

Unidades Locais de Saúde

Modalidade de Pagamento

Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização

23 de Março de 2009

Conteúdo

Introdução	3
Contrato Programa	5
Valor do Orçamento Prospectivo	5
Condicionalismos	6
Penalizações	6
Objectivos institucionais.....	7
Caracterização dos objectivos institucionais a contratualizar	7
Valorização dos objectivos institucionais	7
Descrição do Modelo	9
Características da população	10
Necessidade de saúde da população	12
Prestação de cuidados de saúde	13
Cálculo do Coeficiente de Ajustamento Local.....	14
Factor de sustentabilidade.....	15
Distribuição do financiamento e cálculo do valor capitacional	15
ANEXO I – Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários.....	16
ANEXO II – Quadro de produção hospitalar	18

Introdução

A prestação de cuidados de saúde tem sido tradicionalmente categorizada e analisada através da classificação em subsistemas ou sectores de prestação: Cuidados Primários, Cuidados Secundários e Cuidados Terciários. Cada um destes sectores pode ser considerado como um subsistema de todo o sistema de saúde. No entanto, e na generalidade, os limites entre estes sectores podem ser ambíguos ou indistintos. Os três sectores sobrepõem-se, esperando-se que o doente siga um percurso linear através deles. Não obstante, e em muitos casos, os três sectores são estanques e não comunicantes, podendo os cuidados ser prestados simultaneamente em diferentes sectores.



Figura 1. Organização tradicional dos serviços de saúde.

No contexto global sistema de saúde existe um elevado grau de diferenciação e um baixo nível de integração da prestação de cuidados de saúde. Entenda-se por diferenciação, a capacidade para fornecer o número apropriado de serviços e programas através de um *continuum* de cuidados, e a integração (capacidade para juntar as peças do puzzle), de forma a maximizar o valor dos serviços fornecidos. Como a diferenciação é a essência e a fonte de toda a força do sistema, deve ser fortalecido o grau de integração. Este modelo de governação integrada define-se como os sistemas, processos e comportamentos em que as instituições direccionam e controlam as suas funções de forma a alcançar os seus objectivos organizacionais, a segurança e qualidade da prestação, e em que se relacionam doentes e prestadores, a comunidade e os parceiros.

Foi neste sentido, e com o intuito de aumentar a coordenação da prestação entre níveis de cuidados que, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, foram criadas as Unidades Locais de Saúde de Matosinhos (1999), Norte Alentejano (2007), Guarda (2008), Baixo Alentejo (2008) e Alto Minho (2008). É comumente aceite que o elevado nível de desempenho assistencial deste tipo de organizações é atingido através de um do fortalecimento do papel dos cuidados de saúde primários como gestores do

doente, da aplicação de orientações terapêuticas de modelos de gestão da doença, do desenvolvimento de sistemas de informação clínica integrados, e dos instrumentos de contratação de serviços.

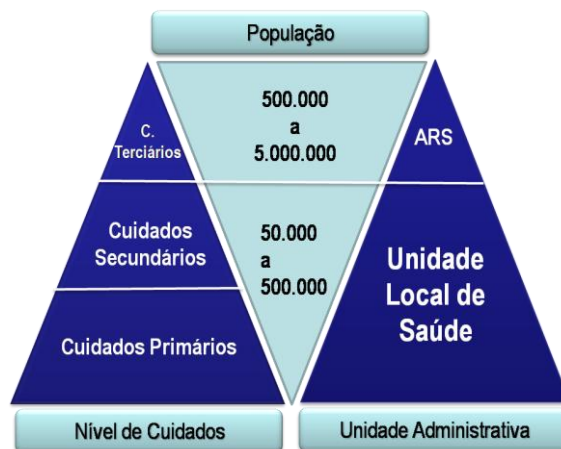


Figura 2. Organização dos serviços de saúde com modelo ULS.

Paralelamente, o Serviço Nacional de Saúde, inicialmente do tipo “comando-controlo”, evoluiu, em diferentes fases (e de diferentes formas), para um modelo aproximado de contratualização através da separação organizacional entre o terceiro pagador e os prestadores. É neste contexto, e considerando o estatuto empresarial das actuais ULS que, as modalidades de pagamento assumem relevo na indução do desempenho do prestador.

No entanto, nem todas as modalidades de pagamento atingem os seus objectivos de forma semelhante e, por outro lado, muitos dos seus objectivos são igualmente desejáveis, mas mutuamente irreconciliáveis.

Reconhecendo as fragilidades da aplicação às ULS, dos modelos de pagamento de cuidados ao nosso dispor, e no seguimento da proposta de Modelo de Financiamento ARS/ULS de Outubro de 2007, a ACSS propõe-se aplicar uma modalidade de pagamento adequada à integração da prestação de cuidados de saúde primários e secundários.

Importa salientar que, no âmbito das suas competências, a ACSS continua a estudar modalidades de pagamento mais aperfeiçoadas, e a iniciar estudos para a aplicação de modelos de avaliação do risco que, para além de outros objectivos, possam ser aplicados a modelos mistos de capitação ajustada pelo risco.

Contrato Programa

Na sequência do Contrato-Programa estabelecido com os hospitais do SNS para o triénio de 2007-2009, o contrato-programa com as Unidades Locais de Saúde estabelece as contrapartidas financeiras, calculadas através de um valor capitolacional com base na população residente abrangida, apurado pela metodologia adiante descrita, e acrescido do valor a pagar pelo internato médico e programas verticais. Assim, as contrapartidas financeiras remuneram um conjunto de serviços mínimos contratados a cada ULS, e descritos em sede de contrato programa.

Nestes contratos estão, ainda, definidos os objectivos a atingir e acordados com a tutela, assim como os indicadores que permitem aferir o desempenho destas instituições na perspectiva da garantia dos princípios de acesso e qualidade. Para o efeito, importa dar continuidade e incrementar o modelo de monitorização e acompanhamento em vigor para os hospitais EPE e implementar os indicadores previstos para as Unidades de Saúde Familiar (Portaria N.º 301/2008).

Adicionalmente, mantêm-se os programas nas áreas da infecção por VIH/Sida, do registo oncológico regional, da saúde sexual e reprodutiva e da formação dos internos do primeiro e segundo ano da especialidade. Ao mesmo tempo, serão consolidadas as novas linhas, nomeadamente, as terapêuticas para patologias específicas em estreita colaboração com o Alto Comissariado da Saúde, INFARMED, Direcção-Geral da Saúde e Grupos de Missão e de Trabalho Nacionais.

VALOR DO ORÇAMENTO PROSPECTIVO

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, propõe-se um Coeficiente de Ajustamento Local (CAL) face ao valor apurado ao nível nacional para cada residente (capitação simples), que reflecta as diferenças entre entidades geográficas de oferta e procura de cuidados de saúde.

Assim sendo, a determinação do orçamento prospectivo baseia-se num valor capitolacional a atribuir a cada ULS que se divide em duas grandes categorias: população em risco (inclui as características da população que predispõem a uma maior necessidade de cuidados de saúde e as necessidades efectivas de saúde apurada por *proxies*) e prestação de cuidados de saúde (inclui os padrões de utilização de cuidados de saúde primários, produção hospitalar em internamento e os custos associados à necessidade de dispersão geográfica na prestação de cuidados de saúde).



Considerando o equilíbrio financeiro das instituições e a necessidade de um período de transição para a efectiva aplicação de um modelo de capitação, há que aplicar um factor de sustentabilidade financeira de 0,024 face à capitação histórica de cada entidade geográfica. Importa, ainda, garantir que nenhuma instituição é prejudicada face ao valor da produção hospitalar contratada para 2008. Esta metodologia não invalida a necessidade de desenvolvimento de uma trajectória de eficiência das instituições face ao valor capicional apurado.

CONDICIONALISMOS

Por determinação superior, os tectos nacionais de crescimento de custos fixados para o ano de 2009 face ao realizado em 2008, não deveriam exceder:

Rubricas	Tectos de crescimento
Custos com pessoal	0%
Compras	4%
Consumo	4%
Fornecimentos e Serviços Externos	4%

É indispensável continuar a trabalhar na definição e clarificação de alguns conceitos, nomeadamente o de hospital de dia, para que todos os hospitais tenham a mesma interpretação e para que se clarifique a tipologia da produção, não só por ser essa uma das áreas de maior crescimento na produção, mas também para que o indicador que foi fixado possa traduzir a actividade efectivamente realizada.

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. Assim, e para além da monitorização da produção hospitalar e dos indicadores de cuidados de saúde primários, são criadas penalizações para:

- a) A inobservância dos objectivos institucionais de qualidade e eficiência;
- b) O incumprimento dos serviços hospitalares contratados.

A inobservância dos objectivos institucionais de qualidade e eficiência incorre numa penalização até 5% do valor do orçamento prospectivo.

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. 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.



OBJECTIVOS INSTITUCIONAIS

À contratualização das metas de desempenho está inerente a criação de um aumento dos níveis de exigência e de responsabilização dos prestadores. Para que esta responsabilização seja efectiva, deve incorporar mecanismos de monitorização, acompanhamento e avaliação, que permitam aferir os desvios e imputar consequências que estarão associadas ao cumprimento das metas estabelecidas para cada um dos objectivos definidos.

Caracterização dos objectivos institucionais a contratualizar

Foi entendimento da ACSS, na sequência do trabalho desenvolvido em anos anteriores, definir indicadores que:

1. Sejam facilmente entendidos, mensuráveis e que permitam um acompanhamento fácil por parte dos hospitais;
2. Permitam reflectir os diferentes tipos de desempenho das unidades de saúde fortalecendo a componente dos cuidados de saúde primários como gestores do doente;
3. Favoreçam a aplicação de orientações terapêuticas e de modelos de gestão da doença, bem como o desenvolvimento de sistemas de informação clínica integrados e instrumentos de contratação de serviços.
4. Sirvam para que a tutela possa dar uma orientação estratégica relativamente ao desempenho que espera de cada unidade de saúde;
5. Possam estar associados a um sistema de avaliação de desempenho e a uma política de incentivos;
6. Estejam associados à atribuição de uma percentagem aferida ao valor do contrato-programa, em função do grau de cumprimento desses objectivos;
7. Sejam ambiciosos mas realizáveis e conduzam as unidades de saúde a melhores níveis de qualidade dos serviços prestados e de desempenho, bem como contribuam para a melhoria da acessibilidade dos doentes aos cuidados de saúde.

Os indicadores elencados devem ser objecto de monitorização mensal e produzir efeitos efectivos no final de cada exercício económico.

Valorização dos objectivos institucionais

O valor dos objectivos institucionais corresponde a uma percentagem (5,0%) do valor do orçamento prospectivo e será atribuído de acordo com o cumprimento das metas que vierem a ser contratadas pelos Departamentos de Contratualização das ARS, para os indicadores abaixo indicados.

Os objectivos institucionais da Região deverão incluir dois indicadores específicos para avaliação das ULS.

Dos valores que vierem a ser apurados, tendo em conta o cumprimento dos objectivos contratados, propõe-se que 30% do valor a atribuir esteja dependente do cumprimento dos objectivos institucionais comuns, 20% dos objectivos regionais e os restantes 50% do cumprimento dos objectivos institucionais de cada região.

Tabela 1. Distribuição do valor dos objectivos institucionais – 2009

Objectivos Institucionais comuns		(30% do valor apurado)	
Qualidade e Serviço		Metas/valores referência	
Taxa de reinternamentos nos primeiros cinco dias (%)	7,5%		
Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos	10,0%		
Número de profissionais envolvidos em programas de formação na área do controlo de infeção	7,5%	10% do pessoal	
Acesso		Metas/valores referência	
Nº doentes Referenciados para RNCC nas especialidades de Medicina Interna, Cirurgia e Ortopedia/ Nº de doentes saídos nas especialidades de Medicina Interna, Cirurgia e Ortopedia *	7,5%		
% 1ªs Consultas Médicas no Total Consultas Médicas	7,5%		
Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	7,5%		
Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	7,5%		
Desempenho Assistencial		Metas/valores referência	
Peso da Cirurgia Ambulatória no total Cirurgias Programadas (%)	7,5%		
Demora Média	5,0%		
Percentagem de hipertensos c/ registo de pressão arterial nos últimos seis meses	7,5%		
Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos	5,0%		
Desempenho Económico/Financeiro		Metas/valores referência	
Custo unitário por doente padrão	5,0%		
Resultado operacional (€)	5,0%		
Custo médio de medicamentos facturados por utilizador (farmácia de oficina)	10,0%		
Objectivos Regionais		(20% do valor apurado)	
		Metas/valores referência	
Fornecimentos Serviços Externos	25,0%	4%	
Compras	25,0%	4%	
Consumos	25,0%	4%	
Custos com Pessoal	25,0%	0%	
Objectivos Institucionais da Região		(50% do valor apurado)	
		Metas/valores referência	

* Fonte de recolha de informação para monitorização: Numerador: a fornecer pela equipa regional de cuidados continuados e Denominador: Ficheiro de acompanhamento mensal do Plano de desempenho.

Descrição do Modelo

Como foi referido anteriormente, o modelo utilizado baseia-se num Coeficiente de Ajustamento Local (CAL) baseado em indicadores da população em risco e da prestação de cuidados de saúde.

A população em risco considera dois subgrupos: (1) características da população e (2) necessidades de saúde da população. Pretende-se, assim, considerar um ajustamento baseado no risco (“características da população”) e nas necessidades de saúde. A conjunção destes dois subgrupos tem um peso relativo de 70% no valor final do CAL. As características da população e as necessidades de saúde assumem 30% e 40% do peso relativo, respectivamente. A diferença do peso relativo entre estes ponderadores deve-se ao carácter imediatista das necessidades em saúde face ao risco.

A prestação de cuidados de saúde tem um peso relativo de 30% no valor final do CAL. Pretende-se, com este ponderador, considerar os padrões de utilização de cuidados de saúde primários, a produção hospitalar de cuidados em internamento, e os custos associados à necessidade de dispersão geográfica da prestação de cuidados de saúde.

Assim o CAL resulta da seguinte fórmula:

$$CAL = (0.30 * CP) + (0.40 * NS) + (0.30 * PCS)$$

CP = resultado do grupo “características da população”

NS = resultado do grupo “necessidades de saúde”

PCS = resultado do grupo “prestação de cuidados de saúde”

Cada grupo é composto por indicadores/ critérios com diferentes pesos relativos. O ajustamento de cada indicador/critério realiza-se através da ponderação do resultado local de cada indicador em relação ao valor nacional. A forma como é ponderado cada indicador depende do sentido que lhe é atribuído, isto é, se a sua influência e respectiva qualificação é positiva ou negativa.

Assim, o coeficiente de ajustamento resulta do seguinte:

$$CA = \frac{IR}{IN} \text{ se o indicador for positivo}$$

$$CA = \frac{IN}{IR} \text{ se o indicador for negativo}$$

CA = Coeficiente de ajustamento

IR = Indicador Regional

IN = Indicador Nacional

A fim de evitar penalizações ou valorizações excessivas, o modelo impõe restrições para a amplitude máxima de variação em relação ao valor nacional, pelo que se considerou na simulação um máximo de 20% de variação e um mínimo de 10% face ao valor nacional.

CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO

O subgrupo “características da população” considera um conjunto de indicadores demográficos associados à procura de cuidados de saúde.

A principal causa da variação do nível de procura de cuidados é a estrutura etária de uma população. Assim, no grupo apresentado, atribuímos um peso relativo de 20% ao índice de envelhecimento.

Complementarmente, foi atribuído um peso relativo de 15% ao índice de dependência total que considera também a dependência de jovens, e proporção de população feminina, genericamente mais consumidora de recursos que os homens (e.g. medicamentos, consultas).

A caracterização socioeconómica apresenta um peso relativo de 50% distribuída por um indicador de literacia (15%), de emprego (15%), e dois indicadores de rendimentos (10% cada).

Tabela 2. Descrição de Indicadores utilizados no subgrupo “características da população”.

Indicadores	Descrição
Proporção 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 cada 100 indivíduos. Corresponde à soma dos índices de dependência de jovens e idosos. Índice de Dependência Total = (Índice Dependência Jovens + Índice Dependência Idosos) / População dos 15-64 anos)*100
Índice de Envelhecimento	Relação existente entre o número de idosos (população com 65 e mais anos) e o de jovens (população com menos de 15 anos), por cada 100 indivíduos.
Taxa de Desemprego	Taxa que permite definir o peso da população desempregada sobre o total da população activa (nº de desempregados por 100 activos).

População residente com pelo menos a escolaridade obrigatória	Proporção da população residente com pelo menos a escolaridade obrigatória (%)
Produto interno bruto por habitante a preços corrente	Quociente entre o produto interno bruto a preços correntes e a população de referência (população média anual residente).
Indicador per Capita (IpC) do poder de compra	Número índice que compara o poder de compra regularmente manifestado nas diferentes unidades territoriais, em termos <i>per capita</i> , com o poder de compra médio do país, ao qual foi atribuído o valor 100

A fonte de todos estes indicadores foi o Instituto Nacional de Estatística. O período de referência foi o ano de 2007 com a exceção dos indicadores: taxa de desemprego (terceiro trimestre de 2008), poder de compra *per capita* (2005) e proporção da população residente com pelo menos a escolaridade obrigatória (2001). Com a exceção da taxa de desemprego (NUT II), os indicadores consideraram a área geográfica da responsabilidade da ULS através das NUT III e concelho (Matosinhos). Considerando que, a ULS da Guarda abrange duas NUTS III, Serra da Estrela e Beira Interior Norte, para os indicadores “Índice de dependência total (N.º) por Local de residência” e “Poder de compra *per capita* por Localização geográfica”, foram considerados os valores da NUT III mais representativa: Beira Interior Norte.

Tabela 3. Valores dos indicadores utilizados para o subgrupo “características da população” por ULS.

	ULS Matosinhos	ULS Alto Minho	ULS Guarda	ULS Norte Alentejano	ULS Baixo Alentejo	CONTINENTE
Taxa de população residente feminina por local de residência	0,517	0,529	0,523	0,515	0,505	0,516
Índice de dependência total (N.º) por Local de residência	41,20	53,00	61,80	63,60	59,40	48,60
Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência	96,00	155,00	213,38	207,50	177,10	116,20
Taxa de desemprego (%)	9,1	9,1	5,7	9,1	9,1	7,8
Produto interno bruto por habitante a preços correntes (Base 2000 - €) por Localização geográfica	15.300,0	9.800,0	10.245,0	12.800,0	14.200,0	15.300,0
Poder de compra <i>per capita</i> por Localização geográfica	121,19	70,72	70,37	81,89	77,01	100,52
Proporção da população residente com pelo menos a escolaridade obrigatória (%) por Local de residência	44,7	28,0	27,6	29,6	28,2	38,2

NECESSIDADE DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

A avaliação das “necessidades em saúde da população” considerou uma abordagem por indicadores (*proxies*) e tem um peso relativo de 40% na definição do CAL:

- (1) Mortalidade Geral Padronizada
- (2) Taxa (/100000 hab.) de anos potenciais de vida perdidos até aos 70

«A probabilidade de morrer aumenta fortemente com a idade. Utilizar a taxa de mortalidade de "Todas as idades" para estabelecer comparações entre regiões pode, assim, induzir erros apreciáveis. Com efeito, regiões com uma população mais envelhecida terão, só pela sua estrutura, taxas de mortalidade mais elevadas do que regiões populacionalmente mais "novas", não se podendo inferir que tal represente a existência de riscos regionais acrescidos. Mais correcto será, pois, fazer comparações entre taxas específicas por idades. Frequentemente, porém, não é desejável proceder à comparação de taxas em vários grupos etários, especialmente quando as diferenças encontradas entre regiões não têm um sentido uniforme, isto é, são mais baixas em certos desses grupos etários e mais altas noutros. Nestas condições, prefere-se, correntemente, comparar taxas de mortalidade através de um valor único, que caracterize cada região e elimine o efeito da "idade" das suas populações: a taxa de mortalidade padronizada pela idade.» (DGS, 2008)

«Através do cálculo do número de anos potenciais de vida perdidos pretende-se fazer a análise daquilo que é chamado de mortalidade precoce ou prematura. Este cálculo começou a ser efectuado em 1984, pelo CDC e com ele estudava-se o número de anos potenciais de vida perdidos por determinadas Causas de Morte entre o 1 ano e os 65 anos de idade. Os valores considerados neste modelo estudam até aos 70 anos de idade.» (DGS, 2008)

Tabela 4. Valores dos indicadores utilizados para o subgrupo “necessidade de saúde” por ULS”.

	ULS Matosinhos	ULS Alto Minho	ULS Guarda	ULS Norte Alentejano	ULS Baixo Alentejo	CONTINENTE
Mortalidade Geral Padronizada %⁰⁰⁰	645,9	643,6	660,7	728,9	776,8	664,2
Taxa (/100000 hab.) de anos potenciais de vida perdidos até aos 70	4477,70	4700,80	4269,20	4943,70	5087,60	4636,60

A fonte de todos os indicadores foi a Direcção Geral de Saúde (2008). O período de referência foi o ano de 2005. Os indicadores consideraram a área geográfica da responsabilidade da ULS através da análise por distrito associado.

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

O grupo “prestação de cuidados de saúde” tem um peso relativo de 30% na definição do CAL e pretende incentivar financeiramente a execução de estratégias produtivas orientadas para a promoção e prevenção da doença em detrimento de um tratamento diferenciado mais oneroso. É neste sentido que, a taxa de utilização dos cuidados de saúde primários tem um peso relativo de 50% neste grupo.

A taxa de utilização dos cuidados de saúde primários é calculada através do quociente: utilizadores dos cuidados de saúde primários em 2007 pelo número de residentes. Idealmente, este valor aproximar-se-á de 100%. Ou seja, cada residente deverá ter pelo menos um contacto com os cuidados de saúde primários por ano.

De forma a considerar a capacidade de prestação de cuidados de saúde hospitalares a residentes, opta-se por dar um peso relativo de 20% à componente hospitalar. Com o objectivo de comparar as instituições locais à produção nacional foi calculado um índice de produção cirúrgica e médica de acordo com as seguintes fórmulas:

$$IPc = \frac{Deq\ cirurgicos * ICMc}{população\ residente}$$

$$IPm = \frac{Deq\ médicos * ICMm}{população\ residente}$$

IPc = Índice de Produção Cirúrgica

IPm = Índice de Produção Médica

Deq = Doentes equivalentes

Foram ainda considerados, os custos associados à dispersão geográfica, mais onerosa, na prestação de cuidados de saúde. Para tal foi utilizada a densidade populacional de cada entidade geográfica. A densidade populacional corresponde à intensidade do povoamento expressa pela relação entre o número de habitantes de uma área territorial determinada e a superfície desse território (expressa em número de habitantes por quilómetro quadrado). A fonte deste indicador é o Instituto Nacional de Estatística. O período de referência foi o ano de 2007. O indicador considera a área geográfica da responsabilidade das ULS através das NUT III e concelho (Matosinhos).

Tabela 5. Valores dos indicadores utilizados para o grupo “prestação de cuidados de saúde”.

	ULS Matosinhos	ULS Alto Minho	ULS Guarda	ULS Norte Alentejano	ULS Baixo Alentejo	CONTINENTE
Taxa de Utilização dos CSPs (Utilizadores/residentes)	61,9%	69,3%	58,0%	69,4%	68,1%	60,8%
Índice de Produção Cirúrgica	0,057	0,036	0,030	0,036	0,037	0,052
Índice de Produção Médica	0,047	0,041	0,044	0,039	0,035	0,043
Densidade populacional (N.º/km²) por Local de residência	2717,30	113,40	32,04	18,90	14,90	113,80

CÁLCULO DO COEFICIENTE DE AJUSTAMENTO LOCAL

CRITÉRIOS E INDICADORES	Fonte	Peso	ULS Matosinhos	ULS Alto Minho	ULS Guarda	ULS Norte Alentejano	ULS Baixo Alentejo
Características da População		0,30	Máxima	Mínima			
			1,20	0,90			
Taxa de população residente feminina	INE	0,15	1,00	1,03	1,01	1,00	0,98
Índice de dependência total	INE	0,15	0,90	1,09	1,20	1,20	1,20
Índice de Envelhecimento	INE	0,20	0,83	1,20	1,20	1,20	1,20
Taxa de Desemprego	INE	0,15	1,17	1,17	0,90	1,17	1,17
População residente com pelo menos a escolaridade obrigatória	INE	0,15	0,90	1,20	1,20	1,20	1,20
Produto interno bruto por habitante a preços correntes	INE	0,10	1,00	1,20	1,20	1,20	1,08
Poder de compra <i>per capita</i>	INE	0,10	0,90	1,20	1,20	1,20	1,20
	A	1,00	1,22	1,45	1,49	1,52	1,51
Necessidades de Saúde da População		0,40					
Mortalidade Geral Padronizada	DGS	0,50	0,97	0,97	0,99	1,10	1,17
Taxa (/100000 hab) de anos potenciais de vida perdidos até aos 70	DGS	0,50	0,97	1,01	0,92	1,07	1,10
	B	1,00	0,97	0,99	0,96	1,08	1,13
Prestação de Cuidados de Saúde		0,30	Máxima	Mínima			
			1,20	0,90			
Taxa de Utilização dos CSPs (Utilizadores/residentes)	ACSS	0,50	1,02	1,14	0,96	1,14	1,12
Produção Cirúrgica	ACSS	0,10	1,08	0,70	0,58	0,70	0,71
Produção Médica	ACSS	0,10	1,08	0,96	1,02	0,91	0,90
Densidade populacional	INE	0,30	0,90	1,00	1,20	1,20	1,20
	C	1,00	1,00	1,04	1,00	1,09	1,08
COEFICIENTE DE AJUSTAMENTO TOTAL			1,053	1,144	1,129	1,218	1,231



FACTOR DE SUSTENTABILIDADE

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 de 0.024 face ao valor histórico de capitação de cada entidade geográfica, assegurando-se que nenhuma instituição prejudicada face ao ano de 2008. Tal não invalida que cada unidade local de saúde desenvolva uma trajetória de convergência entre o valor capicional histórico e o valor capicional apurado.

Distribuição do financiamento e cálculo do valor capicional

O modelo agora apresentado, parte do financiamento global do Serviço Nacional de Saúde para 2009 assumindo as seguintes premissas:

- (1) O financiamento global do serviço nacional de saúde para 2009, excluindo as transferências para instituições particulares, serviços autónomos e programas verticais;
- (2) O encargo com medicamentos cedidos em ambulatório, através de farmácias de oficina, é da responsabilidade da Administração Regional de Saúde;
- (3) A população residente no continente em 2007 é considerada como denominador: 10.126.880 residentes (INE, 2008)¹;

Tabela 6. Número de residentes por Unidade Local de Saúde.

	ULS Matosinhos	ULS Alto Minho	ULS Guarda	ULS Norte Alentejano	ULS Baixo Alentejo
Residentes	169.122	251.676	158.055	118.066	127.581

¹ População Residente: Pessoas que, independentemente de no momento de observação estarem presentes ou ausentes num determinado alojamento, aí habitam a maior parte do ano com a família ou detêm a totalidade ou a maior parte dos seus haveres.

ANEXO II – Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários

Área	N.º AC	N.º SI	Indicador
Acesso	1.4	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família
	1.5.1	3.15	Taxa de utilização global de consultas
	1.7.1	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos
	1.7.2	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos
Desempenho Assistencial	2.1	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos)
	2.2	5.1.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos
	2.5.1	5.4 MOD	Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1C registada nos últimos doze meses, desde que abranjam dois semestres (considerar apenas diabéticos identificados até 30 de Junho)
	2.6.1	5.10	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos seis meses
	2.7.1	6.1	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos
	2.7.2	6.1	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos
	2.9.2	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias
	2.10.2	6.9	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
Satisfação dos Utentes	3.1.1	-	Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito --- score final)
Eficiência	4.1.1	7.6	Custo médio de medicamentos prescritos por utilizador
	4.1.2	7.7	Custo médio de MCDTs prescritos por utilizador

Área	N.º SI	Indicador
I	3.22 MOD	Taxa de utilização de consultas de enfermagem em planeamento familiar
	5.2 MOD	Percentagem de mulheres entre os 25 -49 anos vigiadas na USF com colpocitologia actualizada
II	4.22	Número médio de consultas de enfermagem em saúde materna
	6.4	Percentagem de grávidas com revisão de puerpério efectuada
	4.33	Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a puérperas vigiadas na USF durante a gravidez
III	6.13	Percentagem de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizados até ao 7.º dia de vida do recém-nascido
	4.34 MOD	Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a recém-nascidos até aos 15 dias de vida
	4.9 MOD	Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos 0 aos 11 meses
IV	4.10	Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos 12 aos 23 meses
	5.13 MOD	Percentagem de inscritos com peso e altura registado nos últimos 12 meses

	6.1	Percentagem de crianças com 2 anos com PNV actualizado
V	6.19	Percentagem de diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem
	6.16	Percentagem de diabéticos com gestão do regime terapêutico ineficaz
	5.7	Percentagem de diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano
VI	5.10	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial em cada semestre
	5.13 MOD	Percentagem de hipertensos com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses
	6.2 MOD	Percentagem de hipertensos com vacina antitetânica actualizada



ANEXO III – Quadro de produção hospitalar

Ano 2009	ICM	Doentes Equivalentes		Quantidade
		Nº	%	
1. Consultas Externas:				
Nº Primeiras Consultas Médicas				
Nº Consultas Médicas Subsequentes		-	-	
2. Internamento:				
Doentes Saídos				
GDH Médicos				
GDH Cirúrgicos				
GDH Cirúrgicos Urgentes				
Dias de Internamento de Doentes Crónicos				
Doentes Medicina Física e Reabilitação	-	-	-	
Doentes de Psiquiatria Crónicos no Hospital	-	-	-	
Doentes Crónicos Ventilados	-	-	-	
Doentes Crónicos de Hansen	-	-	-	
Doentes Crónicos da Pneumologia	-	-	-	
3. Episódios de GDH de Ambulatório				
GDH Cirúrgicos		-	-	
GDH Médicos		-	-	
4. Urgências				
Atendimentos	-	-	-	-
5. Sessões em Hospital de Dia				
Hematologia				
Imuno-Hemoterapia				
Infecciologia				
Psiquiatria				
Outras				
6. Diálise:				
Hemodiálise	-	-	-	
Semana/doente	-	-	-	
Diálise Peritoneal	-	-	-	
Semana/doente	-	-	-	
7. IG até 10 semanas				
Medicamentosa	-	-	-	
N.º IG	-	-	-	
Cirúrgica	-	-	-	
N.º IG	-	-	-	
8. Planos de Saúde:				
VIH/Sida	-	-	-	
Novos doentes em tratamento ambulatório	-	-	-	
Diagnóstico Pré-Natal	-	-	-	
Protocolo I	-	-	-	
Protocolo II	-	-	-	