

O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005)

ANA ESCOVAL

Através da investigação teórica analisa-se o processo de implementação da contratualização em Portugal e procura-se perspectivar o seu desenvolvimento. Questionam-se ainda os factores críticos que no contexto português condicionam a implementação de políticas de mudança no sector da saúde e descortina-se o desenvolvimento deste importante instrumento de mudança à luz dos ensinamentos obtidos, quer na revisão bibliográfica quer nos casos Inglês e Espanhol.

Palavras-chave: actores; contratualização; reformas; Serviço Nacional de Saúde.

1. Antecedentes, contributos e ensinamentos para o desenvolvimento do processo de contratualização

Desde logo, impõe-se distinguir o modelo contratual e o modelo integrado de distribuição de recursos. Contract model in contrast to integrated model:

Contract model

The system of health service provision that involves contracts between three separate

parties: a) the beneficiaries or patients; b) the fund-holders or purchasers acting on behalf of the beneficiaries; and c) the providers of services (WHO, 1998).

In a more narrow sense, the contract model is mainly used for a system of direct payments, under contract, from the insurers or third parties to the providers for services rendered to insured patients (who receive benefits in kind). ... This narrow definition contrasted with the patient reimbursement model, which is for compulsory or voluntary health insurance involving cash reimbursement of patients for all or part of the cost of medical care received (OECD, 1992).

Integrated model

Compulsory or voluntary health insurance or third party funding in which both the insurance and provision of health care is supplied by the same organization in a vertically integrated system (OECD, 1992).

In this model, doctors are typically paid by salary and hospitals are typically funded by global budgets. Benefits are supplied to patients in-kind, often free of charge. The public version of this model involves government financing and provision of health care and is often funded mainly out of general taxation. In the US, the voluntary form of this



Ana Escoval é economista, administradora hospitalar no Centro Hospitalar Lisboa Norte, professora convidada na Escola Nacional de Saúde Pública/UNL e presidente da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. É ainda investigadora fundadora do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS).

Entregue em Janeiro de 2009

model is better known as the staff model of the health maintenance organization. «Integration» as such is not only used for integrated model, but also for types of care provisions in which providers offering differing services (e.g., ambulatory care, inpatient care, rehabilitative care) provide them in an integrated way.

The term used for the systems of health service finance and management in which both the financing and provision of health services are supplied by the same organization with no separation between purchasers and providers, i.e. the health care providers are directly employed (or «owned») by the third-party payers and managerially accountable to a series of governing bodies. This is commonly found in so-called national health services under the Beveridge system (WHO, 1998; WHO, 2000).

Until the reform introducing the purchaser-provider split, the United Kingdom was considered the classical example of an integrated model (www.observatory.dk).

O desenvolvimento do processo de contratualização em Portugal, para além da decisão do Ministério da Saúde em encetar nesse novo ciclo político mudanças estruturais no sector (2005), teve como principal impulso o movimento reformista, no mesmo sentido dos países da UE em geral e do Reino Unido e Espanha em especial, tal como referido anteriormente. De assinalar igualmente os contributos de autores como Campos (1999), Mozzicafreddo e Gomes (2001)¹ e Santos (1998)². Estiveram ainda presentes neste

¹ « ... O processo de reforma da administração pública permite e necessita de várias formas complementares de administração do serviço público. A contratualização é uma delas, tal como são, por exemplo, o desenvolvimento de agências administrativas independentes, normalmente denominadas Institutos Públicos, as instituições de parcerias, a subcontratação nas actividades e nos fornecedores. ...» Extracto de depoimento inserido no trabalho de investigação.

² «... A refundação democrática da administração pública está nos antípodas da proposta do Estado empresário, nomeadamente na formulação que lhe foi dada por Osborne e Gaebler (1993). Como um dos mitos principais da cultura política americana é o Estado ser um obstáculo à economia, não surpreende que as propostas do Estado empresário, aparentemente destinadas a revigorar a administração pública, tenham redundado num ataque global a esta, fragilizando ainda mais a sua legitimidade na sociedade americana. A noção de empresa ocupa hoje uma posição hegemónica no discurso contemporâneo sobre a reforma organizacional (du Gay, 1996: 155) e de, a par com ela, a noção de contratualização das relações institucionais. Não restam dúvidas que a reconceptualiza-

modelo de desenvolvimento e na opção por este instrumento de mudança teorias e princípios diversos tais como: a teoria do agente principal, a *new public management* (NPM) e a aprendizagem organizacional ligadas, naturalmente, ao processo de reflexão sobre o modelo integrado de distribuição de recursos em contraste com o modelo contratualizado e responsabilizante.

1.1. Teorias e princípios orientadores

A teoria do agente-principal, já abordada anteriormente, parece poder ligar-se com a questão do controlo social das agências, sendo que uma perspectiva admissível na óptica do agente-principal ocorre quando a sociedade civil é o principal e a burocracia descentralizada o agente. Esta pressão de controlo suplementar pode ser utilizada para reforçar o incentivo do agente, para procurar atingir os objectivos dos seus dois principais: a população e a burocracia fiscalizadora, quando eventualmente o interesse de ambos for o mesmo, ou seja, o interesse público. A questão do controlo social pode então passar a centrar-se em quem deve participar nessa força de controlo suplementar, ou seja, este problema parece ser similar ao que ocorre nas empresas, principalmente nos grandes grupos.

Kosnik (1987) perspectiva este problema do ponto de vista do agente-principal, analisando a composição dos conselhos de administração dos grandes grupos. Os conselhos devem agir na defesa dos interesses dos accionistas, mas sabe-se, entretanto, que ocorrem situações de *hegemonia da gestão*, ou seja, por vezes a administração consegue utilizar a corporação em benefício próprio, por omissão, negligência ou mesmo cooptação do conselho. Este autor conclui que, para evitar este fenómeno, é importante considerar os seguintes factores: a proporção de conselheiros estranhos à empresa, por exemplo, sem ligações familiares ou de negócios com os administradores, de conselheiros com experiência em gestão e com inte-

ção do governo e do serviço público em termos de formas empresariais envolve a reimaginação do social como uma forma do económico (Gordon, 1991: 42-5 in du Gay, 1996: 156). Assim, para Osborne e Gaebler, o governo deve ser uma empresa que promove a concorrência entre os serviços públicos; centrado em objectivos e resultados mais do que na obediência a regras, deve preocupar-se mais em obter recursos do que em gastá-los; deve transformar os cidadãos em consumidores, descentralizando o poder segundo mecanismos de mercado em vez de mecanismos burocráticos (du Gay, 1996: 160). O modelo burocrático é considerado inadequado na era da informação, do mercado global, da economia baseada no conhecimento, e é, além disso, demasiado lento e impessoal no cumprimento dos seus objectivos. ...»

resses contratuais no bom funcionamento da instituição, ou melhor, conselheiros cujo interesse seja coerente com o interesse público. Uma condição importante, portanto, é que a instância de controlo social seja escolhida de forma independente e sem a participação da administração, isto é, do agente.

O sistema de incentivos é uma questão fundamental, pois trata-se basicamente de delinear o processo mais adequado para fazer convergir os interesses do agente e do principal. Normalmente, os esquemas de incentivos centram-se à volta de uma bonificação baseada no desempenho, analisado com base em alguns indicadores, tais como produtividade, volume de produção, lucros, valorização das acções em bolsa ou outros. A escolha dos indicadores não é pacífica pois, por exemplo, nos EUA, as gratificações aos executivos de topo, baseadas na valorização das acções em bolsa, tem sido duramente criticada, com base na argumentação de que, para atingir esta valorização, a estratégia usada tem sido a do *downsizing*, que valoriza a empresa no curto prazo (pois a perspectiva de redução de custos é atraente para os investidores em bolsa) mas pode ser bastante prejudicial ao desempenho da empresa no médio e longo prazo.

Nos casos em que há que levar em consideração as condições específicas da prestação de um serviço público, onde não existe a dimensão do lucro, devemos preocupar-nos em determinar se o incentivo monetário aos executivos virá do Estado ou de receitas próprias. Para além disso, torna-se ainda imprescindível conhecer o(s) indicador(es) de desempenho que estará(ão) na base da decisão de atribuição para que o incentivo possa ser muito bem definido.

Devemos ainda considerar os aspectos da contratualização referentes aos processos de aquisição de conhecimento que levam à aprendizagem e desenvolvimento organizacional. Alguns autores, nomeadamente Stewart e Ranson (1994), afirmam que a própria forma contratual pode ser um grave obstáculo à flexibilidade, uma vez que os termos do contrato, quando definidos, podem gerar uma preocupação muito particular sobre o contrato, desviando a atenção do processo, o que prejudica aquela aprendizagem.

Nevis *et al.* (1995) definem a aprendizagem organizacional como a capacidade ou os processos, que têm lugar dentro de uma organização e que visam manter ou melhorar o desempenho a partir da experiência, sendo que a aprendizagem organizacional é um fenómeno sistémico, porque permanece na organização mesmo quando os indivíduos mudam de postos de trabalho. Para estes autores, as bases de conhecimento da organização é que vão possibilitar a construção de aprendizagens que se traduzirão em com-

petências organizacionais. Daí o papel fundamental dos factores que, segundo a terminologia de Huber (1991)³, promoverão a aquisição, a disseminação e a utilização do conhecimento.

Como vimos anteriormente, um dos grandes obstáculos à contratualização, apontados pelas diversas experiências, é a insuficiência de conhecimentos dos órgãos responsáveis pelo acompanhamento e fiscalização em preparar e acompanhar esse processo. Evidentemente, a questão da gestão efectiva das bases de conhecimento da organização coloca-se aqui de forma aguda, dado que essa gestão diz respeito não apenas aos conhecimentos técnicos específicos de cada instituição de saúde como também aos conhecimentos tácitos sobre a própria relação contratual.

Algumas das questões a considerar na abordagem das organizações como sistemas aprendentes são:

- O conhecimento é algo detido pelas pessoas ou está sob a forma de «*know-how*» publicamente acessível?
- Os métodos de partilha do conhecimento são formais, regulados, gerais ou por meios informais?
- A aprendizagem é incremental/correctiva ou transformativa/radical?
- Estimula-se o desenvolvimento de aptidões individuais ou de grupo?

A implementação, com êxito, da contratualização depende, além dos imperativos apontados pela teoria económica, de certos cuidados no âmbito da teoria da administração pública, em particular da gestão do conhecimento e dos sistemas de aprendizagem. Estes cuidados devem ser mais acautelados no que respeita à governação, não só por esta se localizar, por definição, do lado mais prejudicado do ponto de vista da assimetria de informações, como pela dificuldade inerente de se administrarem eficientemente as bases de conhecimento e os sistemas de aprendizagem no contexto de uma administração pública burocrática.

1.2. As relações contratuais e a distribuição de recursos

Dois pontos críticos parecem emergir da utilização da contratualização:

- a compatibilização entre os objectivos de serviço público e empresariais: existe grande divergência

³ Para Huber (1991) «*An entity learns if, through its processing of information, the range of its potential behaviors is changed*».

no que se refere ao valor das transferências compensatórias feitas como contrapartida dos custos adicionais que incidem sobre as empresas ao prestarem determinados serviços economicamente injustificáveis mas com implicações sociais;

- a definição dos fluxos financeiros entre a empresa e as despesas públicas, principalmente no que se refere às fontes para investimentos: recursos próprios, endividamento e capitalização. No caso dos recursos próprios há grande influência da actuação dos governos na administração das taxas. O endividamento também apresenta problemas, pois o governo procura atenuar os encargos financeiros do endividamento externo e interno. A capitalização, ou seja, o investimento de recursos públicos nas empresas, necessária quando as metas de investimento excedem os recursos da empresa, também é um foco de tensão.

Acrescem outros problemas, como, por exemplo, os organismos públicos demonstrarem tendência para subavaliarem as suas potencialidades, procurando assim tornar as metas, principalmente as de produtividade, mais facilmente atingíveis. Outro aspecto que merece igualmente referência é a dificuldade em implementar formas de pagamento baseadas no desempenho, devido a resistências de classe profissional ou até sindical.

Por outro lado, não se deve ceder à tendência de construir sistemas de acompanhamento, controlo e avaliação de desempenho que pretendam extrair toda a informação relacionada com o mesmo, pois, para além de aumentar significativamente os custos (não só de desenvolvimento, mas sobretudo de manutenção), a análise objectiva de todos os dados afigura-se inviável. Ao nível macro ou meso, estes sistemas devem servir apenas como fonte de informação para a avaliação da implementação das políticas definidas, proporcionando melhores condições para se negociarem os novos contratos, bem como para orientar o sistema de incentivos.

1.3. Conteúdos e tipos de contratos

Os contratos definem relações entre muitos grupos de participantes no sistema de saúde, pelo que o tipo de contrato adoptado é extremamente variável. Segundo Ensor, Witter e Sheiman (1997) e Sheiman e Wasem (2002), a tipologia das relações contratuais deve ser baseada essencialmente nas competências e responsabilidades das partes contratantes, no estatuto legal dos contratos, no conteúdo do contrato e na abrangência da contratação.

As relações entre as partes contratantes, compradores e prestadores, estabelecem-se em cada país de acordo com o modelo adoptado pelo sistema de saúde (Beveridge, Bismarck ou outro). Relativamente ao estatuto legal, a contratação distingue-se entre o tipo *hard* e o *soft*, sendo que, no primeiro caso, as partes contratantes são relativamente autónomas e defendem activamente os seus interesses, enquanto que no segundo, os contratos têm um baixo grau de formalidade e as partes contratantes vêem limitada a identidade dos seus interesses. Nestes, as relações entre pagadores/compradores e prestadores depende mais intensamente da cooperação, do suporte mútuo, da confiança e da continuidade na relação, em oposição à competição e ao oportunismo, sendo, por isso, os que menos probabilidades têm de serem legalmente obrigatórios. Neste sentido, a contratualização pode ser um processo de negociação entre, pelos menos, duas partes, os pagadores e os prestadores, resultando daí um entendimento mútuo que envolve direitos e obrigações específicas.

Este acordo pode ser ou não legalmente obrigatório e pode ser uma variante *hard* ou *soft*. O papel dos compradores nas diferentes contratações depende do estatuto legal dos prestadores. Quando se contrata com prestadores privados, independentes ou autónomos, as autoridades de saúde actuam como compradores, com todos os direitos e responsabilidades. Quando contratam com prestadores públicos, as autoridades de saúde actuam como agentes cumprindo os deveres acordados.

A diferenciação entre comprador e agente pode ser feita com base na distinção entre contratos *hard* e *soft*, que, por sua vez, pode também determinar o tipo de relacionamento comprador/prestador. Nos contratos agente/prestador, o relacionamento é mais parecido com as relações informais, sendo baseado na confiança, continuidade e cooperação, o que remete para a variante *soft* da contratação.

Em termos de acordos contratuais no sector público, a análise sugere dois pontos-chave:

- A contratualização entre entidades do sector público, sob a forma de contratos coercíveis é, em geral, ineficiente, já que ao permitir o recurso a uma terceira parte independente para resolver os desacordos, envolve provavelmente altos custos de transacção e reduz a efectividade da coordenação e as possibilidades de controlo em propriedade comum;
- A adopção dos contratos clássicos, inteiramente executórios, utilizados no sector privado, parece não se adequar aqui ao sector público pois, mais do que a abordagem estrita das regras legais, importa garantir a resposta à complexidade e per-

manente alteração das necessidades, pelo que a contratualização relacional deve ser o modelo adoptado. Há poucas possibilidades de identificar, à partida, todas as contingências que podem emergir e as relações são mais baseadas na confiança e na cooperação do que no vínculo prescrito das regras legais.

Quanto ao conteúdo dos contratos e de acordo com as negociações que se estabelecem entre compradores/agentes e prestadores são normalmente usados três tipos de contratos:

- **Contratos globais** — que podem ser comparados a um orçamento para um serviço definido, em que o comprador ou agente acorda pagar um valor em troca do acesso a uma série de serviços claramente definidos. Este tipo de contrato predomina devido às insuficiências e deficiências de informação, nomeadamente no que respeita à custo efectividade dos tratamentos e à estrutura de custos. Nos contratos globais não há especificação do número de utilizadores (volume), nem do custo por utente. Contudo, muitas vezes os indicadores dos serviços surgem com maior e melhor detalhe do que os que foram definidos no contrato escrito. Este pode, no entanto, incluir um acordo específico relativamente ao número de doentes a serem tratados ou aos serviços ou cuidados oferecidos pelos prestadores. Os contratos globais podem ainda incluir adicionalmente o volume máximo de serviços que podem ser prestados e também a prestação/monitorização da qualidade.
- **Contratos de custo-volume** — representam um aperfeiçoamento dos contratos globais, em que o pagamento por serviços específicos é mais explícito relativamente aos serviços oferecidos. Este contrato pode obrigar a que o comprador ou agente pague uma quantia específica por um número determinado de pessoas a serem tratadas numa determinada especialidade. Num maior aperfeiçoamento, os pagamentos podem ser diferenciados de acordo com os serviços distribuídos. Por exemplo, alto custo, médio custo e baixo custo.
- **Contratos custo por caso ou acto** — em que um único custo é atribuído a cada item de serviço ou prestação. O uso limitado deste tipo de contrato é porque requer uma informação de custos extremamente detalhada, o que nem sempre é fácil. O sistema de informação do custo por caso/acto tratado é um processo que precisa de ser desenvolvido e é muitas vezes usado em conjunto com outros recursos de gestão mais efectivos.

Outro critério em que se baseia a tipologia das relações contratuais é a abrangência da contratação, que define o alcance das relações reguladas pela contratação, sendo a situação mais frequente aquela em que o comprador contrata com o prestador individualmente. Uma alternativa a este tipo de contrato individual pode ser um contrato entre comprador e um grupo integrado de prestadores.

Aos diferentes tipos de contrato, anteriormente enunciados, correspondem diferentes riscos. Assim, os contratos globais ou de custo-volume são utilizados quando os contratantes preferem minimizar o seu risco, pois este está, em grande parte, associado ao pagamento de custos marginais em casos adicionais. Nos contratos custo por caso tratado, os contratantes têm maior liberdade de escolha dos prestadores, mas correm o risco de, em situações imprevistas de aumento repentino de casos, terem que pagar o custo total inerente ao tratamento específico (custos totais mais custos marginais).

Outros aspectos que é preciso ter em conta na utilização deste modelo contratual é evitar que os contratos espelhem unicamente a relação quantidade-preço, em detrimento da relação qualidade-preço, a possibilidade de criação de monopólios e a extensão das consequências/penalizações para a comunidade, em caso de incumprimento.

Ao nível da definição de preços é possível:

- as entidades financiadoras imponham as suas regras aos prestadores, com apresentação unilateral da tabela de preços (caso dos GDH);
- negociação das tabelas de preços, iguais para todos os prestadores;
- aceitar a concorrência também pelos preços.

O conceito de contrato em saúde tem várias dimensões que importa realçar:

- a) É um instrumento de monitorização:
 - implementação de sistemas de planeamento;
 - incremento à competição regulada entre serviços prestadores de cuidados de saúde;
- b) É celebrado a partir de um processo negocial, que compatibiliza interesses de utilizadores (ou seus representantes/^{3.ª} entidade/Agência) e prestadores, quanto à prestação de serviços em saúde;
- c) Engloba também a avaliação:
 - das necessidades dos utilizadores;
 - dos recursos disponíveis;
 - de afectações alternativas;
 - dos resultados esperados;
- d) Onde se define:
 - que recursos afectar;

- a que necessidades;
- a que utilizadores;
- a que preço;
- com que objectivos;
- em que período de tempo.

Assim, um contrato estabelece um modelo de compra e venda de cuidados de saúde à volta de critérios de necessidade, efectividade, qualidade e preço. Mas a tipologia de contrato a seguir, bem como os seus conteúdos, podem ainda ser abordados (OECD, 1999), segundo uma relação baseada no desempenho, tal como pode ser observado em alguns países da OCDE, tais como Reino Unido, Noruega, Dinamarca, Austrália, Nova Zelândia, entre outros (*Quadro I*).

Podem ainda seguir um quadro em que o Estado, ao financiar o fornecimento de bens e serviços, pode utilizar uma metodologia de distribuição de recursos assente no subsídio incondicional, geralmente associada ao modelo integrado, ou baseada nos contratos clássicos, inteiramente executórios, que apresentam grandes dificuldades de realização. Outra alternativa é o contrato mais relacional, identificado com o modelo contratualizado e responsabilizante desde a sua fase inicial.

No caso português, os conceitos anteriormente traduzidos encontram-se reflectidos nos diferentes tipos de contratos estabelecidos no sector público do SNS, sendo este compromisso operacionalizado entre as Agências de Contratualização, mais recentemente transformadas em Departamentos de Contratualização e os serviços de saúde. Assim, deverão ficar estabelecidos, por negociação, os objectivos, o modelo de monitorização do desempenho e a metodologia de avaliação final, para que a produção seja orientada para as necessidades em saúde da comunidade, no sentido de ficar garantido o benefício público.

Como já foi referido, o processo de contratualização tem a capacidade de introduzir mecanismos de correcção no funcionamento dos sistemas de saúde. De acordo com os critérios estabelecidos e as prioridades definidas, que contemplam normalmente áreas mais desfavorecidas e grupos de risco, a contratualização pode contribuir para repôr algum grau de equidade. Em Portugal, no final dos anos noventa, foram criadas cinco Agências, uma por região de saúde, que visavam operacionalizar a contratualização com os hospitais e centros de saúde, materializadas sobretudo através dos orçamentos-programa, onde se fixavam objectivos institucionais e reflectiam metas de produção, de desem-

Quadro I
Contratos de desempenho na OCDE

Tipo de contrato	Conteúdos do contrato
Acordos de enquadramento	— Cobrem estratégias e prioridades para um departamento ou Agência. — Conferem autonomia ao Director Executivo.
Contratos de orçamento	- Ex. Contratos de Agência no RU e Noruega. — Autoridade orçamental agregada e flexibilidade para gerir recursos em troca de objectivos de desempenho acordados. — Focalização nos níveis orçamentais.
Acordos de desempenho organizacional	- Ex. Contratos de Agência na Dinamarca. — Entre Governo e Conselho Executivo ou entre este e um gestor de topo. — É específico, detalhado, operacional, orientado para processos e <i>outputs</i>.
Acordos de desempenho com chefe executivo	— Entre Governo e C. Executivo (para complementar os acordos de desempenho organizacional) ou entre gestor de topo e gestores intermédios a vários níveis.
Acordos de prestador/financiador	- Ex. Agências na Austrália, N. Zelândia, RU. — Baseado na clarificação das responsabilidades através da separação do papel de financiador e de prestador dos serviços.
Acordos de parceria	— Também podem ser feitos dentro da organização. — Assente na distribuição de recursos financeiros sem incluir necessariamente ligações ao desempenho.
Acordos de serviço de clientes/utilizadores	— São declarações de níveis de serviço prestados por um programa ou serviço aos respectivos clientes/utilizadores, especificando a qualidade e o nível dos serviços a prestar. — Não são negociados.

penho e de qualidade previamente negociadas. Verificou-se, no entanto, que tanto nos hospitais, onde a contratualização teve maior desenvolvimento, como nos centros de saúde, onde a mesma não passou de um breve ensaio nesse período, a desagregação e negociação de objectivos ao nível interno das organizações foi incipiente ou não teve lugar. O mesmo é dizer que, não havendo uma efectiva contratualização interna com os departamentos, serviços e profissionais, os potenciais resultados que poderiam decorrer da utilização deste instrumento de gestão e regulação ficou muito aquém do que seria desejável.

O desenvolvimento deste modelo de tipo contratual implica entre outros aspectos:

- a) Implementar um sistema de recompensas e penalizações ao nível gestor, de modo a introduzir uma verdadeira responsabilização pelo uso de recursos comuns, o que só poderá ser viabilizado em toda a sua amplitude se for alterado o enquadramento jurídico da administração pública e implementada uma base de informação efectiva;
- b) Promover activamente a participação do cidadão no processo de contratualização em toda a sua extensão;
- c) Que a contratualização se traduza em ganhos em saúde para a comunidade, ou seja, que assente progressivamente em resultados e não apenas nos aspectos processuais.

1.4. As críticas e as deficiências da contratualização

Autores como Drucker (1996), Hamel e Prahalad (2000), Jenkins (1995) e Shirley (1998a) defendem que as principais dificuldades associadas ao processo de contratualização nos organismos públicos na maior parte dos países parecem ser os seguintes:

- Falta de orientações claras e adequadas por parte dos governos;
- Dificuldade em associar objectivos e metas pré-fixadas e devidamente quantificadas ao orçamento da saúde;
- Desarticulação entre orçamento e execução financeira;
- Falta de um programa de reestruturação organizacional;
- Insuficiente capacitação dos profissionais para a organização e gestão dos serviços de saúde;
- O não envolvimento da área das finanças.

No caso das entidades da administração local surgem ainda outros problemas, nomeadamente a dificuldade

em identificar claramente a missão da instituição e quem são realmente os seus clientes, bem como a inexistência de sistemas de acompanhamento, controlo e avaliação efectivos.

Mas a contratualização pode ter êxito, principalmente no que se refere à autonomia concedida quanto à gestão de pessoal, fixação de preços e desburocratização na prestação de contas, pese embora tenha sido identificada uma grande dificuldade na concretização da autonomia na aquisição de materiais, equipamentos e serviços, devido à legislação vigente em grande parte dos países.

Frequentemente a contratualização não atinge os seus objectivos devido basicamente a falhas na negociação do contrato (informação assimétrica, impreparação do órgão fiscalizador e inexistência de um objectivo agregador), dificuldades na atribuição de autonomia às organizações e problemas conceptuais no acompanhamento e na avaliação do desempenho. No que se refere às dificuldades encontradas com a negociação dos contratos, a teoria do agente-principal não se pronuncia, pois apenas analisa os problemas relacionados com o cumprimento do contrato e não os que decorrem da sua elaboração. É também claro que boa parte da solução para esta problemática não pode vir da teoria económica, mas sim da teoria da administração pública. A formação e o conhecimento técnico das partes contratantes, em particular, parecem ser determinantes na elaboração dos contratos, principalmente no que respeita à qualificação dos profissionais do órgão fiscalizador.

O envolvimento, desde o início, de todos os actores interessados, como, por exemplo, os órgãos do Estado responsáveis pela área das Finanças, é outro aspecto que, com frequência, não é devidamente considerado, quando se está a preparar a negociação dos contratos.

O sistema de informação e de acompanhamento deve ser desenhado de forma a permitir a avaliação da política global e a dar suporte e apoio a um sistema de incentivos adequado, elemento fundamental na harmonização dos interesses, quer do agente, quer do principal.

No caso português, embora se perspectivasse três fases de desenvolvimento, não se chegou a ultrapassar a *primeira fase*, que assentava na negociação de orçamentos programa aplicados às instituições públicas de saúde (mesmo aqui nem todas foram abrangidas). Simultaneamente, contratualizaram-se projectos específicos com um número significativo de hospitais (30 experiências nas regiões de: Lisboa e Vale do Tejo, Centro e Norte). No entanto, não se chegou, sequer, a experimentar a aplicação do modelo à generalidade dos serviços de saúde (incluindo os privados, com e sem fins lucrativos), previstos para uma

segunda fase e muito menos se avançou para a *terceira fase*, eventualmente sobreponível com a segunda, em que se previa o desenvolvimento de novos modelos de financiamento, que poderiam ir desde contratos globais de prestação de cuidados a um conjunto populacional predefinido, até contratos mais específicos para a prestação de alguns cuidados, apenas.

O desenho e o desenvolvimento do sistema de informação e de acompanhamento foi perspectivado conjuntamente com profissionais dos serviços, técnicos das agências e responsáveis das regiões de saúde, visando a referida harmonização de interesses políticos e técnicos, mas também a esse nível os passos dados foram curtos e lentos.

Poderemos assim concluir que as críticas e as deficiências apontadas ao processo de contratualização na saúde em Portugal não lhe podem ser atribuídas, já que parece não ter sido assumida politicamente a decisão sobre a sua real implementação, o que inviabilizou o seu desenvolvimento e a assumpção seria pelos actores envolvidos.

2. Compreensão/entendimento sobre o desenvolvimento do processo de contratualização

As funções que o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde estabelecia para as ARS, no período em análise, eram: planeamento, distribuição de recursos (financeiros), orientação e coordenação de actividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde. Estas funções podem ser sistematizadas em quatro funções de gestão estratégica:

- 1.^a definição de uma estratégia regional de saúde, enquadrada na estratégia nacional, nomeadamente funções de planeamento e de definição de necessidades em saúde;
- 2.^a ordenação e regulação, naquilo que se refere à definição e à decisão do que deve ser feito, onde deve ser feito e por quem deve ser feito, à distribuição de recursos (financeiros), gestão de recursos humanos e orientação e coordenação de actividades;
- 3.^a apoio aos serviços prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente apoio técnico e administrativo, cooperação na formação indispensável à capacitação dos profissionais, orientação e apoio ao desenvolvimento de actividades;
- 4.^a «Agência»/Acompanhamento dos serviços de saúde, no que se refere à avaliação (mais no sen-

tido da monitorização) do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, garantindo a melhor qualidade, eficiência e equidade na utilização dos recursos e assegurando que o financiamento é atribuído de acordo com os cuidados de saúde prestados, baseados nas necessidades dos cidadãos.

Estas quatro funções apareciam amalgamadas e insuficientemente diferenciadas e desenvolvidas, resultando daí que nenhuma delas era cabalmente desempenhada. Não se definiam estratégias de saúde, as diferentes instituições não se configuravam num sistema regulado, o apoio era escasso e a prestação de contas era pouco efectiva (a nova lei orgânica das ARS — Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio, é mais explícita relativamente à função das ARS nesta matéria).

A diferenciação técnica daquelas quatro funções levou à necessidade de separação formal de alguma ou de algumas delas, no caso vertente da função de «*agência/acompanhamento*», no âmbito da qual se procurava assegurar a melhor qualidade, eficiência e equidade na utilização dos recursos (públicos e privados) para a saúde, em função de critérios técnicos definidos e com base em metodologias cientificamente comprovadas e empiricamente demonstradas. À função «*agência*» cabe, assim, zelar pelos interesses de quem paga directa ou indirectamente os cuidados de saúde, *os cidadãos, accionistas do SNS*, na expressão de Saltman e Von Otter (1992), quer através dos impostos, quer indirectamente quando abrangidos por seguros, quer ainda directamente em diversas situações.

2.1. O conceito de «Agência»

A assimetria de informação no processo de prestação de cuidados de saúde e a escassez de alternativas viáveis para responder às necessidades expressas, tornam as escolhas do utilizador difíceis, dando origem à transferência de responsabilidades do utilizador para o prestador (relação de Agência⁴). Quando se trata da relação de um grupo ou sociedade com os serviços de saúde, essa transferência de responsabilidades requer, para ser efectiva, a intervenção de uma

⁴ A relação de «agência» (*agency relationship*) é a situação em que o indivíduo delega as suas decisões sobre consumo ou produção numa outra pessoa que passa a actuar como seu «agente». O fenómeno surge no sector da saúde como consequência da *ignorância do consumidor* com respeito às suas próprias necessidades e às características dos bens que as possam satisfazer, daí resultando uma delegação de poderes de aquisição de bens no prestador de cuidados (Pereira, 1992).

terceira entidade que crie as interdependências necessárias à sua boa concretização. É essa problemática que constitui a característica central da relação agência, em que os prestadores, ou uma terceira entidade, desempenham o papel de agente, em nome e no interesse dos utilizadores ou da sociedade.

A *função agência* é, assim, intermediária (como garante da qualidade e adequação dos serviços prestados) entre o cidadão e os serviços prestadores de cuidados, o que pressupõe uma distinção clara entre o financiamento (na vertente da captação de recursos), o pagamento (distribuição de recursos) dos cuidados de saúde e a sua prestação. Trata-se, pois, de operacionalizar a diferenciação destas funções. A interacção com os cidadãos e com os serviços é garantida através do acompanhamento do desempenho, da análise sistemática das necessidades, da avaliação das preferências/expectativas dos cidadãos e da disseminação da informação daí resultante.

2.2. Finalidade e objectivos das Agências

A *função agência*, individualizada, visa representar e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade no que respeita à aplicação judiciosa dos recursos postos à disposição de todos (Freitas, 2002; Portugal. Ministério da Saúde. ARSLVT, 1996; Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 1997; Nogueira *et al.*, 2000; Santos, 1999). Mas convém aqui introduzir a noção de *stewardship*⁵, a qual, segundo Saltman *et al.* (2000), aponta para uma governação ética dos sistemas de saúde, para a reconfiguração do papel do Estado no sistema de saúde, através do repensar das instituições nele envolvidas no que respeita à sua eficiência, à avaliação dos resultados do seu funcionamento e aos princípios normativos que devem orientar a acção dos diferentes níveis envolvidos.

A relação entre *stewardship*, uma das funções mais importantes dos sistemas de saúde, segundo WHO (2000b. 119) e a *função agência* fica assim estabelecida de modo intenso, com a tónica no desempenho do Estado, assente na procura do interesse público, numa sociedade pluralista e informada. Há como que um novo impulso para a acção responsabilizante do Estado no campo da saúde, com base numa reinvenção do «contrato social», em que o Estado se coloca claramente ao lado do cidadão (enquanto um

seu agente responsável, num contexto de relação agente-principal), assumindo a dimensão moral das suas experiências reformistas.

Os principais objectivos da *função agência* (Portugal. Ministério da Saúde. ACSSLVT, 2000) são:

- participar no levantamento das necessidades em cuidados de saúde (natureza e volume), para as quais há que garantir respostas adequadas;
- produzir e divulgar conhecimento sobre os serviços de saúde e promover a utilização desse conhecimento por parte da administração e por parte dos cidadãos;
- recolher, analisar e tratar reclamações, opiniões e outros documentos apresentados pelos cidadãos sobre os serviços de saúde e providenciar para que estes elementos tenham as devidas consequências práticas, isto é, que sejam parte integrante do processo de decisão na administração de saúde e na gestão dos serviços;
- acompanhar o desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde na resposta às necessidades identificadas;
- participar gradualmente no processo de atribuição/distribuição dos recursos financeiros pelas instituições de saúde da região;
- participar na celebração e acompanhamento de acordos e convenções com entidades privadas e Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) para a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS;
- participar na celebração, no acompanhamento e na revisão de contratos de gestão de serviços públicos com entidades privadas;
- participar na avaliação dos ganhos em saúde e bem-estar obtidos com os recursos financeiros gastos;
- promover o controlo sistemático e efectivo da contratualização efectuada, com base num plano com definição clara de objectivos a atingir e usando metodologias de investigação/acção;
- ter um sistema explícito e adequado de incentivos, que promova a melhoria do desempenho.

A atribuição/distribuição dos recursos financeiros pelas instituições de saúde de cada região deve assentar em critérios de racionalidade técnica (com abrangência integradora) e de equidade social. A metodologia da distribuição deve assumir formas de rigor e consequências crescentes:

- a) criação de mecanismos de acordo/negociação com os serviços de saúde;
- b) desenvolvimento de sistemas integrados de informação de gestão;

⁵ Termo que podemos traduzir por «provedoria» ou «intendência», mas que não tem correspondência directa com nenhuma palavra da língua portuguesa no contexto específico em que é utilizado. A teoria da «provedoria» (*stewardship theory*) é um modelo que aparece sustentado pela necessidade de eficiência e de custo efectividade.

- c) desenvolvimento de novos modelos de financiamento, nomeadamente através de orçamentos-programa;
- d) desenvolvimento de mecanismos de controlo e avaliação de desvios com o consequente sistema de incentivos/penalizações.

O conceito de orçamentos-programa teve origem na necessidade de associar a actividade prevista e o volume de recursos financeiros atribuídos a cada organização. Radica, portanto, no conceito de que o envelope financeiro de uma instituição deve estar, antes de mais, associado à sua actividade e não dependente da sua estrutura interna e que as várias etapas de financiamento seguem escrupulosamente esta regra.

2.3. Missão das agências

As Agências de Acompanhamento⁶, posteriormente de Contratualização⁷, dos Serviços de Saúde (ACSS) tiveram início em 1996, através da criação da primeira Agência, como um dos instrumentos para uma nova política de saúde (*Saúde. Um compromisso. A estratégia para o virar do século — 1998/2002*) orientada para um compromisso explícito no sentido de melhorar a saúde, adoptando metas concretas para a realização de ganhos em saúde e assumindo a centralidade do cidadão como vector a desenvolver e a integrar na sua actuação (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 1999). No âmbito da sua actuação, foram desenvolvendo uma nova relação entre o cidadão contribuinte, o financiamento das instituições e os prestadores de cuidados de saúde, visando garantir uma base de financiamento estável, de investimento em saúde e de redução de gastos desnecessários, promovendo atitudes e comportamentos, no sentido da garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados à comunidade.

As agências de contratualização, apesar de recentes, desenvolveram um importante trabalho orientado para a identificação de necessidades de base populacional, para a análise de produtividade e para a negociação orientada por critérios de adequação, eficiência e qualidade, formalizando acordos através dos orçamentos-programa ou de contratos-programa. A par desta actividade, as ACSS foram desenvolvendo um conjunto de indicadores definindo metodologias e constituindo equipas, que lhes permitissem, dum modo simples, transparente e rigoroso, efectuar o acompanhamento dos serviços de saúde no

que respeita ao cumprimento do acordado/contratado (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 1999), pelo que, só a partir de 1998/99 é que as ACSS começaram a estar preparadas para desempenhar de forma efectiva as funções que lhes estavam, atribuídas.

Contudo, faltava-lhes ainda promover a audição e a participação activa dos cidadãos e dos grupos da comunidade no sistema de saúde, bem como constituírem-se como elemento facilitador do processo de comunicação, mediante a produção de informação e sua divulgação aos serviços e à comunidade e proceder à avaliação dos progressos registados, nomeadamente dos ganhos em saúde alcançados.

As ACSS procuraram assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e zelar pelos interesses de quem paga (os cidadãos), directa ou indirectamente, os cuidados de saúde, através de compromissos que se operacionalizavam por uma negociação que constituía um processo de contratualização, no qual estavam implícitos a fixação de objectivos, a monitorização e a avaliação final.

Os objectivos das ACSS, definidos aquando da sua constituição, eram os seguintes:

- identificar as necessidades ou cuidados de saúde para as quais há que garantir respostas adequadas;
- propor ao Conselho de Administração das ARS a distribuição dos recursos financeiros pelas instituições de saúde da Região e proceder à contratualização dos respectivos cuidados de saúde;
- produzir e divulgar informação sobre os serviços de saúde e promover a utilização desse conhecimento por parte das administrações e dos cidadãos;
- incorporar na sua acção a opinião do cidadão;
- acompanhar o desempenho das instituições relativamente à prestação dos cuidados de saúde e recursos financeiros contratualizados e contribuir para o desenvolvimento de um sistema explícito de incentivos/penalizações;
- dar parecer sobre a celebração de acordos e convenções com entidades privadas lucrativas e IPSS para a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS e fazer o seu acompanhamento;
- participar na avaliação dos ganhos em saúde obtidos com os recursos financeiros gastos.

A instalação das Agências não foi um processo simultâneo em todas as Administrações Regionais de Saúde. Apesar das dificuldades existentes na vertente de recursos humanos, as ACSS foram instaladas nas cinco ARS, embora demasiado dependentes dos respectivos Conselhos de Administração. Em 1998, iniciou-se o desenvolvimento dum sistema de informação, que visava apoiar o processo de negociação e

⁶ Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto.

⁷ Despacho Normativo n.º 61/99, de 12 de Novembro.

discussão com as instituições prestadoras de cuidados de saúde e efectuar uma análise rigorosa dos dados que sustentavam os orçamentos programa.

Ao mesmo tempo que se procurou consolidar o processo de organização e funcionamento das Agências, através da definição de instrumentos de apoio ao processo de negociação e acompanhamento, com base numa estrutura nacional que integrava todos os intervenientes no processo (Secretariado Técnico das Agências), considerou-se como prioritário reforçar o papel do cidadão na *Função Agência* e criar metodologias que permitissem avaliar não só as necessidades em saúde como também o impacto dos cuidados de saúde contratualizados em termos de ganhos em saúde.

Dado que a *função agência* procura representar os interesses e preferências do cidadão-contribuinte, de acordo com Craveiro (2000), foram criadas as Comissões de Acompanhamento Externo de Serviços de Saúde (CAESS), que visavam operacionalizar essa representação do cidadão, através das autarquias e das organizações do consumidor, tendo como principal objectivo veicular informação dos serviços de saúde aos utentes e transmitir a opinião dos utentes aos Serviços de Saúde, entre outras (*Figura 1*). Mas

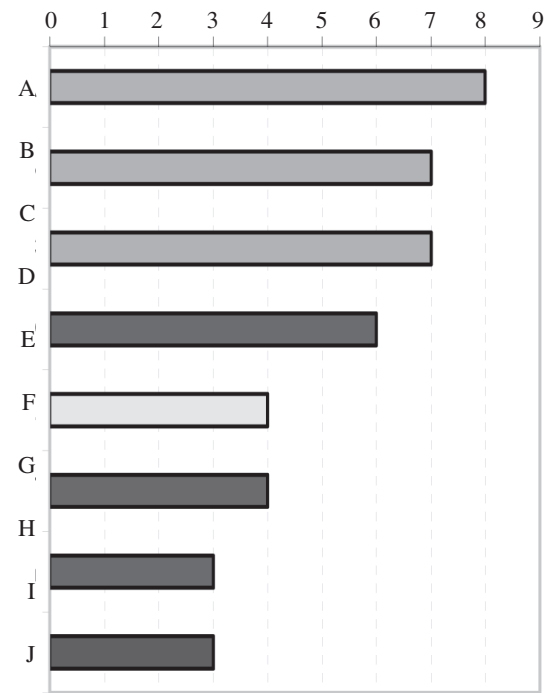
a falta de apoio político e o desinteresse demonstrado pelo Ministério da Saúde, a partir de 2000, em relação à contratualização em geral e por esta dimensão em particular, contribuiu para o seu progressivo esvaziamento ou transformação em mais uma função administrativa das regiões de saúde.

Prevvia-se, ainda, que a distribuição de recursos passasse progressivamente a ser feita com base em processos de contratualização a três níveis:

- a) entre a Administração Central e as Administrações Regionais de Saúde;
- b) entre as Administrações Regionais de Saúde e os Sistemas Locais de Saúde (SLS) ou entre aquelas (através das respectivas Agências) e as diversas instituições de saúde (hospitais, centros de saúde e outras), enquanto os SLS não estivessem constituídos;
- c) entre as administrações das instituições de saúde e os seus centros e departamentos ou unidades operacionais de prestação de cuidados de saúde.

O último nível objectiva a sede de processos de diálogo, compromisso e contratualização interna. É nele que se insere o conceito de Centros de Responsabi-

Figura 1
Objectivos das Comissões de Acompanhamento Externo de Serviços de Saúde (CAESS)



Fonte: Craveiro, A. (2000).

lidade Integrada (CRI)⁸ nos hospitais, coincidente com departamentos, serviços ou outras formas de organização, onde se traduzam as decisões de aplicação de recursos em função de benefícios concretos para os utentes e para a sociedade.

O Despacho Normativo n.º 61/99, já referenciado, criou o Conselho Nacional das Agências e veio regulamentar as Agências de Contratualização, definindo o seu desenvolvimento e enquadramento. No entanto, a indispensável institucionalização não se verificou, devido a uma inversão na política de saúde. O processo foi primeiramente desacelerado e a partir de 2001 foi dado por findo o contrato que existia para apoio ao sistema de informação, resultando daí grandes atrasos no processo de negociação e monitorização dos orçamentos-programa, embora as orientações políticas dadas no final de 1999 já fossem no sentido de atribuir às ACSS um papel de mero monitorizador da produção e não o nobre papel de contratualizador.

2.4. Sistema de informação das Agências de Contratualização

A compreensão do funcionamento do sistema compreende três actividades complementares: a recolha, o tratamento e a divulgação da informação, o que remete para um elemento estrutural — o sistema de informação.

Dadas as deficiências do sistema de informação existente, que não era aceite pelos intervenientes neste processo, uma vez que os dados utilizados eram sistematicamente postos em causa pelas instituições e o trabalho era grandemente dificultado, tornou-se imperativo desenvolver um modelo próprio, mesmo assumindo os potenciais erros que poderiam ocorrer devido à inexperiência e à escassez de recursos humanos afectos.

Inicialmente, na ACSS de Lisboa construiu-se um sistema de indicadores de análise e acompanhamento da execução dos orçamentos-programa (económicos e de eficiência), baseados quer no histórico de cada instituição, quer na análise comparativa dos desempenhos de vários hospitais do mesmo grupo, discutidos com as instituições a acompanhar, procurando transparência e objectividade dentro do sistema e tentando motivar os prestadores, através da introdução de regras e princípios claros e objectivos.

Mas, o sistema de informação das ACSS inseria-se, também ele, no contexto da estratégia definida pelo Ministério da Saúde, cujo objectivo era promover uma mudança estrutural profunda, de forma a melhorar continuamente a qualidade global dos cuidados

de saúde prestados aos utentes, aumentando simultaneamente a eficiência dos recursos disponíveis, através de um novo modelo de gestão das instituições de saúde. Assim, o principal objectivo do sistema consistia no tratamento da informação de apoio ao novo modelo de administração, que assentava na filosofia de contratualização, a qual tem subjacente o princípio da responsabilização da entidade de saúde contratada, traduzido num compromisso de volume e qualidade de serviços a prestar, tendo como contrapartida um financiamento adequado do SNS.

O sistema de informação decorre assim da necessidade de implementação de um novo modelo de gestão nas suas diferentes vertentes, a saber:

- desenvolvimento de indicadores para o acompanhamento da contratualização;
- apoio regular à contratualização e à actividade de contratualização com as diferentes entidades, através da recolha, tratamento e preparação da informação;
- serviços de formação e consultoria nas áreas informática e financeira, por intermédio da equipa de acompanhamento das agências.

Os serviços de acompanhamento e o sistema de informação de suporte são uma ferramenta base do processo de mudança, permitindo legitimar quantitativamente as mudanças organizacionais efectuadas e evidenciar os ganhos que todas as partes obtêm com o novo modelo.

A implementação do novo modelo de gestão, queria-se suportada por um conjunto de actividades agrupadas nas fases clássicas da gestão — análise, planeamento, execução e avaliação. Estas fases devem ser entendidas como cíclicas, sendo exemplificado na *Figura 2* o tipo de actividades a executar em cada uma dessas fases.

O sistema necessário ao suporte destas actividades incluía duas componentes:

- a) sistema de orçamentação, que permitisse introduzir objectivos globais e preparar a negociação caso a caso, cruzar expectativas de qualidade, volume e custo, consolidar orçamentos, construir cenários, simular alterações e comparar o realizado com o orçamentado;
- b) sistema de acompanhamento à execução dos orçamentos-programa, através da comparação dos dados financeiros e de produção recolhidos trimestral/semestral/mensalmente das instituições de saúde com os orçamentos contratados com essas mesmas instituições, mantendo sempre um acompanhamento observacional/descritivo do contexto.

⁸ Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro.

O objectivo do sistema de orçamentação era suportar, da forma mais eficiente possível, o processo de negociação que culminava no orçamento de cada instituição de saúde, discutido ao nível das Agências. Desta forma, o sistema cobriria os seguintes pontos:

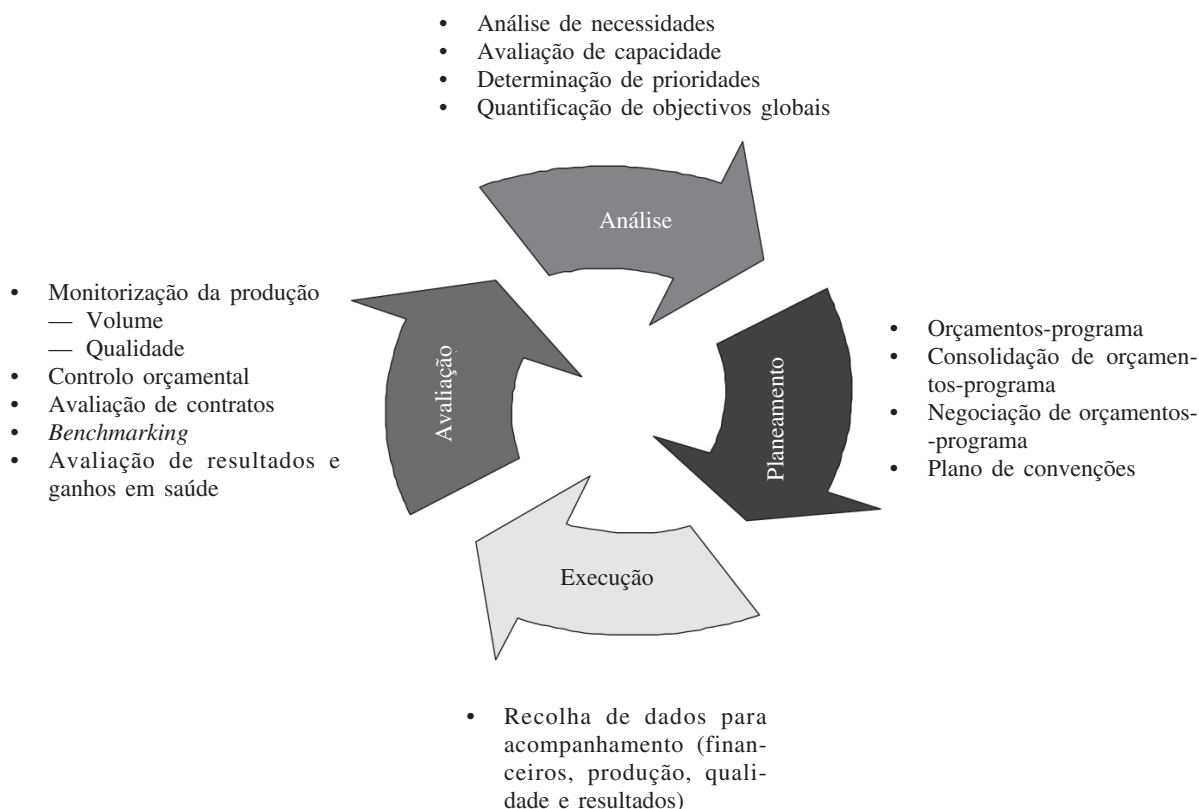
- disponibilização de suportes de introdução do orçamento num formato universal (folha de cálculo), caminhando para a integração com os sistemas de informação das instituições;
- carregamento automático dos dados enviados através do suporte referido, evoluindo para um

carregamento em tempo real, sempre que necessário;

- construção e execução de análises comparativas dos orçamentos, com análise de tendências, tirando partido do histórico que se estava a formar na base de dados;
- consolidação de orçamentos através de múltiplas hierarquias (ex.: consolidar por tipo de instituição mas também por sistema local de saúde ou grupos semelhantes de instituições), possibilitando a análise de desvios entre uma instituição e a média das instituições do mesmo tipo;

Figura 2

Fases e actividades do sistema de informação para as Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde (ACSS)



Fonte: Portugal. Ministério da Saúde. DGS — Relatório de Avaliação das Agências de Contratualização. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 1999 (Documento de trabalho).

- construção e execução de análises do tipo «What-if»;
- cruzamento de dados de produção com dados financeiros;
- definição de perfis de consulta.

Se o uso conjunto dos indicadores foi um passo importante para o estabelecimento de uma relação aberta e de cooperação, cativando o interesse dos hospitais e centros de saúde, outra iniciativa fundamental foi a elaboração de termos de referência para a construção dos documentos económico-financeiros e planos de actividades, reunidos nos Orçamentos programa, visando a definição de conceitos base fundamentais para o estabelecimento de uma linguagem comum entre as instituições e as agências. Um dos maiores óbices à consecução dos objectivos de curto prazo das ACSS está associado à dificuldade sentida por estas em efectuar um adequado acompanhamento, não só devido à não apresentação dos indicadores de desempenho, por parte dos hospitais, como pela escassez de recursos humanos afectos às equipas, o que inviabilizava uma actuação atempada por parte das Agências, no que respeita à correcção de desvios.

3. Avançando em direcção ao futuro

3.1. Distribuição de recursos: de uma lógica centrada nos serviços para uma lógica contratual

De acordo com as recomendações para uma reforma estrutural expressas no Relatório do CRES (Portugal. CRES, 1998), existem dois tipos de sistemas para distribuir os recursos: (i) *integrados*, em que os prestadores, institucionais ou individuais, são directamente dotados ou pagos por quem superiormente os dirige e emprega; e (ii) *contratuais*, em que os prestadores são independentes das entidades financiadoras e com estas estabelecem contratos de prestação, observando-se o princípio da distinção entre o «comprador» de serviços e o «prestador».

Poderemos também olhar as diferentes modalidades de pagamento de serviços ou modelos de distribuição de recursos em saúde na maior parte dos países da UE, que assentam no pagamento dos serviços efectuados pelos prestadores e que incluem nomeadamente:

- modelos baseados na produção/orçamentos prospectivos (por exemplo baseados em GDH);
- modelos baseados em orçamentos globais;
- pagamento dos serviços (na Alemanha, por exemplo, é usado um sistema que combina o pagamento dos serviços com orçamento);
- modelos baseados na capitação.

Estas diferentes modalidades são ainda conjugadas ou integram outras formas de pagamento, como, por exemplo:

- *pagamento de ganhos em saúde*: atribuição de incentivos com base nos resultados obtidos, como, por exemplo, percentagem da população imunizada numa determinada comunidade;
- *pagamento da qualidade*: atribuição de incentivos quando é atingida determinada qualidade nos resultados e no processo, como, por exemplo: (i) desempenho acima da média, permitindo elevados pagamentos aos hospitais com baixas taxas de infecção pós operatória; (ii) incentivos para evitar o recurso a tratamentos especializados, isto é, pagar aos clínicos gerais de forma a incentivar o tratamento adequado dos cidadãos quando a eles recorrem reduzindo a taxa de referenciação; e (iii) formação médica, incentivando-a através do pagamento aos profissionais que adiram a programas de educação permanente.

3.2. Impacto da contratualização ao nível dos serviços prestadores

De acordo com o que já se explicitou, a contratualização poderá definir-se, no contexto de uma nova política de saúde, como o processo de negociação que permite operacionalizar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e zelar pelos interesses de quem paga, directa ou indirectamente os cuidados de saúde, estando aqui implícitos a fixação de objectivos, a monitorização e a avaliação.

O processo de contratualização, que envolve culturas organizacionais diferentes das tradicionais e a participação dos próprios cidadãos, individualmente ou organizados em associações de prestadores informais ou de voluntariado, tem fortes possibilidades de se traduzir em inércia, em ineficácia e em conflitos, se não estiver enquadrado numa estratégia global com um razoável suporte de consenso e de compromisso, incompatível com um processo prolongado de incerteza.

O desenvolvimento do processo de contratualização interna (gestão participada, por objectivos) torna necessários novos modelos de organização e de gestão nas organizações de saúde, de que faz parte a introdução de níveis intermédios de gestão interventivos e proactivos, como atrás se referiu. Esses dispositivos de gestão intermédia deverão empenhar-se na adequação da estrutura institucional à estratégia organizacional, requerendo para o efeito as seguintes condições: gestão por objectivos, descentralização, responsabilização e delegação da autoridade.

Devem igualmente ser abordados os seguintes aspectos: (i) avaliação de resultados — critérios de desempenho financeiro e conceito de ganhos em saúde, preços de transferência interna; (ii) características, objectivos e processos de fixação dos mesmos; (iii) estrutura organizacional e engenharia de processos com referência ao custeio baseado nas actividades (CBA) e ao *Balanced Scorecard*; (iv) capacidade de negociação dos gestores intermédios *versus* critérios objectivos de avaliação do desempenho; e (v) a relação com os directores de serviço e a coesão interna das organizações de saúde.

Segundo Freitas (2002), a vantagem da introdução de mecanismos que incentivem a eficiência, o controlo dos gastos, a orientação para a satisfação das necessidades da população, não merece qualquer dúvida, mas as decisões sobre as vias a adoptar são eminentemente políticas, entre as quais se coloca a hipótese de introduzir mecanismos de privatização do sector, seja a curto ou médio prazo.

4. Na senda da responsabilização (*accountability*)

Como resulta de toda a revisão bibliográfica, nomeadamente os Relatórios de Primavera (2001, 2002 e 2003) do OPSS, os regimes de bem-estar na saúde resultaram, a partir dos fins do século XIX, na institucionalização obrigatória de intermediários (seguradores/3.^{os} pagadores públicos) entre os contribuintes, que necessitavam de assegurar o acesso aos cuidados de saúde e os serviços capazes de prestar esses cuidados. Estes «intermediários» públicos moviam-se num quadro de referência, que integrava dois tipos de responsabilizações — a primeira em relação ao Estado que os tinha instituído como «terceiros pagadores» e a segunda em relação aos contribuintes, de quem estes intermediários eram também agentes ou representantes.

No sistema de saúde português, como noutros, a primeira destas vertentes de responsabilização diluiu-se pela falta de diferenciação das funções de regulação, gestão e intermediação da administração pública na saúde. A segunda perdeu-se pela falta de distinção entre financiador e prestador, assim como pelo afastamento radical entre o contribuinte e o seu agente. Não é de admirar, portanto, que um dos principais eixos das reformas dos sistemas de saúde na Europa, durante a última década, tenha sido exactamente o reforço ou reconstituição destas relações da responsabilização, de modo a ficar assegurado o funcionamento do «triângulo clássico» do regime de bem-estar na saúde: *cidadão — intermediário/agente — prestador*.

As principais alternativas, que hoje se apresentam no contexto europeu, para avaliação dos dispositivos organizacionais desta «função agência» são: (i) mercado competitivo entre terceiros pagadores públicos (Alemanha e Holanda) ou (ii) descentralização e democratização de um terceiro pagador único (Reino Unido e países nórdicos).

Os dispositivos de contratualização constituem-se como um dos principais instrumentos de responsabilização dos sistemas de saúde mais desenvolvidos. Em Portugal, o desenvolvimento das Agências de Contratualização, como atrás se referiu, teve início em 1996/7. Nas recomendações da OECD (1999a) para Portugal, pode ler-se «... reforçar a capacidade das ARS para fixarem contratos de prestação em função das necessidades em saúde», e no seguimento efectuado em 2000 por aquele organismo, «... prosseguir o programa da contratualização e criar rapidamente novas agências».

Também as recomendações do relatório do Tribunal de Contas (1999), na sua auditoria ao SNS, apontavam para a necessidade de expandir o processo de contratualização: «...deverá rapidamente ser alargado a todas as instituições de saúde o mecanismo da *contratualização*, o qual permitirá ajustar o financiamento à produção e, consequentemente, a fixação de metas da produção com vista à obtenção de um maior grau de eficiência no desempenho das instituições. Em consonância com o referido, deverão ser instituídos mecanismos para a avaliação do desempenho dos responsáveis e, bem assim, a criação dos meios adequados que permitam aferir o *desempenho* da gestão e, por conseguinte, os níveis de economia, eficácia e eficiência verificados nas instituições de saúde, tirando-se dos mesmos todas as consequências adequadas».

A propósito da contratualização em Portugal, Freitas (2002) entende que se trata dum processo inovador, que conduz a uma mudança gradual mas muito significativa no panorama vigente da gestão das organizações, mitigado pela impossibilidade das Agências assumirem um papel mais decisivo na distribuição de recursos, prejudicada ainda pela sua dependência da estrutura que gere a prestação; pelo modelo de financiamento existente que remunerava essencialmente com base no histórico e ainda pelo desajustamento dos preços, que não revelavam o crescimento dos custos, levando ao descrédito desta ferramenta. Acresce ainda que um passivo crónico a ser absorvido através de saneamentos financeiros de vária origem, de algum modo premiava os menos eficientes, descredibilizando aqueles que procuraram implementar mecanismos racionais de controlo de custos, porque as suas instituições eram, por isso, alvo de penalização indirecta.

O Quadro a seguir apresentado (*Quadro II*) descreve sucintamente o desenvolvimento do processo de contratualização no nosso país até ao ano 2000.

Como referido anteriormente, a contratualização é um processo que pressupõe o cumprimento de um ciclo de fases sucessivas, sendo que cada uma delas exige capacidades técnicas e «*know-how*» bastante complexos, que só a experiência permite construir progressivamente. A história recente das ACSS e do desenvolvimento dos seus recursos e competências permitiu avançar em algumas daquelas fases, muito embora o ciclo da contratualização tenha ficado muito aquém do desejável, precisando de ser aprofundado.

Da experiência desenvolvida nos anos noventa e do processo em si mesmo é, desde já, possível realçar o seguinte:

- O desenvolvimento de sistemas de informação de apoio à contratualização é um factor crítico de sucesso;
- Introduz-se maior clareza e transparência quanto à forma como são aplicados os recursos públicos;
- Permite identificar pontos de ineficiência e quan-

tificar capacidades instaladas insuficientemente aproveitadas;

- Registaram-se os primeiros sinais de modificação do padrão habitual de prestação de cuidados, procurando adequá-los às necessidades da população;
- Obtenção de compromissos para a melhoria de produtividade e redução de ineficiências, traduzidas, nomeadamente, na produção contratualizada e nos orçamentos económicos acordados.

Apesar das ACSS não terem passado, basicamente, da sua fase de instalação e de formação e desenvolvimento dos seus recursos, foram identificados alguns sinais positivos da sua acção. Porém, a medição do seu verdadeiro impacto só seria possível quando tivesse sido concluído o primeiro ciclo completo da contratualização, o que pressupõe também a existência de consequências tangíveis, positivas e negativas, associadas a este processo.

Pela experiência e ensinamentos já recolhidos, seria realista prever que esta capacidade de influência e impacto pudesse ter sido atingida no ciclo 2000/2001. Isso pressupunha, no entanto, que todos os

Quadro II
Avaliação do processo de contratualização em Portugal

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Organização	Criação da Agência de Lisboa	Despacho ⁽¹⁾ que institui as Agências e Criação das Agências do Centro e Alentejo	Criação das Agências do Norte e do Algarve			
Qualificação		Seminário Internacional de Contratualização	Seminário Nacional das Agências			
Informação			Sistema de informação para Contratualização ⁽²⁾			
Coordenação			Secretariado Técnico das Agências	Conselho Nacional das Agências ⁽³⁾		

¹ Despacho Normativo n.º 46/97, de 11 de Julho de 1997.

² Deslocado das agências e centralizado.

³ Despacho Normativo n.º 61/99, de 12 de Novembro (descontinuado).

Fonte: Portugal. OPSS — Saúde que rupturas: Relatório de Primavera 2002. Lisboa: ENSP/UNL, 2002.

outros instrumentos e factores de mudança fossem implementados, nomeadamente, mecanismos de melhoria de qualidade e, naturalmente, a própria institucionalização das Agências.

Segundo Freitas (2002), constata-se que a relação entre a Agência e os hospitais funcionou, resultando daí o estabelecimento de uma interacção pautada pela exigência e rigor, que nalguns casos passou para «dentro» daquelas instituições. Os gestores dos hospitais sentiram que eram ouvidos nas decisões relevantes (muitas vezes a ARS pediu pareceres à Agência para determinados assuntos), houve uma dimensão motivacional importante, clarificaram-se muitos aspectos que condicionavam a actividade e que não aparecem nos indicadores de desempenho normalmente utilizados pelos serviços centrais por falta de tempo de implementação deste processo, alinharam-se objectivos entre as Agências de Contratualização e os Hospitais.

Mas, importa sublinhar que a contratualização não pode funcionar como elemento isolado. O seu grau de impacto dependerá sempre do ritmo de implementação dos restantes instrumentos de mudança e da introdução de um novo modelo de administração pública em saúde, mais responsabilizante e actuante.

Todas as indicações disponíveis apontaram para uma marcada desaceleração do processo de contratualização em 2000 e 2001. No entanto, se tivermos em conta o referido por Erikson (1959), para identificarmos qualquer objecto, torna-se necessário: (i) distingui-lo de qualquer outro; (ii) atribuir-lhe um significado; e (iii) conferir-lhe um valor. Assim, caso não se considere a *função agência* e a contratualização como instrumentos necessários, não se lhe atribua significado, muito menos se lhe confira valor, não se poderá desenvolver tal função, dado que ela, a existir, será mais uma entre outras.

Foi por isso, porque nem sempre são identificados verdadeiramente os caminhos, que só em Outubro de 2005, os governantes distinguiram a contratualização de quaisquer outros processos, lhe atribuíram um significado e lhe conferiram um valor. Foi por isso, que desde essa data, se tem vindo a assistir a um controlo de gastos em saúde (Portugal. OPSS, 2009), a uma maior transparência dos processos e a uma mais acentuada responsabilização dos órgãos de gestão.

Importa ainda referir que só nesta data se retomou verdadeiramente o processo, porque ao conceito de contratualização em saúde, está associada a concretização da gestão participada e descentralizada do Serviço Nacional de Saúde, através da transferência progressiva para as regiões de saúde, das responsabilidades e compromissos contratuais para satisfação das necessidades de cuidados das populações.

□ Bibliografia

ABEL-SMITH, B.; MOSSIALOS, E. — Cost containment and health care reform : a study of the European Union. *Health Policy*. 28 : 2 (May 1994) 89-132.

CAMPOS, A. C. — Administração pública : bloqueio e desenvolvimento. In BARROS, P.P., SIMÕES, J. coord. — Livro de homenagem a Augusto Mantas. Lisboa : Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 1999. ISBN 972-8391-01-3. 17-39.

CRAVEIRO, A. C. — Comissões de acompanhamento externo dos serviços de saúde : que contributo para o *empowerment* dos cidadãos?. Dissertação no âmbito do XXVIII Curso de Administração Hospitalar, Lisboa : ENSP/UNL, 2000.

DRUCKER, P. F. — The executive in action : managing for results, innovation and entrepreneurship, the effective executive. New York : Harperbusiness, 1996.

DU GAY, P. — Consumption and identity at work. London : Sage Publications, 1996.

ENSOR, T., WITTER, S.; SHEIMAN, I. — Methods of payment to medical care providers. In WITTER, S., ENSOR, T., ed. lit. — An introduction to health economics for Eastern Europe and the former Soviet Union. Chichester, West Sussex, England : John Wiley & Sons, 1997. 97-114.

ESCOVAL, A. — Sistemas de financiamento da saúde : análise e tendências. Lisboa : APES, 1997.

ERIKSON, E. H. — Identity and the life cycle : selected papers by Erik H. Erikson. New York : International Universities Press, 1959 (reeditado em 1982).

FREITAS, P. — A contratualização no contexto do Serviço Nacional de Saúde : o caso dos hospitais do grupo IV da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, Lisboa : ISCTE, 2002.

GORDON, G.G. — Industry determinants of organizational culture. *Academy of Management Review*. 16 : 2 (1991) 396-415.

HAMEL, G.; PRAHALAD, C. K. — Competing for the future. Boston : Harvard Business School Press, 2000.

HUBER, G. P. H. — Organizational learning : the contributing processes and the literatures. *Organization Science*. 2 : 1 (1991) 88-115.

JENKINS, K. — Civil service reform in the United Kingdom. In WORKSHOP on Civil Service Reform in Anglophone Africa, Cape Town, South Africa, 24-28, April 1995. Cape Town, South Africa : [s.n.], 1995.

KOSNIK, R. D. — Greenmail : a study of board performance in corporate governance. *Administrative Science Quarterly*. 32 : 2 (1987) 163-185.

MOZZICAFREDDO, J.; GOMES, J. S. — Administração política : perspectivas de reforma da administração pública na Europa e nos Estados Unidos. Oeiras : Celta Editora, 2001.

NEVIS, E. C.; DIBELLA, A. J.; GOULD, J. M. — Understanding organizations as learning systems. *Sloan Management Review*. 36 : 2 (1995) 73-84.

NOGUEIRA, F. *et al.* — A contratualização em saúde : as teorias de gestão e a contratualização. Lisboa : INDEG, 2000. Seminário do Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, INDEG/ISCTE (não publicado).

OECD — The reform of health care systems : a comparative analysis of seven OECD countries. Paris : OECD, 1992.

OECD — Performance contracting : lessons from performance contracting case studies : a framework for public sector perfor-

mance contracting. Paris : OECD. Head of Publications Service, 1999.

OSBORNE, D.; GOEBLER, T. — Reinventing government : how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector. Reading, MA : Addison- Wesley, 1993.

PORTUGAL. CRES — Recomendações para uma reforma estrutural : relatório do Conselho de Reflexão sobre a Saúde. Lisboa : CRES, 1998.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSSLVT — Contratualização com os centros de saúde na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo : relatório final do processo de contratualização 2000 com as instituições da ARSLVT. Lisboa : ACSSLVT, 2000. Documento de trabalho, Julho de 2000.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ARSLVT — A função de Agência. Lisboa : Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 1996.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ARSLVT — Acompanhamento externo dos serviços de saúde. Lisboa : Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 1997.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS — A saúde dos portugueses. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, 1997.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS — Relatório de avaliação das Agências de Contratualização 1999. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 1999. (Documento de trabalho).

PORTUGAL. OPSS — 10/30 Anos OPSS/SNS : razões para continuar : Relatório de Primavera 2009. Lisboa : Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). ENSP/UNL, 2009.

PORTUGAL. OPSS — Conhecer os caminhos da saúde : Relatório de Primavera 2001 : síntese. Lisboa : Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). ENSP/UNL, 2001.

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

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

PORTUGAL. TRIBUNAL DE CONTAS — Auditoria ao Serviço Nacional de Saúde : Relatório n.º 38/99 (relatório final) : 2.ª Secção. Lisboa : Tribunal de Contas, 1999.

RECIO, L. E. R. — Discrecionalidad directiva y estrategia de diversificación : un análisis conjunto de la concentración accionarial y el consejo de administración como mecanismos de gobierno. In ACEDE — Congreso Nacional de Asociación Científica de Economía y Dirección de la Empresa, 11, Universidad Rey Juan Carlos, Zaragoza 16-18 de Septiembre de 2001. Zaragoza : Universidad Rey Juan Carlos, 2001.

SANTOS, B. S. — A reinvenção solidária e participativa do Estado. Coimbra : Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 1998.

SANTOS, R. A. S. — A contratualização : uma avaliação aos projectos específicos : 1997/1998. Dissertação do XXVII Curso de Administração Hospitalar, Lisboa : ENSP/UNL, 1999.

SALTMAN, R. B.; DAVIS, O. F. — The concept of stewardship in health policy. *The International Journal of Public Health*. 78 : 6 (2000) 715-865.

SALTMAN, R. B.; VON OTTER, C. — Planned markets and public competition. Buckingham, Philadelphia : Open University Press, 1992.

SHEIMAN, I.; WASEM, J. — Regulating the entrepreneurial behaviour of third-party payers in health care. In FIGUERAS, J. *et al.*, ed. lit. — Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. Buckingham, Philadelphia : Open University Press. European Observatory on Health Care Systems, 2002.

SHIRLEY, M. — Performance contracts : a tool for improving public services. In PICCIOTTO, R., WIESNER, E., ed. lit. — Evaluation and development : the institutional dimension. New Brunswick : Transaction Publishers, 1998a).

SHIRLEY, M. — Why performance contracts for state-owned enterprises haven't worked. Washington, DC : The World Bank Group, August 1998b. (Public Policy for the Private Sector, Note n.º 150).

SHIRLEY, M.; XU, C. — Information, incentives, and commitment : an empirical analysis of contracts between government and state enterprises. *Journal of Law, Economics, and Organization*. 14 : 2 (1998) 358-378.

STEWART, J.; RANSON, S. — Management in the public domain. In McKEVITT, D., LAWTON, A., ed. lit. — Public sector management : theory, critique and practice. London : Sage, 1994. 54-70.

WHO — Terminology : a glossary of technical terms on the economics and finance of health services. Copenhagen : European Observatory on Health Care Systems. WHO Regional Office for Europe, 1998.

WHO — Care systems in transition (HiT) : template. Copenhagen : European Observatory on Health Care Systems. WHO Regional Office for Europe, 2000a.

WHO — The World Health Report 2000 : health systems : improving performance. Geneva : World Health Organization, 2000b.

□ Abstract

ANALYSIS OF HEALTH CONTRACTING PROCESS IN PORTUGAL (1996-2005)

Through a theoretical research, the implementation of the contracting process in Portugal is analysed and its development is envisioned. In addition, the critical factors, which constrain the implementation of change policies in the Portuguese health sector, are questioned. The development of this important tool of change is foreseen in the light of relevant findings, arising both from the literature review and from the British and the Spanish cases.

Keywords: actors; stakeholders; contracting; National Health Service; reforms.