



Administração Central  
**do Sistema de Saúde, IP**

**Metodologia para a  
definição de preços e  
fixação de objectivos**

**2010**

**Contrato-Programa  
2010-2012**

**Unidades Locais de Saúde**

Unidade Operacional



**Financiamento e de Contratualização**

Lisboa, 1 de Março de 2010



## Índice

<b>CONTRATO-PROGRAMA 2010</b>	<b>2</b>
<b>1. Objectivos, Pressupostos e Condicionanismos</b>	<b>2</b>
Objectivos	2
Pressupostos	3
Condicionanismos	4
<b>2. Metodologia</b>	<b>5</b>
Valor per <i>capita</i> nacional	5
Valor per <i>capita</i> de cada ULS	6
Fluxo de doentes e formação do orçamento prospectivo	8
Trajectória de Ajustamento (TA) e orçamento prospectivo 2010	10
Incentivos e penalizações	11
Objectivos nacionais de qualidade	14
Objectivos de eficiência/ sustentabilidade económico-financeira	17
<b>3. Conclusões</b>	<b>18</b>

## **CONTRATO-PROGRAMA 2010**

### **1. Objectivos, Pressupostos e Condicionanismos**

#### **Objectivos**

Na prossecução das normas em vigor, dá-se continuidade e aprofundam-se as acções de contratualização com as instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS), modelizando e dinamizando o contrato-programa para o triénio de 2010-2012 a celebrar com as Unidades Locais de Saúde do SNS.

Em 2009, reconhecendo as fragilidades da aplicação às ULS, dos modelos de pagamento de cuidados até então ao nosso dispor, e no seguimento da proposta de Modelo de Financiamento ARS/ULS de Outubro de 2007, a ACSS e as ARS propuseram e implementaram uma modalidade de pagamento de base populacional ajustada pelo risco e adequada à integração da prestação de cuidados de saúde primários e secundários.

Durante esse mesmo período e no âmbito do processo de acompanhamento das ULS desenvolvido em parceria com as ARS, a ACSS avaliou este modelo e desenvolveu os estudos necessários para dar maior consistência estatística ao ajustamento do risco e, bem assim, incorporar a efectividade de prestação (eg. fluxo de doentes), condicionar a selecção de doentes (eg. subsistemas de saúde), controlar a despesa com medicamentos dispensados em farmácias de oficina, aumentar a componente variável associada ao cumprimento de metas de qualidade e sustentabilidade e ajustar o clausulado tipo do contrato-programa à realidade das ULS.

Os objectivos subjacentes ao trabalho foram os seguintes:

- Reforçar a componente de financiamento de base populacional;
- Proporcionar maior consistência estatística ao modelo de ajustamento do risco;
- Incorporar a efectividade de prestação (eg. fluxo de doentes);
- Promover a qualidade da prestação;
- Promover a sustentabilidade financeira do SNS e das instituições prestadoras.

O contrato-programa define os objectivos a atingir, acordados com a tutela, assim como os indicadores que permitem aferir o desempenho das instituições na perspectiva da garantia de princípios de acesso, qualidade e sustentabilidade económico-financeira. Para o efeito, importa ao longo de 2010 dar continuidade e incrementar o modelo de monitorização e acompanhamento do contrato-programa em vigor, nomeadamente através de reuniões de acompanhamento com cada uma das instituições, assinalando as situações de

incumprimento ou de desvios mais significativos, assinalando estratégias, compromissos e medidas que melhorem o desempenho das instituições.

Deverá ainda ser reforçado e efectivado o acompanhamento do Plano de Actividades e Contrato-Programa face ao estipulado no Plano Estratégico aprovado no processo de empresarialização, tendo em conta os compromissos e planificação assumidos face ao Estado-Accionista, com vista à responsabilização das equipas de gestão das instituições EPE.

No quadro das disponibilidades financeiras existentes, nomeadamente dos fundos comunitários, caberá às instituições providenciarem as candidaturas que lhes permitam angariar fontes alternativas de financiamento, que potenciem melhores desempenhos.

### **Pressupostos**

O ano de 2010 vai continuar a caracterizar-se por um quadro de particular restrição orçamental das Finanças Públicas.

Pela primeira vez, a actividade e indicadores a contratar respeitam aos utentes do SNS e aos beneficiários dos subsistemas públicos de saúde, ADSE, SAD da GNR e PSP e ADM das Forças Armadas, cujo pagamento é efectuado através do contrato-programa.

Considerando o Plano de Desempenho de 2010 apresentado pelas ULS, as ARS deverão negociar com cada instituição a actividade e os resultados a alcançar, tendo em especial atenção as características e necessidades em saúde da população abrangida num contexto de prestação integrada dos cuidados de saúde, sustentada nos cuidados de saúde primários e na sua capacidade para gerir o estado de saúde dos Utentes promovendo, desta forma, a prestação dos cuidados no nível mais adequado e efectivo.

Assim, a actividade e indicadores a contratar pelas Regiões de Saúde deve considerar a reorganização da prestação em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), de acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro sendo indispensável implementar o Plano de Desempenho dos ACES.

O processo negocial a encetar entre as Regiões de Saúde e as ULS deve:

- i. Optimizar a utilização dos recursos disponíveis, reservando-se o acesso aos cuidados secundários, em especial, ao Serviço de Urgência, para as situações que exijam este grau de intervenção;
- ii. Dirigir o acréscimo de cuidados secundários à actividade ambulatoria, médica e cirúrgica, em função da análise da mediana de tempo de espera das instituições / especialidades mais críticas face à média regional e nacional;

- iii. Promover a acessibilidade dos Utentes nos dois níveis de prestação de cuidados pelo cumprimento, por um lado, dos tempos máximos de resposta garantidos definidos na legislação em vigor e, por outro lado, pelo desenvolvimento de circuitos de coordenação e referência de Utentes;
- iv. Coordenar o acompanhamento dos Utentes que necessitem de cuidados após a alta, designadamente, cuidados continuados integrados paliativos, convalescença e domiciliários;
- v. Instituir programas de governação clínica que promovam o exercício da actividade clínica baseada na evidência científica, a eficiência e qualidade dos cuidados e a satisfação dos Utentes;
- vi. Garantir o compromisso assumido de contenção de custos e de sustentabilidade económica da instituição

Pretende-se igualmente ver reforçado o peso e valor das penalizações associadas quer à qualidade da prestação de cuidados quer à eficiência e sustentabilidade económico-financeira. De referir que a verba de penalizações associadas à qualidade da prestação corresponde a 6% do valor de financiamento disponível, sinalizando de modo mais expressivo a prioridade à melhoria da qualidade e do acesso. As penalizações respeitantes à salvaguarda da sustentabilidade económico-financeira das instituições podem alcançar 4% do valor do financiamento disponível, tendo associadas uma filosofia de maior risco e responsabilização a assumir pelos gestores destas entidades, de forma a concretizarem esta componente do financiamento público por contrato-programa.

### Condicionaismos

A verba inscrita no Orçamento de Estado para 2010 para afectação aos cuidados de saúde tem um acréscimo de 0,62% face ao ano anterior. As fortes restrições orçamentais exigem uma contenção da despesa, determinando semelhante contenção na distribuição e afectação dos recursos financeiros disponíveis.

Tendo em conta as orientações do SES, as metas nacionais de crescimento de custos fixadas para o ano de 2010, face ao realizado em 2009, são as seguintes:

**Tabela 1. Metas nacionais de crescimento de custos.**

Rubricas	Metas de crescimento
64 - Custos com Pessoal	2%*
62 - Custos com FSE	2%
61 - Consumos	4%

\* O valor desta meta está sujeito a revisão automática, em função do aumento que vier a ser definido em orçamento de estado para a Função Pública.

## 2. Metodologia

De forma a ajustar o pagamento ao risco previsível e encorajar a prestação de estratégias de prevenção da doença e promoção da saúde, de cuidados de excelência ao nível dos cuidados de saúde primários para as condições mais onerosas, promover a inovação de estratégias de prestação especialmente desenhadas para as pessoas com incapacidade e, evidentemente, reduzir o risco associado à prestação, o valor *per capita* a atribuir a cada ULS parte de um valor *per capita* nacional, que é depois ajustada às populações das ULS através de um índice, com base nas suas características, reflectindo as diferenças entre entidades geográficas de oferta e procura de cuidados de saúde.

### Valor *per capita* nacional

O valor *per capita* nacional é apurado observando-se as seguintes premissas:

- (1) O financiamento global do serviço nacional de saúde para 2010 assumindo-se um crescimento de 0,62% face a 2009, integrando-se a transferência decorrente do acordo alcançado com os subsistemas públicos (ie. ADSE, SAD da GNR e PSP e ADM das Forças Armadas) e excluindo-se as transferências para instituições particulares, serviços autónomos e programas verticais;
- (2) O encargo com medicamentos cedidos em ambulatório em 2009, através de farmácias de oficina, da responsabilidade da Administração Regional de Saúde;
- (3) A população residente no continente em 2008 é considerada como denominador: 10 135 309 residentes (INE, 2009).

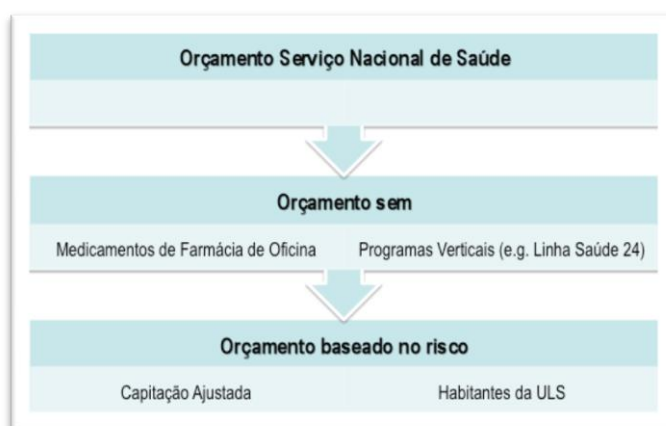


Figura 1. Formação do valor *per capita* por ULS.

O financiamento *per capita* para cada ULS parte de um *capita* nacional, que é calculado com base no Orçamento SNS, líquido da previsão de gastos em medicamentos para o ano corrente (gastos do ano anterior após ter sido aplicada a taxa de variação prevista). Este valor é depois dividido pela população

residente em Portugal Continental, dando origem ao valor *per capita* Nacional, cujo valor corrente é de 660,32 €.

### **Valor per capita de cada ULS**

Segundo Culyer e Wagstaff (1993)<sup>1</sup>, o critério para avaliar a equidade da distribuição da prestação de cuidados de saúde é a própria equidade em saúde, que por sua vez é uma condição necessária à melhoria do estado geral de saúde das populações. Neste sentido, a procura de equidade na prestação de cuidados de saúde deriva da equidade em saúde e adquire o seu carácter especial pela natureza incremental e compulsiva do estado de saúde. O respeito pelas preferências pessoais (princípio da autonomia) e o impedimento da redução no estado actual de saúde (conceito de *stock de saúde*) são condições prévias à própria equidade em saúde. Nesta esfera, a igualdade em saúde é preferível a outros considerandos, como a equidade de produtos marginais ou iguais despesas para iguais. Do mesmo modo, e considerando a equidade vertical, a alocação de recursos em proporção às diferentes necessidades (sejam elas quais forem) implica desigualdade na alocação de recursos.

Assim, com vista à equidade em saúde devemos promover uma alocação de recursos determinada pelas necessidades em saúde das populações, considerando o estado de saúde actual enquanto *proxy* das necessidades em saúde e o poder explicativo das características populacionais que teoricamente condicionam o consumo de recursos entre as diferentes áreas geográficas – ajustamento do risco.

Considerando a despesa concelhia em saúde<sup>2</sup>, e uma análise de variáveis que teoricamente contribuem para a variação da despesa em saúde, foram encontradas três variáveis que justificam estatisticamente cerca de 40% da despesa em cuidados de saúde:

- Taxa de População Residente Feminina – Proporção da população residente feminina;
- Índice de Dependência Total – Relação entre a população jovem e idosa e a população em idade activa por 100 habitantes;
- Escolaridade – Proporção da população residente com pelo menos a escolaridade obrigatória.

---

<sup>1</sup> Culyer A, Wagstaff A. Equity and equality in health and healthcare (2003). Equity and equality in health and healthcare. J Health Econ, 12:431-57.

<sup>2</sup> Custos de 2008 estimados para os cuidados de saúde primários (i.e. Consideraram-se apenas valores reais e/ou estimados de custos com recursos humanos, medicamentos distribuídos em farmácias de oficina, e meios complementares de diagnóstico e terapêutica como *proxy* dos custos com CSP) e cuidados hospitalares (episódios alvo de codificação em grupos de diagnóstico homogéneo ao preço de Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 110-A/2007, de 23 de Janeiro, por concelho do continente (278 concelhos).



Tabela 2. Valores dos indicadores utilizados por ULS.

	Continente	ULSM	ULSAM	ULSG	ULSCB	ULSNA	ULSBA
População	10.135.309	169.261	250.951	156.466	113.545	116.830	126.234
Tx. População Residente Feminina	51,6%	51,8%	52,9%	52,4%	51,9%	51,6%	50,5%
Índ. Dependência Total	49,3	42,9	51,9	57,3	65,9	62,0	57,5
Escolaridade	44,7	53,8	33,9	34,5	34,1	38,6	36,8

Através de uma regressão linear, em que as três variáveis do modelo são as variáveis independentes e a despesa total (despesa de cuidados de saúde primários e despesa de cuidados saúde hospitalares) é a variável dependente, é possível obter os coeficientes para cada indicador. Aplicando os regressores associados a cada uma das variáveis aos dados de cada ULS é possível obter um driver para cada ULS. A relação entre esse *driver* e o *driver* Nacional é o Índice dos Regressores da despesa (IR). O IR, quando multiplicado pelo valor *per capita* nacional (660,32 €), permite ajustá-la às características da população coberta por cada ULS. Determinou-se que este valor compõe 40% do *capita*.

Neste contexto importa, para além da componente explicativa do consumo de recursos, considerar os diferentes estados de saúde das diferentes populações. Assim, atribui-se à mortalidade padronizada (*proxy* de necessidades em saúde) um peso relativo na formação do valor *per capita* semelhante à componente não explicada pelos regressores de despesa.



Figura 2. Componentes para a determinação do valor *per capita*.

De forma a obter os restantes 60% do *capita*, a Mortalidade Padronizada foi calculada para cada ULS, sendo utilizado um Índice de Necessidades em Saúde (INS) que traduz a relação entre cada uma delas e a Mortalidade Padronizada do Grupo – para ajustar o valor *per capita* Nacional a cada uma das ULS.

Assim, o Índice Global (IG) para o cálculo do valor *per capita* é dado por:

$$IG_{ULS} = 40\% \times IR_{ULS} + 60\% \times INS_{ULS}$$

O valor *per capita* total, a atribuir às ULS, resulta do produto entre o IG para cada ULS e o valor *per capita* Nacional.

$$Capita_{total_{ULS}} = IG_{ULS} \times Capita_{Nacional}$$

Este valor *capita* reflecte a procura de equidade em saúde estando naturalmente ajustado ao previsível risco da prestação. Depois de definido o valor *per capita* total é possível calcular o *target* global (capita total multiplicada pela população que compõe cada ULS), que representa um objectivo de financiamento a que as ULS devem chegar. Este exercício permite-nos obter para 2010 o valor adequado de financiamento do Serviço Nacional de Saúde para as populações abrangidas pelas ULS, excluindo-se o valor dos produtos farmacêuticos distribuídos em farmácias de oficina.

Tabela 3. Índices por ULS de acordo com regressores de despesa, necessidades em saúde e global.

ULS	IR	INS	IG	Capita target 2010	Target 2010
Continente	1,00	1,00	1,00	660 €	-
ULSM	0,90	1,01	0,97	637 €	107.874.587 €
ULSAM	1,14	1,00	1,06	698 €	175.151.456 €
ULSG	1,17	1,10	1,13	747 €	116.920.334 €
ULSCB	1,25	1,11	1,16	769 €	87.264.453 €
ULSNA	1,17	1,10	1,13	745 €	87.079.400 €
ULSBA	1,07	1,30	1,21	797 €	100.634.127 €

### Fluxo de doentes e formação do orçamento prospectivo

Considerando que as ULS não prestam todos os cuidados de saúde necessários às suas populações, sendo financiadas para tal, importa reavaliar o orçamento alocado a cada uma de acordo com o fluxo de residentes alvo cuidados de saúde junto de outros prestadores. O facto de residentes serem alvo de cuidados de saúde junto de outros prestadores tanto pode decorrer da obrigatoriedade em obedecer a redes de referênciação, incapacidade técnica ou de produção, como pode decorrer da falta de atractividade dos seus serviços aos residentes. Adicionalmente, as ULS prestam cuidados de saúde a não residentes pelo que devem ser ressarcidas por esta actividade. À actividade realizada a não residentes e à actividade prestada por outros prestadores a residentes chamámos "fluxo de doentes". A valorização desta actividade (realizada apenas para o internamento) é feita de acordo com a Portaria n.º 567/2006 de 12 de Junho, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º110-A/2007 de 23 de Janeiro. Considerando que o objectivo primordial da ULS é prestar cuidados aos seus residentes em detrimento de outrem, a valorização da actividade realizada a doentes não residentes é feita a 85% do valor desta Portaria.

De acordo com a actual capacidade dos sistemas de informação, apenas a base de dados de Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) permite aferir este fluxo de doentes a nível nacional. Analisando os fluxos de doentes, a partir da base de dados de GDH, verifica-se que todas as ULS apresentam um total de fluxos de fora inferior aos fluxos para fora, significando que os utentes das áreas de influência das ULS estão, em termos líquidos, a ser tratados sobretudo em hospitais externos às ULS, havendo que incentivar a capacidade de atracção e retenção de utentes por parte das ULS, dentro da sua capacidade técnico-normativa.

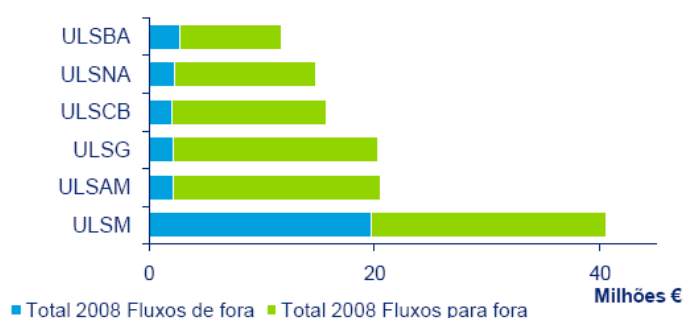


Figura 3. Valorização do fluxo de doentes em 2008 considerando a valorização dos episódios de acordo com a Portaria n.º 567/2006 de 12 de Junho, com as alterações introduzidas pela Portaria nº110-A/2007 de 23 de Janeiro.

O saldo de fluxos apresentado na Tabela 4 considera a valorização dos doentes tratados fora em 100% do preço de Portaria e 85% os doentes fora de área tratados na ULS.

Tabela 4. Valorização do fluxo de doentes em 2008 considerando a valorização dos episódios de acordo com a Portaria n.º 567/2006 de 12 de Junho, com as alterações introduzidas pela Portaria nº110-A/2007 de 23 de Janeiro.

	Fluxos de fora	Fluxos para fora	Saldo (85%)
<b>ULSM</b>	18.757.071,21 €	19.377.425,24 €	-3.433.914,71 €
<b>ULSAM</b>	2.014.213,70 €	17.556.216,25 €	-15.844.134,60 €
<b>ULSG</b>	2.034.402,69 €	17.737.094,46 €	-16.007.852,18 €
<b>ULSCB</b>	1.907.815,41 €	13.185.143,19 €	-11.563.500,10 €
<b>ULSNA</b>	2.178.913,12 €	11.791.389,80 €	-9.939.313,65 €
<b>ULSBA</b>	2.424.494,20 €	8.725.295,59 €	-6.664.475,52 €

A valorização do fluxo de doentes por instituição permite-nos redefinir o orçamento *target* por instituição, ajustando este valor à efectividade de cuidados prestados à população abrangida por cada ULS. Assim, na determinação do orçamento *target* de cada instituição é considerado anualmente o fluxo de doentes, por via da base de dados de GDH do ano completo mais recente.

Tabela 5. Redefinição do orçamento *target* 2010 considerando o fluxo de doentes.

	Target 2010	Fluxos de Doentes (2008)	Novo Target 2010 (F)
ULSM	107.874.587 €	- 3.433.915 €	104.440.673 €
ULSAM	175.151.456 €	- 15.844.135 €	159.307.321 €
ULSG	116.920.334 €	- 16.007.852 €	100.912.482 €
ULSCB	87.264.453 €	- 11.563.500 €	75.700.953 €
ULSNA	87.079.400 €	- 9.939.314 €	77.140.086 €
ULSBA	100.634.127 €	- 6.664.476 €	93.969.651 €

## Trajectória de Ajustamento (TA) e orçamento prospectivo 2010

Considerando o equilíbrio financeiro das instituições e a necessidade de um período de transição para a efectiva aplicação de um modelo de capitação importa, ainda, aplicar um factor de sustentabilidade financeira indexado à variação do orçamento do SNS face ao valor dos contratos-programa do Universo ULS<sup>3</sup>.

$$\text{Valor max. global a distribuir adicionalmente} = \Delta\% \text{SNS} \times \Sigma \text{CP ano } n$$

Adicionalmente, para as actuais seis ULS, e para o triénio 2010 a 2012 é assegurado que nenhuma instituição é prejudicada face ao valor financeiro do Contrato-Programa de 2009 acrescido do valor facturado neste mesmo ano aos subsistemas públicos de saúde ADSE, SAD da GNR e PSP e ADM das Forças Armadas.

Pela aplicação destes dois pressupostos o valor máximo global a distribuir adicionalmente pelo Universo ULS em 2010 cifra-se em 3.737.448€, ou seja um crescimento do valor global dos contratos-programa das ULS de 0,62%, em universo comparável.

A distribuição deste valor pelas ULS depende da distância entre o valor do contrato-programa do ano anterior e o valor do *target* (considerando o saldo do fluxos de doentes). Tal não invalida que cada ULS desenvolva uma trajetória de convergência entre o valor capitacional histórico e o valor capitacional apurado.

Tabela 6. Valor do orçamento prospectivo das ULS considerando a trajetória de ajustamento.

	Novo Target 2010 (F)	CP 2009	CP 2010	Var. 09/10	Var. 09/10
ULSM	104.440.673 €	114.722.313 €	114.722.313 €	- €	0,00%
ULSAM	159.307.321 €	143.604.198 €	144.726.041 €	1.121.843 €	0,78%
ULSG	100.912.482 €	88.647.145 €	90.066.621 €	1.419.475 €	1,60%
ULSCB	75.700.953 €	74.047.909 €	74.276.935 €	229.026 €	0,31%
ULSNA	77.140.086 €	95.918.085 €	95.918.085 €	- €	0,00%
ULSBA	93.969.651 €	85.874.512 €	86.841.616 €	967.104 €	1,13%
	611.471.165 €	602.814.163 €	606.551.611 €	3.737.448 €	0,62%

Resumindo, o modelo pressupõe em cada ano um valor de trajetória de ajustamento (TA), que pretende traduzir o montante em que o valor do contrato-programa (CP) da ULS deverá variar para que se aproxime do seu valor *target*. O cálculo da trajetória de ajustamento (TA) depende da distância ao *target*. Considerando o valor do Contrato-Programa desse mesmo ano, obtém-se a distância a que este se encontra do *target*. Essa diferença é o valor máximo a crescer ao CP para o ano seguinte. Com base no cálculo anterior é apurada a percentagem de TA que deriva da distância ao *target*. Saliente-se que serão alvo de ajustamento em alta, apenas as ULS que apresentam um financiamento por CP inferior ao *target*.

<sup>3</sup> Em 2009, o valor dos contratos-programa do Universo ULS atingiu os 558.504.035 €. O valor considerado, em universo comparável, inclui a simulação de proveitos da ULS de Castelo Branco e os proveitos de sub-sistemas reportados pelas respectivas ULS, para 2009.

## **Incentivos e penalizações**

Um dos efeitos críticos dos modelos de pagamento associados à capitação é a possibilidade de redução da prestação de cuidados de saúde mais onerosos e selecção adversa de doentes. Assim, e para além da monitorização da produção hospitalar e dos indicadores de cuidados de saúde primários decorrentes do Plano de Desempenho dos ACES, são criadas penalizações para:

- a) Inobservância dos objectivos de qualidade e eficiência/ sustentabilidade;
- b) Incumprimento dos serviços hospitalares contratados;
- c) Sobre-facturação a terceiros responsáveis.

A inobservância dos **objectivos de qualidade incorre numa penalização até 6%** do valor do orçamento prospectivo de acordo com o peso de cada indicador. Os objectivos de qualidade estão associados ao acesso, qualidade técnica/ efectividade, qualidade dos registos, qualidade percebida e eficiência. Estes indicadores decorrem do Plano de Desempenho dos Agrupamentos de Centros de Saúde e dos Contratos-Programa dos Hospitais e Centros Hospitalares.

A inobservância dos **objectivos de eficiência/ sustentabilidade incorre numa penalização até 4%** do valor do orçamento prospectivo de acordo com o peso de cada indicador. Os objectivos de eficiência/ sustentabilidade decorrem da vertente accionista do Universo EPE e são idênticos aos previstos para os hospitais.

A ULS será ainda penalizada financeiramente pelo incumprimento superior a 5% dos serviços contratados por linha de produção hospitalar no exacto montante da valorização da produção em falta. A valorização da produção em falta será determinada por linha de produção e de acordo com os valores praticados para o grupo hospitalar em que a ULS está inserida. Este aspecto salienta a **importância dos resultados do exercício negocial da produção hospitalar** entre as ARS e as respectivas ULS, devendo ser considerados os aspectos expostos pela natureza de integração destas entidades, mas também os referidos quanto ao fluxo de doentes.

<b>Objectivos</b>	<b>Descrição</b>
<b>Facturação a Terceiros Responsáveis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação de uma penalização por troca de utentes do SNS por utentes de terceiros responsáveis. Esta penalização será entregue à ARS e decorre em patamares de acordo com o aumento da proporção da facturação a terceiros responsáveis no total:</li> <li>• Fact. =&lt; 5% - ULS recebe 100% da facturação; &gt;5% e &lt;7,5% - recebe 80%; &gt;= 7,5% - recebe 60%</li> </ul>
<b>Redução de custos de Medicamentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação de um incentivo à redução de custos com medicamentos, com base na <i>capita target</i> de medicamentos para cada ULS (actualmente todas as ULS se encontram acima do respectivo <i>target</i>);</li> <li>• A redução desta despesa até ao valor da <i>capita target</i> reverte num incentivo para a ULS de 80% do valor da redução. Reduções para valores abaixo do <i>target</i> traduzem-se num incentivo de 90%.</li> </ul>
<b>Produção Hospitalar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A ULS será ainda penalizada financeiramente pelo incumprimento superior a 5% dos serviços contratados por linha de produção pelo exacto montante da valorização da produção em falta.</li> <li>• A valorização da produção em falta será determinada por linha de produção e de acordo com os valores praticados para o grupo hospitalar em que a ULS está inserida.</li> </ul>
<b>Objectivos da Qualidade e Eficiência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fixação de objectivos da Qualidade. 6% do orçamento definido fica sujeito ao cumprimento destes objectivos (o que para o universo das seis ULS totaliza cerca de 36 Milhões de euros).</li> <li>• Fixação de objectivos de Eficiência. 4% do orçamento definido fica sujeito ao cumprimento destes objectivos (o que para o universo das seis ULS totaliza cerca de 24 Milhões de euros).</li> </ul>

Figura 4. Quadro resumo de incentivos e penalizações no âmbito do contrato-programa com as ULS para o triénio 2010-2012.

Sendo as ULS responsáveis pela **facturação e cobrança a terceiros responsáveis**, com excepção dos subsistemas públicos de saúde, ADSE, SAD da GNR e PSP e ADM das Forças Armadas, cujo pagamento é efectuado através do contrato-programa, e sendo esta uma receita extra-contrato, importa confinar a possível substituição de doentes do SNS por doentes de terceiros responsáveis. Assim, é implementada uma penalização em patamares: sempre que as ULS facturem mais de 5% do valor do orçamento do CP a terceiros responsáveis, entregam parte desse valor à ARS respectiva através de encontro de contas. O valor de 5% é um valor limite e decorre da análise de proveitos das seis ULS, sendo que na actual conjuntura não é alcançado por nenhuma instituição do universo.

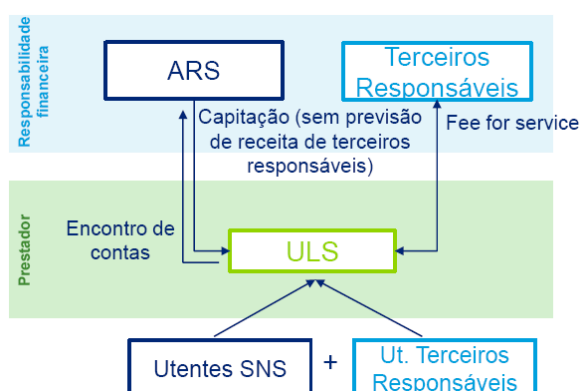


Figura 5. Fluxo financeiro de receitas provenientes de terceiros pagadores.

Existem três patamares para esta eventual penalização:

- Até 5% de facturação do valor do orçamento do CP a terceiros responsáveis, a ULS retém 100% do valor;

- Entre 5% e 7,5% de facturação do valor do orçamento do CP a terceiros responsáveis, a ULS entrega 20% da receita à respectiva ARS;
- Facturação a terceiros responsáveis superior a 7,5% do valor do orçamento do CP, a ULS entrega 40% da receita à respectiva ARS.

Adicionalmente, é criado um **incentivo à redução da despesa com produtos vendidos em farmácias** consoante o posicionamento da ULS face ao valor expectável (*target*). Quando a ULS apresenta uma despesa em medicamentos superior ao *target* e reduz a despesa respectiva para a ARS, receberá um incentivo adicional em 80% do valor poupado. Caso a ULS alcance no final uma despesa inferior ao seu *target*, então para ela reverterá 90% do valor poupado à respectiva ARS.

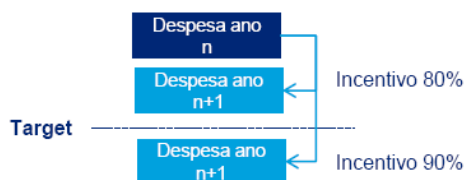


Figura 6. Valor do incentivo com a redução da despesa com produtos vendidos em farmácias de oficina.

O *target* de valor *per capita* de medicamentos é calculado com base no modelo desenvolvido para a determinação do valor de capita ULS (utilizando os mesmos indicadores e ponderações) e considera a despesa nacional com estes produtos prescritos por prestadores do SNS, quer em hospitais quer em centros de saúde. Para 2010, o cálculo do valor *target* nacional considerou um crescimento da despesa global com fármacos prescritos em prestadores de cuidados de saúde primários e secundários face a 2008 de 6,3%.

Os valores dos contratos-programa apurados para as Unidade Locais de saúde, e previamente comunicados à ARS respectivas, são os que constam no seguinte quadro:

Tabela 7. Valores do contrato-programa das ULS para 2010.

	CP 2009	CP 2010	Var. 09/10	Var. 09/10	Componente Variável (penalizações)		
					Qualidade CSP	Qualidade H	Sustentabilidade
ULSM	114.722.313 €	114.722.313 €	- €	0,00%	- 3.441.669 €	- 3.441.669 €	- 4.588.893 €
ULSAM	143.604.198 €	144.726.041 €	1.121.843 €	0,78%	- 4.341.781 €	- 4.341.781 €	- 5.789.042 €
ULSG	88.647.145 €	90.066.621 €	1.419.475 €	1,60%	- 2.701.999 €	- 2.701.999 €	- 3.602.665 €
ULSCB	74.047.909 €	74.276.935 €	229.026 €	0,31%	- 2.228.308 €	- 2.228.308 €	- 2.971.077 €
ULSNA	95.918.085 €	95.918.085 €	- €	0,00%	- 2.877.543 €	- 2.877.543 €	- 3.836.723 €
ULSBA	85.874.512 €	86.841.616 €	967.104 €	1,13%	- 2.605.248 €	- 2.605.248 €	- 3.473.665 €
	602.814.163 €	606.551.611 €	3.737.448 €	0,62%	-18.196.548 €	-18.196.548 €	-24.262.064 €

## Objectivos de qualidade

É entendimento da ACSS e das ARS, na sequência do trabalho desenvolvido em anos anteriores, definir indicadores que:

- sejam facilmente entendidos, mensuráveis e que permitam um acompanhamento fácil por parte das instituições;
- permitam reflectir os diferentes tipos de desempenho das unidades;
- sirvam para que a tutela possa dar uma orientação estratégica, relativamente ao desempenho que espera de cada unidade;
- possam estar associados a um sistema de avaliação de desempenho e a uma política de incentivos;
- estejam associados à atribuição de uma percentagem aferida ao volume da sua produção, em função do grau de cumprimento desses objectivos;
- sejam ambiciosos mas realizáveis e conduzam as ULS para melhores níveis de qualidade dos serviços prestados e de desempenho, bem como para a melhoria da acessibilidade dos doentes aos cuidados de saúde.

Estes indicadores/objectivos devem ser objecto de uma monitorização mensal e com efeitos efectivos no final de cada exercício económico.

Os indicadores seleccionados dependem da prestação integrada de cuidados de saúde e estão organizados de acordo com os níveis prestação. O cumprimento destes indicadores está associado a um montante financeiro de 6% do valor do orçamento prospectivo da ULS, distribuído da seguinte forma:

- Cuidados de saúde primários (CSP) – 3%
- Cuidados de saúde secundários (CSS) – 3%

No caso específico dos cuidados de saúde primários, a selecção de indicadores para o contrato-programa de 2010 incide sobre uma panóplia de indicadores de acompanhamento previstos no Plano de Desempenho dos ACES. O número de indicadores seleccionados não ultrapassa os 20 e são distribuídos em dois eixos: eixo nacional e eixo regional. O eixo nacional é constituído por 14 indicadores. O eixo regional é constituído por 4 indicadores e o eixo local é constituído por dois, podendo estes variar por ULS. Destes seis indicadores regionais, deverão ser seleccionados pelo menos um indicador da área de coordenação de cuidados/ qualidade técnica/ efectividade e outro da área de eficiência. O peso financeiro associado a cada eixo e a cada indicador varia de acordo com o expresso na Tabela 8. Existe flexibilidade regional para a definição do peso específico de cada eixo (eixo nacional com um peso relativo mínimo de 60%) e da variação do peso específico de cada indicador: 20, 25 e 50% de acordo com o eixo respectivo. O peso e a definição dos



indicadores devem obedecer a uma correcta análise das prioridades assistenciais definidas de acordo com os indicadores de caracterização.

Apesar de estarem integrados no âmbito dos CSP, o cálculo dos indicadores de eficiência engloba a prescrição realizada a nível hospitalar para dispensa em farmácia de oficina.

**Tabela 8. Indicadores, pesos relativos e margens de flexibilidade dos indicadores associados à componente cuidados de saúde primários.**

		No subgrupo dos Indicadores Nacionais	Margem de flexibilidade ARS
<b>Objectivos Nacionais de CSP - Eixo Nacional</b>	<b>Min. 60%</b>		
Taxa de utilização global de consultas médicas		8,0%	1,6%
Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar		8,0%	1,6%
Percentagem de recém-nascidos, de termo, com baixo peso		7,0%	1,4%
Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias		8,0%	1,6%
Percentagem de Utentes com Plano Nacional de Vacinação actualizado		8,0%	1,6%
Percentagem de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro		7,0%	1,4%
Incidência de amputações em diabéticos na população residente		6,0%	1,2%
Incidência de acidentes vasculares cerebrais na população residente		6,0%	1,2%
Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e		6,0%	1,2%
Nº de episódios agudos que deram origem a codificação de episódio		6,0%	1,2%
Percentagem de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos		6,0%	1,2%
Percentagem de consumo de medicamentos genéricos em embalagens,		8,0%	1,6%
Custo médio de medicamentos facturados por utilizador		8,0%	1,6%
Custo médio de MCDT facturados por utilizador		8,0%	1,6%
		<b>100,0%</b>	<b>var. 20%</b>
<b>Objectivos Regionais de CSP - Eixo Regional</b>	<b>Até 20%</b>		
		25,0%	6,3%
		25,0%	6,3%
		25,0%	6,3%
		25,0%	6,3%
		<b>100,0%</b>	<b>var. 25%</b>
<b>Objectivos Regionais de CSP - Eixo Local</b>	<b>Até 20%</b>		
		50,0%	25,0%
		50,0%	25,0%
		<b>100,0%</b>	<b>var. 50%</b>

No caso específico dos cuidados de saúde secundários, os indicadores estão organizados em objectivos nacionais e objectivos regionais. O peso relativo mínimo dos objectivos nacionais não deve ser inferior a 50%, mantendo-se um peso específico por indicador e uma margem de flexibilidade às regiões de saúde no valor de 20%.

**Tabela 9. Indicadores, pesos relativos e margens de flexibilidade dos indicadores associados à componente cuidados de saúde secundários.**

		No subgrupo dos Indicadores Nacionais	Margem de flexibilidade ARS
<b>Objectivos Nacionais de Cuidados de Saúde Secundários</b>	<b>Min. 50%</b>		
Peso das primeiras consultas médicas no total de consultas médicas		13,00%	2,6%
Mediana do número de dias entre a data de internamento e a data de sinalização para a RCCI		10,00%	2,0%
Percentagem de reinternamentos nos primeiros 5 dias		10,00%	2,0%
Demora média		12,00%	2,4%
Percentagem de cirurgia de ambulatório (GDH) no total de cirurgia		12,00%	2,4%
Percentagem de episódios de internamento cirúrgico com complicações (incluindo septicemias).		10,00%	2,0%
Percentagem de úlceras de decúbito como diagnóstico adicional		10,00%	2,0%
Percentagem de partos vaginais realizados com analgesia epidural		10,00%	2,0%
Percentagem de partos por cesariana		13,00%	2,6%
		<b>100,00%</b>	<b>var. 20%</b>
<b>Objectivos Regionais de Cuidados de Saúde Secundários</b>	<b>até 50%</b>		

## Objectivos de eficiência/ sustentabilidade económico-financeira

Os objectivos de eficiência/ sustentabilidade económico-financeira estão associados a 4% do valor do orçamento prospectivo de cada ULS, estando divididos em objectivos nacionais e regionais de acordo com a Tabela 10.

Com a excepção do indicador «prazo médio de pagamento», os objectivos nacionais referem-se a valores sobre o balanço provisório resultante do exercício de orçamento económico proveniente do contrato-programa.

Como em anos anteriores, o cumprimento dos objectivos regionais está dependente do comportamento agregado das entidades públicas empresarias de cada região de saúde.

**Tabela 10. Indicadores, pesos relativos e margens de flexibilidade dos indicadores associados à componente cuidados de saúde secundários.**

		Indicadores Nacionais / Regionais	Margem de flexibilidade ARS
<b>Objectivos Nacionais</b>	50%		
Peso dos Custos com Pessoal nos Proveitos Operacionais		20,0%	2,0%
Prazo médio de pagamento		20,0%	2,0%
Variação % Resultado Operacional		20,0%	2,0%
Solvabilidade (%)		20,0%	2,0%
Autonomia Financeira (%)		20,0%	2,0%
		<b>100,0%</b>	<b>var. 10%</b>
<b>Objectivos Regionais</b>	50%		
Variação (%) Custos com Pessoal (2%*)		35,0%	3,5%
Variação (%) Custos com FSE (2%)		35,0%	3,5%
Variação (%) Consumos (4%)		30,0%	3,0%
		<b>100,0%</b>	<b>var. 10%</b>

\* o valor desta meta está sujeito a revisão automática, em função do aumento que vier a ser decidido para a Função Pública

### **3. Conclusões**

Dos estudos efectuados resulta a proposta da nova modalidade de capitação ajustada para as ULS, bem como, renovados indicadores de qualidade e de sustentabilidade económico-financeira. Em consequência, foi definida a afectação de verbas às Regiões de Saúde, para contratualização no ano de 2010.