

Contratualização com os centros de saúde na Região de Lisboa e Vale do Tejo

ANTÓNIO LUZ

A experiência de contratualização com os centros de saúde por parte da Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo, tanto no seu enquadramento estratégico como nos processos de contratualização adoptados, é aqui detalhada.

Faz-se uma apreciação global dos resultados desta experiência de contratualização para o período de 1996 a 2000. Foi possível observar que o enfoque posto na discussão dos dados de produção (como, por exemplo, menos urgências ou mais domicílios) e as experiências realizadas na organização da participação dos utentes dos centros de saúde tiveram efeitos positivos. Em contapartida, o trabalho ainda incipiente naquilo que diz respeito à determinação das necessidades em cuidados de saúde da comunidade não permitiu dar mais relevo às questões relacionadas com a promoção da saúde. De efeitos menos positivos foi também a diminuição do interesse pelo processo de contratualização por parte de diversos órgãos centrais e regionais do sistema de saúde.

1. Introdução

A explicitação dos valores fundamentais é um dos pontos comuns das reformas dos sistemas de saúde que decorreram na última década na Europa. Citamos, como valores e princípios mais consensual-

□

António Luz, médico de saúde pública e técnico da Agência de Contratualização da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

mente aceites, a salvaguarda incondicional da dignidade humana, a solidariedade e a justiça social no investimento em saúde, o exercício da cidadania e o respeito pelos princípios éticos nas decisões individuais e colectivas sobre a saúde, a equidade no acesso e utilização, a sustentabilidade das soluções organizativas e financeiras e a especificidade do trabalho profissional neste sector.

Também a tomada de decisão sobre os recursos da saúde requer um mecanismo cada vez mais apurado de definição de prioridades. Isso porque o desenvolvimento das tecnologias da saúde, as limitações do financiamento e o cidadão mais informado e exigente são factores cada vez mais determinantes.

Por outro lado, a eficiência das práticas e dos serviços é hoje posta em causa permanentemente. A medicina baseada na evidência e o estudo comparado de soluções organizativas, bem como a influência das agências e outros organismos internacionais (exemplos: OMS, OCDE), favorecem hoje metodologias do planeamento em saúde e da melhoria contínua da qualidade. Nestas a auto-responsabilização e o auto-controlo a todos os níveis são fundamentais, bem como a consequente capacidade de inovação.

A distribuição dos recursos e a avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde constituem funções das ARS, recém-criadas na Lei de Bases da Saúde (base xxvii da Lei n.º 47/90) e no Estatuto do SNS.

Estas funções foram em 1996 diferenciadas e especializadas como parte de um esforço para a

recentragem do sistema nas necessidades de saúde dos cidadãos e na recomendação (técnica) de se proceder a uma separação progressiva entre quem financia e quem presta cuidados de saúde.

A operacionalização desta medida passou pela criação das agências de acompanhamento dos serviços de saúde, uma por região de saúde, por despacho da Sr.^a Ministra da Saúde (Portugal. Ministério da Saúde, 1999). Subentendeu-se então um caminho de necessária autonomização, regulado pelos respectivos conselhos de administração das ARS, para que fossem montados os mecanismos de contratualização.

A contratualização surge, pois, como o processo em que, partindo da avaliação das necessidades em saúde e especificamente em cuidados de saúde, se estabelecem mecanismos negociais para que, face aos recursos atribuídos aos serviços, estes prestem cuidados na base de critérios explícitos de acessibilidade, adequação e eficiência. Promove-se, concomitantemente, a existência de um sistema de garantia da qualidade.

2. O enquadramento estratégico

Procuraremos, com este artigo, contribuir para a caracterização da ideia de contratualização com os centros de saúde, descrevendo as formas práticas que essa ideia tomou no nosso país e mais especificamente durante o período de 1997 a 2000 na RS de LVT.

Pela primeira vez em Portugal foi possível, com o envolvimento de muitos profissionais das diferentes áreas da saúde, obter-se uma estratégia de saúde, consubstanciada no documento «SAÚDE, UM COMPROMISSO», editado em 1999 pelo Ministério da Saúde (Portugal. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 1998).

Aqui a contratualização é entendida, no capítulo «Investir em saúde — financiar os serviços», como um processo no qual está implícita a fixação de objectivos (de produção/produtividade) que valorizem as expectativas de acessibilidade, qualidade e ganhos em saúde e sejam resultantes de compromissos obtidos por negociação.

É ainda, no mesmo documento, referida a necessidade de o processo de contratualização decorrer a quatro níveis.

Neste artigo desenvolveremos aspectos dos conceitos e da prática de contratualizar com os centros de saúde que engloba especificamente dois dos quatro níveis referidos, nomeadamente:

a) Entre as ARS (através das respectivas agências) e os diversos estabelecimentos de saúde; e

b) Entre as administrações dos estabelecimentos de saúde e as suas unidades operacionais de prestação de cuidados.

Ao nível da ARSLVT foram definidas em 1996 quatro iniciativas estratégicas: a elaboração de uma estratégia de saúde regional; o plano de intervenção sobre o acesso; o projecto ALFA; a agência de acompanhamento (que começava com a discussão dos orçamentos-programa dos hospitais). Em 1997 o documento *Estratégia Regional — Plano de Acção para 1998 — Desenvolver a «função agência», assegurando que a produção dos serviços de saúde é otimizada face aos recursos atribuídos e é compatível com as necessidades e expectativas dos cidadãos* [Portugal. Agência (ACSS) da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 1997] — contém também orientações de intervenção e metas operacionais para 1998.

Neste documento emergem ideias mais concretas em termos de ganhos de produtividade e custo-efectividade, da adequação entre níveis de actividade, recursos existentes e necessidades da população. Propõe-se a utilização de orçamentos-programa (OP) e a constituição das comissões de acompanhamento externo — CAESS. Tem início a contratualização com a actividade privada e ainda estudos de previsão de necessidades de saúde para grupos populacionais de diferentes áreas geográficas.

De uma forma mais global, parece-nos de salientar que a rápida transformação tecnológica, a necessidade de eficiência e inovação nos serviços, sobretudo na área do social, e o processo de democratização das sociedades são factores de peso que fazem com que os mecanismos de contratualização não sejam específicos do sector da saúde [Portugal. Agência (ACSS) da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2000].

3. O processo de contratualização. Aspectos gerais, etapas e programação cíclica

3.1. A contratualização — aspectos gerais

As agências procuraram actuar sobretudo na vertente pedagógica e de forma concertada com as várias instituições de saúde, seguindo orientações dos CA das ARS e, nalguns casos, directamente do secretário de Estado da Saúde, articulando-se entre si através de um secretariado nacional criado por iniciativa da DGS. Parece claro que a utilização do neologismo «contratualização» é intencional. A sua introdução no nome das agências resultou em processos de negociação e de acompanhamento concebidos em pé de igualdade quanto à sua importância. Estes aparecem também

melhor integrados num planeamento da saúde, constituindo-se num processo cíclico que inclui os seguintes passos: recolha de informação através dos orçamentos-programa de forma a construir-se uma base de dados; análise e discussão conjunta destes *in-puts* e a respectiva correcção, quando justificável, e acordo final sobre o orçamento económico e produção, encerrando o ciclo com o acompanhamento em momentos específicos de avaliação.

É assim que entendemos como etapas do processo de contratualização (Portugal. Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde, 1996):

1. Prever e estimar necessidades em saúde e em cuidados de saúde;
2. Recolher dados do histórico referente à produção, eficácia e eficiência dos serviços e propostas realistas para o(s) ano(s) em discussão;
3. Recolher opiniões e expectativas dos cidadãos/ utilizadores dos serviços;
4. Negociar o acordo de atribuição/acerto da distribuição de recursos financeiros;
5. Acompanhar a execução do contratado, introduzindo mecanismos de incentivo e, eventualmente, de penalização;
6. Avaliar ganhos em saúde e bem-estar;
7. Produzir e divulgar conhecimento sobre os serviços de saúde nas diversas etapas tanto para os prestadores como para os outros elementos do sistema de saúde.

Esta visão da contratualização implica uma programação cíclica das actividades, como a que se descreve no *Quadro I*.

Vemos aí que a contratualização referente a um determinado ano N deverá iniciar-se em Maio/Junho do ano anterior ($N - 1$) e prolongar-se até Maio/Junho do ano seguinte ($N + 1$). Perfaz, assim, um ciclo de 24 meses.

3.2. Implantação em termos negociais

A implantação deste processo em relação aos centros de saúde, pelo menos quanto aos passos fundamentais, ou seja, elaboração dos OP pelos centros de saúde e sua discussão em sede de agência com obtenção do acordo respectivo, descreve-se no *Quadro II*. Verificamos aí que a elaboração dos orçamentos-programa e a sua discussão com as agências foram profundamente assimétricas. Em 1999, último ano em que houve alguma reflexão e recolha de dados conjunta, na globalidade, não foram abrangidos por este processo mais do que 60% dos centros de saúde, com uma variação entre as regiões que vai de 0% a 100%.

4. A contratualização na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

4.1. Organização

A aposta em 1996 na criação da Agência da RSLVT pautou-se pelas seguintes iniciativas:

- Escolha de um conjunto de profissionais com bastantes anos de experiência em vários serviços/instituições que assegurasse uma abordagem multidisciplinar (sobretudo administradores hospitalares e médicos de saúde pública) e intersectorial (serviços de saúde e docentes universitários) da contratualização;
- Disponibilização para estes profissionais de instalações e equipamento que podem considerar-se qualitativamente acima da média dos trabalhadores deste nível da administração;
- Acompanhamento permanente nas decisões e primeiras acções pelo então conselho de administração da ARSLVT.

O grupo de profissionais iniciadores da Agência foi fazendo um caminho de aprofundamento de conceitos e objectivação de formas de actuação próprias do processo de contratualização. Teve uma coordenação e procurou fazer um trabalho de equipa baseado numa estrutura matricial que se desenvolvia nos dois eixos seguintes: um eixo que inclui as instituições objecto (hospitais e centros de saúde) e um outro que contempla as vertentes prioritárias para o processo de contratualização e o desenvolvimento da própria função agência. Aqui há que destacar a análise económico-financeira, as necessidades de saúde, o sistema de qualidade e participação do cidadão e a organização/informatização da agência.

Nesta fase faziam-se reuniões semanais dos colaboradores directos, mas também com a participação de convidados externos que habitualmente davam a sua colaboração em painéis ou grupos de trabalho.

Desta estrutura procurou-se evoluir para equipas multiprofissionais por unidade de saúde, de forma que estas se centrassem nas necessidades da população dessas unidades, e não nos serviços. Estas equipas eram alargadas a cidadãos representativos dessa mesma população através da criação das comissões de acompanhamento externo, para as quais se estabeleceram parcerias e os protocolos de colaboração com as autarquias e organizações de consumidores.

Procurava-se, assim, alargar os *in-puts* do cidadão para poder agir em seu nome (função agência).

Quadro I
Calendarização da preparação dos orçamentos-programa

[illegible]

5. Constrangimentos técnicos na negociação para 2000

Permanecem alguns constrangimentos de carácter técnico e operacional no processo de contratualização, de que há a salientar os seguintes: dificuldade em efectuar previsões de despesa a afectar à produção prevista; atrasos na recolha e disponibilização de dados constantes do sistema de informação relativamente às exigências dos orçamentos-programa; incipiente contabilidade analítica; carência de profissionais habilitados tecnicamente nessa área e na utilização de suportes informáticos; difícil explicitação de despesas próprias de áreas específicas (SAP/CATUS, consultas de referência externa, internamento, centros de diagnóstico pneumológico) e de centros de custo por actividade e/ou projecto (por exemplo, cuidados continuados). Relativamente aos projectos específicos (como, por exemplo, aqueles que dizem respeito às listas de espera), constatou-se a existência de informação dissonante entre o conselho de administração da ARSLVT, a Agência e as sub-regiões (Portugal. Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde, 2000).

6. A experiência na ARSLVT — uma apreciação global dos resultados no período 1996-2000

6.1. Prever e estimar necessidades em saúde e em cuidados de saúde

Conseguiu-se introduzir no OP o cálculo de necessidades normativas — definidas pela Direcção-Geral — de consultas médicas nos principais programas e de actos vacinais. Será sobretudo de salientar aqui a necessidade de alargar a outras áreas profissionais a consensualização de normas que reflectam necessidades em cuidados de saúde.

Quadro II
Número de centros de saúde que elaboraram e discutiram os OP com as respectivas agências

ACSS	Número de CS	1997 (número)	1998 (número)	1999 [número (%)]
Norte	102			26 (26)
Centro	109			12 (11)
LVT	85	22	44	85 (100)
Alentejo	44		44	23 (52)
Algarve	16			0 (0)
Total	356	22		146 (41)

É também imperioso avançarmos na objectivação de necessidades em saúde, de forma que as respostas dos serviços em termos de projectos de parceria e de promoção da saúde não sejam minorizadas, como acontece no nosso actual modelo.

6.2. Recolher dados do histórico referente à produção, eficácia e eficiência dos serviços e propostas realistas para o(s) ano(s) em discussão

O aperfeiçoamento dos termos de referência para os OP tem sido constante e podemos dizer que temos hoje uma invejável base de dados referente à totalidade dos centros de saúde da Região quanto aos principais actos produzidos, mas que apresenta lacunas grandes nas áreas da saúde escolar, saúde ocupacional e saúde comunitária. Mesmo na área da produção começamos este ano a tentar encontrar alguns indicadores de síntese — as UPP (unidades de produção ponderada) — e a utilizá-los para indicadores compostos de acessibilidade e eficiência, que nos pareceram instrumentos úteis mas a precisarem das opiniões críticas de painéis de peritos para aumentarem a sua fiabilidade, o que consideramos em sintonia com caminhos levados a cabo, por exemplo, na Galiza (Espanha. Xunta de Galicia, 199-) e no Reino Unido (Appleby e Mulligan, 2000). Pudemos verificar já em meados de 2000 que o grau de variação entra o contratualizado e o realizado no que respeita à despesa total da RSLVT se saldou na ordem dos 5,5%, o que reforça pelo realismo o processo levado a cabo.

6.3. Recolher opiniões e expectativas dos cidadãos/utilizadores dos serviços (Carey, 1999; Coulter, Entwistle e Gilbert, 1999)

A prioridade dada pela Agência à potenciação dos gabinetes do utente e à recolha de opiniões e expectativas dos utentes foi aceite pelas equipas coordenadoras dos centros de saúde, que assim passaram a contar com uma mais-valia para uma gestão/coordenação mais aberta/participada. Todos os centros de saúde apresentaram no OP para 2000 a evolução do número de reclamações entre 1997 e 1999 inscritas no livro de reclamações ou apresentadas no gabinete do utente ou por outras vias. O aumento do número de reclamações poderá ser um indicador da crescente utilização do mecanismo da voz por parte dos utilizadores dos serviços. Isso levou a que muitos centros de saúde tenham

previstas acções de «melhoria contínua para a qualidade» baseadas em necessidades identificadas por aquela via, nomeadamente a melhoria da sinalização, a marcação de consultas e o atendimento por hora marcada e ainda formação dos profissionais na área relacional.

Todos os centros de saúde assumiram o compromisso de adoptarem o sistema informatizado de tratamento e monitorização das reclamações (STMR) da ARSLVT, bem como o tratamento sistematizado e uniforme das reclamações, não só a nível institucional, como regional, permitindo a categorização dos problemas e o cálculo de indicadores de processo na sua resolução.

Relativamente à «informação ao cidadão», todos os centros de saúde distribuem já, por rotina, guias de acolhimento/informação aos utentes e alguns dispõem também de folhetos informativos para autocuidados (designadamente: diabetes, hipertensão, preparação para a maternidade). Genericamente, propuseram-se cobrir necessidades específicas de informação aos utentes nas seguintes áreas: prevenção de acidentes, autocuidados do diabético, do ostomizado, do asmático, da criança e da grávida e guias de utilização dos centros de saúde.

Contámos ainda, com aderência em forma de acordo aquando da negociação para a utilização pelos centros de saúde, com um instrumento para o estudo da satisfação dos utentes dos centros de saúde, editado pela Direcção-Geral da Saúde. Este foi aplicado na generalidade dos centros de saúde da Região em estudo supervisionado metodologicamente pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Foi entregue a todos os centros de saúde informação de retorno relativa ao questionário de satisfação dos utentes aplicado em Julho de 1999, cujos resultados, a nível regional e sub-regional, obtidos a partir de 39% de respostas (3971, num total de 10 200 questionários distribuídos), se sintetizam no *Quadro III*.

Como se pode constatar, é na dimensão «organização dos serviços» que se regista maior insatisfação dos utentes. Esta dimensão integra actividades como apoio do pessoal do centro de saúde, facilidade em marcar consultas, facilidade em contactar telefonicamente o centro de saúde e o médico de família, tempo de espera na sala e rapidez de resolução dos problemas urgentes.

A dimensão que registou o maior índice de satisfação foi «relação e comunicação», que integra aspectos como adequado atendimento na consulta (em tempo), interesse pelos problemas do utente, facilidade em comunicar com o médico, envolvimento nas decisões sobre os cuidados médicos, forma como o médico ouviu o utente, confidencialidade da informação clínica. Os centros de saúde comprometeram-se a aplicar, em 2000, um questionário compatível com o de 1999, por forma a obterem-se dados comparativos de evolução temporal das áreas em estudo.

6.4. Negociar o acordo de atribuição/acerto da distribuição de recursos financeiros

O processo de contratualização com os centros de saúde nunca chegou à distribuição de qualquer verba, mas apenas à explicitação sistemática da evolução dos custos por sectores. Isto permitiu uma análise mais fina da situação, a percepção pelas equipas directivas dos centros de saúde da sua contribuição local para o cômputo do panorama da relação actividades/custos. As sub-regiões proporcionaram também material abundante para a compreensão da necessidade de uma acção de regulação mais eficaz. O aperfeiçoamento da lista de indicadores para a contratualização permitiu nas discussões de negociação exercer uma acção de *benchmark*, na generalidade bem aceite pelas direcções dos centros de saúde [V. Anexo — retirado de Agência (ACSS) da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2000].

Quadro III
Satisfação dos utentes

Áreas	Satisfação dos utentes (percentagem)			
	Região	Sub-Região de Lisboa	Sub-Região de Santarém	Sub-Região de Setúbal
Relação e comunicação	74,91	76,61	72,58	71,79
Cuidados médicos	65,53	67,14	64,91	61,25
Informação e apoio	68,59	70,67	64,77	65,56
Continuidade e cooperação	58,48	60,02	55,75	56,33
Organização dos serviços	39,50	40,61	44,55	31,75

6.5. Acompanhar a execução do contratado, nomeadamente introduzindo mecanismos de incentivo e, eventualmente, de penalização

O único facto que funcionou como incentivo para os centros de saúde foi verem discutidos sistematicamente pela primeira vez e com profundidade técnica os seus planos de acção, agora em evolução para orçamentos-programa, num contexto mobilizador de aquisição progressiva de autonomia. Não havendo qualquer outro mecanismo de incentivo, tornou-se penalizador para aqueles que acreditaram em reflexos mais imediatos nos mecanismos de distribuição de recursos verem que o seu investimento em projectos específicos tiveram repercussões mínimas nos mecanismos de distribuição de recursos pelas sub-regiões.

6.6. Avaliar ganhos em saúde e bem-estar

Nesta área não me parece ter havido qualquer avanço por parte das agências. No entanto, uma análise mais intencional da base de dados de GDHs e do Inquérito Nacional de Saúde poderá começar a dar-nos pistas interessantes a curto prazo para estudos por unidades de saúde.

6.7. Produzir e divulgar conhecimento sobre os serviços de saúde nas diversas etapas tanto para os prestadores como para os outros elementos do sistema de saúde

As bases de dados constituídas pela Agência e potenciadas pelo sistema de informação criado na Região e as análises que a partir daí puderam ser feitas produziram de facto conhecimentos novos sobre os centros de saúde. Alguma dessa produção foi devolvida em tempo útil aos centros de saúde nas visitas de acompanhamento de Agosto/Setembro de 1999. Foi também divulgado em Julho de 2000 um relatório global da negociação referente a 2000 com os hospitais e centros de saúde da Região de Lisboa. Essa informação foi também partilhada com os representantes das autarquias (Câmaras Municipais da Amadora, Sintra, Almada, Sesimbra, Seixal, Cascais, Oeiras, Lisboa, Loures, V. F. de Xira, Alenquer, Arruda dos Vinhos e Azambuja) nas comissões de acompanhamento externo dos serviços de saúde — CAESS — entretanto criadas.

A avaliação da discussão dos OP 2000, feita pelos directores dos centros de saúde, colocou 50% com 4 pontos e 25% com 3 pontos, numa escala de 1 (mau) a 5 (muito bom), sendo os aspectos salientados como mais positivos o incentivo à utilização mais eficiente

dos recursos e o gerar informação relevante para a gestão. Salienta-se ainda que 90% concordaram inteiramente com os indicadores de análise utilizados.

7. Perspectivas para o futuro

7.1. As condições específicas para o exercício da contratualização

Ao nível político, estar claramente definida e assumida a estratégia para a área da saúde e reconhecida a função agência como contributo indispensável para a sua implementação.

Ao nível dos prestadores, tem de estar aceite como necessidade a existência de uma terceira parte com quem se partilhe a discussão de «onde se está», de «para onde se quer ir e como», e que essa discussão, para ser consequente, se faça ligada aos meios a utilizar nesse caminho.

Ao nível das agências, espera-se autonomia, capacidade técnico-científica de um conjunto multidisciplinar de técnicos que trabalhem de forma articulada com representantes da população organizados para o efeito.

A autonomia das agências pode permitir:

- a) Exercer a capacidade de manter o ritmo cíclico das actividades atrás referidas, de assegurar o cumprimento dos compromissos e de poder introduzir incentivos para quem cumpre os objectivos contratados;
- b) Gerir um sistema de informação próprio que possibilite tomar decisões nos processos de negociação/acordo e acompanhamento/avaliação;
- c) Dinamizar de forma permanente painéis especificamente constituídos para encontrar novas soluções para os problemas surgidos no caminho, para o efeito devendo manter um espírito de liderança para a reorganização de respostas em cuidados: adequados, eficazes e eficientes.

A participação de técnicos (com reconhecida capacidade técnico-científica, que se conseguirá pela escolha criteriosa dos técnicos para exercerem esta função), actuando de uma forma articulada com utentes organizados, promove uma abordagem necessariamente diferente, mas legitimada, para o exercício da função agência.

7.2. Cenários possíveis para a função agência

No quadro de uma possível reorganização do sector, e tendo em conta os diferentes entendimentos desta

função por parte das ARS, vários são os cenários que se afiguram como possíveis:

- Desaparecer como função individualizada da Administração;
- Passar a órgão de assessoria na área do planeamento e controle em saúde dos CA das ARS (reforçando o papel pedagógico);
- Tornar-se a única função da administração a nível regional, num modelo de facilitação relacional, confundindo-se, portanto, com a actual ARS;
- Ver reforçada a função de distribuição/afecção de recursos financeiros e tornar-se órgão desconcentrado do actual IGIF;
- Assumir-se como um modelo de autonomia institucional num quadro reorganizativo do próprio SNS e das suas relações com o sistema de saúde, alargando a contratualização às IPSS e aos prestadores privados, com funções no âmbito do acesso;
- Ver reforçado um conjunto de funções básicas e alargar a contratualização às IPSS e aos prestadores privados. Desta forma pode constituir-se na base de um modelo de autonomia institucional num quadro reorganizativo do próprio SNS e das suas relações com o sistema de saúde. No desenvolvimento deste último cenário, e acumulando as funções no âmbito do acesso aos cuidados de saúde, pode tornar-se uma «central» informadora e encaminhadora dos utentes, conforme as suas necessidades, de acordo com os diagnósticos de base populacional elaborados.

8. Em conclusão

A criação da Agência na RSLVT conseguiu introduzir uma maior transparência na utilização dos recursos de saúde e criou instrumentos que permitem um melhor controle dessa mesma utilização. Não podemos, no entanto, afirmar que influenciou a distribuição desses mesmos recursos. Todavia, desencadeou mecanismos de negociação interna num número apreciável de instituições abrangidas por este processo, o que poderá ter ocasionado uma distribuição mais criteriosa desses recursos.

Ao acompanharmos na contratualização a estratégia de saúde, a tónica posta pela Agência na discussão de dados da produção, tais como a diminuição dos atendimentos de urgência e a valorização de actos no domicílio, tanto os efectuados por médicos como por enfermeiros, revelou, em 1999, que a maior exigência no contratualizado teve correspondência no que foi produzido.

Podemos ainda dizer que os passos dados quanto à participação organizada de utentes na Agência (for-

mação e actuação das CAESS e fórum alargado para apresentação do contratualizado) e a estratégia que com esta participação se elaborou deram um peso muito maior na negociação às questões da qualidade e participação. Isto traduziu-se num maior empenho por parte das instituições prestadoras no tratamento de reclamações e sugestões, nos estudos de satisfação, na produção de informação adequada às necessidades dos cidadãos e na elaboração de estratégias locais de melhoria contínua da qualidade.

Por outro lado, os incipientes avanços na determinação de indicadores de necessidades de saúde prejudicam uma das dimensões básicas para a efectividade/equidade dos cuidados em termos de saúde da comunidade. A menorização nos termos de referência para o OP das actividades na comunidade, sobretudo as de prevenção e protecção de saúde, é um facto que introduz alguma perversidade no mecanismo de contratualização, se tivermos em devida conta o conceito abrangente de cuidados de saúde primários.

A diminuição da clareza nas orientações e na participação por parte de diversos órgãos centrais e regionais no processo de contratualização é sinal sentido pelos diversos actores como de descredibilização deste «mecanismo relacional» entre níveis da administração do nosso SNS.

□ Referências bibliográficas

APPLEBY, J.; MULLIGAN, J.-A. — How well is the NHS performing? London : King's Fund, 2000.

CAREY, R. G. — How to choose a patient survey system. *Journal on Quality Improvement*. 25 : 1 (1999) 20-25.

COULTER, A.; ENTWISTLE, V.; GILBERT, D. — Sharing decisions with patients : is the information good enough? *British Medical Journal*. 318 (1999) 318-322.

DESPACHO NORMATIVO N.º 46/97. D. R. I Série B. 182 (97-08-08) 4137 — Ministério da Saúde. Criação das agências de acompanhamento dos serviços de saúde.

DESPACHO NORMATIVO N.º 61/99. D. R. I Série B. 264 182 (99-11-12) 7959-7960 — Ministério da Saúde. Agências de contratualização.

ESPANHA. Xunta de Galicia — Methodological criteria for drawing up a contract-programme or singular sector-based agreement of specialized care using HPUs-experiences in Galicia. Santiago de Compostela : Xunta de Galicia, [199-].

OECD — Performance contracting : lessons from performance contracting case studies : a framework for public sector performance contracting : PUMA/PAC(99) 2. Paris : OECD, 1999.

PORTUGAL. Ministério da Saúde — Saúde, um compromisso : a estratégia de saúde para o virar do século : 1999-2002. Lisboa : Ministério da Saúde, 1999.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo — Estratégia de Saúde Regional : Plano de acção para 1998. Lisboa : ARSLVT, 1998.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Agência (ACSS) da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo — A função de agência : acompanhamento dos serviços de saúde. Lisboa : Agência (ACSS) da RSLVT, 1996 (doc. 1).

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Agência (ACSS) da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo — Acompanhamento externo dos serviços de saúde. Lisboa : Agência (ACSS) da RSLVT, 1997 (doc. 2).

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Agência (ACSS) da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo — Centros de saúde : orçamento-programa para 2000 : termos de referência e guia de apoio. Lisboa : Agência (ACSS) da RSLVT, 1999.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Agência (ACSS) da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo — Centros de saúde : orçamento-programa para 2001 : termos de referência e guia de apoio. Lisboa : Agência (ACSS) da RSLVT, 2000.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Agência (ACSS) da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo — Relatório da contratualização para 2000. Lisboa : Agência (ACSS) da RSLVT, 2000.

WILKIN, D.; HALLAM, L.; DOGGETT, M. A. — Medidas de necessidades e resultado em cuidados de saúde primários. Lisboa : ENSP, 1994 (tradução — não publicada — para a língua portuguesa da responsabilidade de alunos dos mestrados de Epidemiologia e de Saúde Comunitária).

□ Summary

PERFORMANCE CONTRACTING WITH HEALTH CENTRES IN THE HEALTH REGION OF LISBON AND TAGUS VALLEY

The experience on performance contracting of the Health Services Contracting Agency of the Health Region of Lisbon and the Tagus Valley is presented in what concerns the strategic framework adopted and also in what pertains to the contracting process itself.

A global assessment of performance contracting by the Agency during the 1996-2000 period is also presented. During this period positive effects could be observed as a result of the emphasis placed by the Agency in analysing and discussing health services production patterns — promoting home care, limiting use of emergency services — and also as a consequence of the efforts made for involving citizens in the contracting. Less positive was the limited focus placed in health promotion as a result of the slow progress made this far on the study of community health needs. The same can be said in relation to the diminishing interest on performance contracting by some central and regional management bodies.

Anexo

Critérios e indicadores para a contratualização

A) Critérios para análise dos orçamentos-programa 2001

Mantêm-se genericamente os critérios utilizados em 2000.

Critérios	Aspectos específicos a ter em conta
1. Enquadramento estratégico: consonância entre os objectivos apresentados e as prioridades e objectivos regionais e nacionais.	- Os objectivos estão quantificados e dizem respeito às áreas ou problemas de saúde considerados prioridades regionais? - Existem objectivos específicos de melhoria de <i>acessibilidade</i>, de <i>produtividade</i> e de <i>eficiência técnica</i> em relação ao funcionamento do centro de saúde? - Existem objectivos específicos de <i>qualidade</i> (estrutura e/ou processos ou procedimentos e/ou resultados)?
2. Mobilização da capacidade instalada: consonância entre a produção prevista e a capacidade instalada disponível em termos de horas anuais de trabalho profissional.	- Grau de aproveitamento das horas anuais instaladas e sua distribuição pelas diferentes actividades e produção prevista e tempos médios por unidade/acto assistencial em cada actividade. - Proporção relativa de afectação de recursos humanos e financeiros às diversas actividades. - Razoabilidade da proposta de afectação de recursos humanos às diversas actividades, tendo em conta o desempenho em anos anteriores.
3. Adequação I: aproximação da produção prevista às necessidades de saúde estimadas.	- Grau de adequação em relação às diferentes actividades, com especial atenção a: — Planeamento familiar; — Saúde materna; — Saúde infantil; — Assistência no domicílio (cuidados médicos e de enfermagem).
4. Adequação II: apreciação crítica da estrutura da despesa e do peso relativo de cada actividade.	Apreciação crítica da distribuição relativa de cargas horárias e de custos das diversas actividades em relação ao grau de cobertura das necessidades estimadas.
5. Produtividade/eficiência: relaciona os recursos (humanos e materiais) previstos e a produção proposta.	- Posição relativa dos valores de produtividade por grupo profissional, por cada actividade, comparativamente ao valor médio observado, de entre os propostos para 2000, nos centros de saúde que se situam entre a média e mais um desvio-padrão, na Região. - Posição relativa dos valores de custos unitários, por cada actividade, comparativamente ao valor médio observado, de entre os propostos para 2000, nos centros de saúde que se situam entre a média e menos um desvio-padrão, na Região (<i>benchmarking</i>).
6. Fontes de financiamento: diversificação e pesos relativos das origens dos fundos.	Para além do «subsídio de exploração», que fontes de financiamento estão previstas no OP?
7. Projectos.	Pertinência/adequação dos projectos apresentados no contexto geral do OP, designadamente com os objectivos, capacidade instalada, inovação, áreas de desenvolvimento prioritário, desenvolvimento de parcerias, etc.

-
8. Orçamento económico: razoabilidade do orçamento económico em relação a 1999, pressupondo ganhos em eficiência técnica devidos a intervenções activas de gestão e de aperfeiçoamento organizativo.

Estrutura:

- A dimensão relativa das diversas rubricas mantém-se abaixo dos limites estabelecidos a nível regional? Respectivamente:

- Pessoal < 32%;
- Medicamentos < 33%;
- Convencionados < 26%;
- Investimento e manutenção < 2%.

Crescimento 1999-2001:

- O crescimento dos custos totais previstos para 2001 mantém-se abaixo do valor $1,13 \times$ custos totais relativos a 1999?
- O crescimento das principais rubricas de custo mantém-se abaixo dos limites de crescimento estabelecidos a nível regional em relação aos valores base de 1999? Respectivamente:

- Pessoal < 1,10;
- Medicamentos < 1,10;
- Convencionados < 1,15.

- Existência de medidas ou compromissos de melhoria de eficiência técnica.
Medidas específicas de racionalização dos custos variáveis com medicamentos e com meios complementares de diagnóstico e terapêutica (realistas, tecnicamente exequíveis e profissionalmente aceitáveis).
-

B) Projectos

Centros de saúde. Projectos em áreas específicas 2001

Os projectos em áreas específicas deverão ser enquadrados numa perspectiva de incentivo às instituições, devendo o seu financiamento ser assegurado pelo CA da RSLVT.

O montante disponível para 2001 destinado à contratualização de projectos com os CS ou com as ARS corresponde a 0,5% do total disponível para o financiamento de cuidados de saúde primários da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Os projectos que irão ter início em 2001 devem enquadrar-se nas áreas de desenvolvimento estratégico da Região: prioridades em cuidados de saúde, melhoria da acessibilidade, de produtividade ou de eficiência técnica, da qualidade de estrutura e/ou processos ou procedimentos e/ou resultados (expressas nos critérios para a análise dos orçamentos-programa definidos pelo CA da RSLVT).

Os projectos devem demonstrar claramente um objectivo específico e um limite temporal, findo o qual não se verifica obrigatoriamente descontinuação na actividade se houver descontinuação do financiamento adicional.

Neste espírito, a rubrica «Custos com pessoal» só será financiada se estiver demonstrado o esgotamento da «capacidade instalada». Serão considerados os casos em que se justifique pagamento de horas extraordinárias.

Podem ser apresentadas necessidades específicas de investimento e formação para alguns dos projectos. No entanto, necessidades correntes nestas áreas (investimento e formação) não associadas especificamente a um projecto devem ser colocadas nos quadros do OP próprios para este efeito.

No que se reporta aos projectos que tiveram início em 2000 e que se candidatem em continuidade, a sua apreciação terá em vista, por um lado, os resultados já obtidos e, por outro lado, os critérios estabelecidos para 2001.

Os projectos de cuidados continuados deverão ser submetidos à Agência antes do compromisso final com as parcerias, sob pena de se tornar eventualmente inviável assegurar o financiamento dos custos a suportar pelo *sector saúde* nos projectos.

C) OP 2001 — Indicadores de análise para a contratualização (negociação e acompanhamento)

A informação que servirá de base ao cálculo dos indicadores para a negociação e monitorização do orçamento-programa do ano 2001 será recolhida (pela Agência), tal como em anos anteriores a partir de:

- Ficheiros que compõem o orçamento-programa 2001;
- Sistema de informação da Região (SIRSLVT);
- Resultados obtidos a partir da utilização de metodologias específicas, como, por exemplo, observação directa, aplicação de censos de um dia, ou outros; e ainda
- Outras fontes de idoneidade reconhecida.

Os indicadores têm em conta as dimensões *adequação, acessibilidade e utilização, qualidade, produtividade e eficiência e controle da despesa*.

Cada indicador será alvo de apreciação no que respeita à sua evolução no tempo (valor atingido em 1999, valor previsto para 2000 e valor proposto e/ou acordado para o ano 2001).

Benchmarking

Para os vários indicadores é apontado um valor de referência a utilizar como orientação.

Consoante o indicador, o valor de referência reflecte o valor normativo (VN), um valor médio ponderado (Vm) ou a indicação do conselho de administração da RSLVT (CA).

A ponderação do valor médio referido foi efectuada da seguinte forma:

- Para a *produtividade* por grupo profissional e por cada actividade, o número apontado foi calculado a partir do valor médio observado em 1999 nos CS da Região que se situam entre a média e mais um desvio-padrão.
- Para os *custos unitários* por cada actividade, o número apontado foi calculado a partir do valor médio observado em 1999 nos centros de saúde da Região.

Quando não é indicado valor de referência, o indicador será apreciado no contexto do comportamento histórico de cada centro e das linhas estratégicas apontadas em cada área específica de intervenção/prestação de cuidados (Vh).

Indicadores	Valor de referência
1. Adequação	
<i>1.1. Adequação à estratégia de saúde regional/parte I, «Ganhos em saúde», e parte II, «Centros de saúde»</i>	
1.1.1. Áreas de intervenção com objectivos definidos em termos específicos/áreas de intervenção constantes no Plano de Acção 99 (ARSLVT) $\times 100$	> 75%
1.1.2. Limite de crescimento global 2001/1999	< 1,13
1.1.3. Limite de crescimento com MEDs 2001/1999	< 1,10
1.1.4. Limite de crescimento com MCDTs 2001/1999	< 1,15
1.1.5. Limite de crescimento global 2001/2000	< 1,06
1.1.6. Limite de crescimento com MEDs 2001/2000	< 1,06
1.1.7. Limite de crescimento com MCDTs 2001/2000	< 1,065
1.1.8. Consonância entre as metas formuladas e a informação apresentada nos quadros do OP	$\approx 100\%$
2. Acessibilidade e utilização	
<i>2.1. Taxa de utilização anual de consultas por adultos</i>	
Número total de primeiras consultas gerais no ano de adultos e no grupo etário considerado/número total de inscritos no grupo etário considerado no CS $\times 100$	Vh
2.1.1. Valor global	
2.1.2. 15-44 anos	
2.1.3. 45-64 anos	
2.1.4. > 65 anos	

2.2. <i>Taxa de utilização anual em planeamento familiar (PF)</i> Número total de primeiras consultas de PF no ano/número de mulheres 15-44 anos inscritas no CS × 100	Vh
2.3. <i>Taxa de utilização em saúde materna</i> Número total de primeiras consultas de SM/número de inscritos 0-11 meses × 100	Vh
2.4. <i>Taxa de utilização em saúde infantil</i> Número total de primeiras consultas no ano e no grupo etário considerado/número de inscritos no CS no mesmo grupo etário × 100 0-11 meses 12-23 meses 2-14 anos	Vh
2.5. <i>Taxa de utilização em saúde de adultos</i> Número total de primeiras consultas no ano e no grupo etário considerado/número de inscritos no CS no mesmo grupo etário × 100 15-44 anos 45-64 anos > 65 anos	Vh
2.6. <i>Taxa de cobertura em saúde materna</i> Número total de primeiras consultas de saúde materna no ano/número estimado de crianças nascidas + + fetos mortos no mesmo ano × 100	Vh
2.7. <i>Taxa de cobertura em saúde infantil</i> Número total de inscritos no ano e no grupo etário considerado/número de residentes na área do CS no mesmo grupo etário × 100 0-11 meses 12-23 meses 2-14 anos	Vh
2.8. <i>Taxa de cobertura em saúde de adultos</i> Número total de inscritos no ano e no grupo etário considerado/número de residentes na área do CS no mesmo grupo etário × 100 15-44 anos 45-64 anos > 65 anos	Vh
2.9. <i>Percentagem de inscritos sem médico de clínica geral atribuído</i> Número de inscritos sem médico de clínica geral atribuído/total de inscritos em clínica geral	0%
2.10. <i>Garantia de acesso a primeira consulta de clínica geral/medicina familiar no prazo máximo de duas semanas a inscritos sem médico de clínica geral atribuído</i> Número de primeiras consultas de clínica geral a inscritos sem médico de clínica geral atribuído realizadas no prazo máximo de duas semanas/total de pedidos de primeiras consultas a inscritos sem médico de clínica geral atribuído	75%
2.11. <i>Utilização média de unidades de produção ponderada (UPP)</i> 2.11.1. UPP (total)/residentes 2.11.2. UPP (total)/inscritos 2.11.3. UPP (total)/utilizadores	Vh
3. Qualidade	
3.1. <i>Utilização média: número de consultas/número de primeiras consultas</i> 3.1.1. Planeamento familiar 3.1.2. Saúde materna 3.1.3. Saúde infantil 0-11 meses 3.1.4. Saúde infantil 12-23 meses 3.1.5. Saúde infantil 2-14 anos 3.1.6. Adultos 15-44 anos 3.1.7. Adultos 45-64 anos 3.1.8. Adultos > 65 anos	2-3 8-10 6-8 3-4 2-3 2-3 1-3 4-5

3.2.	<i>Precocidade de primeiras consultas de saúde materna</i>	
	Grávidas com primeira consulta de vigilância no 1.º trimestre/primeiras consultas de saúde materna × 100	≥70%
3.3.	<i>Precocidade de primeiras consultas de saúde infantil</i>	
3.3.1.	Primeiras consultas na vida a crianças < 2 meses/primeiras consultas na vida a crianças < 12 meses × 100	≥95%
3.3.2.	Primeiras consultas na vida a crianças < 1 mês /primeiras consultas na vida a crianças < 2 meses × 100	≥90%
3.4.	<i>Exame global de saúde</i>	
	Número de crianças 5-6 anos que fizeram exame global de saúde/total de crianças 5-6 anos inscritas no CS × 100	≥50%
3.5.	<i>Taxa de vacinação nas crianças 0-11 meses de vida</i>	
	Número de crianças 0-11 meses inscritas com PNV cumprido para o grupo etário/total de crianças 0-11 meses inscritas	≥95%
3.6.	<i>Número de guias de diabético distribuídas/número de diabéticos estimados</i>	≥75%
3.7.	<i>Número de diabéticos avaliados pelo Diabcare/número total de guias distribuídas</i>	≥50%
3.8.	<i>Participação dos utentes</i>	
3.8.1.	Comissão concelhia de saúde com pelo menos uma reunião anual e parecer escrito sobre o plano de actividades do centro de saúde	Sim
3.8.2.	STMR instalado e em funcionamento	Sim
3.8.3.	Disponer de um questionário de auscultação da opinião dos utentes e aplicá-lo com regularidade pelo menos 6/6 meses (exemplo: censo de um dia)	Sim
3.9.	<i>Mecanismos de facilitação da utilização dos serviços pelos utentes</i>	
3.9.1.	Marcação de consulta pelo telefone	Sim
3.9.2.	Horário de marcação presencial de consultas pelo menos em 2 períodos diários de segunda-feira a sexta-feira	Sim
3.9.3.	Ter bem visível para os utentes horários de consultas e tratamentos	Sim
3.9.4.	Ter bem visível para os utentes os circuitos internos de acesso a consultas e tratamentos	Sim
3.9.5.	Ter bem visível para os utentes na sala de espera, médico a médico, as presenças e as ausências em cada período de consulta	Sim
4. Produtividade		
4.1.	<i>Produtividade média em unidades de produção ponderada</i>	
4.1.1.	Unidades de produção ponderada total/total de médicos equivalentes	—
4.1.2.	Unidades de produção ponderada total/total de enfermeiros equivalentes	—
4.2.	<i>Ratio actividades (quantidade)/tempo (horas)</i>	
4.2.1.	Cuidados de saúde a adultos (consultas)	3,5-4,5
4.2.2.	Tratamentos de enfermagem no CS	3,5-4,5
4.2.3.	Entrevistas de enfermagem	3-4
4.2.4.	Sessões de educação para a saúde em grupo	1-1,5
4.2.5.	Cuidados médicos no domicílio	0,8-1,2
4.2.6.	Cuidados de enfermagem no domicílio	0,8-1,2
4.2.7.	Consulta de planeamento familiar	2,5-3,5
4.2.8.	Consulta de saúde materna	2,5-3,5
4.2.9.	Cuidados de saúde a crianças (consultas)	2,5-3,5
4.3.	<i>Produtividade geral em medicina geral e familiar</i>	
	Número total de cuidados personalizados de medicina geral e familiar realizados no ano/número total de UME (unidade médico-equivalente) em exercício no CS × 100 (excepto urgências)	2800 a 3800
4.4.	<i>Produtividade geral de enfermagem</i>	
	Número total de cuidados personalizados de enfermagem/número total de UEE (unidade enfermeiro-equivalente) em exercício no CS × 100	—

5. Eficiência e controle da despesa

5.1. Custos totais/unidades de produção ponderada (total) (eficiência global)	–
5.2. Custo médio total por residente por ano (milhares de escudos)	≤39%
5.3. Custo médio total por inscrito por ano (milhares de escudos)	≤35%
5.4. Custo médio total por utilizador por ano (milhares de escudos)	≤56%
5.5. Custo médio com MEDs por utilizador por ano (milhares de escudos)	≤19%
5.6. Custo médio com MCDTs por utilizador por ano (milhares de escudos)	≤14%
5.7. Custo médio total por consulta de adulto por ano (milhares de escudos)	≤11%
5.8. Custo médio por consulta de planeamento familiar (milhares de escudos)	≤12%
5.9. Custo médio por consulta de saúde infantil (milhares de escudos)	≤9%
5.10. Custo médio por consulta de gravidez (milhares de escudos)	≤15%