

Contratualização em contexto hospitalar

MARIA DO CÉU VALENTE

Acompanhando a tendência europeia para atribuir maior autonomia e responsabilização aos hospitais, incentivando uma gestão empresarial e a inovação na prestação de cuidados, o governo português transformou, em finais de 2002, 34 hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 31 Hospitais Sociedades Anónimas (SA). Pretende-se, neste artigo, apresentar uma síntese do modelo de afectação de recursos aos hospitais do SNS, a partir de 2003.

Em 2003, o modelo apenas foi aplicado na contratação com os Hospitais SA. Em 2004, a sua implementação estendeu-se aos Hospitais do Sector Público Administrativo (SPA), aquando da elaboração dos respectivos orçamentos financeiros. Em 2005, os Hospitais SPA foram incluídos no processo de contratação, sofrendo o contrato as adaptações impostas pelo seu estatuto legal.

A presente análise baseia-se, fundamentalmente, no trabalho desenvolvido no Ministério da Saúde (MS), aquando da criação dos Hospitais SA, cujo estudo foi, para este efeito, disponibilizado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

O modelo descrito terá o enquadramento teórico do estudo efectuado na altura, completado com a evidência retratada na literatura existente sobre estas matérias, especialmente no que respeita ao processo de contratação e às modalidades de pagamento.



Maria do Céu Valente é administradora hospitalar.

Entregue em Março de 2010

Serão identificados os principais constrangimentos à implementação do actual modelo de financiamento hospitalar, que não são específicos do nosso país, dando destaque aos que se considera que deverão ser objecto de maior investimento, para se garantir uma distribuição de recursos mais equitativa, melhorar a acessibilidade, a qualidade na prestação de cuidados e a eficiência dos prestadores de cuidados.

Palavras-chave: contrato; contratualização; convergência; custos; eficiência; empreendedorismo; financiamento; incentivos; objectivos; outputs; pagador; prestadores; produção; planeamento e qualidade.

1. Introdução

Os decisores políticos vêem-se confrontados, no sector da saúde, com objectivos contraditórios. A evolução demográfica exige cada vez mais dos sistemas de saúde: respostas atempadas, mais consumidoras de recursos e de maior qualidade. Por outro lado, a inovação tecnológica acontece a um ritmo tão acelerado e em áreas tão diversificadas que se torna difícil e ao mesmo tempo obrigatório garantir que as respostas que estão a ser dadas à população são as mais adequadas às suas necessidades. Impõe-se, por isso, uma regulamentação forte no sector. Os governos preferem, muitas vezes, tomar uma atitude conservadora, ratificando os procedimentos que apresentam resultados conhecidos, a lidarem com o empreendedorismo

e a inovação. Especialistas na matéria consideram mais razoável uma atitude intermédia, que garanta um empreendedorismo controlado, desenvolvendo uma regulamentação estratégica e estruturas que permitam a introdução controlada de abordagens inovadoras, tendo em conta as especificidades de cada país (Saltman, Busse e Mossialos, 2002).

Seguindo esta tendência de abertura ao empreendedorismo, o governo português procedeu, em finais de 2002, à alteração do estatuto legal de 34 hospitais do SNS, convertendo-os em empresas SA. Esta medida implicou, entre outras, uma decisão sobre as modalidades de pagamento dos cuidados que estas novas entidades iriam continuar a prestar aos utentes do SNS.

O sistema de financiamento constitui um elemento crítico de execução do princípio da separação formal entre financiamento e prestação de cuidados de saúde. O modelo implementado representou uma melhoria significativa face ao modelo de orçamentação então em vigor e está orientado para a prossecução de quatro objectivos fundamentais: o controlo da despesa total, a maximização da eficiência dos prestadores, o aumento da qualidade dos cuidados e a responsabilização da gestão. No novo modelo de financiamento foram previstos mecanismos de ajustamento às especificidades de cada hospital e regras de remuneração da produção marginal, tendo em vista um equilíbrio dos princípios de eficiência e equidade.

O estudo que serviu de suporte à decisão política visou: i) o diagnóstico do modelo em vigor e a identificação de oportunidades de melhoria; ii) a caracterização de modelos utilizados noutros países e iii) a elaboração de uma proposta de modelo de financiamento e respectivo plano de implementação. No âmbito deste estudo foram identificados os processos de suporte ao novo modelo e os requisitos dos sistemas de informação para a sua implementação. Foi igualmente identificada a necessidade de desenvolver mecanismos de apoio aos hospitais, por exemplo o estabelecimento de planos de convergência para as unidades menos eficientes e o desenvolvimento de novas competências de planeamento e contratação (McKinsey & Company, 2002).

2. Financiamento hospitalar — modalidades de pagamento

Em matéria de financiamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde, tem sido privilegiado o pagamento em função dos serviços prestados, medidos pelos *outputs* ou pelos resultados. Durante as últimas décadas, os sistemas de pagamento mais

sofisticados evoluíram para unidades de pagamento mais agregadas e preços definidos numa base prospectiva. Quanto mais agregada for a unidade de pagamento, mais incentivos são dados aos hospitais para prestarem cuidados custo-efectivos, inovando em tecnologias que permitem reduzir os custos e prevenindo a doença. Mas esta opção também gera incentivos perversos. Os hospitais podem sentir-se tentados a não prestarem todos os cuidados necessários, seleccionarem os doentes de baixo risco e reduzir a qualidade para diminuir os custos.

Em regra, a produção tem sido contratada a um nível mais agregado, isto é, a nível do hospital, embora possam existir procedimentos específicos ou capacidade instalada em determinadas áreas que sejam objecto de uma contratação específica.

Por outro lado, tem-se constatado que os preços fixos, quando correctamente definidos, permitem controlar os custos e aumentar a eficiência interna. É frequente utilizar, no cálculo do preço de referência, a média de um grupo de hospitais seleccionados por *benchmark*. Contudo, não há unanimidade no que respeita à solução encontrada pelos diferentes países para financiar os custos de capital.

3. A contratualização

A contratualização tem sido um instrumento utilizado no sector da saúde para afectação de recursos financeiros aos prestadores, constituindo um marco na substituição de modalidades passivas de afectação por modalidades pró-activas ou estratégicas. Surge como um importante recurso para aumentar os ganhos em saúde, o envolvimento e a eficiência dos prestadores.

A contratualização de serviços é considerada um instrumento chave para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde. Em teoria, está associada a um conjunto de funções com potencialidades para aumentar a eficiência das instituições e a efectividade dos cuidados prestados. Contudo, a actual contratualização enfrenta alguns desafios: a adopção de uma contratualização efectivamente estratégica, a identificação de mecanismos mais efectivos e a medição do impacto global da contratualização nos sistemas de saúde, por não existirem indicadores específicos para o efeito (Figueras, Robinson e Jakubowski, 2005). A contratualização estratégica implica planeamento, o conhecimento das necessidades da população, a existência de uma política de saúde com prioridades bem definidas e, consequentemente, a especificação dos cuidados que devem ser prestados. É fundamental que o pagador desenvolva planos de contratualização anuais e de longo prazo, identificando os

requisitos dos cuidados a adquirir de acordo com os constrangimentos orçamentais existentes e os níveis de desempenho que se pretende atingir através dos contratos. Estes planos são o enquadramento necessário para os prestadores elaborarem os seus planos de negócio. Em teoria, a colaboração entre planeador/pagador e os prestadores, nos exercícios de planeamento, pode ter um impacto muito positivo.

Para além do planeamento, o ciclo da contratualização contempla igualmente a identificação e selecção dos prestadores, a negociação, o acordo sobre os objectivos a atingir, a gestão e o acompanhamento dos contratos.

O governo deve ter uma intervenção moderada na definição da actividade e modalidades de pagamento, caso contrário as partes contratantes têm um papel simbólico, transformando a contratualização num processo meramente burocrático, com poucos reflexos nos objectivos do sistema (Figueras, Robinson e Jakubowski, 2005). Contudo, cabe ao governo liderar o processo de forma a garantir que objectivos políticos como a maximização da saúde, a protecção financeira dos indivíduos, a redução das desigualdades no acesso e a satisfação do utente são atingidos, tendo em conta os recursos disponíveis.

Os mecanismos de contratualização e as modalidades de pagamento predominantes estão dirigidos, essencialmente, para os indivíduos e não para as populações. Este facto limita a contratualização no caso das doenças crónicas, que exigem uma intervenção conjugada dos diferentes níveis de cuidados e que têm um peso crescente na nossa sociedade. A contratualização deve ser orientada para programas de gestão da doença, mais dirigidos às necessidades do que à procura, o que pressupõe a intervenção articulada dos diferentes níveis de cuidados, um sistema de informação robusto e monitorização para garantir que as intervenções ao nível da prevenção acontecem. Este acompanhamento revela-se muito mais difícil do que o da actividade hospitalar.

3.1. Os contratos

Os contratos são o principal veículo para o pagador traduzir as necessidades de saúde da população e expressar a vontade de que lhe sejam prestados os serviços de saúde apropriados. Estabelecem a ligação entre os recursos financeiros, os *outputs* e os *outcomes* dos cuidados prestados. Clarificam as responsabilidades do pagador e dos prestadores, focando a prestação de cuidados no que é fundamental para as partes contratantes. São passíveis de ajustamentos periódicos, e servem para alinhar a oferta com a procura. Têm também um papel importante na

especificação da partilha de risco entre pagador e prestador. Os contratos apresentam um grande potencial para aumentar a qualidade, especificando standards de cuidados e metas de qualidade, quer para o processo quer para os resultados. Contudo, requerem sistemas de informação sofisticados que ainda não estão totalmente desenvolvidos e implementados.

Com a introdução dos contratos pretende-se incentivar a prestação de cuidados com base na evidência, incorporando as melhores práticas clínicas. Existem instrumentos, a nível internacional, que podem ser aproveitados pelo governo e por organizações especializadas na avaliação das tecnologias em saúde, como um suporte indispensável para o planeamento. Deve igualmente haver investimento em programas de pesquisa organizacional para complementar a avaliação individualizada das tecnologias (Figueras, Robinson e Jakubowski, 2005).

3.2. Variáveis consideradas nos contratos

Na generalidade, os contratos contemplam as seguintes variáveis: tipo e volume de serviços, duração, preço, facturação, redes de referenciação, elegibilidade, requisitos organizacionais, níveis de recursos humanos e instalações, monitorização, níveis de remuneração, confidencialidade da informação, penalizações e prémios. Os standards de qualidade são um item crucial incluindo, habitualmente, tempos de espera, resultados, procedimentos de auditoria e metas a atingir.

3.3. Tipos de contratos

Há contratos que visam garantir a segurança na prestação de cuidados de saúde (*market-entry contracts*) e outros dirigidos para os cuidados que são prestados dentro de uma dada estrutura (*process contracts*). Estes últimos podem privilegiar o pagamento dos *inputs*, do desempenho ou dos *outputs*. Numa óptica diferente, podemos distinguir entre contratos *hard* e *soft* ou relacionais (menos explícitos e mais flexíveis). Dentro dos contratos vocacionados para o processo destacam-se os contratos em bloco, os contratos custo-e-volume e os contratos custo-por-caso. Os contratos custo-por-caso são baseados num preço único por episódio de tratamento, por isso são mais precisos em termos de especificação dos *outputs*. São normalmente medidos pelo número de casos e serviços prestados, tendo em conta os diagnósticos. Estes contratos são muitas vezes combinados com contratos em bloco ou custo-e-volume, para os cuidados de

baixo volume. A tendência, na Europa, é para aumentar a especificação dos cuidados e respectiva casuística. Os Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH) tornaram-se uma das principais formas de pagamento dos cuidados prestados em internamento e têm vindo a ser alargados ao ambulatório (Figueras, Robinson e Jakubowski, 2005).

Não é frequente encontrar, na Europa, contratos *hard*, e em ambiente competitivo. Há uma clara opção por acordos de prestação de serviços *soft*, nos quais as partes contratantes dependem mais da cooperação e continuidade das relações (acordos relacionais) do que da competição entre prestadores. Simultaneamente, aposta-se na melhoria da informação relativamente aos ganhos em saúde e aos custos dos cuidados prestados. À medida que existe informação disponível vão sendo especificados os *outputs* relacionados com as necessidades em saúde. A tendência é para abandonar a contratação dos custos e volume de actividade e aumentar a discriminação dos produtos, especificando os resultados esperados em matéria de ganhos em saúde, qualidade, acessibilidade, contenção de custos e utilização dos serviços.

3.4. Desenho do contrato

Os elementos a considerar no desenho do contrato são: objectivos, partes contratantes, relações, resolução de conflitos, tipo de contrato, definição do *output*, duração, subcontratação, regras de pagamento, incentivos e penalizações, partilha de risco, grau de especificação de serviços, qualidade, monitorização, auditoria e métodos de validação.

As entidades prestadoras, públicas ou privadas, asseguram o fornecimento dos serviços de saúde na quantidade e na qualidade especificada no contrato. Gerem a sua própria actividade procurando atingir níveis de eficiência compatíveis com os preços fixados no contrato. No caso dos hospitais públicos empresarializados o volume e a complexidade da produção contratada devem estar alinhados com os respectivos planos de negócio.

4. O modelo português de afectação de recursos aos hospitais

O surgimento de uma função «Agência», que se propõe defender os interesses dos cidadãos e da sociedade e que actua como intermediária entre o cidadão e os prestadores, representa uma primeira abordagem à necessidade de promover uma utilização mais eficiente dos recursos públicos afectos à saúde e de

assegurar uma melhoria significativa na qualidade dos cuidados.

A criação das Agências em 1996 (a primeira na região de Lisboa) encontra-se intimamente ligada ao surgimento de um processo de contratualização em saúde e inclui-se na função de separação entre a entidade financiadora e prestadora, elemento e propósito destacado nos processos de reforma dos sistemas de saúde.

Tendo por base as necessidades e expectativas dos cidadãos, as Agências contratualizam objectivos de desempenho, incluindo os económicos, com os prestadores de cuidados de saúde, resultando dessa negociação um compromisso entre as partes e a formalização de um contrato relacional. São os designados orçamentos-programa ou contratos-programa que visam na sua génese ligar a actividade prevista ao volume de recursos financeiros afectos a uma determinada instituição que assume diferentes metodologias consoante a área de cuidados a que se dirige. Refira-se, contudo, que as Agências de contratualização, apesar da virtualidade de conferirem uma maior explicitação na remuneração da produção, detinham um papel marginal na distribuição de recursos, limitando-se essencialmente a discutir e negociar orçamentos-programa que, a par da gradual implementação do pagamento com base nos GDH, adoptado pelo então IGIF a partir de 1996, não lhes permitiu operar alterações significativas na dotação orçamental em consequência do estabelecimento dessa contratualização.

Em 1997, na tentativa de consolidação do processo de contratualização, assiste-se ao desenvolvimento de projectos específicos para a redução das listas de espera e pagamento dos custos adicionais, onde os mecanismos de implementação assentavam na adesão voluntária dos prestadores que propunham um valor de reembolso para o qual decorria um processo de negociação.

Em resultado desses esforços, a contratualização dos orçamentos-programa de hospitais e Centros de Saúde desde 1997 atinge em 1999 taxas de cobertura de 94% para os hospitais e 41% para os centros de saúde, tendo a ACRSLVT obtido 100% nas duas áreas e a ACRSAlentejo 100% nos hospitais.

Contudo, após este período de dinamização, sobretudo no que respeita à actividade hospitalar, verificou-se a partir do ano de 2000/2001 um enfraquecimento significativo do processo, em consequência de diversos factores políticos e da própria cultura organizacional, destacando-se a insipiência dos sistemas de informação de base, fundamentais para o desenvolvimento sustentável do processo. Ainda que um progressivo desinvestimento neste modelo fosse notório, algumas Agências mantiveram a monitoriza-

ção e acompanhamento da actividade em alguns centros de saúde e hospitais.

Entretanto, com intuito de delinear uma separação mais efectiva entre prestador e financiador, assistiu-se à introdução de alterações de relevo nos hospitais do SNS, destacando-se a possibilidade de adopção de instrumentos jurídicos de direito privado e a criação de hospitais de tipo sociedade anónima (de capitais exclusivamente públicos). Neste contexto, como se deixou referido, assistiu-se, no final de 2002, à conversão de 34 hospitais do sector público administrativo em 31 hospitais com a figura jurídica de sociedade anónima (SA).

O modelo de financiamento implementado em 2003, que pressupõe o recurso à contratualização, tem como objectivos: controlar de forma efectiva a despesa total; maximizar a eficiência das unidades prestadoras; assegurar um elevado nível de qualidade dos cuidados; assegurar a responsabilização da gestão (tabela de preços em torno de variáveis de actividade/custo que podem constituir a base da responsabilização dos gestores hospitalares/directores de serviço pelo cumprimento dos objectivos fixados).

4.1. Processos críticos de suporte ao modelo de financiamento

O novo modelo de afectação de recursos pressupõe o desempenho de funções de gestão da procura (gestão do risco, definição e quantificação dos serviços a oferecer), de gestão de fornecedores (definição do contrato-tipo, selecção/acreditação dos prestadores, negociação, contratação e acompanhamento da execução do contrato) e de suporte (acompanhamento dos objectivos fixados, sistemas de informação, suporte jurídico, gestão de orçamentos e de tesouraria). Algumas destas funções já se encontravam no terreno, de forma pouco sistematizada.

O novo modelo implicou a criação e o reforço de um conjunto de processos críticos para a sua implementação: i) o desenho do modelo de contrato; ii) o planeamento da actividade a contratar (adaptação da oferta de cuidados à procura, definindo os objectivos gerais de produção); iii) o estabelecimento dos montantes globais de financiamento dos hospitais e dos valores totais a afectar por linha de produção; iv) a negociação com os prestadores e a contratualização; v) o controlo da execução do contrato (prestação dos serviços e controlo económico); vi) os pagamentos correntes, da produção especial e da produção marginal e os acertos finais. Implicou, igualmente, a identificação dos responsáveis pelos diferentes processos e a articulação entre os mesmos.

Quando se optou por um modelo baseado na actividade houve que tomar decisões relativamente aos aspectos a seguir identificados:

- a) Âmbito de aplicação da tabela de preços — aplicação do mesmo contrato a prestadores públicos e privados, com as necessárias adaptações (por exemplo, quanto à atribuição de um valor de convergência);
- b) Produção a pagar — contratação de produtos finais em vez de recursos ou *inputs*;
- c) Definição dos volumes de produção a contratar com cada prestador com base na capacidade instalada e estimativas de procura para cada unidade (transferência do risco operacional de produção para o prestador);
- d) Nível de desagregação da produção a contratar — contratualização de volumes de produção agregados com cada hospital (total de altas do internamento com ajustamento do preço unitário de referência pelo respectivo *casemix*, total de consultas, total de atendimentos urgentes, etc.);
- e) Tipo de custos a cobrir pelo preço de referência e o grau de eficiência que se pretende induzir no sistema através do preço — estabelecimento de preços unitários tendo como referência os custos totais do SNS (o *benchmark* utilizado na definição dos preços pode ser mais ou menos agressivo, tanto a nível global como hospitalar);
- f) Definição do preço a pagar por volumes de produção distintos dos contratados — regras de remuneração da produção marginal com fixação de limites máximos;
- g) Necessidade de ajustamento do preço unitário em função da estrutura específica de cada hospital;
- h) Inclusão da qualidade no contrato a fixar com os prestadores — fixação de requisitos mínimos de qualidade e de acesso;
- i) Manutenção de alguns graus de liberdade da gestão dos hospitais sem pôr em causa o controlo do processo pelo pagador;
- j) Diferenças de estrutura conjunturais entre os prestadores — cobertas pelo valor de convergência;
- k) Diferenças de estrutura, com carácter permanente, e de complexidade — acauteladas no pagamento dos cuidados prestados.

Nos sistemas de financiamento hospitalar estudados foi identificada a necessidade de ajustar os preços de referência à complexidade da produção realizada. O pagamento ajustado por *casemix* parece ser a solução dominante a médio/longo prazo, nomeadamente no caso do internamento. Diversos países criaram mecanismos de partilha de risco entre o pagador e os prestadores, com o objectivo de controlar a produção

real e os respectivos custos totais, reconhecendo, simultaneamente, que a estrutura de custos de um hospital é em larga medida fixa e que a maior parte dos prestadores públicos tem pouca liberdade para actuar, no curto prazo, e gerir a procura (McKinsey & Company, 2002).

4.2. Linhas de produção contratadas

As principais linhas de produção contempladas no contrato são o internamento, a consulta externa, a urgência, o hospital de dia e o serviço domiciliário. Para além destas, são ainda consideradas linhas referentes a produção de baixo volume, muito variável e muito específica, conforme se pode constatar no *Quadro I*, onde se encontram sintetizadas as actividades (assistenciais e outras) que têm sido objecto de pagamento ao abrigo do contrato-programa.

Entre a actividade discriminada, para além das linhas principais encontram-se actividades associadas a novas práticas ou a programas de cuidados especiais cuja utilização se pretende promover e para as quais foram definidos mecanismos de pagamento específicos (VIH/SIDA, diagnóstico pré-natal e diálise), actividades não assistenciais (formação, registo oncológico e sistema de custeio), medicamentos de cedência hospitalar obrigatória, em regime ambulatorio e programas específicos. O valor de convergência será objecto de análise mais detalhada.

4.3. Mecanismos de ajustamento do preço às especificidades de cada hospital

O pagador tem três mecanismos para definir e gerir o grau de eficiência contratado com os hospitais: i) o montante total disponível, através do qual se deter-

Quadro I
Actividade paga aos hospitais — Contrato-Programa de 2008

Actividade contratada	Valor de convergência	Custos fixos e produção marginal	Programas específicos	Outra actividade
- Internamento de agudos - Internamento de crónicos - Ambulatório médico e cirúrgico - Consultas (1.^{as} e subseq.) - Urgências - Hospital de dia - Serviço domiciliário - Tratamentos específicos: - VIH / SIDA, doença renal crónica — diálise - Diagnóstico pré-natal interrupção da gravidez - Medicamentos cedência hospitalar obrigatória - Formação de internos — ano comum e 1.º ano complementar	- Componentes para os hospitais convergirem para melhores níveis de eficiência - Incentivos de qualidade e eficiência	- Pagamento de custos fixos associados à produção contratada não realizada na urgência - Pagamento da produção realizada acima do volume contratado até 10%, com excepção da produção cirúrgica programada	- Cuidados continuados integrados - Ajudas técnicas - Assistência médica no estrangeiro - Saúde mental — ordens religiosas - Acessos vasculares - Convenções internacionais - Diagnóstico retinopatia diabética - Doenças lisossomais de sobrecarga - Incentivos a transplantantes	- Custeio por actividades - Registo oncológico - Regional

Fonte: Portugal. MS. ACSS. UOFC, 2007.

mina o grau de eficiência imposto a todos os hospitais, indiscriminadamente; ii) o preço de referência para cada grupo de estrutura, através do qual se pode diferenciar a eficiência relativa que se pretende atingir em cada grupo de hospitais e iii) os objectivos de melhoria fixados a cada hospital (negociados e controlados através dos valores de convergência e de incentivos à qualidade e eficiência).

É reconhecida a existência de especificidades dos diferentes hospitais do SNS. Há factores estruturais que influenciam a eficiência das instituições. Os hospitais podem apresentar custos unitários diferentes porque a complexidade dos casos tratados não é a mesma, por serem tecnicamente muito diferenciados e terem grande concentração tecnológica, por diferenças de qualidade da codificação e imputação dos custos da actividade, por diferenças no nível de eficiência ou situações conjunturais (idade do edifício, assimetrias na afectação de recursos humanos). Por isso houve necessidade de estudar a forma mais correcta para ajustar os preços a pagar pela produção a contratar de modo a que o ajustamento traduzisse as diferenças de estrutura que se pretendiam captar.

4.4. Variáveis utilizadas para descrever a estrutura dos hospitais

A definição da lista de variáveis utilizadas para descrever a estrutura dos hospitais obedeceu aos seguintes critérios: i) utilização de todas as variáveis do modelo em vigor à data do estudo; ii) exaustividade na descrição da estrutura, recorrendo a variáveis adicionais e iii) actualização dos dados.

A análise factorial demonstrou que era possível simplificar consideravelmente a descrição da estrutura de um hospital. Por isso as variáveis foram sintetizadas através de um conjunto reduzido de factores: factor 1 — escala/leque de valências (número de médicos, consultas, internos, camas, doentes equivalentes, análises, ecografias, urgências, valências de consulta diferenciada, valências de MCDT básicas, valências de MCDT diferenciadas e percentagem de camas especiais); factor 2 — complexidade não ajustada pelo *casemix* (nível central, percentagem de GDH médicos complicados, excesso de *outliers*, percentagem de GDH cirúrgicos complicados, doentes equivalentes por médico, doentes equivalentes por enfermeiro e doentes equivalentes por médico equivalente); factor 3 — básico/intermédio (valências de consulta intermédias, nível distrital, valências de MCDT intermédias, leque de GDH, valências de consulta básicas, nível 1); outros factores com menor robustez estatística (urgência médico-cirúrgica, urgência não diferenciada, maternidade, taxa de uti-

lização, urgência polivalente, percentagem de cirurgia ambulatoria).

Da metodologia aplicada resultaram os grupos de instituições hospitalares que constam no *Quadro II*, com as adaptações impostas pela criação de novos centros hospitalares.

As diferenças conjunturais deveriam, pela sua própria natureza, ser suportadas pelos accionistas, pelo que deveriam ser acauteladas a nível de um plano de convergência.

4.5. Regras de remuneração da produção marginal

Num sistema de preços, o hospital tentará maximizar o seu benefício em função das condições do contrato, pois existe um certo grau de incerteza relativamente à procura do hospital (volume e complexidade). E a estrutura de custos do prestador tem uma componente fixa significativa que o impede de se ajustar à procura no curto prazo. Por seu turno, o pagador tem restrições orçamentais.

Reconhecendo os condicionalismos a que o prestador se encontra sujeito pela incerteza na procura e custos dos cuidados a prestar e os riscos impostos pela estrutura de custos que tem que garantir apesar dessa incerteza, o pagador tem que incentivar a produtividade controlando a despesa total e criando mecanismos especiais para minimizar as consequências destes condicionalismos. Por outro lado, a necessidade de controlar a despesa total torna indispensável a definição de regras que explicitem quem deve suportar o risco de a produção realizada não coincidir com a produção contratualizada.

Tornou-se por isso indispensável criar regras de remuneração da produção marginal, regras que foram definidas em função de um compromisso assumido entre pagador e prestadores a propósito da potencial procura na área de influência dos hospitais, das necessidades que o pagador representa e do grau pretendido de partilha do risco associado à estrutura de custos.

Este compromisso traduziu-se, no contrato de 2003, pelo pagamento de uma proporção variável do preço de referência correspondente a custos fixos (entre 50% e 100%) quando a produção realizada era inferior à contratada. No caso da produção realizada ser igual ao volume contratado, cada unidade era paga de acordo com o preço de referência. Se o hospital ultrapassasse o volume contratado, o pagador assumia o custo marginal pagando o preço marginal até um limite de excesso de produção.

Desde 2003, estas regras foram sendo aperfeiçoadas. No *Quadro III* apresenta-se uma síntese da sua evolução.

Quadro II
Grupos de instituições hospitalares – ajustamento pela estrutura

Grupos de estrutura	Instituições hospitalares	
1	Hospital Curry Cabral Instituto Gama Pinto Instituto Português Oncologia F. Gentil — Centro, E.P.E. Instituto Português Oncologia F. Gentil — Lisboa, E.P.E.	Instituto Português Oncologia F. Gentil — Porto, E.P.E. Hospital Joaquim Urbano Maternidade Dr. Alfredo da Costa Hospital Pulido Valente, E.P.E.
	Hospital Garcia da Orta, E.P.E. — Almada Hospital S. Marcos — Braga Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E. Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E. Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. Hospital do Espírito Santo — Évora, E.P.E. Hospital Distrital de Faro Hospitais Universidade de Coimbra Hospital São João — Porto, E.P.E. Hospital Santa Maria, E.P.E. Hospital S. Teotónio, E.P.E. — Viseu
3	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira — Alcobaça Hospital José Luciano de Castro — Anadia Hospital Arcebispo João Crisóstomo — Cantanhede Hospital Visconde de Salreu — Estarreja Hospital do Montijo	Hospital Dr. Francisco Zagalo — Ovar Hospital S. Pedro Gonçalves Telmo — Peniche Hospital Distrital de Pombal Hospital Nossa Senhora da Assunção — Seia Hospital Cândido de Figueiredo — Tondela
	Hospital Distrital de Águeda Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. — Aveiro Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. — Barcelos Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. — Barreiro Hospital do Litoral Alentejano Centro Hospitalar das Caldas da Rainha Hospital Amato Lusitano — Castelo Branco Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E. Centro Hospitalar Alto Minho, E.P.E. Centro Hospitalar Baixo Alentejo, E.P.E. Centro Hospitalar Barlavento Algarvio, E.P.E. Centro Hospitalar de Cascais Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.	Centro Hospitalar Nordeste, E.P.E. Centro Hospitalar Setúbal, E.P.E. Centro Hospitalar Vale Sousa/Amarante, E.P.E. Hospital S. Sebastião, E.P.E. — Vila da Feira Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. Hospital Sousa Martins — Guarda Hospital Santo André, E.P.E. — Leiria Hospital Distrital de S. João da Madeira Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. Hospital S. Miguel — Oliveira de Azeméis Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo E.P.E. Centro Hospitalar de Torres Vedras Hospital Reynaldo dos Santos — Vila Franca de Xira

Fonte: Portugal. MS. ACSS. UOFC, 2007.

As variações de volume e *casemix* podem traduzir o impacto de factores externos mas podem igualmente resultar da actuação do hospital (melhoria/diminuição da eficiência, selecção de doentes com baixo risco, etc.). Foi então assumido, pelo pagador, partilhar o risco de variação do volume e transferir, temporariamente, o risco de *casemix* para o prestador. Esta solução constituiu um compromisso entre a necessidade de partilhar a incerteza da procura e a necessidade de evitar comportamentos perversos dos prestadores (Mckinsey & Company, 2002).

4.6. Indicadores de qualidade

O financiamento das instituições prestadoras de cuidados de saúde pela actividade realizada exige

preocupações acrescidas com a qualidade dos cuidados prestados, uma vez que o forte incentivo à produção pode pôr em causa a qualidade da mesma. Houve, por isso, grande preocupação em incluir no contrato um conjunto de requisitos de qualidade, tendo em conta o estado da arte e os sistemas de informação existentes. Foi ainda definido um conjunto de indicadores, que deveria ser reduzido (para que os prestadores se concentrassem no fundamental), simples, compreensível por todos e de fácil controlo, com enfoque na acessibilidade, uma vez que a qualidade da estrutura já devia estar garantida com o licenciamento da unidade prestadora. Este conjunto tem evoluído ao longo dos anos e incorpora, nos últimos anos, o contributo das Administrações Regionais de Saúde (Portugal. ACSS, 2007).

Quadro III
Evolução das regras de pagamento da produção marginal

Linhas de produção	Custos fixos (entre 50% e 100%)					Produção marginal (entre 100 e 110%)					Produção marginal (acima de 110%)				
	2003	2004	2005	2006	2007	2003	2004	2005	2006	2007	2003	2004	2005	2006	2007
Internamento prog. (GDH médicos)	59	48	28	–	–	30	44	44	44	44	–	–	–	–	–
Internamento prog. (GDH cirúrgicos)	59	48	28	–	–	30	44	44	Pr.S	Pr.S	–	–	–	Pr.S	Pr.S
Internamento urgente (GDH cirúrgicos)	59	48	28	–	–	30	44	44	Pr.S	Pr.S	–	–	–	–	–
GDH médicos ambulatorio	–	–	–	–	–	–	–	–	–	Pr.C	–	–	–	–	Pr.C
GDH cirúrgicos ambulatorio	59	48	28	–	–	30	44	44	Pr.S	Pr.S	–	–	–	Pr.S	Pr.S
Consulta	59	36	21	–	–	31	58	58	58	58	–	–	–	–	–
Urgência	54	47	27,50	27,50	27,50	Pr.C	Pr.C	Pr.C	45	45	–	–	Pr.C	Pr.C	Pr.C
H. dia	38	21	12,50	–	–	55	75	75	75	75	–	–	–	–	–
Doentes crónicos	–	–	–	–	–	Pr.C	Pr.C	Pr.C	Pr.C	Pr.C	–	–	Pr.C	Pr.C	Pr.C
Visitas domiciliárias	–	–	–	–	–	Pr.C	Pr.C	Pr.C	Pr.C	Pr.C	–	–	Pr.C	Pr.C	Pr.C
Lar	–	–	–	–	–	Pr.C	Pr.C	Pr.C	Pr.C	Pr.C	–	–	Pr.C	Pr.C	Pr.C

Pr.C — Preço contratado de acordo com o grupo de financiamento
Pr.S — Preço Tabela SIGIC
Produção Realizada – Pagamento ao Pr.C abaixo dos 50% e entre 50% e 100% para as linhas de produção doentes crónicos, visitas domiciliárias e lar
2003 — Pagamento dos custos fixos de toda a produção não realizada abaixo dos 50% e entre 50% e 100%

Fonte: Portugal. MS. ACSS. UOFC, 2007.

4.7. Pagamento por hospital: produção e valor de convergência

As diferenças significativas de eficiência existentes entre os hospitais requeriam um ajustamento progressivo dos custos até aos valores fixados como «preços de mercado». Houve por isso necessidade de definir planos de convergência que resultassem de um compromisso entre o prestador e o Estado enquanto accionista.

O modelo previu um preço base por linha de actividade baseado nos custos unitários totais ajustados pela especificidade de cada hospital (índice de estrutura), com excepção para o hospital de dia, e pelo índice de *casemix* no caso do internamento e de algum ambulatório. A um sistema de pagamento que variava segundo o hospital (ajustamento pela estru-

tura e pela casuística) associou-se, sempre que necessário, um valor correspondente a um plano de convergência. No *Quadro IV* apresentam-se, em síntese, as fórmulas de cálculo do pagamento a efectuar aos hospitais, pela actividade realizada, nas diferentes linhas de produção.

O Ministério da Saúde, enquanto contratador/pagador, estabelece, através do contrato-programa assinado com os hospitais, as quantidades de produtos finais por linha de actividade e respectivo *casemix*, o preço base por linha de actividade, as regras de remuneração da produção marginal e os objectivos de qualidade e eficiência. Por outro lado, enquanto accionista, fixa um valor de convergência associado a um plano que integra metas orçamentais para as principais rubricas de custos e uma remuneração correspondente aos objectivos de convergência.

Quadro IV
Cálculo da remuneração da actividade realizada pelos hospitais

Linhas de produção	Variável de medida	Quantidade contratada	Índice <i>casemix</i>	Preço	Pagamento
Internamento	N.º doentes equivalentes	x	ICMi	Preço grupo	$x * \text{ICMi} * \text{Preço grupo}$
Ambulatório médico e cirúrgico	N.º doentes equivalentes	y	ICMa	Preço grupo	$y * \text{ICMa} * \text{Preço grupo}$
Consulta externa (primeiras e subseqüentes)	N.º consultas	z	—	Preço grupo (1.ª consultas preço superior 10% relativamente às subseqüentes)	$z * \text{Preço grupo}$
Urgência	N.º urgências	w	—	Preço grupo	$w * \text{Preço grupo}$
Hospital de dia	N.º sessões	m	—	Preço/tipo de sessão	$m * \text{Preço/tipo de sessão}$
Internamento de crónicos	Diária	t	—	Preço/dia	$t * \text{Preço/dia}$
Serviço domiciliário	N.º visitas	v	—	Preço/visita	$v * \text{Preço/visita}$
Gestão integrada doença renal crónica	Semana/doente	u	—	Preço/semana por doente	$U * \text{Preço/semana doente}$

Fonte: Portugal. MS. ACSS. UOFC, 2007.

No *Quadro V* constam os indicadores nacionais associados aos objectivos de qualidade e eficiência. Cada Administração Regional de Saúde fixou ainda um conjunto de indicadores regionais, tendo negociado, com cada prestador, os valores para destes indicadores.

Os *inputs* necessários para o cálculo dos preços das diferentes linhas de produção foram: i) o montante total definido por linha de produção, em função dos recursos disponíveis e do peso de cada linha na contabilidade analítica dos hospitais; ii) os objectivos máximos de melhoria de eficiência para os hospitais, iii) os custos unitários históricos ajustados por complexidade e estrutura, iv) a produção e o *casemix* a contratar, v) os grupos de estrutura para as diferentes linhas de produção.

O preço resultou da divisão do montante total disponível pela produção a contratar.

No *Quadro VI* consta a evolução dos preços fixados pelo Ministério da Saúde para os contratos de 2003 a 2007.

A atribuição de um valor de convergência aos hospitais, associada a um plano de melhoria, pressupunha a fixação de prazos de implementação das melhorias para que o hospital atingisse os objectivos que lhe tinham sido fixados, de convergência com o sistema, apoios directos (financeiro e técnico) e mecanismos de consultoria técnica a unidades que precisassem de convergir para o patamar de eficiência mínima.

O montante total disponível para pagamento da actividade a realizar pelos hospitais correspondia, assim, ao montante total disponível depois de subtraído o valor de convergência ao montante inicial.

Nos anos seguintes os preços foram inflacionados, sempre que houve disponibilidade financeira para tal, e foram calculados novos preços para as actividades autonomizadas das linhas iniciais.

5. Implementação do novo modelo de afectação de recursos

Em síntese, as principais oportunidades de melhoria do modelo anterior consistiram na criação de um mecanismo de contratualização explícito, na instituição de processos sistemáticos de suporte, na imposição de uma gestão por objectivos, na separação explícita entre a função do Estado enquanto pagador, accionista e prestador.

Ao fixar os objectivos operacionais e financeiros, o contrato constitui um instrumento privilegiado de responsabilização do contratador e, em especial, do prestador. Um dos instrumentos disponíveis para as unidades prestadoras responderem aos desafios impostos pelo novo modelo é a criação de mecanismos internos de contratação, que são a extensão natural do contrato entre pagador e prestador e permitem operacionalizar, internamente, os objectivos e incentivos do contrato (Mckinsey & Company, 2002).

Quadro V
Evolução dos objectivos de convergência

Objectivos nacionais	2003	2004	2005	2006	2007
Taxa de readmissões no internamento nos primeiros 5 dias	×	×	×	×	×
Peso das primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	–	–	–	–	×
Peso da cirurgia do ambulatório no total de cirurgias programadas	–	–	–	×	×
Demora média	×	×	×	×	×
Resultado líquido	–	–	–	×	×
Resultado operacional	–	–	–	–	×
Custo unitário por doente padrão	–	–	–	–	×
Taxa de cesarianas	×	×	×	–	–
Peso remuneração extraordinária no total dos custos com pessoal	–	–	–	×	–

Fonte: Portugal. MS. ACSS. UOFC, 2007.

Quadro VI
Evolução dos preços do contrato-programa

		2003	2004	2005	2006	2007	
INTERNAMENTO							
GDH médicos	1	2.129,44	2.129,44	2.129,44	2.342,38	2.396,25	2003 — Produção do internamento e ambulatório Preço por doente equivalente Produção internamento e ambulatório contratada conjuntamente 2003/2006 — ICM normalizado; versão dos GDHHCFA 16.0 2005/2007 — Separação internamento em cirúrgico e médico 2007 — ICM não normalizado; versão GDH — ALL Patient 21
GDH cirúrgicos	2	2.129,44	2.129,44	2.129,44	2.342,38	2.396,25	
	3	1.719,19	1.719,19	1.719,19	1.800,16	1.841,56	
	4	1.849,10	1.849,10	1.849,10	1.893,36	1.936,91	
Crónicos psiquiatria	—	75,70 261,20	75,70 261,20	75,70 261,20	83,30 287,30	85,22 293,91	Preço por diária
Crónicos ventila- dos		219,50	219,50	219,50	241,50	247,05	
Int. M.F.R							
AMBULATÓRIO							
GDH médicos	1	2.129,44	2.129,44	2.129,44	2.342,38	2.396,25	Preço por doente equivalente 2003/ 2004/2005/2006 — GDH cirúrgicos: proporção dos preços dos GDH ambulatório cirúrgico face aos GDH internamento representa em média 51%, 71%, 80%, 80% e 73%, respectivamente; ICM normalizado; produção agrupada na versão HCFA 16.0 2007 — GDH cirúrgicos e GDH médicos — episódios médicos considerados relevantes, radioterapia e quimioterapia; ICM não normalizado; versão GDH — ALL Patient 21
GDH cirúrgicos	2	2.129,44	2.129,44	2.129,44	2.342,38	2.396,25	
	3	1.719,19	1.719,19	1.719,19	1.800,16	1.841,56	
	4	1.849,10	1.849,10	1.849,10	1.893,36	1.936,91	
CONSULTA EXTERNA							
Primeiras/sub- sequentes	1	61,46	61,46	61,46	70,68	134,27/	Preço por consulta médica 2003/2006 — ICM normalizado 2007 — 1. ^{as} consultas preço superior 10% relativa/subsequentes
	2	77,24	77,24	77,24	88,83	122,06	
	3	50,48	50,48	50,48	58,05	119,05/	
	4	74,06	74,06	74,06	85,17	108,23 49,85/ 45,32 75,42/ 68,56	
URGÊNCIA							
Episódios de urgência	1	90,66	90,66	90,66	90,66	95,07	Preço por atendimento em urgência * Hospitais do grupo IV com urgência polivalente 2007 — Não há pagamento do episódio de urgência quando dá lugar a episódio de internamento
	2	131,53	131,53	131,53	131,53	137,92	
	3	37,53	37,53	37,53	37,53	39,35	
	4	65,91	65,91	65,91	65,91	69,11	
	5*	101,94	101,94	101,94	101,94	106,89	

Quadro VI (cont.)
Evolução dos preços do contrato-programa

		2003	2004	2005	2006	2007	
HOSPITAL DE DIA							
Quimioterapia	–	300,00	300,00	300,00	360,00	1)	Preço por sessão
Hematologia		300,00	300,00	300,00	360,00	368,28	1) Produção classificada em GDH médico
Infecciologia		460,00	460,00	460,00	506,00	517,64	de ambulatório
Imuno-hemoterapia		300,00	300,00	300,00	360,00	368,28	
		34,00	34,00	34,00	37,40	38,26	
Psiquiatria		24,70	24,70	24,70	24,70	25,27	
Outras							
RADIOTERAPIA							
Tratamentos	–	–	–	–	256,49	2)	Preço por sessão
							2) Produção classificada em GDH médico
							de ambulatório
CUIDADOS DOMICILIÁRIOS							
Visitas domiciliárias		25,80	25,80	25,80	40,60	41,53	Preço por visita
							2003/2005 — Pagamento de visitas domiciliárias médicas
							2006/2007 — Pagamento de visitas domiciliárias dos diversos profissionais
LAR							
Lar	–	70,20	70,20	70,20	77,20	78,98	Preço por diária Apenas para os IPO
PRODUÇÃO CIRÚRGICA ADICIONAL							
Internamento ambulatório	–	–	–	–	–	–	Despacho n.º 24 036/2004
							2005 — Pagamento de produção adicional após a realização da produção base cirúrgica contratada
							2006/2007 — Realização de produção adicional sem limite
							Procedimentos simultâneos ou consecutivos acrescem 45% do preço do GDH do episódio

Fonte: Portugal. MS. ACSS. UOFC, 2007.

As alterações efectuadas no modelo de alocação de recursos exigiram, em 2003, alguns ajustamentos dos sistemas de informação, embora a maioria dos cálculos de base se mantivesse. Com efeito, todos os dados necessários já eram utilizados no cálculo do financiamento a atribuir aos hospitais ou estavam disponíveis para outros fins. Foi, no entanto, necessário definir os requisitos da informação a recolher junto das instituições para acompanhamento do contrato-programa (dados de produção, custos e qualidade), o suporte e os prazos de envio por parte das unidades prestadoras e preparar os sistemas de informação para este efeito. Houve ainda que realizar acções de sensibilização e garantir a formação das unidades prestadoras sobre o modelo, a informação a disponibilizar e o formato em que a mesma deveria ser remetida.

O novo modelo de financiamento coloca muitos desafios a todos os intervenientes, sobretudo ao nível da alteração de mentalidades. Requer um grande esforço do planeador, contratador, regulador e prestadores, introduzindo novos processos, novos objectivos, novas responsabilidades e uma nova cultura de gestão. As áreas que exigiram e continuam a exigir maior investimento são o aperfeiçoamento das capacidades de planeamento estratégico e de negociação e as adaptações nos sistemas de informação.

6. Conclusões

No mercado da saúde, a assimetria de informação e a consequente relação de agência são características muito específicas e condicionantes do consumo de cuidados. A incerteza quanto ao consumo de cuidados (quantidade, diversidade e momento) que conduziu à criação de seguros gera problemas de selecção adversa (prestador) e de risco moral (consumidor). Em regra, o doente não tem competência para avaliar a qualidade dos cuidados prestados. A deficiência de informação, nos sistemas de saúde, constitui um dos principais obstáculos à competição neste mercado (Figueras, Robinson e Jakubowski, 2005).

Os sistemas de contratualização e de pagamento de incentivos são factores que contribuem para lidar com efectividade com a inquestionável ineficiência dentro do sector da saúde. Com efeito, quando os governos dão prioridade à acessibilidade dos doentes, estão a relegar para segundo plano os incentivos à eficiência. A reforma do sistema de pagamento tem que ser articulada com outras reformas, como, por exemplo, a autonomia crescente das instituições e a generalização dos novos mecanismos a todos os prestadores, independentemente da sua propriedade (Mckee e Healy, 2002).

A discriminação de serviços com recurso a unidades de medida com ajustamento pela severidade/complexidade e pelo risco e os indicadores de qualidade/resultado têm um peso crescente nas reformas dos sistemas de financiamento na saúde. Os cuidados continuados, a prestar a doentes crónicos, são o grande desafio nesta área.

A contratualização constitui um instrumento fundamental para estimular os prestadores a aumentarem a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados e a orientarem-se mais para o cliente. Entre os principais obstáculos à contratualização destacam-se a complexidade da maior parte dos mecanismos e o facto de serem muito consumidores de recursos. O desenho do contrato, o desenvolvimento adequado de modalidades de pagamento, o conhecimento das necessidades da população, a especificação dos requisitos de qualidade e o acompanhamento do desempenho requerem bons conhecimentos de gestão e técnicos e sistemas de informação robustos.

São reconhecidas, a nível europeu, as dificuldades de implementação da contratualização, quer pelos custos de investimento na mudança, quer pela incerteza em relação ao impacto real deste processo. Por isso se aconselha uma implementação gradual. O sistema de pagamento constitui uma das maiores dificuldades de implementação.

A transformação de hospitais, que tradicionalmente eram fortemente controlados e financiados através de orçamentos, em instituições autónomas exige uma forte regulamentação e maior exigência por parte do regulador. A autonomia dos prestadores tem que ser acompanhada por um acréscimo de transparência, por isso é necessário aumentar a avaliação e o *benchmarking* do desempenho das instituições (Saltman, Busse e Mossialos, 2002).

A limitação dos preços tem sido defendida como uma estratégia de promoção da eficiência. Contudo, este mecanismo pode igualmente incentivar a desnatação e a redução da qualidade dos cuidados prestados. Actualmente defende-se a utilização de estratégias mistas. Na prática, não existe uma evidência clara de que este movimento tenha conduzido os países que o seguiram a maior eficiência, qualidade, acessibilidade e responsabilidade dos prestadores de cuidados. É necessária mais investigação para aperfeiçoar os contratos de desempenho, em particular a contratação relacional e a gestão da doença (abrange diferentes prestadores e diferentes níveis de cuidados).

As partes contratantes devem ser envolvidas no processo de planeamento e ter conhecimento dos *outputs* esperados com a contratualização para se sentirem responsáveis pelo cumprimento dos objectivos.

Apesar dos estudos de impacto já realizados no nosso país, é ainda difícil tirar conclusões sólidas sobre a

resposta dos prestadores à nova relação com o pagador e o seu impacto na qualidade, eficiência e acessibilidade dos hospitais do SNS, à semelhança do que se passa nos restantes países que adoptaram modelos semelhantes. É difícil isolar o impacto da contratação de outros factores determinantes do desempenho dos prestadores (a consistência da política de reforma do governo, a ambição dos prestadores, a percepção que o prestador tem das vantagens e desvantagens da contratualização, o direito de decisão do prestador, o tipo de incentivos e desincentivos do contrato, a complexidade da organização hospitalar, a qualidade da gestão dos prestadores, a assimetria de informação entre o comprador e o prestador, o grau de acompanhamento efectuado pelo pagador, o grau de confiança dos prestadores no pagador, o estilo de contratualização, etc.). Contudo, é inquestionável o enorme leque de vantagens, para todos os actores, face aos modelos anteriores. O modelo de relacionamento e de financiamento em vigor introduziu dinâmica, aumentou o conhecimento sobre a oferta e a procura, implicou partilha de informação entre os responsáveis pela distribuição dos recursos e os prestadores de cuidados que, no mínimo, constituirão um incentivo à responsabilização de todos os intervenientes no processo pela forma como os recursos são gastos, à redução das desigualdades no acesso e à prestação de cuidados custo-efectivos e de maior qualidade.

□ Referências bibliográficas

FIGUERAS, J.; ROBINSON, R.; JAKUBOWSKI, E., ed. lit. — Purchasing to improve health systems performance. Maidenhead, Berkshire : Open University Press, 2005. ISBN 0-335-21367-7.

MCKEE, M.; HEALY, J., ed. lit. — Hospitals in a changing Europe. Buckingham : Open University Press, 2002. ISBN 0-335-20928-9.

MCKINSEY & Company — Apoiar o Ministério da Saúde na definição de um modelo de tabela de preços para o Sistema Nacional de Saúde : estudo efectuado para o Ministério da Saúde, 23 de Dezembro de 2002. Lisboa : Ministério da Saúde, 2002.

MOSSIALOS, E. *et al.*, ed. lit. — Funding health care : options for Europe. Buckingham : Open University Press, 2002. ISBN 0-335-20924-6.

PORTUGAL. MS. ACSS. UOFC — Hospitais SNS : contrato-programa 2008 : metodologia para a definição de preços e fixação de objectivos, 31 de Outubro de 2007. Lisboa : Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização. Administração Central do Sistema de Saúde, IA, 2007.

SALTMAN, R.; BUSSE, R.; MOSSIALOS, E., ed. lit. — Regulating entrepreneurial behavior in European health care systems. Buckingham : Open University Press, 2002. ISBN 0-335-20922-X.

□ Abstract

THE PORTUGUESE HOSPITALS PURCHASER-PROVIDER MODEL

Following the European's trend to attribute more autonomy and responsibility to hospitals, incentivizing the increase of enterprise management and innovation, at the end of 2002 the Portuguese government transformed 33 National Health Service (NHS) hospitals into public enterprises.

With the present paper we intend to carry out a synthesis of the new financing resource allocation model, implemented in 2003 and applied only to the hospitals transformed into public enterprises. In 2004 this model was enlarged to the Public Administrative Sector's (SPA) hospitals, to calculate the financial budgets for the next year. In 2005 the purchasing mechanism was applied also to the SPA hospitals, with the consequent contract adjustment.

The present analysis is based, mainly, on the work developed by the Portuguese Health Ministry, when enterprise hospitals were created, work that was made available for this purpose by the Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS – Health System Central Administration).

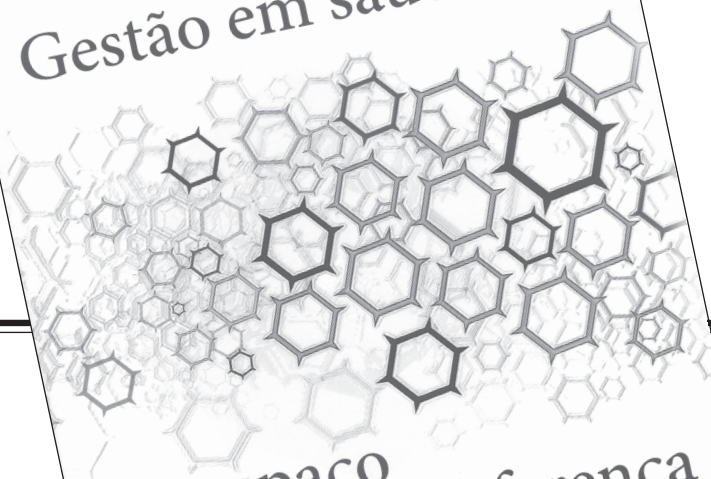
The description of the resource allocation model will comprise the theoretical framework developed in the study that has preceded its implementation, supported by the evidence found in the existing bibliography on this matters, namely as far as the purchasing mechanism and the payment modalities are concerned.

The main and internationally recognized constraints to a resource allocation model implementation will be identified emphasizing the ones that should be object of further debate and analysis in order to guaranty a more equitable resource allocation, enhance accessibility, improve the quality of healthcare delivered as well as hospitals efficiency.

Keywords: contract; purchasing; convergence; costs; efficiency; entrepreneurship; financing; incentives; objectives; outputs; payer; provider; production; planning and quality.

Vasco Pinto dos Reis

Gestão em saúde:



um espaço de diferença

Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa

Preço de capa, 25 €