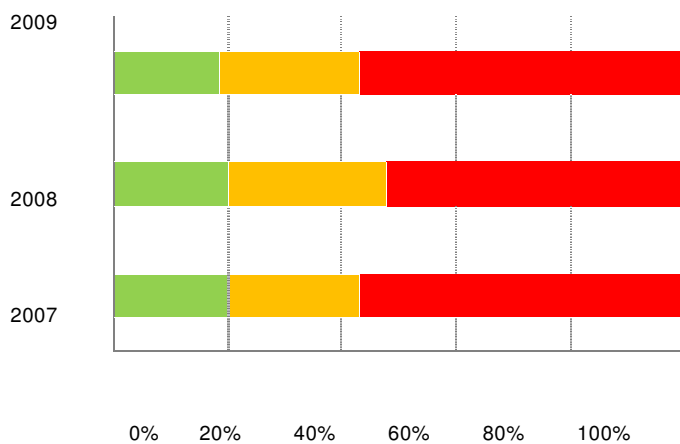
Considerando a globalidade das dimensões implicadas no processo de contratualização no triénio considerado (2007 – 2009), verificámos que apenas **20% dos hospitais da região centro se situaram no intervalo de desempenho de maior proximidade às metas** contratadas, sendo que 55% se situam no intervalo de afastamento ao valor contratado superior a 25%.

Gráfico 1 – Desempenho global dos hospitais da Região Centro em relação às metas contratadas – 2007/09



Ao analisarmos a evolução destes resultados entre 2007 e 2009, constatámos que tais resultados **não sofreram evoluções significativas**, havendo ainda um maior afastamento às metas no ano de 2009, em relação aos dois anos anteriores.

Gráfico 2 – Evolução do desempenho global dos hospitais da Região Centro em relação às metas contratadas – 2007/09



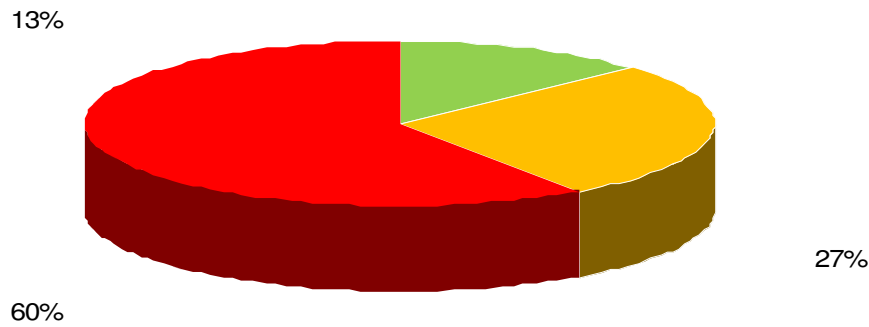
#### 4.1.1 Dimensão Qualidade

A implementação de padrões de qualidade, a potenciação de boas práticas e uma melhoria contínua da prestação cuidados de saúde deverá ser uma das prioridades das entidades prestadoras, nomeadamente os hospitais.

Esta dimensão compila dois indicadores. Um relacionado o número de reinternamentos nos primeiros cinco dias após a alta e outro que representa o esforço de formação do hospital aos seus profissionais em temáticas relacionadas com a infeção hospitalar.

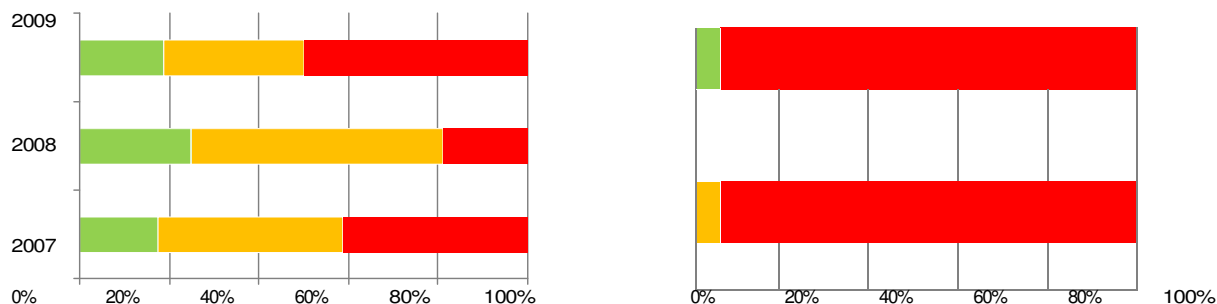
No triénio 2007/09, apenas 13% dos hospitais da área de influência da Administração Regional de Saúde do Centro se situaram no intervalo 1 (0-5%), 87% afastaram-se mais de 5% da meta contratada, sendo que o desempenho de 60% do total dos hospitais se situou no intervalo que representa maior afastamento ao contratado (>25%).

Gráfico 3 – Dimensão qualidade – 2007/09



Ao nível dos reinternamentos de doentes nos primeiros cinco dias após a alta, o desempenho dos hospitais tem vindo a piorar ao longo dos três anos, apresentando no ano de 2008 uma maior proximidade às metas definidas, não continuada em 2009.

Gráfico 3.1 – Reinternamentos 1.os 5 dias –07/09 Gráfico 3.2 – Profs. em formação (infecção) – 08/09

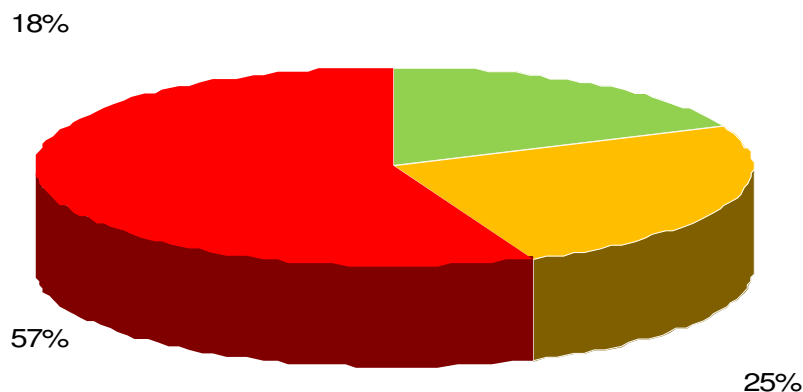


#### 4.1.2 Dimensão Acesso

A Constituição da República Portuguesa consagra o direito à protecção da saúde, devendo haver uma prestação de qualidade no momento em que é sentida a sua necessidade, independentemente das condições socio-económicas dos cidadãos. É esta acessibilidade à prestação diferenciada em ambiente hospitalar que os indicadores lista de espera cirúrgica e de consultas, percentagem de primeiras consultas e taxa de referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, avaliam.

O desempenho dos hospitais da região centro nesta dimensão é semelhante ao desempenho verificado na dimensão qualidade. Assim, 18% dos hospitais situaram-se no intervalo que vai desde o cumprimento da meta até um afastamento de 5%, e mais de metade dos hospitais apresenta um afastamento às metas superior a 25%.

Gráfico 4 – Dimensão acesso – 2007/09



Relativamente ao indicador percentagem de primeiras consultas, mais de 40% dos hospitais situaram-se o intervalo que vai até uma diferença de 5 pontos percentuais à meta, sendo muito reduzido o número de hospitais situados no intervalo que expressa um maior afastamento.

Nos restantes indicadores desta dimensão, o desempenho do conjunto de hospitais traduz-se por uma percentagem muito elevada (sempre superior a 60%) de instituições com um afastamento à meta superior a 25%, sem grande variação entre 2007 e 2009, à excepção do

indicador doentes em lista de espera para consulta, em que se verifica uma melhoria significativa no ano de 2009.

| | |

Gráfico 4.1 – 1.as consultas/total consultas – 07/09

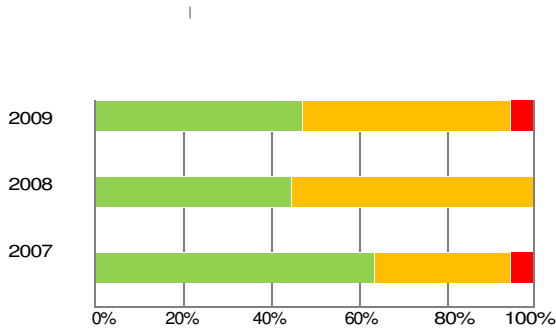


Gráfico 4.2 – Doentes referenciados RNCCI – 08/09

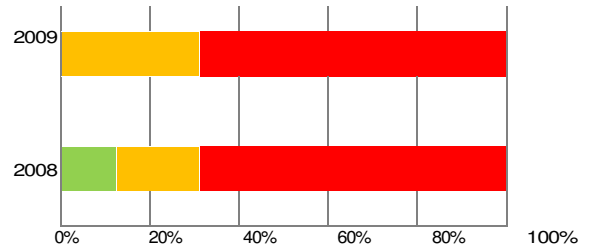


Gráfico 4.3 – Doentes em LE cirúrgica – 07/08

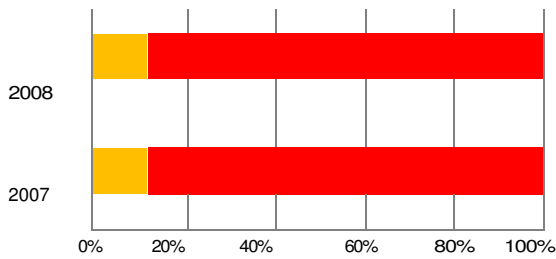
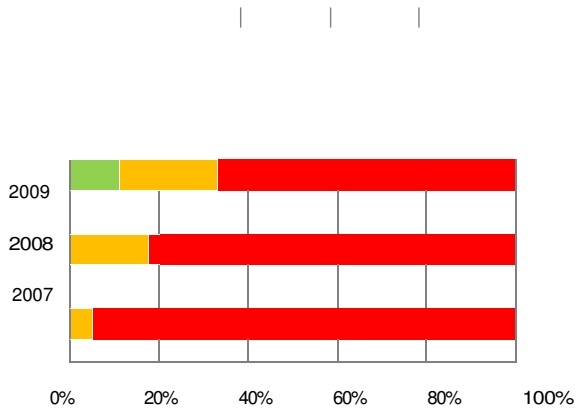


Gráfico 4.4 – Doentes em LE consulta – 07/09





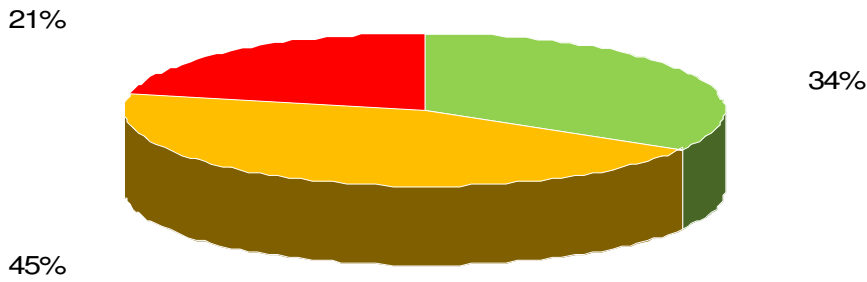
#### **4.1.3 Dimensão Desempenho assistencial**

Através desta dimensão pretende-se avaliar, como já referido, a efectividade dos cuidados prestados, tendo como referência os indicadores demora média e taxa de ambulatorização.

A tendência no Serviço Nacional de Saúde é de diminuição do número de dias de internamento, proporcionando-se aos doentes alternativas aos procedimentos convencionais, que implicam estadias prolongadas, com todos os riscos de infecção associadas e superior consumo de recursos.

Em termos de resultados, esta dimensão destaca-se das restantes, apresentando o conjunto dos hospitais em análise um desempenho mais próximo dos valores contratados. 34% das instituições situam-se no intervalo até 5% das metas definidas, 45% no intervalo até 25% de distanciamento às metas e apenas 21% dos hospitais no intervalo que expressa um maior afastamento.

Gráfico 5 – Dimensão prestação – 2007/09



Enquanto que o indicador taxa de ambulatorização tem verificado uma melhoria significativa ao longo do triénio, no indicador demora média verifica-se o percurso inverso.

Gráfico 5.1 – Demora Média – 07/09

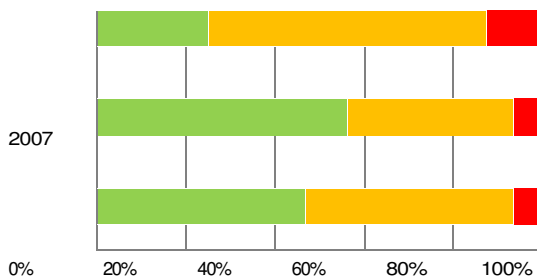
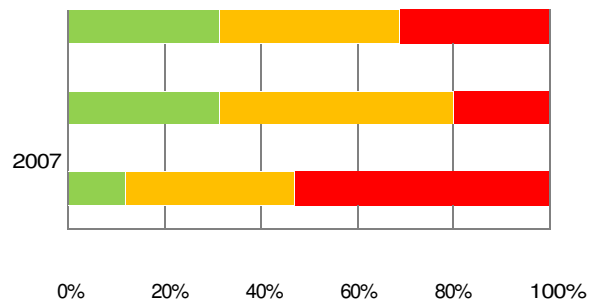


Gráfico 5.2 – Taxa ambulatorização – 07/09



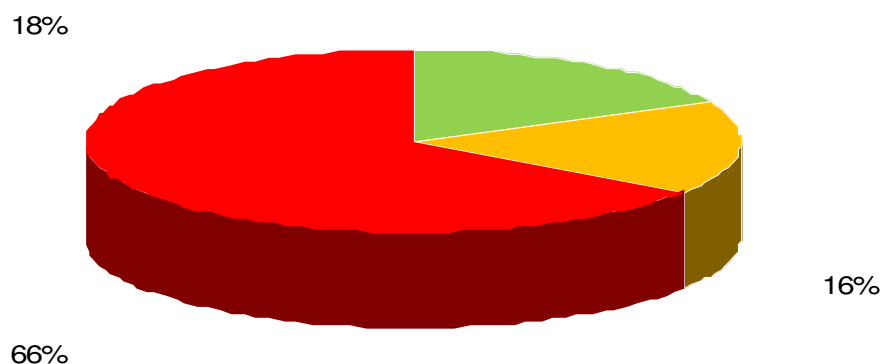
#### 4.1.4 Dimensão Desempenho económico-financeiro

Esta dimensão expressa a eficiência dos hospitais, face aos respectivos níveis de prestação.

Considera indicadores económico-financeiros, como o resultado operacional, custo operacional do doente-padrão, fornecimentos e serviços externos e despesas em compras, consumos e pessoal.

O distanciamento ao contratado nesta dimensão, para o conjunto dos hospitais analisados, vai ao encontro dos resultados globais para o intervalo 1. Contudo, 66% das instituições situaram-se no intervalo de maior distanciamento à meta.

Gráfico 6 – Desempenho económico-financeiro – 2007/09



No indicador resultado operacional verificou-se uma ligeira evolução de 2007 para 2009, sendo que neste indicador mais de 40% dos hospitais se situaram no intervalo de maior proximidade a contratado.

O custo operacional unitário por doente-padrão, apresentou uma evolução positiva de 2007 para 2008, mas em 2009 estagnou.

A proximidade ao contratado, no indicador custos com pessoal, decresceu em 2009, contudo 50% dos hospitais situam-se no intervalo que vai apenas até um distanciamento de 5% da meta.

Gráfico 6.1 – Resultado operacional –07/09

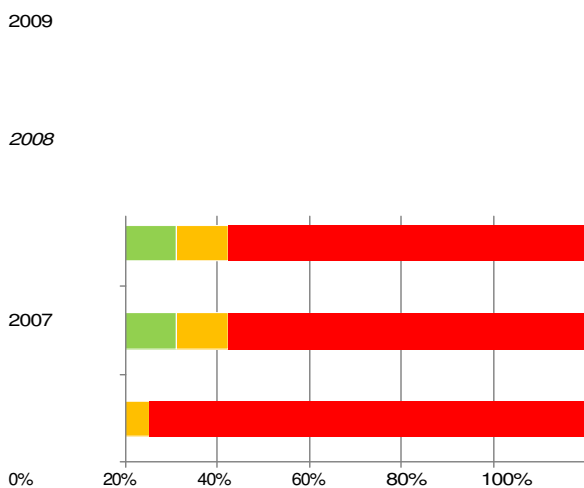


Gráfico 6.2 – Custo unitário doente padrão –07/09

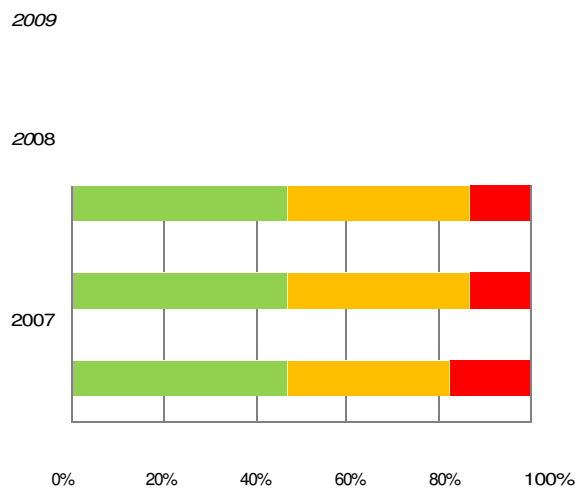


Gráfico 6.3 – FSE –08/09

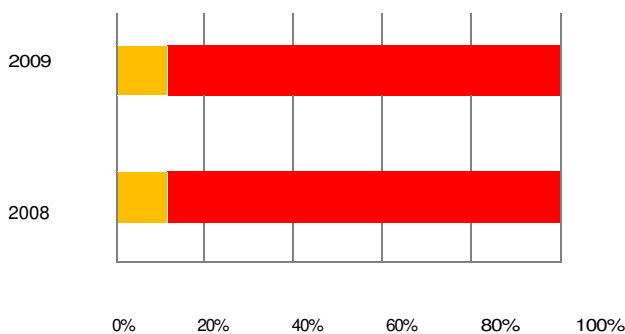


Gráfico 6.4 – Compras –08/09

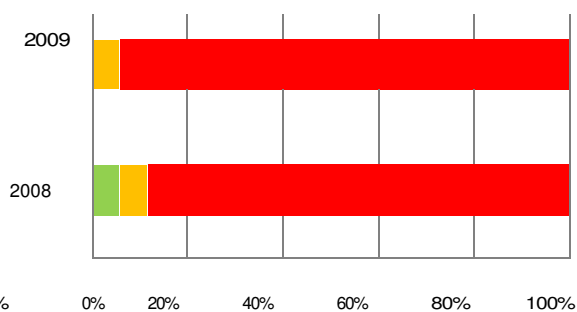


Gráfico 6.5 – Consumos –08/09

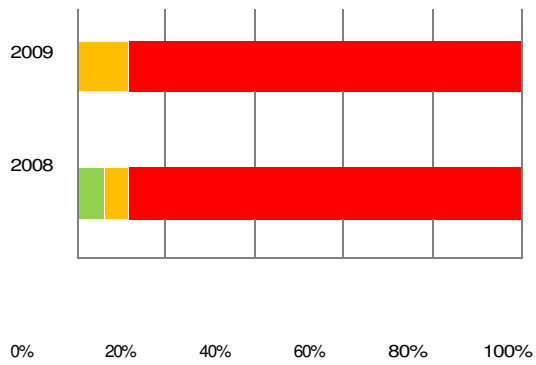
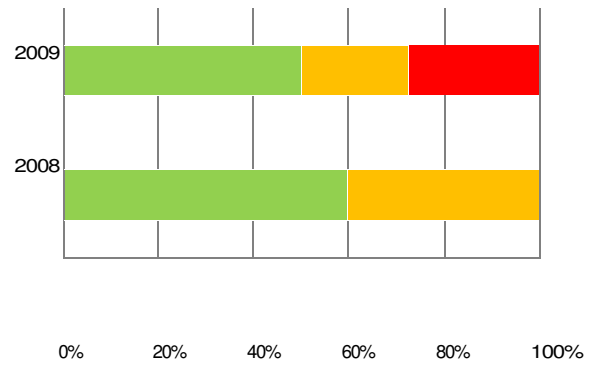


Gráfico 6.6 – Custos com pessoal –08/09



## 4.2 Leitura crítica dos resultados

### 4.2.1. Principais conclusões críticas

a) Face ao enquadramento de performance utilizado (três intervalos de aproximação ao objectivo), o desempenho das unidades prestadoras é **genericamente desfasado** das metas definidas e acordadas em sede de Contrato-Programa. Contribui especialmente para esta conclusão o facto de mais de metade das instituições apresentarem, em média, desvios superiores a 25% para o conjunto de indicadores e anos considerados. Esta situação

representa, por si, a constatação da desadequação do modelo seguido em relação à realidade dos prestadores.

b) A evolução do desempenho é porventura ainda mais frustrante: de facto, seria expectável que o modelo contivesse alguns “pecados de juventude” que produzissem desajustamentos consideráveis no primeiro ano da análise (segundo ano da implementação da contratualização nos moldes actuais), e que esse facto pudesse explicar parcialmente o desajustamento verificado nos resultados globais. Mas seria igualmente expectável que esses desajustamentos, de facto verificados, sofressem assinaláveis evoluções nos anos posteriores, com a consolidação da experiência.

O que se extrai da análise contradiz esta expectativa: a evolução anual dos graus de aproximação às metas propostas, embora seja assinalavelmente diferenciada consoante os indicadores, é na globalidade **praticamente nula**, verificando-se mesmo uma pequena deterioração dos resultados no último ano da análise em relação aos precedentes.

Esta é, eventualmente, uma das conclusões mais importantes da análise, na medida em que:

- assinala a não incorporação da experiência de contratualização nos períodos subsequentes de negociação;
- traduz a ineficácia do sistema de monitorização e incentivos na melhoria sustentada dos desempenhos hospitalares, em função dos objectivos em saúde delineados;
- valida a conclusão de desfasamento global do modelo apresentada anteriormente, uma vez que, face à (não) evolução verificada, não é possível concluir que haja “contaminação” dos resultados globais pelos resultados particularmente desfasados verificados no(s) primeiro(s) anos da análise.

c) Em relação à análise desagregada das diferentes dimensões e indicadores, além das indicações deixadas no capítulo anterior, importa salientar algumas conclusões mais relevantes:

- Existem **discrepâncias assinaláveis** no desempenho inter-indicadores. Por exemplo, o desempenho médio nos indicadores “1.ª Consultas/Total de Consultas” ou “Custos com o Pessoal” é muito razoável, com taxas de inclusão no 1.º intervalo (0-5% de desvio) de cerca de 50% dos Hospitais. Já na maioria dos indicadores económico-financeiros, designadamente os relacionados com gastos com a actividade (fornecimentos e serviços externos, compras, consumos), as prestações são consideravelmente piores, com taxas de inclusão no 3.º intervalo (desvio superior a 25%) na ordem dos 90% e desvios inferiores a 5% residuais ou inexistentes. De referir ainda que as discrepâncias detectadas não se limitam a
- indicadores de diferentes dimensões, mas também a indicadores de uma mesma dimensão (ex. custos com o pessoal vs. fornecimentos e serviços externos).
- A conclusão anterior é extrapolável, com amplitudes minoradas pelo efeito da agregação, para a análise inter-dimensões, que permite concluir da razoável diferença relativa nas prestações: resultados consistentemente superiores à média na dimensão Desempenho assistencial; semelhantes à média nas dimensões Qualidade e Acesso; e manifestamente inferiores à média na dimensão Desempenho económico-financeiro.
- Já a volatilidade de cada indicador ao longo do tempo é **genericamente baixa**, com variações anuais de cada intervalo maioritariamente inferiores a 10%, e comumente apenas residuais. Transitivamente, o mesmo se conclui na análise da volatilidade de cada dimensão, o que por sua vez contribui decisivamente para a inexistência de evolução global temporal referida no ponto b).

#### 4.2.2. Factores explicativos

Em face da descrição de resultados e da sua leitura crítica, procurou-se identificar um conjunto de factores com potencial explicativo, que constituam a base da parte final e prospectiva do trabalho - a análise de impactos e pistas de melhoria. Para tal, e como referido supra, focou-se a análise na validade, coerência e adequação do modelo de monitorização e incentivos e não apenas – ou não exclusivamente – no desempenho dos prestadores. Deste modo, concluiu-se que a pertinência do modelo pode ser afectada decisivamente por três grupos de factores:

- Factores relacionados com a concepção do modelo;
- Factores relacionados com o processo de contratualização;
- Factores relacionados com a prestação dos diferentes actores.

Seguidamente, procurou-se elencar um conjunto heterogéneo de factores com capacidade de fazer variar os resultados da análise. A partir de uma priorização dos factores por grau de influência e do seu enquadramento num dos grupos identificados, seleccionou-se um conjunto final de 8 factores:

- **Factores conceptuais:**

1. Incentivo pouco motivador ao nível da gestão institucional – O montante do incentivo institucional, indexado ao total do financiamento contratualizado e representando 5% do mesmo, não é suficiente para focalizar a gestão das instituições no cumprimento dos objectivos propostos. A gestão continuará a dirigir esforços para aumentar a produção em linhas de pagamento por actividade.

2. Incentivo pouco motivador ao nível da prestação profissional - O tipo de incentivo, de carácter institucional, não influi directamente na remuneração das equipas, pelo que é provável um distanciamento das mesmas em relação à contribuição para objectivos estratégicos de nível nacional e regional.

- **Factores processuais:**

3. Má definição das metas estabelecidas para os diferentes indicadores – o processo de definição de metas é efectuado anualmente sem critérios totalmente objectivos e sem por vezes considerar factores como as limitações das instituições, especificidades locais ou ponderações de risco, o que põe em causa algumas das características básicas de um objectivo - viabilidade, clareza, mensurabilidade, comparabilidade.

4. Fiabilidade da informação – A informação é um factor crítico na contratualização e em qualquer sistema de monitorização. A existência de um sistema de informação pouco robusto e muito complexo, com cruzamento de informação clínica e económica, baseado em conceitos pouco estabilizados e objectivos abre espaço ao enviesamento de dados, disponibilização tardia e incompleta da informação, etc.

- **Factores institucionais:**

5. Acompanhamento regional pouco efectivo – Os Departamentos de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde têm a função de acompanhar e monitorizar a execução dos Contratos-Programa, quer em relação à evolução da produção, quer em relação ao cumprimento dos objectivos contratualizados. Uma efectividade frágil desse acompanhamento é um factor determinante na deterioração dos desempenhos.

6. Alinhamento dos diferentes níveis organizacionais em relação aos objectivos definidos (contratualização interna) – A contratualização é um processo em cascata, que só atinge os objectivos estratégicos a que se propõe num cenário de total alinhamento dos diferentes níveis organizacionais. Isto é válido também ao nível intra-institucional. A contratualização interna é um pressuposto de sustentabilidade do processo, e as dificuldades e atrasos na sua implementação, bem como a sua implementação não alinhada com os objectivos institucionais são factores que determinam a pouca absorção da contratualização externa nas organizações prestadoras.

7. Nível desempenho dos prestadores – contempla o nível inicial de desempenho e, concomitantemente, a sua evolução. Independentemente das condicionantes da prestação e do desenho do modelo escolhido, uma avaliação inicial errónea das capacidades de produção das equipas e uma estagnação dos seus indicadores são factores determinantes, per si, da desadequação do sistema.



## Considerações finais

É concerteza preocupação maior dos responsáveis pela contratualização de serviços de saúde a articulação directa entre o desempenho dos prestadores e os ganhos em saúde. Ao risco de uma excessiva concentração nas linhas de produção e desempenho financeiro têm que ser contrapostas as necessidades em saúde. Por isso, ao prestador é exigido não apenas o controlo da despesa e a diminuição das ineficiências mas também rapidez na resposta, qualidade e segurança do trabalho clínico. É aqui que entram os objectivos de qualidade e eficiência.

**Fiabilidade da informação.** Os processos de contratualização e acompanhamento da produção e dos objectivos de qualidade e eficiência trabalham com dados produzidos a partir dos sistemas de informação das instituições prestadoras. Trata-se da solução mais simples e, obviamente, mais lógica. Pelo preenchimento manual e sistematizado de formulários online o prestador informa o Departamento de Contratualização da sua situação relativamente a recursos humanos, instalações, economia e finanças e produção.

Por conseguinte, entendemos que será necessária a aferição cabal da validade desta prestação de contas: por um lado, seria importante que o sistema de informação dos Departamentos de Contratualização pudesse entrar, em tempo real e em todas as situações que fosse possível, em diálogo com o congénere do prestador para recolha de dados (tal, permitiria criar mais facilmente standards de informação); por outro lado, seria fundamental proceder, junto do prestador, a um acompanhamento processual e clínico (o processo de registo de doentes e a auditoria dos relatórios médicos e de GDH's (Grupos de Diagnósticos Homogéneos) são basilares para a fiabilidade da informação).

**Reforço da função Acompanhamento.** Queremos acentuar que o acompanhamento clínico ao prestador, fundado no sistema de classificação de doentes e descentralizado no nível regional - tenha ele um carácter mais pedagógico ou mais fiscalizador - deve ter efectividade crescente em todo o processo, quer pela introdução de novos indicadores de qualidade (como por exemplo, percentagens de cirurgias adiadas nas admissões programadas, analgesias dos partos, complicações pós-operatórias, escaras de decúbito como diagnóstico secundário), quer como instrumento de aferição do real desempenho do prestador e consequente retorno financeiro.

A função acompanhamento, que inclui a vertente clínica mas não se esgota nela, constitui-se como a grande área de valor acrescentado que o nível regional (Departamentos de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde), pela sua dimensão e massa crítica, pode acrescentar ao processo de contratualização. Assim, a promoção de acções de auditoria, sessões de apresentação, acções de formação na área da contratualização, e, genericamente, todas as actividades que solidifiquem a vertente relacional do modelo de financiamento, são fundamentais para a afirmação da centralidade do nível meso da contratualização.

**Alterações na arquitectura do modelo.** O sistema vigente de atribuição de incentivos financeiros às instituições prestadoras de cuidados hospitalares, tem sido historicamente, um sistema de premeio do cumprimento ou ultrapassagem da meta. Este paradigma só funciona se a compensação for proporcional ao esforço, sendo que essa compensação chegará ao prestador somente após o atingimento do objectivo.

Situação diferente pode ser, em sede de contratualização, a atribuição do montante total de incentivos ao prestador e a negociação de montantes ou percentagens de penalização pela não execução de metas determinadas – sistema de consequências. O efeito psicológico resultante do zelo na guarda do montante já atribuído pode potenciar um cumprimento mais rigoroso.

Outras abordagens podem surgir na forma de sistemas plurianuais de incentivos, com *milestones* de exigência e remuneração crescente, por exemplo. Este quadro permite ajustar no tempo a capacidade instalada do prestador para cumprir determinado objectivo, obriga o prestador a desenvolver estratégias, mais ou menos sustentadas, de médio prazo e facilita o nascimento de novos objectivos em novas áreas de actuação.

**Definição de metas que incorpore mais conhecimento.** Em virtude das limitações orçamentais impostas aos prestadores e de uma relativa estabilização do volume de produção nas principais linhas do Contrato-Programa, já notória em alguns hospitais, o sistema vigente de incentivos começa a esgotar-se na incapacidade de perceber se existem

ganhos em saúde. Por outro lado, tal sistema baseia a contratualização das metas num desenvolvimento histórico, numa casuística, que “pensa” os objectivos segundo o seu carácter filosófico - existem objectivos que desejavelmente devem ter um sentido positivo (por exemplo, a percentagem de cirurgia de ambulatório) e outros um sentido negativo (evolução das lista de espera cirúrgica). Esta metodologia não é em si mesma errada, mas ao fundar-se naquilo que o prestador fez em anos anteriores, “fica refém” de valores que servem a postura conservadora dos prestadores na altura da negociação das metas.

É preciso que a construção de metas incorpore mais conhecimento. Conhecimento da quantidade e disponibilidade de recursos humanos do prestador, das suas instalações e equipamentos, das necessidades e morbilidades da sua população-alvo.

**Incremento do valor relativo do incentivo.** Actualmente, à excepção da situação das unidades locais de saúde, qualquer prestador de cuidados de saúde hospitalares, do Serviço Nacional de Saúde, contratualiza com a respectiva Administração Regional de Saúde um valor de incentivos que pode chegar a 5% do valor total do seu orçamento.

O reforço da importância dos objectivos de qualidade e eficiência, enquanto instrumentos de orientação estratégica da tutela, poderia passar pelo aumento do valor do incentivo. Teríamos, provavelmente, assim melhores níveis de qualidade dos serviços prestados, melhor desempenho e melhor acessibilidade dos doentes aos cuidados de saúde.

Uma coisa é certa, o aumento do valor dos incentivos, num contexto de estrangulamento orçamental, só seria possível baixando o valor pago aos prestadores pela sua produção (consultas, internamentos, cirurgias, etc). Isto exigiria, obviamente, mais tempo de negociação e maior cientificidade na definição das metas ao mesmo tempo que balançaria o orçamento dos prestadores. Tratar-se-ia, concerteza, de uma situação de maior risco que a

actual, mas que nos remete para uma questão fundamental: que benefícios traz o sistema actual de objectivos aos actores Estado (financiador e prestador) e cidadão?

## **Referências bibliográficas**

AGÊNCIA DE ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. (1999). *Relatório da contratualização com os hospitais na RSLVT. Orçamentos – Programa 1999*. Ministério da Saúde. Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo. Lisboa.

BILHIM, J. (2000). *Ciência da administração*. Lisboa, Universidade Aberta.

ESCOVAL, et al (2007). *Projecto de investigação inovação em políticas de saúde: O caso da contratualização em Portugal*. ACSS. Lisboa.

ESCOVAL, A. (2003). *Evolução da administração pública da saúde: O papel da contratualização. Factores críticos no contexto português*. Tese de Doutoramento em Gestão, ISCTE, Lisboa.

FIGUEIRAS, J., ROBINSON, R. & JAKUBOWSKI, E. (2005). *Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons. I purchasing to improve health systems performance*. EOHS, Open University Press.

MOZZICAFREDDO, J. e GOMES, J. A. S. (2001). *Administração política: Perspectivas de reforma da administração pública na Europa e nos Estados Unidos*. Oeiras, Celta Editora.

OCDE. (1999). Performance contracting. Lessons from performance contracting case studies: A framework for public sector performance contracting. Paris OCDE. Puma/PAC (99)2.

OPSS. (2010). Desafios em tempos de Crise. *Relatório de Primavera, Síntese*, Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). ENSP/UNL. Lisboa.

OPSS. (2009). 10/30 Anos - OPSS/SNS – Razões para continuar. *Relatório de Primavera, Síntese*, Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). ENSP/UNL. Lisboa.

OPSS. (2003). O estado da Saúde e a saúde do estado. *Relatório de Primavera. Síntese*, Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). ENSP/UNL. Lisboa.

OPSS. (2002). Saúde que rupturas. *Relatório de Primavera, Síntese*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). ENSP/UNL. Lisboa.

OPSS. (2001). Conhecer os Caminhos da Saúde. *Relatório de Primavera, Síntese*, Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). ENSP/UNL. Lisboa.

OSBORNE, D. & GAEBLER, T. (1993). *Reinventing government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Addison-Wesley, Reading, MA.

OSBORNE, D. & PLASTRIK, P. (2000). *The Reinventor's fieldbook: Tools for transforming your government*. San Francisco, CA, Jossey-Bass.

PAVIGNANI, E. & COLOMBO, A. (2004). *Module 7. Analyzing Patterns of HealthCare Provision*. World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int>.

DIRECÇÃO GERAL DO ORÇAMENTO. (2004) Conta Geral do Estado de 2004.

Disponível em: <http://www.dgo.pt/cge2004/>