

## Projecto de Investigação

# *“INOVAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE: O CASO DA CONTRATUALIZAÇÃO EM PORTUGAL”*

## Relatório de Projecto

31 de Dezembro de 2007

**Coordenação:**

Ana Escoval

**Consultores:**

Jorge Correia Jesuino

Paulo Moreira

**Colaboradores:**

Alexandre Tomás

Cristina Canas Ferreira

Isabel Oliveira

Maria Alexandra Xardoné

Paulo Espiga

Rui Leão

Suzete Cardoso



INDICE TEMÁTICO

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| <b>I.</b>  | <b><i>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</i></b> .....  | <b>1</b>  |
| 1.         | <i>Breve Introdução</i> .....  | 1         |
| 1.1        | <b>Considerações sobre Contratualização em Saúde</b> .....                         | 3         |
| 1.2        | <b>Objectivos da Contratualização de Serviços de Saúde</b> .....                   | 4         |
| 1.3        | <b>Pontos Fortes e Aspectos Críticos da Contratualização</b> .....                 | 5         |
| 2.         | <b><i>Experiências de Contratualização na Europa</i></b> .....                     | 7         |
| 2.1        | <b>Aspectos Transversais à Contratualização em Países Europeus</b> .....           | 7         |
| 2.1.1      | Organização Vertical.....  | 7         |
| 2.1.2      | Contratos .....  | 7         |
| 2.1.3      | Sistemas de Pagamento a prestadores .....  | 8         |
| 2.2        | <b>O Processo de Contratualização no Reino Unido e em Espanha</b> .....            | 8         |
| 2.2.1      | Reino Unido .....  | 9         |
| 2.2.2      | Espanha .....  | 10        |
| 2.3        | <b>O Processo de Contratualização em Portugal</b> .....                            | 11        |
| 2.3.1      | Resultados da primeira aplicação do Processo de Contratualização em Portugal ..... | 14        |
| <b>II.</b> | <b><i>CONCEPTUALIZAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO MODELO</i></b> .....                 | <b>16</b> |
| 3.         | <b><i>Abordagem estratégica</i></b> .....  | <b>16</b> |
| 3.1        | <b>Plano Nacional de Saúde vs Ganhos em Saúde</b> .....                            | <b>16</b> |
| 3.2        | <b>Avaliação do Desempenho</b> .....   | <b>18</b> |
| 3.3        | <b>Dimensões de Análise</b> .....  | <b>21</b> |
| 3.4        | <b>Níveis de Responsabilidade</b> .....  | <b>23</b> |
| 3.5        | <b>Indicadores</b> .....   | <b>24</b> |
| 3.6        | <b>Conceitos</b> .....   | <b>25</b> |
| 4.         | <b><i>Operacionalização do modelo de contratualização</i></b> .....                | <b>26</b> |
| 4.1        | <b>Considerações Prévias</b> .....   | <b>26</b> |
| 4.2        | <b>Processo de Monitorização e Acompanhamento</b> .....                            | <b>30</b> |
| 4.2.1      | Objectivos .....   | 30        |
| 4.2.2      | Processo de apresentação e consenso com as ARS .....                               | 30        |
| 4.2.3      | Descrição do Modelo / Quadros .....  | 31        |

|             |  |           |
|-------------|--|-----------|
| 4.2.4       | Processo - Monitorização .....   | 32        |
| 4.2.5       | Sistema de Informação .....  | 34        |
| <b>4.3</b>  | <b>Pagamento pelos resultados no âmbito da Gestão integrada da doença – Uma experiência complementar de contratualização .....</b> | <b>34</b> |
| 4.3.1       | A aplicação à insuficiência renal crónica .....  | 35        |
| <b>III.</b> | <b><i>ANÁLISE CRÍTICA</i> .....</b>  | <b>37</b> |
| <b>5.</b>   | <b><i>Análise dos objectivos visados</i>.....</b>  | <b>37</b> |
| <b>5.1</b>  | <b>Análise do Cronograma/Workflow .....</b>  | <b>37</b> |
| 5.1.1       | Cronograma do Ficheiro de dados.....   | 37        |
| 5.1.2       | Cronograma do ficheiro de dados económico-financeiro.....  | 38        |
| 5.1.3       | Cronograma do report do acompanhamento .....   | 38        |
| <b>5.2</b>  | <b>Análise dos Objectivos Nacionais .....</b>  | <b>39</b> |
| 5.2.1       | Demora Média.....  | 39        |
| 5.2.2       | Taxa de Readmissão até 5 dias.....   | 39        |
| 5.2.3       | Percentagem de Primeiras Consultas no total de consultas médicas .....   | 40        |
| 5.2.4       | Percentagem de Cirurgia Ambulatória vs cirurgia Programada .....   | 40        |
| <b>IV.</b>  | <b><i>MODELO DE INCENTIVOS: Análise Comparativa, Impacto na Organização e nos Profissionais</i> .....</b>                          | <b>41</b> |
| <b>6.</b>   | <b><i>Visão sobre Incentivos em Saúde</i> .....</b>  | <b>41</b> |
| <b>6.1</b>  | <b>Introdução .....</b>  | <b>41</b> |
| <b>6.2</b>  | <b>Experiência Internacional: Uma base Conceptual.....</b>   | <b>44</b> |
| 6.2.1       | Enquadramento Teórico .....  | 44        |
| 6.2.2       | Incentivos no Sistema Saúde Sueco .....  | 44        |
| 6.2.3       | Impacto dos Incentivos no Reino Unido .....  | 47        |
| 6.2.4       | Incentivos no Sistema Nacional de Saúde Espanhol .....   | 54        |
| <b>6.3</b>  | <b>A Realidade Portuguesa: Um Estudo Exploratório.....</b>   | <b>56</b> |
| 6.3.1       | Abordagem Metodológica .....   | 56        |
| <b>6.4</b>  | <b>Apresentação de Resultados.....</b>   | <b>56</b> |
| <b>6.5</b>  | <b>Análise e Discussão de Resultados.....</b>  | <b>70</b> |
| <b>6.6</b>  | <b>Considerações finais.....</b>   | <b>77</b> |
| <b>V.</b>   | <b><i>A PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS NO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE</i> .....</b>                               | <b>79</b> |
| <b>VI.</b>  | <b><i>RECOMENDAÇÕES</i>.....</b>   | <b>81</b> |

**VII. ANEXOS.....83**

**VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....101**

## **INDICE DE ILUSTRAÇÕES**

|  |    |
|--|----|
| Figura 1: <i>Continuum</i> do Processo de Contratualização .....   | 2  |
| Figura 2: Peso da Despesa Total em Saúde no PIB (%) .....  | 12 |
| Figura 3: Despesa Total em Saúde per Capita em US .....  | 13 |
| Figura 4: Despesa em Saúde: Nacional, Pública e Privada .....  | 13 |
| Figura 5: Objectivos e Metas de Saúde. Adaptado de Orçamentos-programa, AASSLVT, 1999 .....                | 19 |
| Figura 6: Representação do Processo de Negociação .....  | 27 |
| Figura 7: Representação do Processo de Contratualização .....  | 28 |
| Figura 8: Análise Swot .....   | 28 |
| Figura 9: O Processo de Monitorização .....  | 33 |
| Figura 10: Percentagem de Envio de ficheiros nos prazos acordados .....                                    | 37 |
| Figura 11: N.º de dias com report de dados em atraso .....   | 38 |
| Figura 12: N.º de dias de atraso do Report de Acompanhamento .....   | 38 |
| Figura 13: Variação da Demora Média vs Objectivo .....   | 39 |
| Figura 14: Variação da Taxa de Readmissões ao Internamento nos primeiros 5 dias vs Objectivo .....         | 39 |
| Figura 15: Variação do peso das Primeiras Consultas no Total de Consultas vs Objectivo .....               | 40 |
| Figura 16: Variação do peso da cirurgia de ambulatório o Total de cirurgias programadas vs Objectivo ..... | 40 |
| Figura 17: Tabela das Categorias e respectivas Unidades de Contexto .....                                  | 57 |
| Figura 18: Tabela Planeamento: Objectivos iniciais da metodologia e Incentivos .....                       | 58 |
| Figura 19: Tabela Planeamento: Definição de Indicadores .....  | 58 |
| Figura 20: Tabela Planeamento: Envolvimento dos Profissionais .....  | 59 |
| Figura 21: Tabela da Atribuição de Incentivos: Tipo de Incentivos .....                                    | 59 |
| Figura 22: Tabela da Atribuição de Incentivos: Valor relativo atribuído .....                              | 60 |
| Figura 23: Tabela da Atribuição de Incentivos: Destinatários dos Incentivos .....                          | 61 |
| Figura 24: Tabela da Atribuição de Incentivos: Factores de exclusão de atribuição de incentivos .....      | 62 |
| Figura 25: Tabela do Impacto dos Incentivos: Acesso .....  | 63 |
| Figura 26: Tabela do Impacto dos Incentivos: Despesa .....   | 63 |
| Figura 27: Tabela do Impacto dos Incentivos: Qualidade .....   | 64 |
| Figura 28: Tabela do Impacto dos Incentivos: Guidelines Clínicas .....                                     | 64 |
| Figura 29: Tabela do Impacto dos Incentivos: Produtividade .....   | 65 |
| Figura 30: Tabela do Impacto dos Incentivos: Satisfação dos Profissionais .....                            | 66 |
| Figura 31: Tabela do Impacto dos Incentivos: Satisfação dos Clientes .....                                 | 67 |
| Figura 32: Tabela do Impacto dos Incentivos: Alterações Organizacionais .....                              | 67 |
| Figura 33: Tabela Dificuldades de Implementação: Objectivos e Avaliação .....                              | 68 |
| Figura 34: Tabela Dificuldades de Implementação: Gestão Intermédia .....                                   | 69 |
| Figura 35: Tabela Dificuldades de Implementação: Mudança .....   | 69 |
| Figura 36: Tabela Dificuldades de Implementação: Sistemas de Informação .....                              | 70 |

# I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

---

## 1. BREVE INTRODUÇÃO

---

O sector da saúde apresenta várias características que o diferenciam de praticamente todos os outros sectores de actividade. Os factores básicos que se encontram subjacentes às principais diferenças face a outros sectores da economia são diversos, de entre os quais se destacam: a existência de um forte juízo de valor sobre tudo o que se relaciona com o sector da saúde, dada a sua dimensão social; a presença dominante da incerteza (quanto ao momento em que cada indivíduo irá necessitar de cuidados, ao tipo de cuidados necessários e quanto aos resultados do tratamento prescrito); a assimetria de informação entre utilizador e prestador e também entre segurado e seguradora e a existência de externalidades - as decisões individuais têm um efeito interno mas podem ter também um efeito externo adicional, o exemplo mais comum é a vacina (Lucena et al, 1995).

Todos estes factores levam a uma intervenção pronunciada do Estado que, consoante os modelos adoptados pelos diferentes países, pode acumular funções na área da regulação, do financiamento, da gestão e da prestação. Embora o papel de regulador não seja, regra geral, questionado, dada a sua importância fulcral para o bom funcionamento dos sistemas de saúde, nomeadamente no que respeita à garantia da equidade no acesso e financiamento, o mesmo não se verifica no que respeita aos restantes papéis, o que tem gerado uma discussão alargada e continuada sobre a forma como deve concretizar-se a intervenção do Estado.

Durante os últimos anos, os sistemas de saúde europeus têm vindo a ser confrontados com importantes desafios, decorrentes da necessidade de garantir a sua sustentabilidade. Assim, a análise e discussão tem sido centrada na promoção da efectividade e da contenção de custos, particularmente no sector público, na necessidade de melhorar a eficiência na utilização de recursos escassos, na adequação das respostas às necessidades e preferências dos cidadãos, no imperativo de se colocar uma maior ênfase nos resultados de saúde e nos ganhos em saúde da população e na reflexão sobre o papel do Estado no sector da saúde (Saltman et al, 1998).

O envelhecimento da população, o desenvolvimento tecnológico, o aumento da oferta, o crescimento das expectativas dos cidadãos, assim como o seu nível de exigência relativamente aos serviços de saúde que lhes são prestados, são alguns dos aspectos que têm originado um crescimento significativo da procura destes cuidados e dos custos que lhes estão associados. Existindo à partida uma limitação de recursos disponíveis, a necessidade de uma utilização eficiente tornou-se, cada vez mais, um imperativo.

Muitas vezes, os momentos de dificuldades e de crise surgem como factor desencadeante que leva à inovação e à procura de novos caminhos. Assim, e de acordo com Saltman e Busse (2002), diversos países europeus,

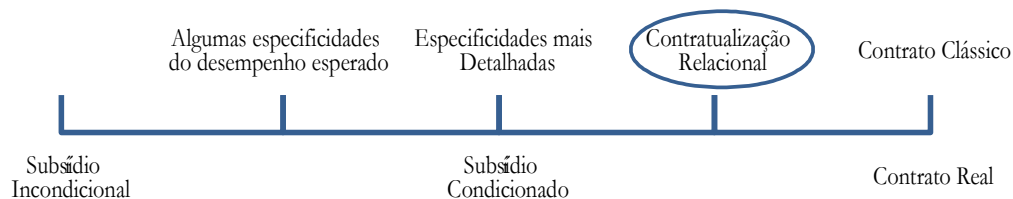
confrontados com graves crises financeiras e com profundos conflitos políticos, fizeram a opção estratégica de implementar nos sistemas de saúde públicos e no sector não lucrativo uma grande variedade de práticas utilizadas no sector empresarial, com o objectivo de estimular a inovação nos serviços prestados, melhorar a qualidade e promover a eficiência.

A *new public management*, como é referida na literatura anglo-saxónica, influenciou substancialmente o sector da saúde, tendo sido progressivamente disseminada nos países da OCDE ao longo da década de oitenta. Numa primeira fase, este novo modelo de gestão pública teve uma orientação fundamentalmente economicista, que não levava em linha de conta as especificidades do sector público. No entanto, a partir do início dos anos 90, emerge uma nova perspectiva em relação às políticas sociais, cujo paradigma é “reinventar a governação”, mais do que confiar excessivamente nas virtudes do mercado. Neste contexto, são desenvolvidos e aperfeiçoados alguns dispositivos instrumentais, ensaiados na década anterior, como é o caso da separação entre financiamento e prestação e o recurso ao modelo contratual, aos quais se reconhece, bem como à reorganização das formas de prestação, um grande potencial para introduzir melhorias no sistema (OPSS, 2001).

Mills e Broomberg (1998) referem, como resultados deste processo, melhorias de eficiência decorrentes de uma gestão descentralizada, da promoção da competição gerida entre prestadores e da substituição de estruturas de gestão hierárquica directa por relações contratuais entre compradores e prestadores, que promovem uma transparência acrescida nos preços, nas quantidades e na qualidade.

De acordo com um estudo da OCDE (1999), citado pelo relatório do OPSS (2003), num contexto em que o Estado financia o fornecimento de bens e serviços, o *continuum* do processo de contratualização desloca-se ao longo de um eixo em que de um lado se situa o subsídio incondicional e no outro extremo os contratos “clássicos” inteiramente executórios, dificilmente aplicáveis à área da saúde. À medida que nos movemos nesse eixo da esquerda para a direita, vão sendo impostas condições adicionais, que vinculam ambas as partes a um conjunto de obrigações, de entre as quais se evidencia o facto de a entidade contratada só receber pelos serviços prestados caso satisfaça todas as condições previamente definidas.

**Figura 1: Continuum do Processo de Contratualização**



Fonte: OECD. Performance contracting – Lessons from performance contracting case studies: a framework for Public Sector performance contracting. Paris OCDE, Head of Publications Services, 1999. <http://www.oecd.org/puma/>. (Adaptado)

Os contratos de *performance*, mais frequentemente aplicados na área da saúde, tendem a ser “relacionais”, focando-se mais no relacionamento entre as partes contratantes do que no formalismo do contrato.

Em países com sistemas de saúde do tipo Serviço Nacional de Saúde (SNS), particularmente no Reino Unido e na Suécia, que abandonaram estratégias de mercado interno em meados dos anos noventa, verifica-se uma tendência estabilizada para a adopção da *softcontracting* ou contratualização relacional, baseada mais na cooperação e na continuidade de relacionamento do que na competição (OPSS, 2003).

Embora os desafios que se colocam a cada país possam ser diversos e/ou ter uma extensão diferente, tem-se verificado uma assinalável convergência das medidas adoptadas no âmbito das reformas introduzidas do sector da saúde dos diferentes países. Uma das tendências verificadas, é a progressiva evolução dos sistemas que integram financiamento e prestação para modelos baseados na separação entre a responsabilidade de comprar serviços de saúde e a responsabilidade pela prestação desses mesmos serviços (Robinson et al, 2005). Reconhecendo o potencial desta abordagem, o World Health Report 2000 evidencia a aquisição estratégica de serviços de saúde como uma opção *major* para melhorar a *performance* dos serviços de saúde, na medida em que se passa de uma compra passiva para formas estratégicas e pró-activas que têm em conta quais os serviços de saúde a comprar, as formas de financiamento a ser utilizadas e quem devem ser os prestadores.

A revisão realizada pelo EOHSP (European Observatory on Health Systems and Policies - 2005) sobre a relação entre prestadores e compradores confirma a existência de algum sincronismo e de uma direcção partilhada no desenvolvimento de políticas em toda a Europa. A experiência europeia actual sugere que a contratualização é uma prática razoavelmente recente em muitos países, tendo tido um desenvolvimento mais significativo durante os anos noventa. No entanto, está a tornar-se numa forma cada vez mais importante de enquadrar as relações entre prestador e comprador na Europa ocidental (i.e. Dinamarca, Espanha e Reino Unido) e na Europa oriental (i.e. República Checa, Estónia, Geórgia, Lituânia, Roménia e Federação Russa).

#### 1.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE

*“Purchasing, like many other “modern” terms in health policy, does not have a clear-cut definition that commands broad consensus among experts, nor does it translate easily from English to other languages. Pragmatically...purchasing is understood as the allocation of financial resources to providers, differentiating passive forms of allocation from proactive allocation in light of health gain, responsiveness and efficiency goals.”* (Figueras et al, 2005. pp. 74).

Deste ponto de vista e sendo consensual que todos os sistemas de saúde praticam alguma forma de contratualização, que na sua forma mais rudimentar consiste na transferência de recursos para as instituições

prestadoras de serviços de acordo com os custos apresentados, a grande questão é implementar na prática formas estratégicas de compra que respondam às necessidades e expectativas das populações e que otimizem a relação custo/benefício, utilizando os mecanismos mais efectivos.

O processo de contratualização proporciona um contexto para o desenvolvimento de comportamentos desejados num quadro de gestão descentralizada, sendo os contratos de *performance* definidos como um conjunto de instrumentos de gestão utilizados para definir responsabilidades entre as partes e para conseguir resultados acordados mutuamente. No entanto, um processo de contratualização para ser bem sucedido, requer um enquadramento que facilite uma gestão relacional continuada, diálogo e negociação (OCDE, Puma/Pac (99)2).

Outro grande desafio que se coloca é a medição do impacto da contratualização no desempenho dos sistemas da saúde. Considerando como objectivos chave de um sistema de saúde a melhoria do nível de saúde da população, a capacidade de resposta às diferentes necessidades, a equidade do financiamento e a eficiência na utilização de recursos, é difícil conseguir avaliar o impacto da contratualização e distingui-lo dos efeitos de outras funções do sistema da saúde, tais como a prestação, a criação de recursos ou o *stewardship*. Torna-se assim muito difícil, senão mesmo impossível, estabelecer de forma directa uma relação inequívoca de causalidade entre a consecução dos objectivos de um sistema de saúde e a estratégia de contratualização adoptada (Figueras et al, 2005). Não há evidência de que seja possível definir indicadores específicos que meçam exclusivamente os efeitos da contratualização.

## 1.2 OBJECTIVOS DA CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os objectivos da contratualização de serviços de saúde podem ser sumariados na contribuição para uma melhor resposta às necessidades e expectativas de saúde das populações assim como para tornar a prestação de cuidados de saúde mais efectiva e eficiente.

Segundo Savas et al (1998) a racionalidade da separação entre aquisição e prestação de serviços de saúde, subjacente a um processo de contratualização, é descrito em cinco pontos principais: i) Os serviços devem ser melhorados ligando planos e prioridades à alocação de recursos; ii) As necessidades em saúde e expectativas dos cidadãos devem ser tidas em conta; iii) Os incentivos financeiros e os instrumentos de monitorização podem melhorar a performance dos prestadores; iv) A separação de funções pode diminuir a rigidez administrativa; v) A separação de funções pode ser usada para introduzir concorrência ou contestabilidade entre prestadores públicos e usar mecanismos de mercado que melhorem a eficiência.

É importante ter presente que a contratualização não é um objectivo em si mesmo, devendo ser entendida como um instrumento e não como um fim. As experiências de alguns países europeus, nomeadamente da Inglaterra e

de Espanha (Catalunha), apontam para que a contratualização seja considerada como um mecanismo que integra um processo bastante mais alargado de reforma do sistema de saúde que a deve enquadrar e reforçar (MS, Comissão para a Contratualização em Saúde, 2006).

### 1.3 PONTOS FORTES E ASPECTOS CRÍTICOS DA CONTRATUALIZAÇÃO

A contratualização de serviços de saúde foi proposta como um meio de melhorar a capacidade de resposta aos cidadãos e de aumentar a eficiência através da minimização de custos associados à prestação de serviços. De acordo com a teoria económica, a contratualização estimula a competição entre os prestadores. Como consequência, e seguindo Pavignani e Colombo, os prestadores são forçados a adoptar soluções inovadoras e a ajustar os preços (ou ajustar os custos nos casos em que os preços são fixados administrativamente) para irem ao encontro da procura e das condições por ela determinadas.

Adicionalmente, as relações contratuais levam a um melhor conhecimento dos custos por parte dos gestores/compradores e reforçam a transparência das negociações. Ambos os factores referidos contribuem para um aumento da eficiência, sendo ainda argumentado que a contratualização promove uma responsabilidade de gestão descentralizada, um meio com potencial para conseguir ganhos de eficiência quando comparado com uma estrutura burocrática e altamente centralizada, considerando que esta tem elevados custos uma vez que não dá lugar à tomada de decisões rápidas e eficazes. Todos estes argumentos foram abraçados pelos defensores da contratualização (Pavignani e Colombo).

Contudo, são apontados diversos pontos críticos aos processos de contratualização. Numa primeira análise, esta pode ser considerada mais dispendiosa que a gestão centralizada, pois os custos associados à formação de pessoal, reengenharia organizacional e alteração cultural, surgem antes dos resultados. Acresce que, existem também mais operações e transacções que têm custos associados. O desenho dos contratos, o desenvolvimento de sistemas de pagamentos apropriados, a especificação de níveis de qualidade e a monitorização da *performance* requerem um elevado nível de capacidades técnicas e de gestão, para além de sistemas de informação fiáveis e integrados. Mesmo quando se verificam ganhos de eficiência, os custos surgem primeiro.

Outro aspecto a merecer referência, é o facto de a competição entre prestadores ser frequentemente limitada, uma vez que prevalecem relações contratuais de longo prazo. Tal pode resultar em comportamentos oportunistas dos prestadores, dado que possuem um nível de informação superior ao dos compradores (Pavignani e Colombo).

Finalmente, a contratualização de serviços de saúde não é uma solução que permita obter o mesmo nível de resultados em todos os países, uma vez que estes estão muito dependentes do tipo de organização, do desenvolvimento dos sistemas de saúde e do enquadramento político, económico e social. O nível de resultados a que cada país individualmente consegue chegar é bastante variável (Robinson et al, 2005).

---

## 2. EXPERIÊNCIAS DE CONTRATUALIZAÇÃO NA EUROPA

---

Os sistemas de saúde europeus apresentam uma grande diversidade em termos das organizações que têm como função a compra de serviços de saúde. Os países diferem quanto ao tipo de organizações que actuam como compradoras (por exemplo: o governo central, governos regionais, municípios, seguros de saúde), ao número de organizações com esta função e à forma como interagem umas com as outras. Também diferem em termos de fundos financiadores (por exemplo segurança social vs. impostos) e de jurisdição (Robinson et al, 2005).

### 2.1 ASPECTOS TRANSVERSAIS À CONTRATUALIZAÇÃO EM PAÍSES EUROPEUS

#### 2.1.1 ORGANIZAÇÃO VERTICAL

As funções de compra podem ter lugar ao nível macro (central), meso (regional) ou micro (local), sendo que cada uma destas categorias pode não excluir as outras. Frequentemente existem elementos de mais do que um nível em cada país.

O nível meso é o modelo mais disseminado quer se trate de compradores em sistemas de segurança social como a França, a Alemanha e a Holanda, quer em sistemas de governação local, como é o caso da Espanha e da Itália. O nível macro está mais associado a países da Europa de leste, embora mesmo aqui esteja a ser substituído por modelos mais descentralizados. Os compradores de serviços de saúde a nível micro têm uma extensão relativamente reduzida, mas são exemplos os governos locais nos países nórdicos e os cuidados primários em Inglaterra (Robinson et al, 2005).

#### 2.1.2 CONTRATOS

Seguindo os autores acima referidos, os contratos são talvez a parte mais prática e com maior visibilidade do processo de contratualização. Constituem um instrumento chave através do qual os compradores podem influenciar os prestadores. São utilizados para explicitar quais os serviços e em que termos devem ser prestados assim como para definir as condições de alocação do risco que estão subjacentes.

Apesar de, como já foi referido, todos os sistemas de saúde exercerem alguma forma de contratualização, para que esta possa ser efectiva é considerada necessária, embora não suficiente, a existência de compradores a nível *meso* ou *micro* pois só nestas condições os compradores têm um nível de autonomia que lhes permite

estabelecer relações contratuais com os prestadores que supram as reais necessidades das populações. Por outro lado, criam-se condições de proximidade que facilitam a monitorização dos serviços prestados.

### 2.1.3 SISTEMAS DE PAGAMENTO A PRESTADORES

Os métodos de pagamento a prestadores podem incorporar muitos incentivos perversos: baixa produtividade e eficiência reduzida, para além de problemas de qualidade e de selecção adversa, são disso exemplo. As reformas levadas a cabo, no sentido de limitar estes problemas, tiveram como orientação os pagamentos por capitação no caso dos cuidados de saúde primários e orçamentos globais construídos com base na actividade (volume e preços) nos cuidados diferenciados. Na Europa ocidental, os métodos de pagamento aos hospitais evoluíram gradualmente de sistemas de reembolso retrospectivo para orçamentos globais e, crescentemente, para pagamentos por caso baseados em sistemas de classificação de doentes como os GDH. Combinações de orçamentos globais com GDH/ajustados pelo case-mix são encontrados em diversos países europeus, incluindo, Bélgica, França, Alemanha, Itália, Espanha e Portugal (Robinson et al, 2005).

Sistemas de financiamento hospitalar baseados em GDH são muito utilizados devido à facilidade de operacionalização e ao nível de custos que envolvem. À adopção deste sistema em Portugal são reconhecidas diversas vantagens, como a objectividade, o incentivo à eficiência, a introdução do conceito de partilha de risco financeiro e as externalidades informacionais, nomeadamente a criação de bases de dados, até aí quase inexistentes (Bentes e Barardo, 2003). São também apontadas pelas mesmas autoras algumas insuficiências, como sejam a utilização de médias, que transporta para o financiamento a ineficiência global do sistema, a utilização de estimativas para determinação de custos, a utilização de valores extra-nacionais, a pouca sensibilidade a novas actividades e a insuficiência de mecanismos de revisão orçamental.

Para além destes aspectos é também questionada, por alguns autores, a adequação e efectividade deste sistema de classificação de doentes.

## 2.2 O PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO NO REINO UNIDO E EM ESPANHA

Para uma análise mais detalhada do processo de contratualização, em alguns países europeus, foram seleccionados o Reino Unido e a Espanha pela semelhança de organização do sistema de saúde relativamente a Portugal e pelo processo de desenvolvimento que tem sido seguido, existindo ainda o argumento da proximidade geográfica no caso da Espanha.

### 2.2.1 REINO UNIDO

A criação de um mercado interno no NHS nos anos oitenta constituiu a mais profunda das mudanças culturais e organizacionais, desde a sua criação em 1948. Pretendeu-se que as unidades prestadoras de cuidados de saúde (hospitais e centros de saúde) passassem a organizar-se como sub-modelos empresariais com autonomia de gestão, cujo financiamento dependia da obtenção de contratos com as administrações de saúde e com os clínicos gerais – GP foundholders (Santos R, 1999 - 5).

Walsh, N. (1997), refere como principais iniciativas de promoção de um mercado interno, desenvolvidas no NHS a partir do fim dos anos oitenta:

- a separação de funções entre os níveis central e local;
- a transformação das autoridades sanitárias em organismos compradores de cuidados de saúde e o incremento da actividade dos clínicos gerais através de incentivos à sua transformação em gestores de fundos públicos para aquisição de serviços;
- ao nível da prestação, incentivos à transformação dos hospitais públicos em instituições autónomas (trusts), com capacidade para competir no mercado pelos recursos disponíveis para atendimento aos utentes.

Segundo Ham (1998), as mudanças operadas transformaram o sistema hierárquico integrado num modelo contratual que estabelecia o vínculo entre financiadores/compradores (autoridades de saúde e GP fundholders) e prestadores. Este modelo, introduzido como fazendo parte das reformas de mercado internas de 1991, assentava num sistema contratual, através do qual os compradores especificavam os serviços que desejavam adquirir e em que termos estes deveriam ser prestados. O mesmo autor sublinha ainda que a introdução de incentivos à concorrência foi feita sob forte regulação, considerando que os efeitos da reforma, nesta dimensão, são geradores de um mercado gerido (*quasi market*) e não de um verdadeiro mercado interno.

Mais tarde, em 1997, e com o objectivo de reduzir os custos de transacção que lhes estavam associados, os contratos foram substituídos por acordos de serviço e financeiros. Estes, apesar de continuarem a expressar as expectativas dos compradores consideravam um horizonte temporal de mais longo prazo.

Mais recentemente, em 2004, foi introduzido um novo sistema de pagamento, com base nos Diagnosis Related Groups e em preços nacionais *standard*, cuja finalidade apontada é conseguir maior ênfase na qualidade de serviços (Robinson et al, 2005).

As alterações operadas na forma de organização do sistema de saúde implicaram também, como seria expectável, alterações ao nível das instituições prestadoras. Estas instituições, continuando a fazer parte do

NHS, foram reconfiguradas em organizações independentes não governamentais, as chamadas *NHS trusts*, supervisionadas por um *board* de directores que beneficia de maior autonomia e liberdade de acção, relativamente aos seus predecessores, no sistema hierárquico integrado.

Esta maior independência respeita fundamentalmente a políticas de emprego e de utilização de capital. A concorrência, que era suposto desenvolver-se no terreno, entre as unidades prestadoras de serviços de saúde foi muito diminuta, tendo-se tornado evidente que a regulação imposta ao mercado emergente limitava severamente a sua liberdade (Robinson et al, 2005). A criação das *NHS trust foundation*, ocorrida ultimamente, veio valorizar a autonomia dos prestadores locais. Esta política permite às *NHS trusts*, candidatarem-se a um estatuto de *foundation*, que lhes dá acesso a autonomia adicional relativamente à regulação e ao controlo central.

Flynn (1997) considera que tendo existido mudanças significativas no enquadramento e nas formas de contratualização adoptadas, existe também uma considerável incerteza sobre o seu verdadeiro impacto, pois avaliar os resultados globais de todos os desenvolvimentos torna-se quase impraticável. Evidenciam-se, no entanto, alguns aspectos de natureza institucional e comportamental.

O modelo de contratualização introduzido no Reino Unido teve importantes consequências na estrutura das instituições, tornando-as também menos resistentes à mudança. De uma forma global, os serviços melhoraram em termos de celeridade, eficiência e confiança. Entre as agências e o governo tendiam a existir alguns problemas de relacionamento uma vez que cada um destes stakeholders parte de objectivos diferentes, as primeiras numa lógica de *output* e o governo numa perspectiva de *input* financeiro (Escoval, 2003).

O plano para o NHS, introduzido no virar do século – *NHS A First Class Service* (1999) complementado pelo *The NHS Performance Assessment Framework* (1999) - vem tentar criar um equilíbrio entre objectivos de eficiência e as condições de acesso, equidade e integração de serviços que respondam às necessidades e expectativas dos cidadãos.

## 2.2.2 ESPANHA

O objectivo das propostas mais recentes de organização, financiamento e gestão do sistema de saúde espanhol é a melhoria da eficiência, sem prejuízo da equidade já conseguida, tendo este país procurado introduzir na reforma do seu sistema de saúde, como instrumento privilegiado, a contratualização, quer a nível externo, quer interno (Escoval, 2003).

Os serviços regionais de saúde são financiados, principalmente, através de uma subvenção que é transferida em bloco pelo governo central, de acordo com critérios estabelecidos no “decreto da devolução” baseado na população de cada comunidade autónoma e nas suas características (Flynn e Williams, 1997). Os modelos de contratualização com os hospitais tiveram os seus primeiros desenvolvimentos no início dos anos noventa. A região da Catalunha foi pioneira na adopção deste projecto, que se alargou posteriormente a outras regiões.

De acordo com o EOHSP (2005), a orientação para um sistema baseado em contratos reflecte o desejo de adopção de um conjunto de medidas de *performance* acordadas, que permitem a comparação entre hospitais. Um primeiro ensaio sobre medidas de actividade que serviam de base ao pagamento da actividade hospitalar teve lugar em 1991, tendo sido posteriormente melhorado ao longo do tempo. A introdução de um sistema de pagamentos baseado nos DRG, veio também contribuir para a construção de contratos com objectivos de actividade e de qualidade.

Tal como aconteceu no Reino Unido, também em Espanha as organizações hospitalares sofreram alterações em função das novas regras introduzidas no sistema de saúde. Desde o início da década de noventa, começaram a surgir hospitais que adoptaram um estilo de organização e gestão privada, particularmente na Catalunha e Andaluzia. Por sua vez, a legislação de 1999 veio abrir o sector hospitalar, e já numa base nacional, a formas de organização mais flexíveis (Robinson et al, 2005).

Referindo Escoval (2003), de acordo com diversos autores existe uma avaliação positiva do processo de contratualização encetado no país vizinho na década de noventa, embora apenas pareça ter havido melhorias nítidas ao nível dos resultados financeiros, dado ser este o aspecto mais evidente do processo.

Acresce ainda que o impacto de variáveis externas adversas, como indecisões políticas e falta de outras medidas complementares ou a inexistência de um sistema de informação de saúde integrado, não tem permitido que a contratualização atinja os resultados possíveis e desejáveis. No entanto, a maior transparência adquirida pelas operações e pelos resultados, permite que gestores e governantes considerarem a experiência um sucesso.

### 2.3 O PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO EM PORTUGAL

Portugal não se constitui como excepção no cenário dos desafios de efectividade e eficiência que se colocam de forma generalizada por toda a Europa. A tendência de aumento progressivo dos custos em saúde verificada nos países da União Europeia, nas últimas décadas, tem tido paralelo em Portugal com o peso da parcela do PIB

afecta a sector a passar de 2,6% em 1970 para 10,1% em 2004 como se pode verificar na Fig. 2 (OCDE, 2006). A partir de 1995, Portugal ultrapassa mesmo a média da União Europeia a 15.

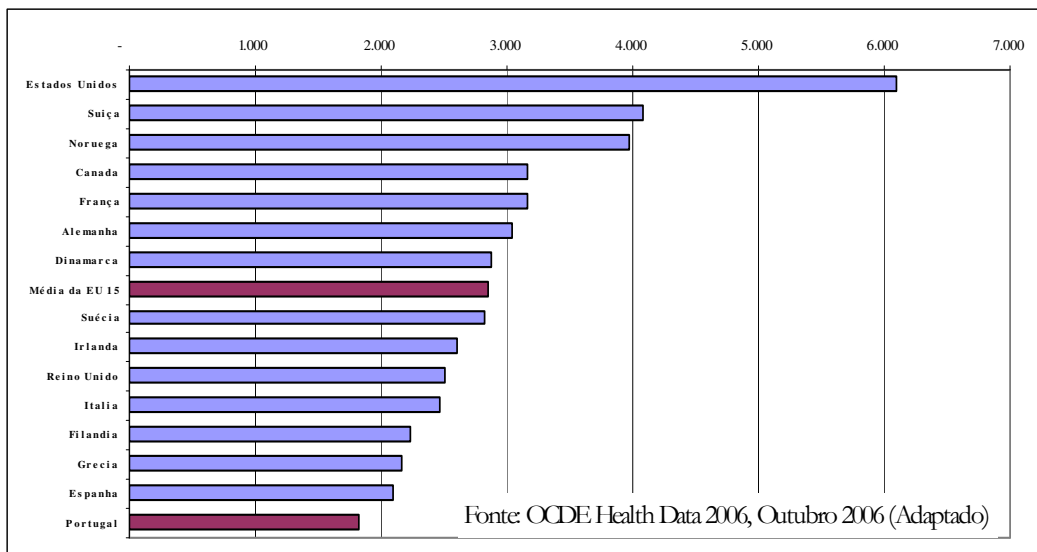
**Figura 2: Peso da Despesa Total em Saúde no PIB (%)**

|                 | 1970       | 1975       | 1980       | 1985       | 1990       | 1995       | 2000       | 2004        |
|-----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Bélgica         | 3,9        | 5,6        | 6,3        | 7,0        | 7,2        | 8,2        | 8,6        | ...         |
| Canadá          | 7,0        | 7,1        | 7,1        | 8,2        | 9,0        | 9,2        | 8,9        | 9,9         |
| Dinamarca       | ...        | 8,7        | 8,9        | 8,5        | 8,3        | 8,1        | 8,3        | 8,9         |
| Finlândia       | 5,6        | 6,2        | 6,3        | 7,1        | 7,8        | 7,4        | 6,7        | 7,5         |
| França          | 5,3        | 6,4        | 7,0        | 7,9        | 8,4        | 9,4        | 9,2        | 10,5        |
| Alemanha        | 6,2        | 8,6        | 8,7        | 9,0        | 8,5        | 10,1       | 10,3       | 10,6        |
| Grécia          | 6,1        | ...        | 6,6        | ...        | 7,4        | 9,6        | 9,9        | 10,0        |
| Irlanda         | 5,1        | 7,3        | 8,3        | 7,5        | 6,1        | 6,7        | 6,3        | 7,1         |
| Itália          | ...        | ...        | ...        | ...        | 7,7        | 7,1        | 8,1        | 8,7         |
| Noruega         | 4,4        | 5,9        | 7,0        | 6,6        | 7,7        | 7,9        | 8,5        | 9,7         |
| <b>Portugal</b> | <b>2,6</b> | <b>5,4</b> | <b>5,6</b> | <b>6,0</b> | <b>6,2</b> | <b>8,2</b> | <b>9,4</b> | <b>10,1</b> |
| Espanha         | 3,5        | 4,6        | 5,3        | 5,4        | 6,5        | 7,4        | 7,2        | 8,1         |
| Suécia          | 6,8        | 7,6        | 9,0        | 8,6        | 8,3        | 8,1        | 8,4        | 9,1         |
| Suíça           | 5,5        | 7,0        | 7,4        | 7,8        | 8,3        | 9,7        | 10,4       | 11,6        |
| Reino Unido     | 4,5        | 5,5        | 5,6        | 5,9        | 6,0        | 7,0        | 7,3        | 8,1         |
| Estados Unidos  | 7,0        | 7,9        | 8,8        | 10,1       | 11,9       | 13,3       | 13,3       | 15,3        |
| <b>EU 15</b>    | <b>4,8</b> | <b>6,4</b> | <b>6,9</b> | <b>7,1</b> | <b>7,3</b> | <b>7,9</b> | <b>8,1</b> | <b>9,0</b>  |

Fonte: OCDE Health Data 2006, Outubro 2006 (Adaptado)

No entanto, relacionando o peso relativo da Despesa em Saúde no PIB com a Despesa *per capita* em US\$ PPP, verifica-se que Portugal, embora registe um peso da Despesa no PIB superior à média comunitária, ao nível da Despesa *per capita* em US\$ PPP, no ano de 2004, apresenta um valor bastante inferior à média da União Europeia a 15 (Figura 3). Contudo este indicador cresceu 1,5% face a 2003, cifrando-se agora nos 1.824 US\$ (OCDE, 2006).

**Figura 3: Despesa Total em Saúde per Capita em US**



Factores como a evolução tecnológica na área da medicina, o envelhecimento da população e o aumento dos preços dos medicamentos estão na base do elevado crescimento dos custos em saúde. Este crescimento tem grande influência nos Orçamentos Públicos, com o peso da despesa pública em saúde na despesa efectiva do Estado a situar-se na ordem dos 26%, entre 2000 e 2004.

De acordo com a Fig. 4, em 2004, a despesa pública em saúde cresceu mais do dobro que a despesa nacional, o que fez com que seu peso no total assumisse 73,2%, aproximando-se, mas ainda abaixo, da média europeia a 15, que é de 76%.

**Figura 4: Despesa em Saúde: Nacional, Pública e Privada**

Em milhões de euros

|  | 2000     | 2001     | 2002     | 2003     | 2004     | 2005     |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Despesa Corrente do Subsector Estado (a)                       | 27.814,3 | 29.450,5 | 33.688,3 | 33.095,5 | 37.074,0 | 38.625,7 |
| Despesa Pública em Saúde (b)                                   | 7.364,0  | 8.095,0  | 8.466,0  | 8.736,0  | 9.554,5  | n.a      |
| Despesa Privada em Saúde (b)                                   | 3.236,0  | 3.371,0  | 3.535,0  | 3.790,0  | 3.501,6  | n.a      |
| Despesa nacional Pública em Saúde                              | 10.600,0 | 11.466,0 | 12.001,0 | 12.526,0 | 13.056,1 | n.a      |
| Peso Desp. Pública em Saúde na Despesa Corrente do Estado em % | 26,5     | 27,5     | 25,1     | 26,4     | 25,8     | n.a      |

**Despesa Pública e Privada na Despesa Nacional em Saúde em %**

|                              | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Despesa Pública em Saúde (b) | 69,5 | 70,6 | 70,5 | 69,7 | 73,2 | n.a  |
| Despesa Privada em Saúde (b) | 30,5 | 29,4 | 29,5 | 30,3 | 26,8 | n.a  |

(a) Fonte: Conta Geral do Estado (DGD)

(b) Fonte: Conta Satélite da Saúde INE (IGIF/OCDE)

A evolução verificada, coloca Portugal perante o desafio de conseguir um efectivo controlo do crescimento das despesas em saúde, em particular das despesas públicas, e de atingir uma superior eficiência na utilização de recursos escassos.

No sentido de contribuir para este desafio, que já se coloca há vários anos, e de melhorar a capacidade de resposta às necessidades e expectativas dos cidadãos, a partir de 1996/1997, começa a desenvolver-se o processo de contratualização, sendo criadas as Agências de Contratualização, inicialmente designadas por Agências de Acompanhamento.

De acordo com o OPSS (2003) pretendia-se flexibilizar e dar maior capacidade de inovação à administração em saúde através da introdução de mecanismos empresariais, da centralidade do cidadão e da passagem de uma gestão de recursos para uma gestão de resultados. Apostava-se, então, na separação das funções de financiamento e de prestação de cuidados. No entanto, por razões políticas, o processo foi perdendo força a partir de 2000, ficando as Agências de Contratualização remetidas a uma existência quase virtual.

Em 2003, com a criação de 31 Hospitais SA, surgem de novo os Contratos-Programa com definição dos serviços a prestar por linha de produção, o nível de produção contratada, as condições em que os serviços deviam ser prestados, assim como o seu valor. Estes contratos eram celebrados directamente com o Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF), ao nível central de administração, sendo o controlo económico-financeiro dos mesmos da responsabilidade da Unidade de Missão dos Hospitais SA (UMHSA).

### 2.3.1 RESULTADOS DA PRIMEIRA APLICAÇÃO DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO EM PORTUGAL

Os estudos existentes sobre o impacto do processo de contratualização iniciado em 1997, apontam sobretudo para alterações qualitativas ao nível organizacional no que respeita às instituições e ao nível comportamental no que se refere aos actores envolvidos, não existindo conclusões quantitativas em termos de efectividade e eficiência.

Um estudo realizado em 2001/2002, focalizado em sete hospitais da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) com o objectivo de identificar o impacto do processo de contratualização desenvolvido, concluiu pela impossibilidade de detectar efeitos significativos, devido essencialmente ao curto período em que decorreu o processo, ao deficiente apoio político para a transferência do financiamento para este modelo, ao regime jurídico da administração pública e ao deficiente sistema de informação (Freitas, 2002). Consta, no entanto, que foi estabelecida uma ligação entre a Agência e os hospitais, conduzida por relações de exigência e rigor, algumas das quais foram transpostas para o interior das organizações. Refere ainda que os gestores hospitalares participaram em decisões relevantes das ARS, que foram clarificados aspectos que

condicionam a actividade hospitalar e que normalmente não são tidos em conta nos relatórios de avaliação *standard* e ainda que existiu uma dimensão motivacional importante.

Foram também identificados três elementos relevantes na informação utilizada nos hospitais: as listas de espera (acessibilidade), a estatística (actividade) e a contabilidade analítica (eficiência e custos), sendo que qualquer deles mereceu fortes reservas quanto à possibilidade de serem utilizados para avaliar e comparar hospitais, nomeadamente as listas de espera (OPSS, 2003).

Segundo Escoval (2003), referida no Relatório de Primavera do OPSS em 2003, sobre as condições de implementação da contratualização em Portugal, sugere que, quer os profissionais directamente envolvidos no processo, quer os dirigentes da saúde, entendem que a Agência deveria ter total poder sobre a distribuição de recursos e que esta função deveria ser potenciada enquanto instrumento para uma nova política de saúde orientada para um compromisso explícito no sentido de melhorar o desempenho dos serviços de saúde. Estes profissionais consideram também que a introdução da contratualização veio trazer alterações no comportamento dos dirigentes da saúde, introduzindo mais rigor e preocupação no processo de discussão dos resultados, quer a nível inter-institucional, quer intra-institucional.

## II. CONCEPTUALIZAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO MODELO

---

### 3. ABORDAGEM ESTRATÉGICA

---

#### 3.1 PLANO NACIONAL DE SAÚDE VS GANHOS EM SAÚDE

(Programa do Governo, Grandes Opções do Plano para 2007 e 2008, Plano Nacional de Saúde 2004-2010)

Na senda de uma gestão participada e descentralizada do SNS, como previsto na Constituição, o Programa do XVII Governo Constitucional define na sua agenda, para a área da saúde, a revisão da orgânica do SNS e a introdução da cultura e práticas de contratualização a todos os níveis.

Poucos meses após o início da actual legislatura, foram publicados dois diplomas legais, (Despachos nº 22 250/2005 e nº 23 825/ 2005) que mais não consubstanciam que o retomar de um processo que teve o seu início em 1996/1997, mas que foi interrompido em 2000, e a inerente “reactivação” das Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde, emerge como uma afirmação política sobre a importância da contratualização e a necessidade de a generalizar e intensificar nos anos subsequentes.

Nas Grandes Opções do Plano para 2007 (Lei nº 52/2006, de 1 de Setembro), o Estado Português considera que, em 2006, a prática de contratualização foi generalizada a todos os hospitais do SNS com acompanhamento pelas agências de contratualização dos serviços de saúde e, no âmbito da necessidade de garantir a sustentabilidade do sistema de saúde, define como linha orientadora para 2007 a revisão e aperfeiçoamento dos instrumentos de negociação e de acompanhamento, no modelo de financiamento dos contratos-programa.

Mais recentemente (Lei n.º 31/2007 de 10 de Agosto), no balanço da acção governativa em 2006-2007, assume-se que o processo de contratualização foi consolidado, preconizando-se para 2008 uma maior flexibilidade da organização hospitalar, através da generalização da prática da contratualização interna a todos os hospitais do SNS e o início de experiência de financiamento global, com base capicional, integrando hospitais e centros de saúde, numa filosofia de Unidades Integradas de Saúde.

Num contexto de ambiguidade, em que historicamente o Estado acumula múltiplos papéis, em que a gestão por objectivos tem uma expressão incipiente e frágil, em que a cultura dominante e as limitações tecnológicas não são facilitadoras da análise sistemática de informação relacionada com a actividade, esta afirmação de vontade

do poder político assume particular relevância. Trata-se, portanto, de avançar no sentido de dar consistência à separação entre financiamento e prestação (Plano Nacional de Saúde 2004-2010), assumindo o Estado, através da Administração da Saúde, o papel de gestor, que, com base nas necessidades reais da população e tendo em conta as prioridades nacionais, negocia, celebra e acompanha os contratos estabelecidos com os diferentes prestadores, tendo em vista prestar mais e melhor serviço e introduzir maior racionalidade no consumo de recursos.

Numa perspectiva estratégica, a contratualização constitui-se assim como um instrumento privilegiado para assegurar a transição do sistema, tradicionalmente centrado na organização e financiamento da oferta de prestação de cuidados, numa lógica de gestão de recursos, para um novo paradigma em que o foco é a melhoria do desempenho dessa mesma oferta, numa lógica de gestão de resultados (Relatório de Primavera, 2007). Assim, para um determinado nível de esforço financeiro, a preocupação central nos diferentes níveis e etapas do processo de contratualização deve ser o que se consegue alcançar com os recursos utilizados, ou seja, que ganhos em saúde e bem-estar é possível obter.

Às Agências de Contratualização, agora Departamentos de Contratualização, cabe actuar no interesse do cidadão e, portanto, assegurar que os efeitos da assimetria de informação são minimizados e que os recursos, sendo escassos, são afectados criteriosamente de forma a reduzir o desperdício e a maximizar o impacto da actividade desenvolvida no estado de saúde dos cidadãos, que são simultaneamente financiadores e utilizadores do sistema de saúde. Pretende-se, deste modo, que a tomada de decisão seja suportada pela avaliação sistemática dos ganhos potenciais de planos alternativos, ultrapassando uma visão meramente centrada no volume de produção que, ao contrário do desejável, promove a replicação de actos independentemente das necessidades e dos resultados.

Num contexto de ordem negociada, o agente define quais os objectivos a atingir e os critérios a que deve obedecer a produção de serviços, nomeadamente no que respeita a preço, quantidade, qualidade e segurança dos cuidados a prestar, para depois monitorizar a actividade e avaliar os resultados com rigor e transparência (Escoval, 2003). A atribuição de recursos às organizações resulta, assim, do pagamento dos serviços que se verificou terem sido realmente prestados para, de uma forma coordenada e articulada, que tenha em conta a capacidade instalada ao nível local e regional, responder a necessidades em saúde que foram previamente identificadas em determinada área geográfica ou em grupos específicos da população.

Esta arquitectura de processos, que tem subjacente o princípio da responsabilização dos diferentes actores aos vários níveis (estruturas centrais e regionais, dirigentes das entidades prestadoras, gestores, profissionais) e a existência de um sistema de consequências, pressupõe que os objectivos contratualizados sejam desdobrados em cascata no interior de cada organização, replicando-se no seu seio a metodologia utilizada ao nível macro ou

meso. Ou seja, para atingirem aquilo que se propuseram concretizar no contrato-programa, as organizações prestadoras devem desenvolver e potenciar a contratualização interna aos diferentes níveis da organização, elegendo intervenções concertadas, promovendo o envolvimento e participação de todos os profissionais, criando globalmente condições para a consecução dos objectivos definidos, valorizando o contributo individual para os resultados globais.

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010 reconhece-se que, para aumentar o nível de saúde das populações nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzir o peso da doença, é necessário reorientar o sistema prestador e fazer uma adequada gestão da necessária mudança. Isto significa que para se obterem verdadeiros ganhos em saúde é necessário, antes de mais, que a mudança seja centrada no cidadão, que sejam criados mecanismos potenciadores do seu envolvimento, da sua participação responsável. Por outro lado, é necessário dotar as organizações de novas competências, criar instrumentos de avaliação do desempenho e de garantia da qualidade, incentivar e recompensar o bom desempenho, adoptar políticas de remuneração mais flexíveis e motivadoras, baseadas no mérito, responsabilizando gestores e executores pelo não cumprimento das metas estabelecidas.

### 3.2 AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os sistemas de saúde têm essencialmente três objectivos: melhorar a saúde das populações que servem, responder satisfatoriamente à necessidade de cuidados de saúde e assegurar contribuições justas para o financiamento da saúde. Nesta perspectiva, evidencia-se desde logo a necessidade de desenvolver uma efectiva gestão do desempenho do sistema na sua globalidade e dos serviços de saúde em particular, no sentido de se identificar se os resultados obtidos vão ao encontro dos objectivos preconizados, nomeadamente no que respeita à equidade no acesso e no financiamento.

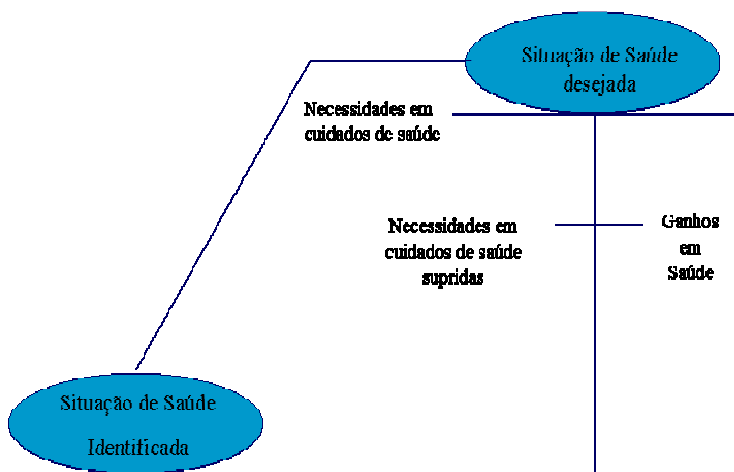
No entanto, para uma gestão proactiva dos desempenhos, conducente à melhoria contínua dos resultados em saúde sob múltiplas perspectivas e dimensões, é necessário dispor de informação sobre a dinâmica global do sistema e respectivos subsistemas, que permita avaliar processos e resultados, corrigi-los em tempo útil se necessário e reorienta-los no melhor sentido. Se é verdade que sem informação é impossível gerir o que quer que seja, num sistema tão complexo e com tantas especificidades como o da saúde, esta questão torna-se particularmente crítica se não se dispuser de informação relevante, fiável e atempada sobre o desempenho dos diferentes níveis do sistema que apoie a tomada de decisão.

Em primeira mão, para se ajuizar sobre a obtenção de ganhos em saúde num determinado período e universo é necessário, antes de mais, conhecer a situação de partida no que respeita a necessidades em saúde, expressas

ou não, definir metas e consensualizar objectivos para os vários níveis de intervenção e planear as acções a desenvolver para colmatar os *deficits* identificados.

Assim, é necessário promover e desenvolver desde logo a avaliação periódica do desempenho dos serviços, das organizações e do sistema na sua globalidade, para que se torne possível perceber se o caminho percorrido está realmente a contribuir para reduzir o peso da doença e para melhorar efectivamente o nível de saúde das populações nos diferentes ciclos da vida, como preconizado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 ou se, pelo contrário, devem ser efectuados ajustes que eliminem entropias e conduzam a melhores resultados, isto é, ganhos em saúde.

Figura 5: Objectivos e Metas de Saúde. Adaptado de Orçamentos-programa, AASSLVT, 1999



A legitimação do sistema de saúde aos olhos do cidadão, que assegura, directa ou indirectamente, o seu financiamento passa naturalmente pela informação de retorno que obtém sobre os serviços prestados, nomeadamente no que respeita ao nível de segurança e qualidade dos cuidados prestados e à forma como são geridos e utilizados os recursos disponibilizados.

Para continuar disposto a pagar e assim assegurar a continuidade do sistema, tal como para assumir uma participação activa e responsável, nomeadamente no que respeita à utilização racional dos serviços, é necessário que o cidadão comum tenha acesso a informação que lhe permita reconhecer nos serviços prestados o retorno quantitativo e qualitativo da sua contribuição. Assim, para além de incontornável na perspectiva estritamente gestionária, a avaliação do desempenho assume também um papel relevante na relação das instituições com a comunidade e na redução das assimetrias de informação entre utentes e prestadores.

A monitorização e avaliação dos processos e resultados aos diferentes níveis do sistema deve, pois, ser encarada positivamente, numa perspectiva construtiva, como um processo em que se analisam as práticas e não os indivíduos, em que, com base em critérios e indicadores validados e consensualizados, se percebe onde se está, como se está e que acertos ou alterações efectuar para que se obtenha um melhor desempenho e melhores resultados de saúde. Para tal é necessário que as organizações se empenhem na monitorização contínua e avaliação das suas actividades, pois só assim é possível detectar desvios entre os resultados alcançados e os objectivos que previamente foram planeados sob diferentes perspectivas e identificar as causas que lhes deram origem, tendo em vista a introdução de correcções em tempo útil.

A avaliação do desempenho é, assim, um processo permanente de análise, ajuste e reanálise, que não se constitui como um fim em si mesmo, mas sim como um meio, um instrumento dinâmico que, utilizado numa perspectiva multidimensional e construtiva, pode contribuir de forma significativa para a mudança de atitudes e comportamentos individuais, para a alteração das práticas de gestão e conseqüentemente para a melhoria dos resultados globais das organizações. Assim, à perspectiva de controlo externo, que procura introduzir uma maior responsabilização dos vários agentes e viabilizar a comparação entre sistemas e organizações (*benchmarking*), deve ser associada a visão interna, a da coordenação e mobilização de vontades dos diferentes actores no sentido do esforço continuado para a melhoria dos resultados.

A informação resultante da avaliação do desempenho assume, assim, grande importância para todos os *stakeholders*, sejam eles utilizadores, accionistas, gestores ou profissionais pois, tal como em qualquer outro domínio da economia, também na área da saúde é necessário utilizar métodos e instrumentos de gestão, que promovam uma cada vez melhor utilização dos recursos, uma progressiva melhoria dos serviços prestados e a satisfação de todos quantos podem contribuir para os resultados desejados. Ou seja, as dimensões e variáveis em análise, que em sistemas complexos como o da saúde são múltiplas e interdependentes, devem permitir aferir a adequação das respostas produzidas tanto do ponto de vista de quem gere e utiliza, como na perspectiva dos profissionais, no que respeita ao cumprimento de *guidelines*, proximidade/distanciamento do “estado da arte”, formação actualizada, tecnologia disponível, entre outros aspectos.

Uma visão burocratizada, estática e desarticulada do processo de avaliação do desempenho subverte a filosofia que lhe está subjacente, reduz significativamente e drasticamente o seu potencial transformador enquanto instrumento crítico da gestão e nada acrescenta às organizações, para além de mais um conjunto de tarefas a realizar. Nesta perspectiva, o processo de avaliação do desempenho é completamente desvirtuado e rejeitado pelos actores envolvidos, deixando de fazer qualquer sentido.

### 3.3 DIMENSÕES DE ANÁLISE

Como anteriormente referido, no âmbito de contratualização, procura-se estabelecer umnexo explícito entre as necessidades em saúde e a prestação de cuidados, que leva em conta o nível de desenvolvimento das organizações e serviços. Neste processo, pretende-se que num momento prévios, as organizações desenvolvam uma análise interna dos múltiplos aspectos que condicionam o seu desempenho (capacidade instalada e sua adequação, o grau de complementaridade e articulação entre serviços, etc), no sentido de identificarem referenciais para a elaboração dos planos de desempenho institucionais, que são posteriormente negociados no sentido da optimização dos objectivos a contratualizar e que vão condicionar o nível de financiamento da Organização.

Nos documentos em que são definidas as orientações estratégicas para a política de saúde nacional, nomeadamente no Programa do XVII Governo Constitucional e nas Grandes Opções do Plano para 2005-2009, as dimensões a privilegiar na definição de objectivos, que permitam obter ganhos em saúde como preconizado no Plano Nacional de Saúde, são o Acesso, a Qualidade, Desempenho Assistencial e Desempenho Económico-financeiro.

O direito à protecção da saúde, constitucionalmente consagrado, requer que sejam disponibilizados cuidados de saúde a todos os cidadãos que deles necessitam, na exacta medida das suas necessidades, independentemente das suas condições económicas, sociais e culturais. A dimensão **acesso** traduz a facilidade e oportunidade com que os utilizadores podem obter de forma equitativa os cuidados de que precisam, no momento, local e quantidade adequados, pelo que se revela fundamental para a consecução do preceito constitucional referido.

Esta dimensão estratégica do desempenho dos sistemas de saúde não se reduz à perspectiva curativa dos cuidados, estendendo-se às actividades de educação e promoção da saúde, tal como à prevenção da doença, que se constituem como vectores essenciais para a melhoria do nível de saúde das populações. Assim, o contacto entre utilizador e prestador deve ser facilitado, nomeadamente através do recurso às novas tecnologias de informação e comunicação, por forma a minimizar, por exemplo, listas e tempos de espera desnecessários que podem conduzir a agravamentos do estado de saúde dos utentes e consequentemente a custos evitáveis.

O programa do XVII Governo Constitucional refere que *os portugueses têm o direito de esperar do sistema de saúde, acolhimento e cuidados de elevada qualidade independentemente do local onde vivem, do meio económico e social a que pertencem e do serviço que utilizam*. Prestar serviços de **qualidade** é o grande desafio com que se confrontam os sistemas de saúde da actualidade e que pode envolver diferentes perspectivas (clínica, dos serviços não clínicos e organizacional).

De acordo com diferentes correntes de pensamento, a qualidade pode ter associados conceitos como segurança, humanização, aceitabilidade, continuidade, adequação, satisfação dos utilizadores, entre outros. Considera-se, no entanto, que a qualidade técnico-científica se constitui como aspecto central e essencial da qualidade na prestação de cuidados, na medida em que traduz a capacidade dos profissionais aplicarem e utilizarem os conhecimentos e as técnicas mais avançadas para melhorar a saúde dos seus utentes.

Definir e implementar padrões de qualidade nacionais com base na evidência e tendo em conta as referências internacionais, com o objectivo de melhorar continuamente a qualidade dos serviços prestados e salvaguardar elevados padrões assistenciais a *propi* é um desígnio das organizações prestadoras de cuidados de saúde, que devem promover o desenvolvimento de um ambiente potenciador do exercício das boas práticas.

Do ponto de vista de Donabedian, a qualidade dos cuidados prestados resulta do cruzamento de duas realidades: uma é a ciência e a tecnologia e a outra é a forma como é aplicada essa ciência e tecnologia na prática, que remete para a gestão dos processos e da vertente relacional prestador/utente.

Ao nível do **desempenho assistencial** pretende-se acima de tudo promover a efectividade dos cuidados prestados, ou seja, potenciar os resultados ou benefícios de determinada intervenção nos indivíduos ou população, melhorando o seu estado de saúde. A introdução de critérios de custo-efectividade na tomada de decisão clínica é aqui essencial, sobretudo na perspectiva da promoção da saúde e da prevenção da doença.

Promover a participação activa e responsável dos utentes na gestão da doença é reconhecidamente um passo essencial para o auto-controlo e para a sua adesão aos processos terapêuticos e portanto para a obtenção de melhores resultados. Assim, a melhoria dos processos de comunicação com os utentes e seu envolvimento informado no diagnóstico e tratamento deve ser alvo de atenção especial, na medida em que, para além de tornar os processos mais transparentes e aumentar a satisfação dos utentes, pode tornar os cuidados mais efectivos.

No que respeita ao **desempenho económico-financeiro** pretende-se que as organizações promovam a eficiência interna, maximizando os resultados obtidos com recursos utilizados, de forma a contribuírem activamente para a sustentabilidade económica do sistema de saúde.

Assim, é esperado que as organizações repensem as suas estruturas e actividades e procedam à combinação de formas de organização e à reengenharia de processos no sentido de desenvolver sinergias entre departamentos e serviços, de melhorar a produtividade, de eliminar a duplicação de recursos, de minimizar o desperdício e de promover a racionalização.

Entre outros aspectos, é esperado que, salvaguardada a qualidade do desempenho assistencial, o conceito de eficiência esteja presente na decisão da quantidade e intensidade de cuidados a prestar por forma a tornar inequivocamente positiva a relação entre a despesa efectuada e os ganhos em saúde e equidade alcançados.

### 3.4 NÍVEIS DE RESPONSABILIDADE

Cabe, pois, à Administração Central do Sistema de Saúde a responsabilidade de definir estratégias que, no âmbito do processo de contratação, façam convergir objectivos Nacionais, Regionais e Institucionais ao abrigo das dimensões acima referidas, por forma a maximizar os ganhos em saúde obtidos com os recursos disponíveis e assim assegurar o contributo colectivo para a prestação de melhores cuidados e de um melhor nível de saúde das populações.

A definição de um sistema de consequências, que envolve incentivos e penalizações para as organizações e que, pela equidade de tratamento que tem subjacente, contribui para a credibilização do sistema de avaliação de desempenho, enquadra-se também neste nível de responsabilidade, que depende da tutela.

Estabelecido o compromisso contratual, que integra o Plano de Desempenho, em que se procura harmonizar valores esperados (perspectiva do accionista) e valores previstos (perspectiva das organizações) e uma vez definidas a metodologia de acompanhamento e avaliação, tal como a periodicidade ou frequência de análise de informação, abre-se caminho à monitorização da actividade desenvolvida, procurando minimizar discrepâncias entre valores contratualizados e realizados.

No âmbito da monitorização, são sistematicamente analisados e avaliados aspectos da estrutura, dos processos e dos resultados, previamente seleccionados e consensualizados, com o objectivo de se identificarem potencialidades e constrangimentos.

As Agências de Contratação, de implantação regional, assumem aqui um papel fundamental, na medida em que têm a responsabilidade de detectar desvios, alertar as organizações e trabalhar com elas no sentido da identificação das causas potenciais que os originam, procurando reverter a situação em tempo útil.

Por último, as entidades prestadoras têm a responsabilidade de desenvolver a sua actividade por forma a compatibilizar objectivos organizacionais, departamentais e individuais, através de uma intervenção sistemática e planeada, que potencie a contratação interna de objectivos ambiciosos e desafiantes, mas exequíveis, por forma a cumprir as metas acordadas ou mesmo excedê-las.

A criação de uma atmosfera de recompensas, de acordo com os resultados, pode contribuir para a mobilização dos indivíduos no sentido da prossecução dos objectivos.

Neste enquadramento, que se pretende responsabilizante aos diferentes níveis, a contratualização constitui-se como um exercício permanente de auto-avaliação e controlo, que melhora a eficácia da actuação dos gestores e aumenta a eficiência global das organizações.

### 3.5 INDICADORES

O desenvolvimento, aplicação e divulgação de indicadores de desempenho das organizações prestadoras de cuidados de saúde enquadra-se numa estratégia de *accountability* promovida em todo o mundo, cujo objectivo é encontrar uma forma válida e robusta de medir o desempenho, que ainda não foi internacionalmente consensualizada.

No processo de avaliação do desempenho, impõe-se naturalmente a adopção de instrumentos de medida, que contemplem todas as dimensões e factores relevantes para o desempenho das organizações. Há, no entanto, que ter em conta que, para definir indicadores viáveis, é necessário compreender as relações frequentemente complexas entre processos e resultados em saúde e que para isso é necessário analisar informação, que tem que ser adequada aos objectivos da avaliação, o que nem sempre acontece, já que na maioria das situações as bases de dados não foram criadas com este objectivo e nem sempre é fácil adaptar a informação ao que se pretende.

Por outro lado, a construção de uma matriz de indicadores, que identifique correctamente o desempenho das organizações, deve obedecer a um conjunto de requisitos. Ou seja, para além de viáveis do ponto de vista operacional e financeiro, os indicadores devem ser simples, compreendidos por todos, específicos e coerentes com a visão que a organização tem sobre os objectivos. Devem ainda reunir um conjunto de características, tais como a fiabilidade, validade, sensibilidade e generalidade.

A forma de ponderação de cada um dos indicadores na avaliação global é outro aspecto a ter em conta e que se reveste de alguma complexidade, dada a multiplicidade de serviços prestados e diversidade de factores a ter em conta.

A utilização de indicadores de desempenho pode também ter consequências negativas que não devem ser subestimadas no momento da sua definição, tal como no processo de acompanhamento e monitorização. São elas a manipulação de informação pelos prestadores, a focagem excessiva nos aspectos que estão a ser

avaliados prejudicando as restantes variáveis do desempenho, a concentração nos objectivos de curto prazo pondo em causa a sustentabilidade da organização no medio e longo prazo, a competição exacerbada entre sectores ou grupos profissionais que pode fazer perigar a coesão institucional e o calculismo na produção de resultados para evitar reduções significativas nos anos subsequentes face a objectivos mais exigentes.

### 3.6 CONCEITOS

Para assegurar o rigor e coerência do processo de avaliação do desempenho e a comparabilidade da informação que dela resulta é absolutamente necessário assegurar a normalização e harmonização dos conceitos, definições e terminologia utilizados.

Assim, é desejável que em todos os indicadores utilizados sejam utilizados conceitos estatísticos normalizados, de forma a poder calcular indicadores com base em informação uniforme e consistente. Quando tal não se afigura viável, importa consensualizar conceitos nas estruturas centrais e promover posteriormente a sua divulgação junto de todos os stakeholders no sentido de assegurar que todos falam a mesma linguagem.

---

## 4. OPERACIONALIZAÇÃO DO MODELO DE CONTRATUALIZAÇÃO

---

### 4.1 CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS

A Contratualização de serviços de saúde vem estabelecer um processo de relacionamento entre os financiadores/compradores e os prestadores, assente numa filosofia contratual e envolvendo uma ligação explícita entre financiamento atribuído e resultados esperados.

Este processo baseia-se na autonomia e responsabilidade das partes e considera como objectivo do contrato metas de produção, acessibilidade, qualidade e económico-financeiras.

Para esse efeito, conta com a participação dos diferentes intervenientes; a Tutela (Secretaria de Estado), a Administração Central (ACSS), as Administrações Regionais (ARS) e as Entidades Prestadoras (Hospitais e Centros Hospitalares).

Conforme ilustrado pela Figura 5, o processo de contratualização inicia-se com o envio do Plano de Desempenho (PD) revisto<sup>1</sup> às entidades prestadoras (Hospitais/ Centros Hospitalares). Trata-se de um documento que permite a recolha de dados das instituições prestadoras ao nível da Actividade e Estrutura (infra-estruturas, meios técnicos e humanos), e embora se reconheça que o seu conteúdo extravasa as necessidades de informação estritamente necessárias ao Processo de Contratualização, justifica-se a sua utilização, por constituir a única forma de recolha de informação sistemática e uniforme de todas as instituições hospitalares a nível nacional.

Num momento prévio, o PD proporciona uma oportunidade única de conhecimento e reflexão da organização sobre si própria, que dá origem à primeira proposta do prestador, que por sua vez se destina a ser analisada pelo comprador servindo de base ao Processo de Negociação.

Sendo uma proposta do prestador e tendo em conta o modelo de financiamento vigente, tenderá a maximizar a Oferta até ao limite da capacidade instalada, aspecto crítico que deverá ser conciliado com as reais necessidades<sup>2</sup> de cuidados de saúde da população em todo o processo negocial.

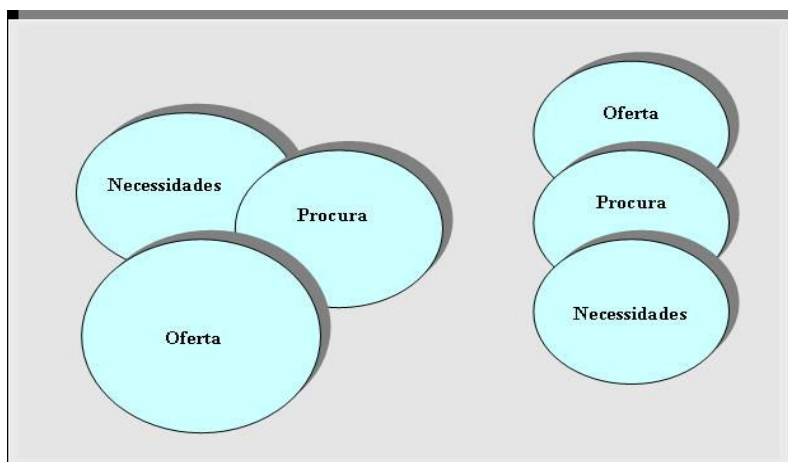
---

<sup>1</sup> Após adaptação das orientações estratégicas para a Contratualização do período a que diz respeito.

<sup>2</sup> Aspecto crítico em todo este processo uma vez que são apenas conhecidas as necessidades expressas.

A fase de negociação, que no essencial se pode descrever como a aproximação da Oferta à representação da Procura (necessidades expressas), tendo em conta as limitações orçamentais e outras prerrogativas (Figura 6). Trata-se de uma oportunidade única para os compradores influenciarem os prestadores no sentido preconizado pela política de saúde, que culmina com a elaboração do contrato, denominado Contrato Programa.

**Figura 6: Representação do Processo de Negociação.**



Adaptado de Sistema de Informação da Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde (Documento de trabalho de 5/12/96)

O contrato, de certa forma a parte mais visível de todo este Processo, tende a ser “relacional”, por colocar maior ênfase no relacionamento entre as partes contratantes em detrimento do formalismo do contrato.

Por outro lado, o contrato ao explicitar os compromissos assumidos entre as partes, evidencia os objectivos a alcançar, constituindo-se como um documento de referência para a Contratualização Interna das Instituições e para o Acompanhamento da Contratualização acordada entre as ARS e as Instituições. É ainda na fase de negociação que se acordam as condições de partilha de risco.

Segue-se a fase de Monitorização e Acompanhamento, fase mais longa e provavelmente a mais determinante, uma vez que, a par da definição de objectivos e da explicitação de compromissos, acompanhar e avaliar o Desempenho das instituições é um aspecto central de todo o processo Contratualização.

No que respeita à fase de Acompanhamento, identificam-se duas perspectivas em simultâneo. A perspectiva do comprador, que privilegia o acompanhamento do volume de serviços prestados e a qualidade da sua prestação;

A perspectiva do accionista que valoriza a eficiência e efectividade da prestação de cuidados a par do desempenho económico-financeiro.

Esta percepção implica a conceptualização de um Modelo de Análise que inclua estas duas perspectivas, isto é, que seja capaz de espelhar e traduzir o desempenho das organizações nas diferentes Dimensões de Análise. A escolha dos Indicadores terá, naturalmente que ser consentânea com as dimensões definidas, para que os mesmos sejam pertinentes, relevantes e sobretudo operacionalizáveis, tendo em conta o fim a que se propõem.

Decorre do exposto, a necessidade de monitorizar e avaliar o compromisso assumido entre as duas partes pressupondo para o efeito a adequação de um sistema de suporte à decisão

Figura 7: Representação do Processo de Contratualização

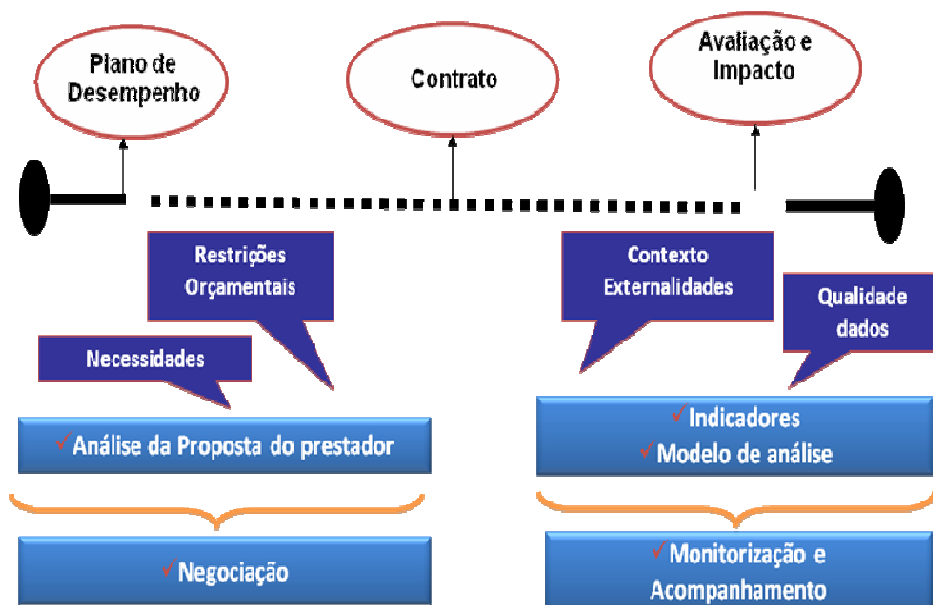


Figura 8: Análise Swot

| PONTOS FORTES  | PONTOS FRACOS   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contributo para a operacionalização de objectivos estratégicos do SNS;</li> <li>▪ Afectação de recursos com ligação directa a resultados;</li> <li>▪ Permitir a uniformização de procedimentos entre Agências/Departamentos de Contratualização;</li> <li>▪ Normalizar o tratamento da informação, permitindo uma visão nacional e <i>benchmarking</i> entre instituições;</li> <li>▪ Possibilidade de correcção de desvios em tempo útil devido à periodicidade mensal do acompanhamento.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Divergência ao nível dos resultados alcançados pelas diferentes Regiões de Saúde</li> <li>▪ Escassez de recursos com as competências adequadas ao processo;</li> <li>▪ Falta de garantia de fiabilidade da informação;</li> <li>▪ Maior dispêndio de recursos face à gestão centralizada (recursos técnicos e de gestão; reengenharia organizacional; Cultura organizacional; SI)</li> <li>▪ Assimetria de informação sobre a organização (prestadores/compradores)</li> <li>▪ Sistema de Informação simples e flexível, que garanta consistência dos repositórios de informação.</li> <li>▪ Inexistências de mecanismos de penalização por incumprimento de prazos de <i>delivery</i>.</li> </ul> |
| AMEAÇAS  | OPORTUNIDADES   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capacidade das organizações de saúde para a implementação de um sistema de gestão orientado a resultados;</li> <li>▪ Falta de flexibilidade das organizações na gestão de RH;</li> <li>▪ Restrições de crescimento em determinadas rubricas de custo;</li> <li>▪ Burocratização do Processo (distanciamento da operacionalização do processo face aos objectivos estratégicos).</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Possibilidade de uniformização / credibilização da informação;</li> <li>▪ Indução de maior eficiência e efectividade da gestão;</li> <li>▪ Possibilidade de novas utilizações da informação;</li> <li>▪ Contributo para identificação das necessidades em saúde.</li> </ul>  |

#### 4.2 PROCESSO DE MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

A fase de Monitorização e Acompanhamento é em si mesma um processo no qual se pode identificar a recolha sistemática de dados necessários à construção de indicadores que reflectam uma imagem instantânea sobre aspectos específicos do Desempenho, identificada como Monitorização, e o conjunto de acções necessárias à correcção de desvios e/ou replicação de bons resultados após confrontação do Desempenho obtido com o previsto, sendo esta identificada como Acompanhamento.

##### 4.2.1 OBJECTIVOS

O Modelo de Monitorização e Acompanhamento implementado em 2007, conforme já referido, pressupõe as perspectivas do Accionista e do Comprador “público” e teve como linhas orientadoras:

- I. Acompanhar os objectivos contratados com consequências para a instituição, ao nível da distribuição da verba de convergência; Objectivos nacionais/regionais e supra-nacionais.
- II. Acompanhar o ritmo da produção contratada por linha de produção.
- III. Acompanhar desempenho da actividade Hospitalar para as dimensões de Acesso, Qualidade, Eficiência, Produtividade e Desempenho económico-financeiro

##### 4.2.2 PROCESSO DE APRESENTAÇÃO E CONSENSO COM AS ARS

No pressuposto de que o modelo a construir é único para o país, em resultado da discussão e participação dos Departamentos de Contratualização, estabeleceu-se um calendário de reuniões que se pode separar em três fases:

- I. Recolha das diferentes experiências e respectiva apreciação (pontos de partida para o desenvolvimento do projecto) que ocorreu em reuniões individuais por região;
- II. Discussão do Modelo proposto e respectiva consensualização de conceitos que ocorreu em reuniões individuais por região;
- III. Apresentação e aprovação de Modelo final que decorreu em reuniões gerais com vista a consensualizar e uniformizar um modelo.

Da experiência, pareceu evidente que as ARS/Departamentos de Contratualização não se encontravam, entre si, com níveis de operacionalização do processo de contratualização semelhante, encontrando-se a ARS LVT num

estadio de desenvolvimento mais avançado, aparentemente por razões de continuidade/manutenção do processo iniciado no final de década de 90.

#### 4.2.3 DESCRIÇÃO DO MODELO / QUADROS

Considerando os Objectivos definidos no Ponto I, o modelo proposto prioriza o conjunto de indicadores que permitem acompanhar os objectivos acordados. A metodologia utilizada para o ano de 2007, selecciona sete indicadores nacionais, representativos das diferentes dimensões estratégicas: Acesso, Qualidade, Desempenho Assistencial e Desempenho Económico - Financeiro. Para além destes e num esforço de reconhecimento de autonomia e respectivas especificidades das regiões foram incluídos ainda indicadores Regionais.

Simultaneamente, o cumprimento dos objectivos “supra nacionais” que consistiram em metas de crescimento para as rubricas de *Fornecimentos Serviços Externos*, *Consumos* e *Pessoal* constituiu condição obrigatória ao bom desempenho “das regiões “. Estas, dispendo da sua autonomia, procederam à desagregação e transferência do compromisso global assumido, negociando com cada instituição as metas que se revelaram mais ajustadas.

A par destes grupos de indicadores, e em resposta ao II Objectivo, foram ainda considerados Indicadores de Actividade (Total e SNS) para as diferentes Linhas de Produção.

Adicionalmente, e de acordo com a necessidade de responder ao III Objectivo, foram também considerados indicadores necessários à monitorização das dimensões da Qualidade (Acesso, Desempenho Assistencial/Efectividade, Produtividade/Eficiência Operacional, e Desempenho Económico-Financeiro).

##### 4.2.3.1 DESCRIÇÃO DE LAYOUT DO MODELO

O Quadro de Acompanhamento de Objectivos – Q1 (anexo 1) proposto para a monitorização dos Indicadores referentes aos objectivos Nacionais/Regionais é de periodicidade mensal e apresenta os valores acumulados para:

- Valor do período em análise;
- Valor do período homólogo;
- Valor da meta contratualizada;

Adicionalmente é calculado o desvio entre os valores real e contratualizado.

Os quadros de acompanhamento da Actividade Q2 e Q3 (anexos 2 e 3) dizem respeito ao acompanhamento das principais linhas de produção. O quadro Q2 diz respeito apenas ao universo de utilizadores do SNS, pelo que se destina a acompanhar a execução do Contrato Programa.

A periodicidade de monitorização dos Indicadores referentes à actividade é mensal e apresenta os valores acumulados para:

- Valor do período em análise;
- Valor do período homólogo;
- Valor da meta contratualizada;

Simultaneamente é analisado, em valor absoluto e em percentagem, o desvio entre os valores real e contratualizado, bem como, a evolução percentual do acumulado real face ao período homólogo para o Hospital e para o grupo ao qual o Hospital pertence.

O quadro de acompanhamento para o Acesso e Qualidade – Q3.A (anexo 4), assume uma periodicidade trimestral e considera os valores acumulados para o período em análise e para o período homólogo. É avaliada para a instituição hospitalar e para o grupo a que esta pertence, assim como a evolução percentual entre estes dois períodos.

A Produtividade e Eficiência Operacional são acompanhadas pelo – Q3.B (anexo 5), têm periodicidade semestral e seguem a mesma lógica de análise do quadro anterior.

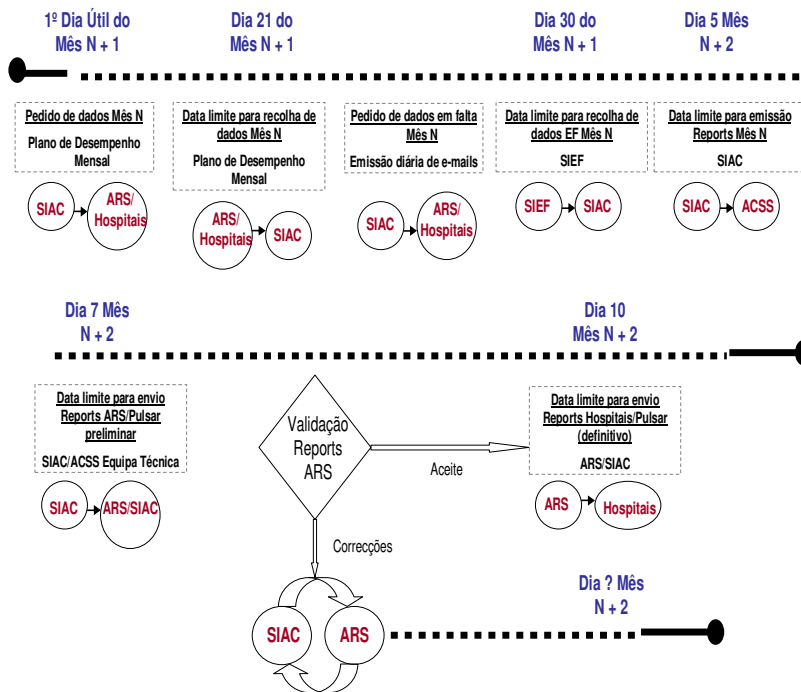
Completam o modelo de Acompanhamento, os quadros de Demonstração de Resultados - Quadro Q4 (anexo 6) com periodicidade mensal, e o Quadro de Indicadores Económico-Financeiros – Quadro Q5 (anexo 7) com uma periodicidade semestral.

#### 4.2.4 PROCESSO - MONITORIZAÇÃO

Tendo em conta a importância da fase de monitorização em todo este processo e reconhecendo a complexidade inerente ao número de intervenientes e respectivas acções, definiu-se e consensualizou-se um *Workflow* (Fig.9) para a recolha de dados, com o objectivo de identificar tarefas, entidades responsáveis e *timings* de execução. Adicionalmente, procedeu-se à sua divulgação.

Figura 9: O Processo de Monitorização

## Processo de Monitorização



Um outro aspecto crítico da fase de monitorização decorre da necessidade de garantir a Qualidade da informação. Neste sentido, procedeu-se à uniformização dos conceitos subjacentes às variáveis utilizadas no cálculo dos indicadores, bem como à definição dos atributos inerentes à construção de cada um deles (cfr. Anexo 8 e 9). Posteriormente, este documento foi disponibilizado a todos os intervenientes no processo. Simultaneamente, foram criadas validações técnicas ao nível do Sistema de Informação (registo de dados e importação de ficheiros) que têm por fim alertar para erros de digitação.

Ainda no que respeita à qualidade da informação, existe a convicção de que a garantia de fiabilidade da informação sairá reforçada assim que se verifiquem auditorias ao nível dos “processos”, utilização dos conceitos e registo de dados.

#### 4.2.5 SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Sendo o Sistema de Informação (SI) um dos factores críticos mais determinantes para o sucesso do Processo de Contratação, desde sempre se identificou a necessidade de fazer evoluir a plataforma tecnológica de suporte ao processo. Atendendo aos constrangimentos temporais que se colocaram no reinício do Processo de Contratação (final de 2005), optou-se pela utilização do Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo - Sistema de Informação das Agências de Contratação (SIAC) como Sistema de Informação de âmbito nacional. Foram igualmente tomadas medidas no sentido de desenvolver um novo SI com o intuito de garantir a adequabilidade às necessidades funcionais e contribuir para a melhoria de processos – Sistema de Informação para a Contratação (SICA).

O SICA deverá dar continuidade à operacionalidade do actual sistema, ultrapassando as limitações deste, que no essencial se resumem à necessidade de responder às novas exigências, quer de um ponto de vista operacional (eficiência e efectividade), quer de um ponto de vista analítico e de suporte à decisão (monitorização e planeamento de acções de Acompanhamento).

#### 4.3 PAGAMENTO PELOS RESULTADOS NO ÂMBITO DA GESTÃO INTEGRADA DA DOENÇA – UMA EXPERIÊNCIA COMPLEMENTAR DE CONTRATUALIZAÇÃO

A definição do modelo de financiamento “Pagamento por preço compreensivo”, que constitui uma aproximação ao modelo de pagamento pelo resultados (P4P), e a sua associação à gestão de uma doença crónica, segue a tendência internacional e deve-se ao facto destas doenças afectarem uma “fatia” cada vez maior de população, incluindo os grupos etários mais jovens e de assumirem um papel cada vez mais relevante no consumo dos recursos de saúde.

Além disso, o objectivo de associação do modelo de financiamento “Pagamento por preço compreensivo” ao modelo de Gestão Integrada de Doença é de que funcione como uma alavanca para ultrapassar alguns dos constrangimentos e problemas dos actuais modelos de organização dos cuidados e de financiamento associados às doenças crónicas, destacando-se de entre eles:

- Financiamento ao acto desligado dos resultados;
- Deficiências no controlo de custos e de actividade;
- Relações de mercado pouco claras para os vários intervenientes;
- Integração insuficiente de cuidados com reflexos na qualidade dos serviços prestados;

- Ausência de informação sistematizada e coerente tanto a nível clínico como económico-financeiro.

#### 4.3.1 A APLICAÇÃO À INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA

A utilização do modelo de financiamento por preço compreensivo no nosso país iniciou-se no ano de 2008 com a aplicação à Insuficiência Renal Crónica. O processo de definição de preço quer dos seus critérios de aplicação e normas e procedimentos que regulam a sua implementação resultaram do trabalho conjunto de estudo e consensualização desenvolvido ao longo do ano de 2007 pelo Grupo de Trabalho da Direcção-Geral da Saúde/Administração Central do Sistema de Saúde com um conjunto alargado de parceiros, nomeadamente, as Administrações Regionais de Saúde e entidades representantes dos vários sectores intervenientes nesta doença.

O preço definido engloba as componentes Sessões de Diálise, Medicamentos e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, relativas ao tratamento hemodialítico e às intercorrências passíveis de serem corrigidas nas Unidades de Diálise. Todavia, mais do que a monitorização da quantidade de actos/procedimentos/medicamentos efectuados, o foco desta modalidade de financiamento centra-se no acompanhamento e na monitorização dos resultados dessas actividades: Introdução do conceito de “Pagamento pelos resultados”.

A introdução deste conceito, que pressupõe a interdependência entre financiamento e resultados, assenta no princípio de que o financiamento é o factor central de modelação do sistema de prestação de cuidados e do comportamento dos vários agentes (Financiadores, reguladores, prestadores, doentes). No caso específico da Insuficiência Renal Crónica pretende-se garantir que:

- Os doentes com doença renal crónica têm acesso garantido aos cuidados de saúde de que necessitem;
- Os cuidados de saúde serão prestados de forma integrada, com vista a aumentar a qualidade de vida e o bem-estar dos doentes;
- Os cuidados de saúde são prestados de acordo com elevados padrões de qualidade, efectividade e eficiência técnica;
- Os instrumentos de monitorização serão periodicamente actualizados;
- Os doentes terão um papel activo no processo de gestão da sua doença;

Desta forma, é estabelecida uma relação directa e explícita entre financiamento e cumprimento dos parâmetros de serviços, em concordância com metas e objectivos fixados e permanentemente monitorizados que tendem a reflectir as orientações de boa prática, quer nacionais, quer internacionais, na área dos cuidados nefrológicos ao

doente em diálise, servindo quer de suporte à monitorização contratual, quer de incentivo à melhoria dos padrões de cuidados a atingir.

A aplicação desta modalidade de financiamento, incluindo todas as regras de operacionalização, é similar para as Unidades Públicas e Privadas que operam no sector, facto inovador no sistema de saúde português. Nesta medida, foi definido um sistema de monitorização da actividade que através de alertas (1º nível: notificação de incumprimento; 2º nível: Suspensão de pagamento; 3º nível: Rescisão contratual<sup>3</sup>) garante a qualidade da prestação de cuidados e a segurança dos doentes.

A implementação deste modelo depende do desenvolvimento do sistema de informação de gestão da doença renal crónica, permite acompanhar resultados e monitorizar a qualidade dos cuidados prestados, fornecer informação sobre todos os aspectos relevantes relacionados com os tratamentos e com a evolução da doença, constituindo-se, assim, com o instrumento essencial para a aplicação do preço compreensivo.

Por outro lado, entre as obrigações contratuais associadas a este modelo de financiamento conta-se a obrigatoriedade de registo periódico (no máximo semanal) neste sistema de informação de todos os actos, procedimentos, medicamentos e exames relativos a cada doente, com respeito pelas regras deontológicas, pelo segredo profissional e pela protecção dos dados pessoais.

Em suma, a implementação desta modalidade de pagamento tem por objectivo assegurar o acesso ao melhor tratamento disponível para os doentes com insuficiência renal crónica que necessitam de efectuar terapêuticas de substituição da função renal, de acordo com o estado da arte e no respeito pelas boas práticas e pela segurança do doente, no quadro da efectiva implementação e operacionalização de um modelo de gestão integrada da doença.

---

<sup>3</sup> No ano de 2008 não está ainda prevista a possibilidade das Unidades Públicas que reiterem em incumprimento deixem de prestar estes serviços. Esta situação deve-se ao facto de neste período de implementação do modelo os indicadores de monitorização dos resultados não estarem ajustados ao risco, situação que face às características dos doentes presentes nas unidades públicas (idosos, com elevado número de co-morbilidades) impedirá muitas unidades públicas de cumprirem os objectivos, sem que isso signifique, obrigatoriamente, uma desadequada prestação de cuidados.

### III. ANÁLISE CRÍTICA

#### 5. ANÁLISE DOS OBJECTIVOS VISADOS

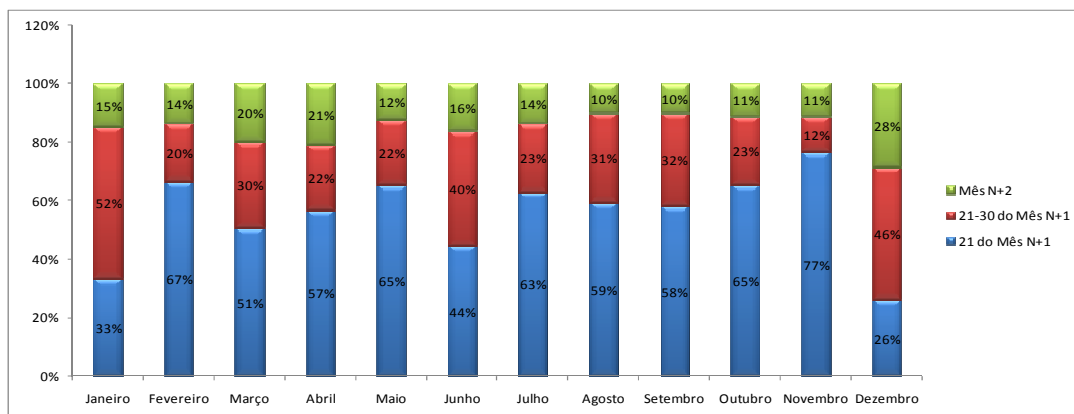
##### 5.1 ANÁLISE DO CRONOGRAMA/WORKFLOW

##### 5.1.1 CRONOGRAMA DO FICHEIRO DE DADOS

No que respeita ao Processo de Monitorização (Workflow do Processo – fig 9), a análise efectuada (fig. 10) permite-nos observar que a percentagem de Instituições que envia os ficheiros no prazo acordado é variável. Com excepção dos meses de Janeiro e Dezembro esta percentagem situa-se sempre acima dos 40%. Considerando a alternativa de recepção dos dados, a data limite estipulada para integrar os dados da económico-financeira, o grau de cumprimento melhora significativamente, situando-se acima dos 80% com excepção dos meses de Abril e Dezembro.

A explicar esta variabilidade ao longo dos meses podem estar factores como a sazonalidade de reports solicitados (Acesso e Qualidade são solicitados trimestralmente e os dados para reports de Produtividade tem carácter semestral). Simultaneamente deve ser levada em consideração as alterações de estatuto, assim como, a constituição de Centros Hospitalares que ocorreram durante o ano de 2007 e que inevitavelmente colocam constrangimentos à recolha de dados das instituições.

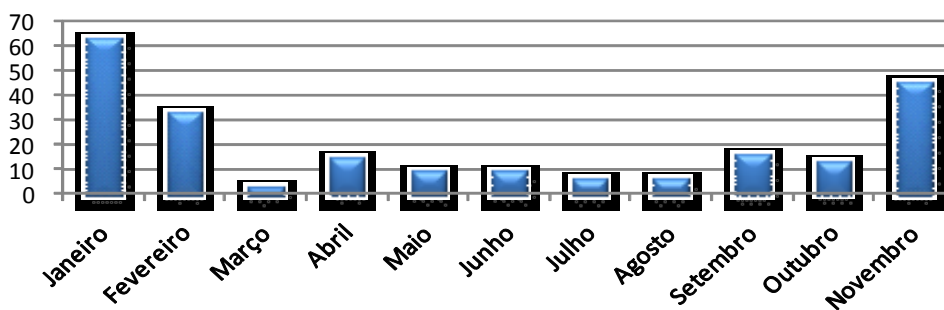
Figura 10: Percentagem de Envio de ficheiros nos prazos acordados



### 5.1.2 CRONOGRAMA DO FICHEIRO DE DADOS ECONÓMICO-FINANCEIRO

No que respeita à integração dos dados Económico-financeiros verificou-se um acentuado desvio no início e no final do ano, relativamente ao prazo fixado. Parte deste desvio pode ser explicado pelo elevado volume de trabalho que estes departamentos verificam nestes períodos do ano.

Figura 11: N.º de dias com report de dados em atraso

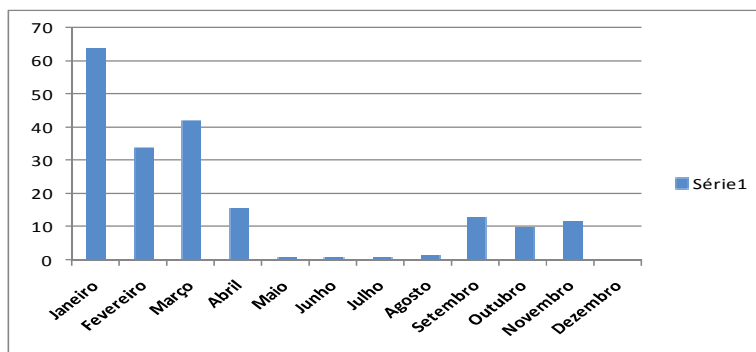


Nota: Ainda não se encontram disponíveis os dados de Dezembro.

### 5.1.3 CRONOGRAMA DO REPORT DO ACOMPANHAMENTO

Por fim, o grau de cumprimento face ao prazo estabelecido para emissão dos reports, verificou-se um acentuado desvio no início do ano, facto que não é independente dos atrasos verificados na integração dos dados económico-financeiros. Adicionalmente, existem atrasos no envio dos ficheiros de Desempenho dos Hospitais, colocando constrangimentos ao modelo de análise proposto quando se comparam valores de Grupo.

Figura 12: N.º de dias de atraso do Report de Acompanhamento



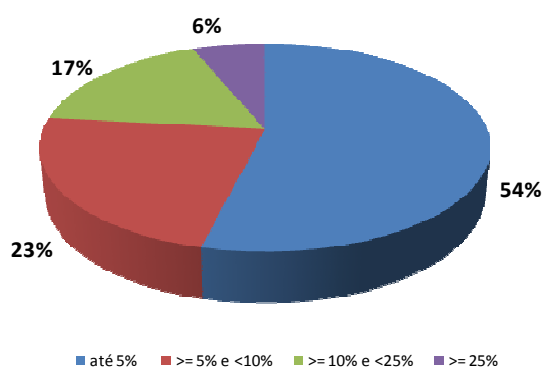
Nota: Ainda não se encontram disponíveis os dados de Dezembro.

## 5.2 ANÁLISE DOS OBJECTIVOS NACIONAIS

### 5.2.1 DEMORA MÉDIA

A análise feita ao indicador DM permite-nos observar que 54 % das instituições consideradas apresentam um valor para a sua DM no intervalo de 5% relativamente ao valor contratualizado. Apenas 6% do universo apresenta valores cujo afastamento é superior a 25 pontos percentuais relativamente ao valor acordado.

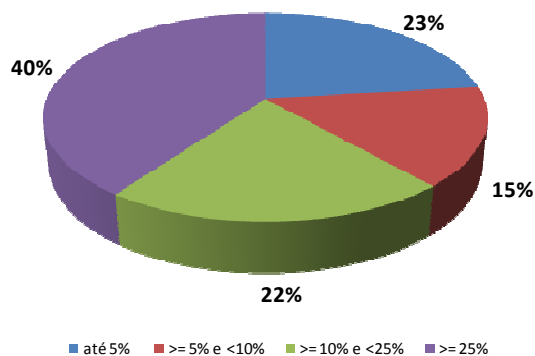
Figura 13: Variação da Demora Média vs Objectivo



### 5.2.2 TAXA DE READMISSÃO ATÉ 5 DIAS

A análise feita ao indicador Taxa de Readmissão até 5 dias permite-nos observar que 23 % das instituições consideradas apresentam um valor para a sua Taxa de Readmissão até 5 dias no intervalo de 5% relativamente ao valor contratualizado. 40% do universo apresenta valores cujo afastamento é superior a 25 pontos percentuais relativamente ao valor acordado

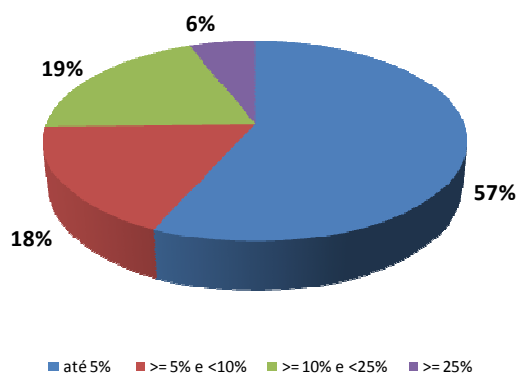
Figura 14: Variação da Taxa de Readmissões ao Internamento nos primeiros 5 dias vs Objectivo



### 5.2.3 PERCENTAGEM DE PRIMEIRAS CONSULTAS NO TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS

A análise feita ao indicador % Primeiras Consultas no total de consultas médicas permite-nos observar que a maioria (57%) das Instituições apresenta um desvio relativamente ao valor contratualizado inferior a 5 pontos percentuais. Por outro lado, 6% do universo apresenta um desvio superior a 25 pontos percentuais.

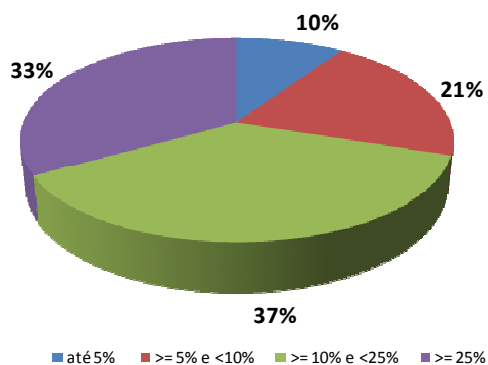
Figura 15: Variação do peso das Primeiras Consultas no Total de Consultas vs Objectivo



### 5.2.4 PERCENTAGEM DE CIRURGIA AMBULATORIA VS CIRURGIA PROGRAMADA

A análise feita ao indicador % cirurgia ambulatório Vs cirurgia programada permite-nos observar que apenas 10 % das Instituições apresenta um desvio relativamente ao valor contratualizado inferior a 5 pontos percentuais. Por outro lado, 33% do universo apresenta um desvio superior a 25 pontos percentuais.

Figura 16: Variação do peso da cirurgia de ambulatório o Total de cirurgias programadas vs Objectivo



## **IV. MODELO DE INCENTIVOS: ANÁLISE COMPARATIVA, IMPACTO NA ORGANIZAÇÃO E NOS PROFISSIONAIS**

---

### **6. VISÃO SOBRE INCENTIVOS EM SAÚDE**

---

#### **6.1 INTRODUÇÃO**

O sector da saúde possui características específicas que são essenciais ter em consideração quando se pretende introduzir metodologias de incentivos na prestação de cuidados de saúde.

De entre as várias especificidades, salienta-se a relação de agência imperfeita existente entre os prestadores de cuidados (agente) e o pagador (principal, no caso dos NHS, o Estado).

Esta relação de agência resulta da assimetria de informação existente entre os dois intervenientes, verificando-se em potencial, a existência de indução da procura de cuidados de saúde.

O agente (clínico), pelo seu nível de conhecimentos, pela autonomia nos processos de decisão clínica e pela maior informação que possui quanto ao impacto/resultado das suas actividades, assume-se como elemento central na análise e implementação de metodologia de incentivos.

Estes aspectos poderão ter implicações na identificação dos factores que influenciam a performance dos profissionais, na definição de indicadores de qualidade assim como na motivação/apetência que possuem para 'responder' aos incentivos.

O Estado e as instituições públicas prestadoras de cuidados de saúde, na relação que foram estabelecendo com os profissionais de saúde, assumiram que as componentes éticas e deontológicas específicas dos clínicos eram garante suficiente para que os cuidados prestados fossem aqueles que mais favoreciam os utentes, independentemente do controle dos custos associados à prestação de cuidados.

Contudo, as inúmeras alterações de ordem económica, política e socioprofissional, o aumento crescente de complexidade que caracteriza as unidades prestadoras de cuidados de saúde e a própria evolução das responsabilidades individual e social sobre a saúde, motivaram o 'ensaio' da aplicação de incentivos,

por parte dos Sistemas Nacionais de Saúde, quer aos profissionais, quer às organizações prestadoras de cuidados.

Decorrentes destas aplicações, destacam-se determinadas evidências que motivam e sustentam o desenvolvimento do nosso estudo.

As investigações efectuadas sobre incentivos, não são unânimes em considerar a existência de uma forma ideal de calcular e implementar esses mesmos incentivos, requerendo para tal a definição de um desenho cauteloso. (Petersen, 2006)

Existem aspectos que são transversais às várias análises, como sejam: performance, qualidade de cuidados prestados, selecção adversa, custos e resultados.

Neste sentido, as metodologias de incentivos, devem definir previamente o objectivo principal que pretendem atingir (Safavi, 2006)

Com a introdução de incentivos, verifica-se alteração da prática clínica, ao nível de:

- Melhoria da qualidade, através da definição e avaliação de indicadores (Smith, 2004);
- Aumento da produtividade através da introdução de competitividade interna no Sistema de Saúde (Quaye, 2006).

No entanto, a resposta dos clínicos aos incentivos nem sempre corresponde à expectativa inicial. (Doran, 2006).

Petersen (2006), refere que um incentivo de apenas 5% pode provocar alteração inicial no comportamento do clínico.

Os incentivos tem-se direccionado preferencialmente para áreas mensuráveis, mas outras há que ficam no âmbito do profissionalismo e motivação moral.

Os incentivos podem alterar parcialmente os valores dos próprios clínicos, podendo reduzir a motivação interna, ficando estes subjugados aos instrumentos financeiros. (Roland et al, 2006)

Por outro lado, melhorar a motivação começa por ser um processo de ajuste de expectativas organizacionais, sendo executado através do conhecimento do perfil de cada indivíduo. (Paleologou et al, 2006)

Se a actividade que for considerada como relevante por parte do pagador, for baseada em trabalho de equipa multidisciplinar, o incentivo deverá ser para a equipa. Contudo, o resultado dos incentivos, quando estes são direccionados para um grupo de prestadores ou para um determinado nível de um hospital (departamento) é menor, quando comparado com incentivos individuais, porque os clínicos não conseguem obter/verificar um ganho directo do seu esforço.

Quando comparados dois serviços, em que num deles existe uma metodologia de incentivos à performance, verifica-se que o desempenho dos profissionais nesse serviço responde ao incentivo pré-definido. (Eggleston, 2004)

Neste sentido, estabelecemos como objectivo geral do nosso estudo: conhecer o processo de implementação da metodologia de Incentivos à prestação de cuidados de saúde em unidades hospitalares em Portugal

Definimos como objectivos específicos:

- Identificar os objectivos que as organizações definiram para introduzir incentivos;
- Descrever os impactos verificados com a implementação de incentivos.
- Conhecer os resultados obtidos;
- Identificar as dificuldades sentidas no processo de implementação de incentivos.

Na parte inicial do nosso trabalho apresentaremos os elementos chave de marco conceptual, que decorrem da literatura internacional de referência utilizada.

Em seguida, apresentaremos os resultados obtidos no trabalho empírico desenvolvido, decorrente do tratamento de dados recolhidos.

## 6.2 EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL: UMA BASE CONCEPTUAL

### 6.2.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A estrutura da fundamentação teórica deste trabalho, baseia-se num conjunto seleccionado de artigos de referência internacional sobre incentivos em cuidados de saúde publicados em revistas da especialidade. Serão apresentados os elementos mais relevantes das investigações acessíveis, no sentido de identificar elementos relevantes para o tema deste trabalho.

### 6.2.2 INCENTIVOS NO SISTEMA SAÚDE SUECO

O Modelo de incentivos do sistema de saúde Sueco, teve início em 1992, tendo direccionando-se para o mercado interno de cuidados hospitalares. Direccionado para uma população de 1,7 milhões de habitantes, possuía regras de funcionamento entre prestadores e compradores, separadas.

A responsabilidade da prestação de cuidados a idosos foi transferida para a comunidade sendo que os cuidados 'agudos' hospitalares, os serviços de medicina familiar e os cuidados de saúde psiquiátricos e geriátricos foram pagos por resultado, de acordo com um sistema de reembolso.

Neste sistema, os utentes podiam escolher o prestador, uma vez que o financiamento estava 'ligado' ao doente (patient-linked) sempre que este exercia a liberdade de escolha. Este facto promoveu a competição entre serviços.

Com implementação deste modelo, verificou-se a promoção de uma orientação dos utentes para os cuidados de saúde primários, sendo reforçada a gestão de cuidados, com base num sistema de contracto com hospitais.

Este procedimento, permitiu a diminuição de custos uma vez que as comunidades ('municipalities') assumiram os respectivos custos com cuidados médicos agudos e cuidados geriátricos, no âmbito dos internamentos hospitalares, resultando, num maior efeito (diminuição) de permanência dos utentes em meio hospitalar.

Tendo as alterações no Sistema de Saúde Sueco implicado mudanças organizacionais, Quaye (2003) procurou conhecer a perspectiva dos clínicos face ao modelo. Neste sentido, foram inquiridos, em 1997, 22 Clínicos (7 clínicos gerais, 6 clínicos hospitalares, 7 directores de clínica (chief of clinics), 2 deputy

chief); sendo que 15 homens e 7 mulheres; 14 clínicos com mais de 10 anos de exercício e 4 com menos.

Dos clínicos inquiridos, mais de metade refere que foi bem informado sobre o modelo.

Os clínicos consideraram que o modelo foi introduzido para diminuir listas de espera para cirurgias, que o foco de atenção é o utente, e que será promovida uma relação entre prestador-comprador sob influência do modelo do Reino Unido.

A maioria referiu que o modelo aumenta a produtividade, diminuiu listas de espera e melhorou o acesso a cuidados de saúde, tendo também suscitado nos clínicos e administradores a importância do controlo dos custos

Os clínicos hospitalares inquiridos neste estudo, referiram que 'diagnostic-related groups' (DRGs) é positivo, mas que o peso do reembolso é pequeno. A maioria referiu que o modelo levou a uma diminuição da demora média de internamento de 13 para 11 dias.

Relativamente à competição entre prestadores, alguns inquiridos referiram que o modelo introduziu competição entre os prestadores.

Grande parte dos clínicos concordou que a competição entre prestadores foi elevada no início, especialmente nos departamentos de medicina e de cirurgia. Desta competição verificou-se o encerramento de algumas unidades hospitalares e uma maior referenciação de utentes por clínico. No entanto, a intervenção política impediu o encerramento de mais unidades hospitalares.

No que concerne ao Impacto dos DRGs nos cuidados prestados, cerca de 70% dos clínicos não associaram incentivos económicos a decisões sobre intervenção clínica.

Cerca de 20% relacionaram os DRGs com selecção adversa dos utentes e determinação de tipos de intervenções clínicas. Este aspecto exige algum cuidado e análise específica, salientando-se a necessidade de regulação eficaz.

Embora os clínicos não assumam decisões clínicas com base na rentabilidade associada ao utente, parece que pelo menos pensam no controlo dos custos quando prescrevem procedimentos.

Na dimensão Autonomia Profissional, os clínicos inquiridos referiram que a introdução do modelo limitou a sua liberdade em termos clínicos. Quando confrontados com a possibilidade de manutenção deste

modelo durante um período de pelo menos cinco anos, os clínicos hospitalares e os clínicos gerais, referem que esse facto seria negativo para a sua satisfação.

Os Clínicos hospitalares referem que não adquiriram mais status, nem através de mais salários, nem por maior reconhecimento social, enquanto que os Clínicos gerais referem que o seu status social e económico melhorou em relação a outros clínicos, particularmente aos clínicos hospitalares.

A análise da implementação deste novo modelo permitiu aferir que foram introduzidos novos mecanismos de fundos tendo influenciado a forma como os clínicos praticam medicina.

Os DRGs e a competição gerada diminuíram os tempos de espera e aumentaram a ligação entre doente e clínicos de referência.

No que respeita à regulação, este modelo exige a introdução de medidas direccionadas para a monitorização e evolução dos serviços prestados, a avaliação da segurança no sistema e para o aumento e melhoria de motivação, incentivos e formação de clínicos gerais.

Após esta avaliação inicial, volvidos 5 anos, Quaye em 2003, inquiriu novamente, 46 Clínicos (47,9% (22) especialistas/(deputy chief), 12,5% (6) internos de medicina, 22,9% (11) cirurgiões, 16,7% (8) outros); sendo 80,9% (37) homens e 19,0% (9) mulheres; dos quais 67% (31) têm mais de 10 anos de exercício e 32,6% (15) têm menos de 10 anos de exercício, no sentido de identificar as perspectivas dos clínicos face ao modelo implementado.

Nesta fase de estudo, verificou-se que a forma de sistema de reembolso baseado na performance provocou alterações no comportamento dos clínicos. Os clínicos consideram-se mais conscienciosos com os custos e analisam casos clínicos dos utentes tendo por base considerações financeiras.

Os clínicos inquiridos referem que existiu um aumento da produtividade e eficiência, e destes, 77% referem que DRGs é uma boa forma de pagamento, sendo para 42% uma boa forma de distribuição de recursos de cuidados de saúde.

Verificou-se, na opinião dos clínicos inquiridos que para 58%, destes, a performance das instituições afecta as situações de trabalho. 54% dos clínicos sentem-se mais pressionados para observarem mais utentes, 70% consideram que os clínicos estão a perder controlo. Por outro lado, 58% dos clínicos estão satisfeitos com a sua prática, parecendo que os clínicos mais novos estão menos satisfeitos.

### 6.2.3 IMPACTO DOS INCENTIVOS NO REINO UNIDO

No Reino Unido desde 1998 tem-se tentado implementar medidas para aumentar a melhoria dos cuidados prestados através de orientações nacionais, criação de novas responsabilidades para os gestores desta área e com a elaboração de um plano de avaliação.

Doran, T. et al (2006) e Roland, M. et al (2006), são investigadores com contributos relevantes para a análise da evolução do sistema de saúde do Reino Unido.

Em 2004, foi criado o programa de pagamento pela performance, relativa aos clínicos gerais. Este programa pretendia que a actividade destes profissionais crescesse 25%, sendo que o programa “pagamento por performance” aumentava os benefícios de acordo com o desempenho de cada clínico, e regia-se por uma tabela de 146 indicadores que abrangiam 10 doenças crónicas; asma, cancro, hipotiroidismo, diabetes, epilepsia, doença obstrutiva pulmonar, doenças cardíacas, hipertensão, saúde mental, acidentes vasculares; assim como organização dos cuidados e experiência com os utentes.

Os Cuidados preventivos, os aspectos interpessoais dos cuidados, os utentes com múltiplas comorbilidades e os cuidados para grupos específicos; crianças, idosos, depressões, outras situações de saúde mental menores, não foram consideradas no âmbito dos incentivos

O sistema de pontos ganhos pelo desempenho era gerado através da proporção de utentes nos quais se verificasse o incremento de terapêuticas com sucesso.

Como preparação para o programa de 2004, os clínicos gerais, enfermeiros e pessoal administrativo, que lidavam com indivíduos com doenças crónicas melhoraram o uso de registos médicos electrónicos e consequentemente aumentaram o fluxo de informação a nível informático.

No primeiro ano do programa 2004/2005, foram analisados 8105 dados extraídos do sistema informático. Um exemplo de indicador, referente à asma, é a *percentagem de doentes com asma que foram sujeitos a uma observação/consulta nos últimos 15 meses*. Os pontos que o clínico podia obter variam entre 0 e 20, em função de este indicador acontecer em 25% a 70% dos doentes inscritos com esta patologia.

Outro exemplo de indicador, referente à hipertensão arterial, é a *percentagem de doentes com hipertensão que apresentem nos últimos 9 meses tensão arterial inferior ou igual a 150/90 mmhg*. Os pontos que o clínico poderia obter variam entre 0 e 56, em função do indicador acontecer em 25% a 70% dos doentes inscritos com esta patologia.

Com a aplicação deste modelo, a média de ganhos em função dos indicadores, no primeiro ano foi de 83,4%, determinando-se que as características sócio-demográficas e as práticas profissionais têm resultados modestos embora significativos no desempenho.

Os Clínicos Gerais (GP) conquistaram níveis elevados de ganhos no primeiro ano deste novo contrato. Um pequeno número de práticas pareceu ter conquistado elevados resultados em função da exclusão de inúmeros utentes através das excepções possíveis. Este facto coloca algumas questões quanto à possibilidade de promoção de selecção adversa, reforçando a necessidade de existência de regulação eficaz.

Com a aplicação deste modelo os clínicos gerais tiveram um aumento no seu vencimento de aproximadamente 33%. Os elevados resultados alcançados sugerem que os objectivos principais eram de fácil resolução.

Segundo Roland, (2006) com a implementação deste modelo verificou-se a contratação de enfermeiros, por parte dos clínicos gerais, para acompanharem utentes em situações crónicas (gestão de casos crónicos), assim como para a triagem de situações menos complexas. Ficando os clínicos gerias mais dedicados a situações clínicas mais complexas. Este facto levou à partilha de regras e responsabilidades quer com enfermeiros quer com instituições que colaboram em actividades não clínicas, como por exemplo na promoção de saúde.

Constatou-se também a promoção de melhores relações interpessoais dos clínicos com os outros membros das equipas multidisciplinares.

O aumento de burocracia, associada aos processos organizativos exigiu sistemas de informação robustos, tendo-se verificando a adopção de metodologias próprias de recolha e registo de informação, por parte dos clínicos gerais.

Este esquema/modelo foi revisto para o período 2006/2007: Dado que os ganhos foram elevados, verificou-se uma pequena variação nas práticas. Não é surpreendente por isso que factores socio-económicos e demográficos, que afectam profundamente a saúde da população e o acesso aos cuidados de saúde, tenham tido relativamente pouca influência nos ganhos conquistados.

As taxas de exclusão de utentes só foram possíveis de reportar para 30 dos indicadores clínicos, sendo que não será possível determinar a sua representatividade.

No sentido de conhecer a perspectiva dos clínicos face ao modelo, foram inquiridos 1035 clínicos gerais. (Roland, 2006)

Relativamente aos efeitos do novo contrato na qualidade dos cuidados, os inquiridos referiram que a qualidade de cuidados para utentes com situações agudas «manteve-se ou decresceu», que a qualidade de cuidados para utentes com doença crónica «melhorou um pouco», que a qualidade na prevenção «melhorou um pouco» e que a qualidade no geral «manteve-se ou aumentou».

Relativamente aos efeitos previsíveis desta metodologia de contrato no trabalho/vida pessoal dos clínicos gerais, os inquiridos referem que a autonomia, «decresceu bastante», a qualidade de vida relacionada com o trabalho «decresceu bastante», o trabalho administrativo «aumentou bastante» e que o trabalho clínico «aumentou bastante».

Decorre destas evidências que, aparentemente, os benefícios de qualidade obtidos, aconteceram à custa de mais esforço dispendido por clínicos.

Em termos gerais verificaram-se alterações estruturais na prática, por exemplo, com a contratação de enfermeiros, e que os indicadores são baseados em guidelines nacionais.

Por outro lado, verificou-se um aumento do trabalho administrativo, o desenvolvimento e partilha de normas e responsabilidades com profissionais de enfermagem, tendo levado os clínicos gerais a tentarem incorporar na sua prática uma visão holística das situações. Constatou-se que esta metodologia teve ganhos no que concerne ao acompanhamento e vigilância do indivíduo com doenças crónicas, podendo eventualmente ter descorado outros aspectos.

A introdução de um 'novo' modelo de organização de cuidados de saúde no Reino Unido, permite analisar alguns factores que alicerçam o sucesso destas decisões.

O programa foi concebido com fundos adicionais em vez de se verificarem reestruturações ao programa implementado. Adicionalmente a esta forma de pagamento, existiram outros custos, para os médicos e decisores políticos, referentes ao desenvolvimento e à implementação de sistemas de informação que

monitorizem o programa. Foi necessária uma clara e robusta base de dados para evitar que se pague por melhorias já efectuados.

A introdução deste novo plano reduz os riscos quer para beneficiários quer para contribuintes, sendo que os pagadores devem considerar a possibilidade de ganhos maiores que as expectativas iniciais.

O risco de um tratamento desadequado pode diminuir com o uso de mecanismos, como é o caso da exclusão, mas deverá ser devidamente monitorizado para prevenir um abuso desta prerrogativa.

A experiência britânica sugere que grandes mudanças nas práticas profissionais podem ser alcançadas através deste novo programa. Porém, qualquer que seja a situação, os incentivos financeiros deverão estar alinhados com os valores médicos profissionais de modo a evitar desigualdades nos tratamentos.

#### 6.2.3.1 INCENTIVOS BASEADOS NAS ACTIVIDADES REALIZADAS PELOS CLÍNICOS

Na análise desenvolvida por Eggleston, K. (2004), constata-se que um incentivo elevado direccionado para várias tarefas pode ser perverso, quer pelo facto de algumas das tarefas serem de fácil avaliação e outras de difícil, quer pelo facto de múltiplos incentivos poderem vir a beneficiar apenas alguns (poucos) utentes.

Os clínicos são vistos como maximizadores da sua função de utilidade, considerando vários elementos nos seus processos de decisão, como sejam, status social e profissional, altruísmo, o custo despendido para prestar cuidados, incerteza na efectividade clínica do tratamento ou satisfação por fazerem o seu trabalho.

Uma vez que o pagamento (incentivo) por performance é imperfeito, tendo em conta a especificidade da qualidade de serviços, deve ser utilizada uma forma de pagamento misto que relacione os incentivos com os esforços para melhoria da qualidade de serviços.

Os incentivos à performance, considerando que é uma dimensão individual do clínico e que depende apenas do seu desempenho e esforço, provocam um aumento da actividade do clínico. A qualidade de prestação de serviços também depende de outros factores que vão para além da performance individual do clínico.

Os argumentos económicos para os pagamentos mistos, centram-se no combate à selecção adversa e na manutenção de qualidade, introduzindo alguns incentivos para o controlo de custos.

Considerando a relação entre promoção da qualidade e o aumento dos custos, se se direccionar apenas os incentivos para o controlo dos custos, esse facto poderá desencorajar a procura de qualidade. Existe portanto um objectivo paradoxal, ou seja, se o pagador introduz medidas de contenção de custos, pode influenciar o comportamento do prestador e diminuir a qualidade da prestação.

O método de reembolso pressupõe a partilha de custos, exige o pagamento misto e tem como objectivos, a melhoria da qualidade e o controlo de custos

Para a sua concretização existem dois instrumentos:

- Prémios de qualidade (as avaliações métricas da qualidade estão imperfeitamente correlacionadas com reais benefícios sociais)
- Partilha de custos na fonte (supply-side cost sharing)  
(Os custos possíveis de determinar estão imperfeitamente correlacionados com a utilização eficiente e racional dos recursos).

Assumindo que os recursos utilizados e a qualidade são complementares, e o facto da qualidade não ser contratualizada, verifica-se um dilema.

O pagamento com base na partilha de custos leva ao controlo de custos mas não ao aumento da qualidade.

Diminuir a partilha de custos, promove a qualidade mas aumenta os custos.

A solução pode passar por formas de pagamento misto. Esta forma de pagamento melhora se o pagador for capaz de definir e avaliar qualidade.

Em função desta relação dilemática e potencialmente paradoxal entre custos e qualidade de cuidados, os clínicos podem assumir diferentes comportamentos em função do tipo de metodologia de incentivos.

Neste sentido, considerando que o clínico exerce funções apenas num serviço, o pagamento por performance promove o bem-estar (benefícios) se os incentivos pela qualidade forem baixos e o controlo/partilha de custos for máximo (capitação),

Quando o pagamento pela performance pretende promover directamente a qualidade, o pagador 'pode' aplicar o método de partilha de custos. (pagamento misto)

À medida que cuidados de elevada qualidade estão associado a elevados custos e as medidas métricas de performance são imperfeitas, o pagamento por performance e pagamentos mistos devem ser vistos como complementares e não como substitutos.

Por outro lado, se se considerar que o clínico exerce actividades em dois serviços, contratualizar um plano de saúde com um prestador para um conjunto de utentes, pode assumir várias modalidades: o pagamento prévio por utente, a partilha de custos por cada serviço, os incentivos com pagamento por performance ou o pagamento para motivar/promover a qualidade.

Verifica-se uma relação directa entre o esforço de cada serviço e as escolhas de tratamento, porque o aumento do esforço aumenta o benefício marginal do tratamento e o prestador preocupa-se directamente com os benefícios do tratamento para os utentes.

Aumentando/promovendo o esforço no serviço 'A' aumenta o custo marginal de promoção de esforço no serviço 'B'.

Aumentando os incentivos, através do pagamento por performance numa determinada dimensão de qualidade, induz o prestador a direccionar – se para esse serviço, diminuindo nos outros.

Tendo em conta que existem serviços com capacidades diferentes de avaliar qualidade, se for aplicada uma forma de pagamento com forte componente de performance, o prestador aplicar-se-á mais, nos serviços onde melhor se avalia a qualidade.

O pagamento misto permite equilibrar o controlo de custos e os incentivos para a promoção da qualidade, incluindo a resolução dos problemas de existência de várias tarefas.

#### 6.2.3.2 FACTORES MOTIVACIONAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Como contributo para a análise de factores de motivação dos profissionais, recorreremos ao estudo desenvolvido por Paleologou, V. et al, realizado em 2006.

A fundamentação teórica desta pesquisa está relacionada com a teoria de motivação das necessidades de Maslow e a teoria dos dois factores de Herzberg.

O instrumento de avaliação foi aplicado a um conjunto de profissionais de 5 hospitais centrais Gregos, tendo a amostra sido constituída por 83 médicos, 162 enfermeiros, 108 administrativos, com média de idades 39,3 anos, sendo 69,5% mulheres e 30,5% homens.

O primeiro factor designado de «atributos laborais», contém sete itens e associa a motivação a características particulares do trabalho tais como participação nas decisões, criatividade e desenvolvimento de habilitações. Estas motivações intrínsecas dirigem-se a necessidades próprias geradas por valores interiores que precisam de ser satisfeitos antes da verdadeira sensação de satisfação no trabalho.

O segundo factor é baseado em quatro itens e foi designado como «remuneração». Neste caso, as motivações assumem cariz extrínseco e são designados como salário, benefícios, pensões e seguros.

O terceiro factor consiste em cinco itens e é designado por «equipa de trabalho». Refere-se às relações profissionais com dirigentes e colegas como principais fontes de satisfação e de motivação.

Por último, o quarto factor consiste em três itens e é designado por «conquistas». Estes referem-se a factores intrínsecos expressos através de valores tais como o respeito e a aceitação social.

O factor *remuneração* reflecte claramente bens necessários tais como segurança e estabilidade que podem ser encontrados num local de trabalho seguro, sendo também importantes os benefícios especiais que incluem pensões e seguros que são motivo de garantia de bem-estar especialmente para os trabalhadores mais velhos.

O factor, *equipa de trabalho*, inclui itens relacionados com necessidades sociais tais como sentimentos de pertença, relações e aceitação nos grupos formais e informais.

Analisando a teoria dos dois factores de Herzberg, os elementos *remuneração* e *equipa de trabalho*, são 'factores de higiene'. Mesmo que estes não sejam 'factores motivantes' ajudam o trabalhador no cumprimento das suas tarefas.

Por outro lado, factores como *atributos laborais* e *conquistas* são factores motivantes porque criam satisfação do profissional, através da satisfação de necessidades elevadas de cada um.

Uma vez conhecidos os 'factores de higiene' e os 'factores de motivação', introduzidos por Herzberg, é possível estruturar formas de promover a satisfação no trabalho e encorajar o trabalhador a uma melhoria no desempenho. (Paleologou, V. et al, 2006)

Verifica-se que a motivação dos profissionais, irá depender de factores estruturais das organizações e de factores circunstanciais, reconhecendo que será necessário promover a complementaridade entre ambos os grupos de factores.

#### 6.2.4 INCENTIVOS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE ESPANHOL

As variações da prática clínica são alterações sistemáticas nas taxas estandardizadas de um determinado procedimento clínico. Estas variações têm sido estudadas por Salvador Peiró, 2006, tendo identificado que estão sujeitas a um conjunto de factores que as afectam:

- Do lado da procura; considera-se a morbilidade, estrutura demográfica da população, características socioeconómicas, distância aos serviços de saúde, modalidade de co-pagamento, factores estes que provocam variabilidade na decisão dos utentes em procurar/consumir cuidados de saúde.
- Do lado da oferta: factores estruturais de organização, a capacidade instalada, os recursos por habitante, os sistemas de pagamento e incentivo a médicos, a especialização, a existência de docência, o tamanho e tipo de instituição.

Conceptualmente considera-se que as intervenções em saúde baseiam-se no conhecimento disponível (evidências científicas) sobre a efectividade das tecnologias médicas. Neste sentido, os conceitos chave de decisão são a 'Incerteza' (quando não existe evidência científica sobre a efectividade das alternativas de tratamento ou de diagnóstico numa situação concreta) e 'Ignorância' (quando, existindo evidência científica, o médico a desconhece, ou conhecendo utiliza outras).

Incerteza e ignorância podem explicar as diferenças de prática clínica.

Neste sentido, Wennberg (1998) cit por Salvador (2006), definiu três categorias de tecnologias médicas:

- [efectivas], nas quais existe uma sólida evidência científica da sua eficácia;
- [discricionais] ou sensível às preferências dos utentes, nas quais as evidências não são conclusivas ou os resultados são muito diferentes de utente para utente;

- [sensíveis à oferta], possuem pouca evidência sobre o seu valor, elevadas discrepâncias de indicação e taxas de utilização associadas à disponibilidade de recursos.

Comparando as actividades realizadas no sistema de saúde americano (medicare) e as actividades realizadas no sistema de saúde espanhol, verificam-se algumas diferenças: Verifica-se que as taxas de intervenções no sistema de saúde espanhol são menores que no sistema de saúde americano, nalguns casos são relativamente próximas, noutros são muito diferentes.

Constata-se que a oferta, medida em número de camas por 10.000 habitantes, não mostra relação com a taxa de intervenções, existindo por outro lado, uma relação inversa entre a taxa de intervenções mais 'usuais', que requerem tecnologia menos diferenciada, e a disponibilidade de alta tecnologia.

Os factores associados à utilização de serviços hospitalares e o comportamento das variações de procedimentos médicos, parecem ser muito diferentes nos EUA e em Espanha. Uma explicação possível para este facto é a existência de sistemas de incentivos diferentes.

No sistema de saúde dos EUA os hospitais são financiados por actividades realizadas e os médicos por tipo de acto realizado. Este propósito implica a existência de importantes incentivos para aumentar a utilização hospitalar.

No sistema de saúde Espanhol, o financiamento baseia-se no histórico das instituições e no pagamento de salários aos profissionais. O papel dos incentivos económicos têm menor impacto e podem gerar conflitos por existirem interesses paradoxais entre gestores, que procuram aumentar níveis de produtividade, e clínicos, que pretendem diminuir as cargas de trabalho.

Uma possibilidade alternativa, prende-se com a utilização de incentivos não económicos mas do tipo profissional (tecnologia e inovação) que lhes podem conferir prestígio, autonomia e status profissional que os clínicos poderão mobilizar para promoções internas ou para o sector privado.

A introdução de incentivos tecnológicos poderá determinar, por um lado taxas de utilização comparativamente baixas em situações clínicas pouco complexas e, por outro, taxas de utilização comparativamente elevadas em situações clínicas que requeiram tecnologias inovadoras.

### 6.3 A REALIDADE PORTUGUESA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

#### 6.3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Considerando o objectivo geral do estudo, conhecer o processo de implementação da metodologia de Incentivos à prestação de cuidados de saúde nas unidades hospitalares em Portugal, realizamos um estudo de carácter descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa.

Para a recolha de dados procedemos à realização de entrevistas semi-estruturadas em profundidade a profissionais com responsabilidade de chefia/liderança dos processo de incentivos nas unidades Hospitalares Portuguesas que aceitaram colaborar no estudo, no período de Março a Maio de 2007, tendo efectuada a respectiva análise de conteúdo de acordo com o método de Lawrence Bardin.

Em função da revisão de literatura internacional de referência para o tema dos incentivos, foram identificados elementos fundamentais e estruturantes que consistiram a base de construção do guião de entrevista.

Obtivemos uma amostra acidental constituída por 6 profissionais, de quatro instituições cujos dados não pretendemos que sejam generalizados nem representativos da população.

### 6.4 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Após a realização das 6 entrevistas semi-estruturadas, foi transcrito o texto de cada uma delas e efectuada a respectiva análise de conteúdo, segundo o método de Bardin.

Foram identificadas quatro categorias e dezanove unidades de contexto conforme se pode observar na Fig. 17.

**Figura 17: Tabela das Categorias e respectivas Unidades de Contexto**

|   |
|---|
| <b>CATEGORIA:</b><br>PLANEAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DA METODOLOGIA DE INCENTIVOS<br><b>UNIDADES DE CONTEXTO:</b><br>Objectivos iniciais da metodologia de incentivos<br>Definição de Indicadores<br>Envolvimento dos Profissionais  |
| <b>CATEGORIA:</b><br>ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS<br><b>UNIDADES DE CONTEXTO:</b><br>Tipos de incentivos utilizados<br>Valor relativo de incentivo atribuído<br>Destinatários dos incentivos<br>Factores de exclusão de atribuição de incentivos  |
| <b>CATEGORIA:</b><br>IMPACTO DOS INCENTIVOS<br><b>UNIDADES DE CONTEXTO:</b><br>Impacto dos incentivos no acesso a cuidados de Saúde<br>Impacto dos incentivos no aumento da despesa<br>Impacto dos incentivos na qualidade dos cuidados prestados<br>Impacto dos incentivos na utilização de 'Guidelines Clínicas'<br>Impacto dos incentivos na Produtividade<br>Impacto dos incentivos na satisfação dos Profissionais de Saúde<br>Impacto dos incentivos na satisfação dos clientes<br>Alterações Organizacionais de correntes dos incentivos |
| <b>CATEGORIA:</b><br>DIFICULDADES DE IMPLEMENTAÇÃO<br><b>UNIDADES DE CONTEXTO:</b><br>Dificuldades Associadas à definição de objectivos e avaliação<br>Dificuldades Associadas à Gestão Intermédia<br>Dificuldades Relacionadas com Mudança<br>Dificuldades Relacionadas com Sistemas de Informação   |

**Figura 18: Tabela Planeamento: Objectivos iniciais da metodologia e Incentivos**

|   |
|---|
| <b>CATEGORIA:</b> PLANEAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DA METODOLOGIA DE INCENTIVOS   |
| <b>UNIDADE DE CONTEXTO:</b><br>Objectivos iniciais da metodologia de incentivos   |
| <b>UNIDADE DE REGISTO:</b><br><p>E1 - “a metodologia dos incentivos veio por arrastamento, com a aplicação do novo sistema de avaliação de desempenho da administração pública”<br/>         “Os objectivos? Acho que os objectivos era pôr as pessoas a produzir mais, não é? “</p> <p>E2 “havia obviamente aqui diferenças de produção e de produtividade, que demonstravam uma gestão diferente do que era anteriormente e portanto pareceu adequado aos responsáveis quer do Hospital, quer do Ministério, que fossem distribuídos incentivos”</p> <p>E4 “Estava relacionado com a produtividade e acessibilidade”</p> <p>E6 – “O objectivo essencial é um bocado fazer o alinhamento de interesses entre aquele que é o desempenho individual de cada um dos colaboradores, dos trabalhadores de uma organização, e os objectivos da organização”.<br/>         “E eliminar, se quiser, muita guerra que existe de facto, do poder individual de cada um dos prestadores de se orientar por determinado tipo de linhas de cuidados, de se especializar em determinado tipo de áreas que podem não ter interesse para a organização”<br/>         “potenciar a organização para a realização de actos que a nossa colheita de proveitos é melhor”</p> |

Pela análise da tabela anterior, verificamos que os objectivos estão relacionados com o sistema de avaliação da Função Pública e por outro lado com a necessidade de aumentar a produtividade da unidade prestadoras de cuidados de saúde.

**Figura 19: Tabela Planeamento: Definição de Indicadores**

|   |
|---|
| <b>CATEGORIA:</b> PLANEAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DA METODOLOGIA DE INCENTIVOS   |
| <b>UNIDADE DE CONTEXTO:</b><br>Definição de Indicadores   |
| <b>UNIDADE DE REGISTO:</b><br><p>E1 “Uma das nossas dificuldades foi essa, nós não tínhamos indicadores muito apurados para poder aplicar tudo isto<br/>         “A maior parte dos indicadores que nos foram disponibilizados pela Unidade de Missão, muitos mostraram-se inviáveis na prática”<br/>         “A definição dos indicadores depende muito de quem estamos a falar, se calhar faz muito sentido ter indicadores de produção para os médicos, para os enfermeiros já não faz sentido nenhum, para os outros grupos profissionais também não”<br/>         “Os indicadores terão que ser essencialmente aqueles que estão previstos no Plano de Desempenho, aqueles que são contratualizados com o Ministério. São essencialmente indicadores de produção e alguns de qualidade.”<br/>         “Os indicadores de produção são os mais fáceis de aplicar”</p> <p>E5 “Estava relacionado com a produção, por exemplo com a realização de primeiras consultas”</p> <p>E6 – “Nesta primeira fase, fundamentalmente produção”</p> |

Pela análise da tabela anterior, constatamos existiam indicadores sobretudo de produção, mas que a sua operacionalização, tornou-se complexa ou inviável, sendo apontada como uma dificuldade.

**Figura 20: Tabela Planeamento: Envolvimento dos Profissionais**

|   |   |
|---|---|
| <b>CATEGORIA: PLANEAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DA METODOLOGIA DE INCENTIVOS</b> |   |
| <b>UNIDADE DE CONTEXTO:</b><br>Envolvimento dos Profissionais               |   |
| <b>UNIDADE DE REGISTO:</b>  |   |
| E1  | <p>“o que se fez inicialmente foi, como isto é um hospital pequeno dá para fazer essas coisas, fez-se reuniões não houve tempo para fazer formação a ninguém, portanto fez-se reuniões com todos os responsáveis, directores, enfermeiros chefes, no sentido quase, reuniões individuais, no sentido de lhes explicar qual era a metodologia da nova avaliação de desempenho”</p> <p>“Ficou definido que cada serviço é que definia os seus objectivos, e definiram os objectivos dos seus colaboradores”</p> <p>“Mas nós acabamos por andar muito atrás daquilo que estava a ser definido, os objectivos e da metodologia que estava a ser definido, nem sequer tínhamos tempo de estar a pensar qual seria o melhor sistema e a melhor forma de pôr em prática tudo aquilo”</p> |
| E2  | <p>“sim nomeámos, um chefe de serviço, médico, a enfermeira chefe e demos ao pessoal a hipótese de escolher uma terceira pessoa. Era o grupo de avaliadores (...) médico e dois enfermeiros, avaliam todas as categorias de pessoal, médicos, enfermeiros, todos (...) então toda a gente é classificada da mesma maneira”</p>  |
| E5  | <p>“Contratou-se uma empresa, que reuniu com o Conselho de Administração, com os enfermeiros chefe, directores de serviço, foram estabelecidos critérios, indicadores”</p>  |

Pela análise da tabela anterior, observamos que houve envolvimento da gestão intermédia no sentido de definir objectivos em cada serviço para posteriormente existirem incentivos em função da respectiva avaliação.

**Figura 21: Tabela da Atribuição de Incentivos: Tipo de Incentivos**

|   |  |
|---|--|
| <b>CATEGORIA: ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS</b>                    |  |
| <b>UNIDADE DE CONTEXTO:</b><br>Tipos de incentivos utilizados |  |
| <b>UNIDADE DE REGISTO:</b>                                    |  |
| E1  | <p>“Remuneração, financeiro (...) eu também acho mal serem só financeiros”</p> <p>“Nesses contratos já está definida de alguma forma essa possibilidade ou não, que a remuneração da pessoa, que o vencimento, tenha uma quota-parte de variabilidade, em função do desempenho”</p>  |
| E2  | <p>“Como prémio de desempenho dinheiro. No fim de contas, as pessoas, essa história da máquina de café e tudo é muito bonito, mas o que as pessoas gostam é de receber dinheiro e é justo que seja”</p>  |
| E3  | <p>“Foi só do tipo remuneratório, eu diria que não houve incentivos sem serem do tipo remuneratório, foi uma percentagem do vencimento”</p>  |
| E4  | <p>“Os incentivos foram apenas monetários.”</p>  |
| E5  | <p>“Os incentivos eram só de remuneração”</p>  |
| E6  | <p>– “O incentivo mais imediato é o dinheiro, isso não tenho dúvidas nenhuma”</p> <p>“O dinheiro é o que funciona melhor, porque é o mais visível (...) é o mais imediato, é aquele que as pessoas tiram vantagem imediatamente após o receberem. (...) aquilo que é quantificável é sempre mais fácil de ser perceberem.”</p> <p>“Os incentivos em dinheiro e individuais, são sempre mais perceptíveis que os incentivos que não são em dinheiro e que são colectivos”</p> |

Pela análise da tabela anterior, identificamos que o principal tipo de incentivo é de carácter monetário, limitando apenas à dimensão financeira as alternativas de aplicação de incentivos.

**Figura 22: Tabela da Atribuição de Incentivos: Valor relativo atribuído**

| CATEGORIA: ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS                           |   |
|---|---|
| UNIDADE DE CONTEXTO:<br>Valor relativo de incentivo atribuído |   |
| UNIDADE DE REGISTO:   |   |
| E1  | <p>“O que se fez foi que se definiu uma tabela de incentivo alvo, que estava associada às categorias das pessoas. Com um valor de incentivo associado, esse valor aqui no Hospital ficou definido que era... já não sei se era 90 ou 95% de uma remuneração base, esse valor de incentivos era atribuído a todos aqueles que conseguissem cumprir os objectivos”</p> <p>“O máximo que temos é 20%. É uma pequena parte mas já é relevante e só está para os médicos, os outros grupos tem-se tido alguma dificuldade em aplicar esta metodologia”</p> |
| E2  | <p>“O prémio de equipa é distribuído numa percentagem, não é em valores absolutos, numa percentagem sobre os tais rendimentos do trabalho, para toda a gente”.</p> <p>“A sua aplicação é de carácter individual, é um prémio, mas pode e deve ter-se também em conta a performance da equipa”</p> <p>“Eventualmente isto estabilizou assim: a remuneração total 78% e o prémio correspondente a 22%. Começou com 24%, já esteve em 18,9 e depois o ano passado ficou em 22%”</p>  |
| E3  | <p>“esteve sempre indexado, não me pergunte as percentagens que não me recordo, mas estava sempre indexado ao respectivo vencimento, por contrapartida com uma percentagem, percentagem essa que tinha em vista a avaliação que tinha sido feita relativamente a cada um dos profissionais”</p>   |
| E4  | <p>“Em média foi de 50% do vencimento.”</p>   |
| E6  | <p>“Em algumas situações, pode chegar a 30-40%, com alguma facilidade, sendo certo que nós estamos a falar de base line relativamente altos”</p>  |

Pela análise da tabela anterior, realçamos que os valores atribuídos possuem variação de caso para caso, tendo estado sempre relacionado com a remuneração individual de cada profissional.

Figura 23: Tabela da Atribuição de Incentivos: Destinatários dos Incentivos

| CATEGORIA: ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS                  |   |
|--|---|
| UNIDADE DE CONTEXTO:<br>Destinatários dos incentivos |   |
| UNIDADE DE REGISTO:                                  |   |
| E1   | <p>“houve pessoas que se calhar não fizeram muito e conseguiram receber o incentivo, não é”</p> <p>“Eu acho que seria preferível para o serviço do que propriamente para o director de serviço, não é. O director de serviço tem que ter já algum sentido de missão para n precisar de incentivos”</p> <p>“Havia também um incentivo que estava previsto para os membros do Conselho, nunca foi distribuído. Acho que ao nível do Hospital poderia ter algum impacto”</p>   |
| E2   | <p>“isto é a mesma coisa para todos, para os médicos, para os enfermeiros, a formula é sempre igual, portanto isto é a proporcionalidade, é o total de incentivos”</p> <p>“Isso eu, aí, nas direcções de serviços [receberam incentivos], mais do que, eu acho que apesar de tudo a participação nos incentivos é importante, mas não é tanto por aí que lá chegam.”</p>  |
| E3   | <p>“À volta de 80% de profissionais, ou mais até, receberam incentivos (...) Foram poucos os profissionais que não receberam o incentivo por virtude de não terem atingido os objectivos pessoais”</p> <p>“Não, isso não é para nós.[membros do Conselho de Administração] Mas por que raio é que isso não há-de ser para nós e há-de ser para a Caixa Geral de Depósitos? Ou para a empresa ali ao lado, que é uma empresa pública como esta, não é?”</p>  |
| E5   | <p>“Por princípio foram atribuídos a todos os profissionais”</p> <p>“Só o Conselho de Administração não recebeu.”</p>   |
| E6   | <p>“Entregávamos às direcções de serviço a distribuição de resultados (...) você tem tantos milhões de euros para médicos, tantos milhares de euros para enfermeiros, tantos milhares de euros para administrativos, para auxiliares e portanto toda a gente, 2/3 normalmente das pessoas recebiam”</p> <p>“Depois era deixado ao critério dos directores de serviço a forma de fazer essa distribuição”</p> <p>“Ele [director de Serviço] estabelecia para cada um dos seus subalternos médicos, depois o pessoal de enfermagem era feito pela direcção de enfermagem, que fazia a distribuição também e pelos auxiliares, o administrativo era feito por cada uma das chefias dos serviços administrativos”</p> <p>“ [Incentivo para os membros do Conselho de Administração] Eu diria que sim. Eu acho que os incentivos fazem todo o sentido no, na estrutura toda”</p> |

Ao observarmos a tabela anterior, constatamos que os incentivos foram destinados a todos os profissionais à excepção dos membros dos conselhos de administração.

Figura 24: Tabela da Atribuição de Incentivos: Factores de exclusão de atribuição de incentivos

| CATEGORIA: ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS                                      |  |
|--|--|
| UNIDADE DE CONTEXTO:<br>Factores de exclusão de atribuição de incentivos |  |
| UNIDADE DE REGISTO:  |  |
| E1   | <p>“Houve muitos, por exemplo, o caso dos médicos e dos enfermeiros que não quiseram praticamente aderir”</p> <p>“(…) porque dependeu de uma série de componentes e de uma série de factores, nomeadamente a chefia ter feito a avaliação ou não”</p>  |
| E2   | <p>“nós consideramos que qualquer pessoa que faltasse por 10 dias, mais de 10 dias (…) está excluído completamente.”</p> <p>“Em relação à maternidade, os 120 dias são aceites, mas com a dedução do tempo correspondente, correspondem a um quadrimestre, não é, portanto a dedução do terço correspondente, isto é, se tinham direito a 300, só recebem 200, desde que não faltem para além desses dias”</p> <p>“Licença de casamento, por exemplo, a licença de casamento como sabem é 11 dias, de maneira que aqui no serviço toda a gente faz, mete 9 dias e depois tira 2 dias de férias”</p> <p>“Ausências por maternidade até ao limite contemplado na lei serão penalizadas até no equivalente a 120 dias. Portanto, é descontado o equivalente aos 120 dias.”</p> <p>“Situação de doença prolongada requerendo internamento até 20 dias, com penalização até 50%. Ausências ocasionais até 5 dias com uma penalização até 20% a partir de 3 dias, entre 5 e 10 dias, penalização até 50%.”</p> |
| E3   | <p>“[excluídos] profissionais que tiveram mais faltas do que aquelas que estavam estabelecidas. Havia creio eu, um limite, que penso que eram 23, mas isso estava pré estabelecido”</p> <p>“E como compreende, houve muitos profissionais deste cerca de 20%, ou à volta disso, que não receberam, que foram logo excluídos à partida, por causa das faltas. Grávidas, acidentes em serviço, qualquer tipo de faltas, excluía”</p> <p>“São conhecidos publicamente e que não atingiram no hospital, no seu serviço, o objectivo que lhe tinha sido destinado e em virtude disso, esses profissionais, poucos, mas esses profissionais não receberam incentivos</p> <p>“resumindo os incentivos que não foram atribuídos foi essencialmente por faltas dadas ao serviço, tirando as outras que são poucas.”</p>   |
| E4   | <p>“A avaliação foi feita a mais de 90%. Nem todos cumpriram e portanto nem todos tiveram incentivos”</p> <p>“Não podiam dar mais de 20 faltas, só se considerava fora o luto e formação. 800 trabalhadores ficaram de fora, não receberam por causa do número de faltas.”</p>   |
| E5   | <p>“(…) mas alguns foram excluídos. Por motivos de assiduidade foi grande a exclusão, o que deu alguma polémica, por exemplo por causa das licenças de maternidade”</p>  |

Pela análise da tabela anterior, verificamos que o principal motivo de exclusão relaciona-se com faltas dadas no serviço, emergindo o problema relativo a faltas por doença, maternidade ou licença para casamento.

**Figura 25: Tabela do Impacto dos Incentivos: Acesso**

|  |
|--|
| <b>CATEGORIA:</b> IMPACTO DOS INCENTIVOS   |
| <b>UNIDADE DE CONTEXTO:</b><br>Impacto dos incentivos no acesso a cuidados de Saúde  |
| <b>UNIDADE DE REGISTO:</b><br>E1 - “uma situação que talvez crie um incentivo, que é a questão da remuneração variável, temos isso nalguns contratos, e isso talvez é capaz de ..., não sei, tinha que ser avaliado, mas nalgumas situações era capaz de criar um melhor acesso”<br>E6 – “o que eu acho é que os incentivos (...)tem impacto no acesso”.<br>“para mim os incentivos fazem todo o sentido também como uma forma de aumentar o acesso e diria que aumentar o acesso tem interesse organizacional corporativo dos serviços públicos”. |

Pela análise da tabela anterior, constatamos que dois dos entrevistados fazem referência á relação entre incentivos e melhoria no acesso a cuidados de saúde.

**Figura 26: Tabela do Impacto dos Incentivos: Despesa**

|  |
|--|
| <b>CATEGORIA:</b> IMPACTO DOS INCENTIVOS   |
| <b>UNIDADE DE CONTEXTO:</b><br>Impacto dos incentivos no aumento da despesa  |
| <b>UNIDADE DE REGISTO:</b><br>E1 “Os custos? Nesse ano fez de certeza, foram 170.000 euros ...mas claro que devia ser um custo com beneficio associado”<br>E2 “Estamos a ganhar muito dinheiro porque estamos a trabalhar muito, está a perceber, e é assim.”<br>“Claro que eu sei muito bem o que é que está por trás disto, é que a produtividade no SNS implica mais despesas.”<br>E6 “Em termos meramente financeiros, é capaz de se gastar mais um bocadinho de dinheiro para os incentivos do que não havendo incentivos nenhuns, não é, mas isso também é distribuído por várias unidades de produção e portanto aí estamos em casa.” |

Ao observarmos os dados da tabela anterior, realçamos que não há uniformidade nas posições dos entrevistados.

Figura 27: Tabela do Impacto dos Incentivos: Qualidade

|   |   |
|---|---|
| <b>CATEGORIA: IMPACTO DOS INCENTIVOS</b>  |   |
| <b>UNIDADE DE CONTEXTO:</b><br>Impacto dos incentivos na qualidade dos cuidados prestados |   |
| <b>UNIDADE DE REGISTO:</b>  |   |
| E1  | “Possivelmente sim, se calhar não de uma forma muito directa, mas indirecta, possivelmente sim, até porque muitos objectivos estavam ligados a questões de qualidade, nomeadamente definição de procedimentos, aplicação de procedimentos”  |
| E4  | “A qualidade dos serviços melhorou com os incentivos”   |
| E6  | “(…) não faz sentido termos incentivos se não tivermos associado a um, a padrões mínimos de qualidade”.<br>“Acho é que é sempre possível associar à, digamos assim, ao sistema de incentivos, um sistema de desincentivo”<br>“Sistema ideal é aquele que atribua um incentivos que seja valorizado (...) e que permita fazer o controlo da qualidade daquilo que é feito em termos da concretização do sistema de incentivos” |

Pela análise da tabela anterior, os entrevistados são unânimes em associar incentivos e qualidade na prestação de cuidados.

Figura 28: Tabela do Impacto dos Incentivos: Guidelines Clínicas

|  |   |
|--|---|
| <b>CATEGORIA: IMPACTO DOS INCENTIVOS</b>   |   |
| <b>UNIDADE DE CONTEXTO:</b><br>Impacto dos incentivos na utilização de ‘Guidelines Clínicas’ |   |
| <b>UNIDADE DE REGISTO:</b>   |   |
| E1   | “houve alguns protocolos que foram definidos como objectivos e foram feitos na sequência de serem objectivos dos serviços, por exemplo, protocolos para tratamento de certos tipos de doentes”  |
| E6   | “A utilização de guidelines é uma prática que em termos organizacionais cada vez mais, enfim, vai tendo mais aplicação, depende muito diria eu das direcções operacionais.”<br>“Eventualmente ter um sistema de incentivos pode servir para ajudar a estabelecer uma rotina, digamos assim, de utilização desse tipo de instrumentos” |

Pela análise da tabela anterior, verifica-se que houve alguma relação entre metodologia de incentivos e utilização de protocolos e guidelines. Contudo esta relação não é absolutamente expressiva.

Figura 29: Tabela do Impacto dos Incentivos: Produtividade

|   |  |
|---|--|
| CATEGORIA: IMPACTO DOS INCENTIVOS                               |  |
| UNIDADE DE CONTEXTO:<br>Impacto dos incentivos na Produtividade |  |
| UNIDADE DE REGISTO:   |  |
| E1  | <p>“Acho que isso [por as pessoas a produzir mais] se calhar não chegou a ser”</p> <p>“Há uma relação directa não é, a pessoa produz mais, faz mais cirurgias, faz mais consultas e acaba por receber aquela remuneração”</p> <p>“Eu acho que nós conseguiríamos fazer isso se aplicássemos os incentivos mais um ano e outro ano”</p> <p>“É verdade que em 2004 a produção cresceu um bocadinho, em 2005 por exemplo já não cresceu, até decresceu, por isso”</p> |
| E2  | <p>“o serviço está aqui para ser produtivo (...)”</p>  |
| E3  | <p>“esses são os dois, os dois objectivos essenciais, portanto, ou seja, a produção, aquilo que um hospital quer produzir, é extremamente importante, e tem que estar associada àquilo que os profissionais fazem [desempenho individual]”</p>   |
| E5  | <p>“Conseguiu-se uma produção mais elevada”</p>  |
| E6  | <p>“para nós o incentivo essencial é, no fundo, se quiser, à produtividade, sendo certo que depois, temos de fazer o controlo de qualidade”</p> <p>“Eu diria que há um sistema de incentivos embutido no sistema remuneratório que potencia a produtividade”</p> <p>“Não tenho dúvidas sobre a eficiência, a eficácia, digamos assim, do sistema de incentivos na produção.”</p>   |

Quando observamos a tabela anterior, evidencia-se que as posições dos entrevistados não são consistentes, havendo algumas dúvidas na relação entre incentivos e produtividade.

Figura 30: Tabela do Impacto dos Incentivos: Satisfação dos Profissionais

| CATEGORIA: IMPACTO DOS INCENTIVOS   |   |
|---|---|
| UNIDADE DE CONTEXTO:<br>Impacto dos incentivos na satisfação dos Profissionais de Saúde |   |
| UNIDADE DE REGISTO:   |   |
| E1  | <p>“se nós continuássemos, por exemplo, neste segundo ano as pessoas já estiveram nessa expectativa de receber incentivos e se calhar já houve muitas que funcionaram pelo menos em prol dos objectivos”</p> <p>“Eu posso dizer daqui a dois meses, nós estamos a fazer um inquérito de satisfação, estamos a trabalhar num inquérito. Não sei, sinceramente não sei se eles se sentem mais satisfeitos”</p> <p>“Agora este ano, quando perceberam que isto tudo ficou em standby, não sei se a adesão vai continuar a ser tão boa”</p> <p>“Porque nós acho que acabámos por matar, bem ou mal, este sistema de incentivos, não é. Pagámos um ano, não voltámos a pagar, não vamos voltar a pagar este ano se não houver uma sequência em tudo isto e se as pessoas não virem que realmente há consequências, nunca vão aderir”</p>   |
| E2  | <p>“Com isto [complemento de salário] nós conseguimos que o pessoal estabelecesse, pensasse que havia aqui uma certa equidade na distribuição.”</p> <p>“[com as classificações finais] Aqui houve reclamações. Há de vez em quando (...)”</p> <p>“e de resto não tem havido, mas ocasionalmente aqueles muito maus, acham muito mal e zangam-se e vão-se embora para outro, e vem outro que é melhor, está a perceber?”</p> <p>“De uma maneira geral aderiram”</p>  |
| E3  | <p>“fiquei surpreendido, nomeadamente depois de estar aqui dois anos, e ver que as pessoas não produzem, não fazem nada (...) para o serviço, mas essas pessoas, não se queixaram, pelo menos publicamente, a dizerem que não tinham recebido incentivos”</p> <p>“Os profissionais estão sempre disponíveis, os médicos estão todos disponíveis que é aquelas pessoas que nós pensamos que não estão, estão disponíveis, são as pessoas que até estão mais disponíveis, a grande generalidade dos médicos está disponível e todos os grupos profissionais estão disponíveis e esta disponibilidade mostra que os profissionais também querem saber aquilo que lhes está destinado, o que é que esperam de nós, que é para nós contribuirmos, a 100%”</p> <p>“Portanto, não notei nenhuma resistência dos trabalhadores e noto que os trabalhadores até têm, como há-de compreender, têm vontade, têm desejo que o incentivo seja atribuído, e não se importam de ser avaliados”</p> |
| E4  | <p>“Quem não recebeu [incentivos] protestou. Tiveram 40 reclamações em 1800 trabalhadores. Também houve maior satisfação dos profissionais.”</p> <p>“Aderiram todos, mas dependeu dos serviços.”</p>  |
| E5  | <p>“Não se sentiram resistências [por parte dos Profissionais]”</p>   |
| E6  | <p>“entendo que uma organização que tem um sistema de incentivos inteligente é uma organização em que os profissionais em princípio estão mais satisfeitos”</p>   |

Pela análise da tabela anterior, realçamos que há uma tendência para considerar que os profissionais encaram como positiva a metodologia de incentivos, sendo que não foram referidos dados inequívocos de satisfação dos profissionais, nomeadamente através de práticas de monitorização da satisfação dos profissionais nas unidades hospitalares.

Figura 31: Tabela do Impacto dos Incentivos: Satisfação dos Clientes

|  |   |
|--|---|
| <b>CATEGORIA: IMPACTO DOS INCENTIVOS</b>   |   |
| <b>UNIDADE DE CONTEXTO:</b><br>Impacto dos incentivos na satisfação dos clientes |   |
| <b>UNIDADE DE REGISTO:</b>   |   |
| E6   | <p>“[nas instituições públicas] o cliente não é muito importante, ou seja, a busca de clientes, a satisfação do cliente não é muito importante. O cliente normalmente é entendido mais como um aborrecimento que é preciso satisfazer, enfim, evitar que haja reclamações”</p> <p>“Se for a organizações como as privadas, o cliente é de facto o único factor de sucesso de uma organização destas, é termos clientes e termos clientes fidelizados”</p> <p>“Relativamente à satisfação dos utilizadores, naturalmente que sim, para mim é um dos indicadores que pode ser utilizado como contrabalanço digamos assim, do aumento da produção ou da produtividade”</p> <p>“Os clientes têm uma grande capacidade de avaliação apesar de não perceberem nada de saúde”</p> <p>“Mas eu diria que faz todo o sentido que também a avaliação da satisfação dos clientes faça parte (...) do contrabalanço que é o controlo de qualidade relativamente à preocupação dos sistemas de incentivos.”</p> |

Pela análise da tabela 15, constatamos que apenas um dos entrevistados faz referência ao impacto da existência de incentivos e o nível de satisfação dos clientes, eventualmente pelo facto de as instituições hospitalares assumirem mais a visão de «doente» do que de «cliente».

Figura 32: Tabela do Impacto dos Incentivos: Alterações Organizacionais

|   |  |
|---|--|
| <b>CATEGORIA: IMPACTO DOS INCENTIVOS</b>  |  |
| <b>UNIDADE DE CONTEXTO:</b><br>Alterações Organizacionais de correntes dos incentivos |  |
| <b>UNIDADE DE REGISTO:</b>  |  |
| E1  | <p>“Fizemos as avaliações dos serviços todos e aí conseguimos e neste segundo ano percebeu-se que os serviços funcionam mais por objectivos”</p> <p>“O grande resultado, não consigo medi-lo e não consigo quantificar, mas acho que o grande resultado é mesmo nós termos conseguido implementar uma filosofia de gestão por objectivos num hospital. Obrigar as pessoas a funcionar muito nesses moldes [gestão por objectivos]</p>  |
| E2  | <p>“De maneira que nós tínhamos sempre uma grande rotatividade, não gostam do chefe, enfim, grande rotatividade de pessoal, mas isso praticamente desapareceu. Desapareceram, ninguém já tem dores nas costas também aqui no serviço (...) todos os que estavam isentos de turnos passaram a fazer turnos”</p> <p>“ (...) e hoje não há nada e pelo contrário, diz-me a enfermeira directora do hospital que tem cerca de 30% dos pedidos de transferência de outras enfermarias, de todos os serviços, incluem o nosso nome como um dos possíveis destinos”</p> |
| E3  | <p>“(…) mas eu penso que isto, a atribuição de incentivos serve um bocadinho para os próprios profissionais se conhecerem a si próprios”</p>   |
| E6  | <p>“[implementação de incentivos para a área da ortopedia] Foi implementado, imagine, em Janeiro, em Dezembro a demora média era doze dias ou treze dias, em Janeiro passou a sete. E manteve-se nos sete.”</p>  |

Pela análise da tabela anterior, realçamos que os entrevistados referem diferentes formas de mudança organizacional, estando algumas delas relacionadas com a própria mudança cultural decorrente do processo de implementação de incentivos.

**Figura 33: Tabela Dificuldades de Implementação: Objectivos e Avaliação**

| CATEGORIA: DIFICULDADES DE IMPLEMENTAÇÃO  |  |
|---|--|
| UNIDADE DE CONTEXTO:<br>Dificuldades Associadas à definição de objectivos e avaliação |  |
| UNIDADE DE REGISTO:   |  |
| E1  | <p>“maior parte nos primeiros anos, em 2004 e 2005 a maior parte dos objectivos que nós definimos não serviram para nada”</p> <p>“O programa de incentivos fornecido pela Unidade de Missão disponibilizava uma série de indicadores e continua a estar lá, estão lá disponíveis, são 150 páginas de indicadores, alguns não servem para nada”</p> <p>“[precisamos de]coisas mais palpáveis do que propriamente objectivos muito vagos que depois na prática não são viáveis</p> <p>“Era muito difícil avaliar as pessoas por aqueles indicadores, mas o tipo de indicadores depende muito do grupo profissional de que se está a falar”</p> <p>“Nós, indicadores, na teoria se calhar conseguimos construir indicadores muito interessantes e depois a questão é na prática conseguimos medir aquilo tudo e as formas de registo daquilo tudo”</p> <p>“Um dos grupos profissionais onde é difícil estabelecer objectivos é dos auxiliares, que são tarefas, muito pouco diferenciadas”</p> <p>“Houve dificuldade em medir determinadas áreas, por exemplo medir a actividade dos enfermeiros”</p> |
| E2  | <p>“Avaliação de um desempenho é difícil, quando a gente dá 4, no dia seguinte se mais bem disposto dava 5.”</p> <p>“As classificações são, aqui são muito positivas, mas eu aí tenho uma razão de queixa com isso. (...) têm que me dar uma classificação muito mais discriminada, muito mais afastada, se não eu tenho dificuldade depois em classificar.”</p>   |
| E3  | <p>“Dificuldades relacionadas com a atribuição das pontuações ao fim e ao cabo da classificação de cada um dos trabalhadores”</p> <p>“Foi na atribuição numérica do que é que aquele trabalhador tinha feito para serem atingidos os objectivos, quer os objectivos globais do serviço e esses muitas vezes era fácil de os atingir, são mensuráveis, não é, quantas consultas, quantos não sei quê, portanto, quantos internamento, portanto, esses às vezes são mensuráveis, mas depois como é que os vários trabalhadores contribuem para isso, isso é um bocado difícil”</p>   |
| E5  | <p>“Muito virado para a área médica, que era muito valorizada”</p>   |

Pela análise da tabela anterior, destacamos que os entrevistados aludem para a componente subjectiva associada a processos de avaliação, aliada à dificuldade de estabelecer objectivos, claros, inequívocos, adequados e mensuráveis a todos os grupos profissionais, das unidades hospitalares.

Figura 34: Tabela Dificuldades de Implementação: Gestão Intermédia

|  |   |
|--|---|
| <b>CATEGORIA: DIFICULDADES DE IMPLEMENTAÇÃO</b>                                |   |
| <b>UNIDADE DE CONTEXTO:</b><br>Dificuldades Relacionadas com Gestão Intermédia |   |
| <b>UNIDADE DE REGISTO:</b>   |   |
| E1   | “A principal dificuldade foi a introdução [de dados] dos Directores de Serviço no sistema informático.”   |
| E3   | “Os directores de serviço tiveram grande dificuldade em avaliar ao fim e ao cabo, o desempenho dos respectivos profissionais”<br>“Os directores de serviço que eram quem fazia a avaliação do que estava destinado a cada um dos profissionais, muitas vezes desconhecia até quem trabalhava com eles. Ora veja, desconhecendo quem trabalha com eles, também se desconhece a avaliação, também se desconhece que pontuação há-de ser dada aos profissionais”<br>“Eu acho que a grande dificuldade é depois para o próprio director de serviço, também tem muitas dificuldades em saber que tipo de avaliação é que há-de fazer entre os trabalhadores. Mas não podemos fugir muito disto”<br>“A grande dificuldade, eu penso que é uma dificuldade de funcionamento, da constituição das equipas de trabalho. Porque um director de serviço que não sabe que no seu serviço há aquele profissional, pois não o pode avaliar” |

Figura 35: Tabela Dificuldades de Implementação: Mudança

|  |  |
|--|--|
| <b>CATEGORIA: DIFICULDADES DE IMPLEMENTAÇÃO</b>                      |  |
| <b>UNIDADE DE CONTEXTO:</b><br>Dificuldades Relacionadas com Mudança |  |
| <b>UNIDADE DE REGISTO:</b>   |  |
| E1   | “Acho que a principal dificuldade foi o facto, como sempre, no nosso país tudo ser feito de uma forma muito pouco planeada, um dia temos uma reunião e dizem: «agora vamos fazer isto até ao fim do mês»”<br>“O facto de nós não termos tido hipótese de dar formação nenhuma às pessoas nomeadamente às chefias, aos avaliadores, aos responsáveis”<br>“E nós próprios tivemos uma série de dificuldades e aprendemos sozinhos, nós, estou a falar do serviço de Recursos Humanos”<br>“As pessoas não estavam nada habituadas a funcionar nestes moldes e tudo isso cria uma série de obstáculos, não é, as pessoas resistiram imenso a tudo isto, criaram (...) às tantas perceberam que isto era uma imposição tinha que ser feito. Mas criaram-me imensos obstáculos, não foi uma coisa nada linear” |
| E6   | “(…) o que é interessante é que as dificuldades que eu senti são as dificuldades das pessoas lidarem com a diferença (...) E eu diria, isto é uma questão cultural”  |

Pela análise da tabela anterior, verificamos que as questões apresentadas pelos entrevistados encontram-se na dimensão comportamental e mais concretamente, alteração de comportamento.

Figura 36: Tabela Dificuldades de Implementação: Sistemas de Informação

| CATEGORIA: DIFICULDADES DE IMPLEMENTAÇÃO                                     |   |
|--|---|
| UNIDADE DE CONTEXTO:<br>Dificuldades Relacionadas com Sistemas de Informação |   |
| UNIDADE DE REGISTO:  |   |
| E1   | <p>“O programa permitia que se fizesse o registo no próprio programa e que se passassem os dados directamente do SONHO para o programa informático do sistema de incentivos, o que nunca veio a suceder”</p> <p>“[Utilizar um SI] Próprio não sei se será muito conveniente sequer, porque a partir do momento que as pessoas percebem, pelo menos os avaliadores, se os avaliadores perceberem que isto dá muito trabalho vamos ter imensas dificuldades em implementar o sistema. Acho que deve haver um sistema que informação que seja exterior”</p>  |
| E3   | <p>“Sem um bom sistema de informação não se consegue de facto, não se consegue sequer atribuir os incentivos. Só com um sistema, uma informação a funcionar correctamente, dizendo-nos o que é que em cada dia e em cada momento se fez e o que se produziu, é que se consegue simultaneamente portanto decidir em que medida é que o trabalhador contribui para aquela produção.”</p> <p>“ [sistema de informação deve ter elementos] Quer à questão daquilo que cada um dos serviços produziu, e quer à questão relacionada com aquilo que cada um dos trabalhadores fez.”</p> <p>“ [Sistema de Informação] deve ser integrado. Não funcionou.”</p> |
| E4   | <p>“Foi introduzido no sistema informático, que era complexo, introduzia-se os objectivos e depois validava-se. É importante homogeneizar, mas deve ser um sistema à parte.”</p>  |
| E6   | <p>“O ideal é que o incentivo seja o resultado automático, ou seja, um output automático de um sistema qualquer de informação”</p> <p>“É importante que o sistema de informação nos dê esse tipo de informação o mais automatizado possível e o mais isento possível”</p> <p>“Foi um sistema que criámos para a gestão do serviço de urgência e que nos permitiu depois também fazer a gestão deste, deste, dos incentivo”</p> <p>“Nós temos um sistema de informação clínico (...) e portanto pode produzir outputs que nos permitam de facto, fazer o calculo digamos assim e a monitorização dos incentivos.”</p>                                  |

Pela observação da tabela anterior, constatamos que os entrevistados evidenciam a importância dos sistemas de informação como elemento de suporte à implementação e avaliação de metodologias de incentivos.

## 6.5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Decorrente dos dados identificados neste trabalho, emerge elementos passíveis de discussão, recorrendo à literatura de referência sobre incentivos.

Deste modo, no que concerne ao PLANEAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DA METODOLOGIA DE INCENTIVOS, nomeadamente na **definição de objectivos iniciais da metodologia de incentivos**, verificamos que os entrevistados relacionam a metodologia de incentivos com a produtividade:

“Os objectivos? Acho que os objectivos era pôr as pessoas a produzir mais, não é?”

*“Estava relacionado com a produtividade e acessibilidade”*

De acordo com Quaye (2003), a maioria dos clínicos Ingleses referiu que o modelo de incentivos aumenta a produtividade, diminuiu listas de espera e melhorou o acesso a cuidados de saúde, tendo sido estas as áreas que sustentaram a definição dos objectivos.

Relativamente à **definição de indicadores** de suporte à implementação da metodologia de incentivos, e consequente avaliação, verificamos na realidade Portuguesa que:

*“Uma das nossas dificuldades foi essa, nós não tínhamos indicadores muito apurados para poder aplicar tudo isto”*

No sistema de incentivos Inglês, segundo Roland, M. et al (2006), com a aplicação do modelo de incentivos, a média de ganhos em função dos indicadores, no primeiro ano foi de 83,4%

Em relação ao **envolvimento dos profissionais**, verificamos duas situações distintas no âmbito do planeamento do processo de implementação:

*“Sim nomeámos, um chefe de serviço, médico, a enfermeira chefe e demos ao pessoal a hipótese de escolher uma terceira pessoa. Era o grupo de avaliadores (...) médico e dois enfermeiros, avaliam todas as categorias de pessoal, médicos, enfermeiros, todos. (...) então toda a gente é classificada da mesma maneira”*

Numa outra direcção:

*“Contratou-se uma empresa, que reuniu com o Conselho de Administração, com os enfermeiros chefe, directores de serviço, foram estabelecidos critérios, indicadores”*

No processo de implementação de instrumentos de gestão no sector da saúde, torna-se imprescindível a participação, discussão e o envolvimento de todos os agentes com responsabilidades profissionais.

No que respeita à ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS, constatamos que o **tipo de incentivos utilizados**:

*“Foi só do tipo remuneratório, eu diria que não houve incentivos sem serem do tipo remuneratório, foi uma percentagem do vencimento”.*

Neste sentido, Quaye (2003) verificou que a forma de sistema de reembolso baseado na performance provocou alterações no comportamento dos clínicos.

Por outro lado, Paleologou et al (2006) referem que as «remuneração» são motivações que assumem cariz extrínseco sendo designados como salário, benefícios, pensões e seguros.

Em complementaridade, Salvador Peiró (2006) refere a possibilidade de uma alternativa de incentivos não económicos, do tipo profissional (tecnologia e inovação) que podem conferir prestígio, autonomia e status profissional que os clínicos poderão mobilizar para promoções internas ou para o sector privado.

No que concerne ao **valor relativo de incentivo atribuído**, na realidade observada encontramos alguns casos similares com os estudos internacionais:

*“O máximo que temos é 20%. É uma pequena parte mas já é relevante”*

*“Em média foi de 50% do vencimento.”*

Com a aplicação do modelo Inglês, os clínicos gerais tiveram um aumento no seu vencimento de aproximadamente 33%. (Roland, M. et al, 2006)

Quando analisamos as referências aos **destinatários dos incentivos**, constatamos que os entrevistados são coincidentes:

*“Isto é a mesma coisa para todos, para os médicos, para os enfermeiros, a formula é sempre igual, portanto isto é a proporcionalidade, é o total de incentivos”*

*“Por princípio foram atribuídos a todos os profissionais. (...) Só o Conselho de Administração não recebeu.”*

Podemos reflectir, que esta opção está a ter em linha de conta que o primado das instituições prestadores de cuidados de saúde, são os serviços, área que deve ter intervenção prioritária no domínio das políticas de incentivos.

No que respeita aos **factores de exclusão de atribuição de incentivos**, verificamos que:

*“Houve muitos, por exemplo, o caso dos médicos e dos enfermeiros que não quiseram praticamente aderir”*

*“A avaliação foi feita a mais de 90%. Nem todos cumpriram e portanto nem todos tiveram incentivos”*

Estes dados, aparentemente contraditórios, podem ser promotores de estudos sobre metodologias de desincentivo e de punição.

No que se reporta aos IMPACTO DOS INCENTIVOS, evidenciámos que o **impacto dos incentivos no acesso a cuidados de Saúde** está presente embora com algumas reservas, na medida em que:

*“ [incentivo] isso talvez é capaz de ..., não sei, tinha que ser avaliado, mas nalgumas situações era capaz de criar um melhor acesso”.*

No estudo efectuado por Quaye (2003), constata-se que a introdução de incentivos, diminuiu listas de espera e melhorou o acesso a cuidados de saúde.

Relativamente **ao impacto dos incentivos no aumento da despesa** é notório que se reconhece existir uma relação:

*“Os custos? Nesse ano fez de certeza, foram 170.000 euros ...mas claro que devia ser um custo com benefício associado”*

De acordo com Roland (2006) adicionalmente a esta forma de pagamento, existiram outros custos, para os médicos e decisores políticos.

Para Quaye (2003), embora os clínicos não assumam decisões clínicas com base na rentabilidade associada ao utente, parece que pelo menos pensam no controlo dos custos quando prescrevem procedimentos.

Verificamos também **impacto dos incentivos na qualidade dos cuidados prestados**, quando os entrevistados referem que:

*“A qualidade dos serviços melhorou com os incentivos”*

*“Possivelmente sim, se calhar não de uma forma muito directa, mas indirecta, possivelmente sim, até porque muitos objectivos estavam ligados a questões de qualidade, nomeadamente definição de procedimentos, aplicação de procedimentos”*

Roland (2006), identificou no seu estudo que, a qualidade de cuidados para utentes com doença crónica «melhorou um pouco», que a qualidade na prevenção «melhorou um pouco» e que a qualidade no geral «manteve-se ou aumentou».

No sentido de melhor equilibrar/ajustar a relação entre custos e qualidade, Eggleston, K. (2004) refere que o pagamento misto permite equilibrar o controlo de custos e os incentivos para a promoção da qualidade, incluindo a resolução dos problemas de existência de várias tarefas a realizar pelos clínicos.

No que concerne ao **impacto dos incentivos na utilização de 'Guidelines Clínicas'** na realidade Portuguesa, da análise de conteúdo dos entrevistados, realçamos:

*“Houve alguns protocolos que foram definidos como objectivos e foram feitos na sequência de serem objectivos dos serviços, por exemplo, protocolos para tratamento de certos tipos de doentes”*

Neste sentido, os dados encontrados estão na linha de Roland (2006) quando afirma que, decorrentes da aplicação da metodologia por incentivos, em termos gerais verificaram-se alterações estruturais na prática como por exemplo a definição de indicadores baseados em guidelines nacionais.

Verificamos também referências ao impacto dos incentivos na Produtividade, quando os entrevistados afirmam que:

*“Há uma relação directa não é, a pessoa produz mais, faz mais cirurgias, faz mais consultas e acaba por receber aquela remuneração”*

*“Eu acho que nós conseguiríamos fazer isso se aplicássemos os incentivos mais um ano e outro ano”*

Apesar de não ser absolutamente inequívoca esta relação para os entrevistados, verificamos que no estudo de Quayle (2003), os clínicos inquiridos referem que existiu um aumento da produtividade e eficiência

No que respeita ao **impacto dos incentivos na satisfação dos Profissionais de Saúde** constatamos que:

*“(...) não notei nenhuma resistência dos trabalhadores e noto que os trabalhadores até têm, como há-de compreender, têm vontade, têm desejo que o incentivo seja atribuído, e não se importam de ser avaliados”*

Segundo Paleologou, V. et al, (2006) verifica-se que a motivação dos profissionais, irá depender de factores estruturais das organizações e de factores circunstanciais, reconhecendo-se que será necessário promover a complementaridade entre ambos os grupos de factores.

Relativamente ao **impacto dos incentivos na satisfação dos clientes**, observamos que:

*“Os clientes têm uma grande capacidade de avaliação apesar de não perceberem nada de saúde”*

Facto para o qual a nossa fundamentação inicial ou teórica, não permite analisar de forma consistente os dados encontrados.

Em relação às **alterações organizacionais de correntes dos incentivos**, um dos entrevistados refere que: *“(...) mas acho que o grande resultado é mesmo nós termos conseguido implementar uma filosofia de gestão por objectivos num hospital.”*

Deste modo, destacamos que a metodologia de incentivos poderá ser um catalisador para utilização de outros instrumentos de gestão, nomeadamente em termos de avaliação de desempenho.

Da análise das entrevistas realizadas, emergiu uma última categoria, que encerra as DIFICULDADES DE IMPLEMENTAÇÃO da metodologia de incentivos, dificuldades estas que passamos a enumerar.

Os entrevistados referiram que sentiram **dificuldades Associadas à definição de objectivos e avaliação**, como se pode observar pelo excerto de uma das entrevistas:

*“[precisamos de ]coisas mais palpáveis do que propriamente objectivos muito vagos que depois na prática não são viáveis”*

*“Nós, indicadores, na teoria se calhar conseguimos construir indicadores muito interessantes e depois a questão é na prática conseguirmos medir aquilo tudo e as formas de registo daquilo tudo”*

Evidenciamos a necessidade de definir estrategicamente as áreas mais relevantes da organização para introduzir incentivos, sendo de extrema importância a definição clara de objectivos mensuráveis.

Por outro lado, foram referidas dificuldades associadas à gestão intermédia:

*“Os directores de serviço que eram quem fazia a avaliação do que estava destinado a cada um dos profissionais, muitas vezes desconhecia até quem trabalhava com eles.”*

Este facto, poderá eventualmente e de uma forma exploratória, estar relacionado com os níveis de competência em gestão por parte dos directores de serviço, com a percepção que estes têm da relevância da operacionalização de metodologia de incentivos ou com dificuldades instrumentais de

implementação, não existindo no nosso estudo elementos que possam suportar estas potenciais explicações.

Foram referidas também dificuldades relacionadas com mudança:

“E nós próprios tivemos uma série de dificuldades e aprendemos sozinhos, nós, estou a falar do serviço de Recursos Humanos”

Constatamos que a introdução de metodologias de incentivos no contexto organizacional actual das unidades prestadoras de cuidados hospitalares, exige alteração na concepção de gestão de unidades de saúde, sendo necessário um acompanhamento de apoio à mudança.

Por último, dentro da categoria dificuldades de implementação, foram referidas **dificuldades relacionadas com sistemas de informação**:

“Sem um bom sistema de informação não se consegue de facto, não se consegue sequer atribuir os incentivos.”

“[Sistema de Informação] deve ser integrado. Não funcionou.”

Como preparação para o programa de 2004, os clínicos gerais, enfermeiros e pessoal administrativo, no NHS que lidavam com indivíduos com doenças crónicas melhoraram o uso de registos médicos electrónicos e consequentemente aumentaram o fluxo de informação a nível informático. (Roland, 2006)

Noutro sentido, Roland (2006) refere que o aumento de burocracia, associada aos processos organizativos exigiu sistemas de informação robustos, tendo-se verificado a adopção de metodologias próprias de recolha e registo de informação, por parte dos clínicos gerais.

Deste modo, realçamos a necessidade de que a introdução de metodologias de incentivos seja efectuada suportada num sistema de informação consistente, fidedigno, apelativo e que permite integrar informação, para que possa ser um instrumento de suporte á decisão.

## 6.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo, foi possível explorar a temática dos incentivos nas organizações prestadoras de cuidados de saúde, relacionando a realidade Portuguesa estudada com as referências internacionais utilizadas.

Verificamos que a metodologia de incentivos ainda não se encontra disseminada nas organizações prestadoras de cuidados de saúde.

Constata-se que a metodologia de incentivos altera a prática clínica, verificando-se em geral uma resposta positiva por parte dos profissionais de saúde.

Da realidade Portuguesa, identifica-se que o elemento central que determinou nas organizações a implementação de incentivos foi a produtividade.

Por um lado, como prémio de desempenho num serviço que já apresentava produtividade elevada e por outro como meio de aumentar a produtividade.

A aplicação de incentivos foi transversal às organizações, não tendo sido referida nenhuma área prioritária para a implementação desta metodologia. Concomitantemente, à excepção dos membros dos conselhos e administração, todos os profissionais, nomeadamente médicos, enfermeiros e administrativos foram incluídos neste processo.

Os critérios de exclusão de atribuição de incentivo, estiveram directamente relacionados com as avaliações de desempenho dos profissionais, efectuadas pela hierarquia correspondente.

Do estudo exploratório efectuado, considerando a análise de conteúdo das 6 entrevistas em profundidade realizadas, realçamos que o **impacto** dos incentivos foi verificado ao nível da:

- Melhoria de acesso a cuidados de saúde;
- Melhoria da qualidade da prestação de cuidados, na relação directa com os indicadores utilizados;
- Utilização de 'guidelines' clínicas;
- Satisfação dos profissionais de saúde, manifestada pelo interesse em serem devidamente avaliados.

- Mudança cultural e organizacional das unidades prestadoras de cuidados hospitalares, nomeadamente na implementação da gestão por objectivos

Foram identificadas **dificuldades** de implementação da metodologia de incentivos, nomeadamente no que concerne a:

- Definição de objectivos para todos os grupos profissionais;
- Existência de indicadores fiáveis, mensuráveis e ajustados a cada grupo profissional;
- Avaliação de desempenho por parte da 'gestão intermédia'
- Utilização/existência de sistemas de informação integrados.

Neste sentido, consideramos que a metodologia de incentivos pode ser um instrumento de gestão eficiente, sendo imperativo, por um lado, a definição clara de objectivos, indicadores e, critérios de inclusão/exclusão dos profissionais a incentivar e por outro, a necessidade de monitorização efectiva, nomeadamente com recurso a sistemas de informação integrados.

Verificamos também que no contexto actual das organizações hospitalares em Portugal, existem condicionantes, organizacionais, culturais e operacionais para a implementação de metodologias de incentivos.

Considerando que estamos perante um estudo exploratório e descritivo, não pretendemos extrapolar os resultados encontrados para a totalidade das organizações, sugerindo para tal a elaboração de estudos de carácter analítico ou comparativo sobre a temática dos incentivos aos profissionais e organizações de saúde.

## **V. A PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS NO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

A participação dos cidadãos é, a vários níveis, um ponto relevante no processo de contratualização.

Todavia, tanto a estrutura e a organização das estruturas de decisão como a cultura de participação e cidadania não têm propiciado a existência de mecanismos de participação activa e efectiva.

No actual processo de contratualização procurou-se ultrapassar em alguma medida esses constrangimentos através da mobilização dos cidadãos, através das suas estruturas representativas, para a participação e responsabilização no desenvolvimento dos projectos associados à gestão integrada da doença.

No processo de gestão integrada da doença o doente deverá ser considerado um parceiro activo na gestão da evolução da sua própria doença devendo para tal ser pró-activamente capacitado/empoderado pelos cuidadores e co-responsabilizado pela sua adesão aos regimes terapêuticos e adequação dos seus estilos de vida.

No projecto de gestão integrada da doença aplicado à Insuficiência Renal Crónica que visa encontrar um novo paradigma na gestão integrada da Insuficiência Renal Crónica e no seu financiamento, a definição do modelo passou pela consensualização relativamente aos cuidados a prestar e à monitorização dos resultados na qual as associações de doentes (Associação Portuguesa de Insuficientes Renais e Associação de Doentes Renais do Norte de Portugal) foram chamadas a intervir.

Esta intervenção passou pela disponibilização por parte da Direcção-Geral da Saúde/Administração Central do Sistema de Saúde de documentação técnica de suporte ao projecto e pela realização de reuniões periódicas, bilaterais e multilaterais, em que as associações expressavam as suas opiniões e contributos para os referidos documentos.

Todavia, o papel dos doentes não se esgotou na fase de concepção do projecto dado que lhes é reservado um papel de parceiro activo na monitorização e evolução deste sistema, seja pela presença dos seus representantes na Comissão Nacional de Acompanhamento de Diálise, seja pela auscultação periódica da sua opinião.

Neste domínio, está em curso a aplicação de um questionário de “Satisfação dos doentes” a totalidade dos doentes renais crónicos em diálise o qual foi concebido em parceria com as duas associações que também participam activamente nas acções de divulgação e de esclarecimento relativas à sua aplicação.

A participação dos cidadãos está a ser efectuada nos mesmos moldes no âmbito do desenvolvimento de outros projectos de gestão integrada da doença, nomeadamente, na Esclerose Múltipla, Obesidade Mórbida e Diabetes.

Também o site [www.contratualizacao.min-saude.pt](http://www.contratualizacao.min-saude.pt), representou um importante instrumento de participação dos diferentes actores, incluindo os cidadãos, no desenvolvimento do processo de contratualização.

Criado com os objectivos de:

- Dar visibilidade e transparência ao processo de contratualização,
- Divulgar informação pertinente aos diversos intervenientes, e
- Permitir o contacto e interacção entre os diferentes actores/intervenientes,

Registou um importante volume de tráfego durante o ano de 2007 (Anexo 10 – Relatório de Tráfego do site [www.contratualizacao.min-saude.pt](http://www.contratualizacao.min-saude.pt)), tendo em conta o público a que se destina e os meios de divulgação de que beneficiou.

Este site, foi ainda alvo de uma análise crítica (Anexo 11 - Avaliação do site [www.contratualizacao.min-saude.pt](http://www.contratualizacao.min-saude.pt)), realizada em meio académico, a qual veio revelar a grande pertinência e utilidade desta iniciativa, sem contudo, deixarem de ser apontados aspectos de melhoria e novos caminhos a seguir.

Por outro lado, assiste-se actualmente, a nível nacional, a um conjunto de mudanças no sistema de saúde que apontam no sentido do empoderamento e da autonomização do cidadão no que refere à sua saúde.

O projecto *i-cidadão* integra o desenvolvimento de um Sistema Pessoal de Informação de Saúde como ferramenta de literacia em saúde. Este projecto tem como finalidades a operacionalização e a conceptualização de um sistema deste tipo, não só no que diz respeito ao seu conteúdo e questões de ordem prática, mas essencialmente no que diz respeito à sua inserção no contexto do sistema de saúde português. Para este fim é fundamental que envolva cinco áreas chave do contexto de saúde: os cidadãos enquanto utilizadores, o mercado das plataformas tecnológicas em saúde, os prestadores de cuidados de saúde, as estratégias locais de saúde e as políticas de governação em saúde.

## VI. RECOMENDAÇÕES

As recomendações que se seguem resultaram das lições extraídas do estudo e análise efectuada sobre os diversos temas abordados no documento, das reuniões de trabalho ocorridas no decurso do desenvolvimento do projecto de investigação e de diversos contributos de profissionais de saúde que partilharam e discutiram com o grupo os seus conhecimentos e ideias.

Na tentativa de melhor compreender as influências que determinam a evolução dos Sistemas de Saúde, as políticas de saúde, os comportamentos dos diferentes actores sociais e as suas interacções com as necessidades e preferências do cidadão, a par da adopção de processos mais transparentes e rigorosos, como o desenvolvimento do modelo da contratualização e sua disseminação a todos os níveis de cuidados de saúde, entendemos realçar as seguintes recomendações:

- Aprofundamento do estudo e análise do modelo operacionalizado com vista a garantir a dinâmica do processo de contratualização e a evitar a burocratização do processo;
- Desenvolvimento de modelos adequados para a contratualização de cuidados de saúde que permitam a sua aplicação em diferentes contextos, estruturas de prestadores e especificidade de cuidados;
- Dinamização da interacção entre os diferentes intervenientes no processo, melhorando os fluxos de informação e a comunicação, contribuindo desta forma para um aumento da efectividade do modelo;
- Estudo e aprofundamento da Contratualização Interna tendo por fim transpor, desagregar e seguir os objectivos contratados externamente e pelos diferentes departamentos/serviços. A Contratualização externa só se torna realmente efectiva quando passa para o interior das organizações, deixando de estar unicamente ao nível dos órgãos de topo das instituições hospitalares.
- Desenvolvimento de instrumentos e metodologias de trabalho que potenciem a sua capacidade de intervenção no sector da saúde.
- Organizar seminários, conferências e workshops sobre estas temáticas, com vista à promoção da discussão pública sobre os problemas do sector da saúde e ao envolvimento de todos os actores sociais interessados na discussão.

- Disseminação do conhecimento garantindo a integração da informação disponível através da publicação de artigos, manuais e livros e de disponibilização online.
- Dar continuidade aos trabalhos de investigação sobre incentivos individuais, institucionais e de equipa que potencie melhores desempenhos e que contribua para aumentar a clarificação numa administração que se quer mais flexível e eficiente
- Prosseguir estudos que contextualizem a separação entre o sector público e o privado, que expliquem, aprofundem, identifiquem quais as circunstâncias que contribuem para a falta de transparência entre os interesses públicos e os privados e que necessitam de ser superadas.
- Construir cenários interpretativos que ao incorporarem os factos observados permitam extrapolar o conhecimento, validar as metodologias e introduzir as alterações necessárias à sua adequada operacionalização.

Qualquer que seja o investimento na melhoria do conhecimento sobre contratualização o mesmo não terá resultados caso não haja um aposta em sistemas de informação credíveis, integrados e coerentes que traduzam efectivamente o trabalho desenvolvido e os ganhos de saúde atingidos e, bem assim, promovam a partilha de informação nos vários níveis de cuidados e a participação do cidadão.

Acresce ainda a imperiosa necessidade de estar garantida a certificação/acreditação de todos os prestadores visando a segurança e garantindo a qualidade dos cuidados prestados.

Importa ainda referir que, como tema fulcral de reformas de saúde centradas no cidadão, é necessário continuar a desenvolver conhecimento acerca da distinção entre o financiador público (que explicita o que quer financiar em termos das necessidades e preferências do cidadão e negoceia os termos em que aquelas serão realizadas) e o prestador público e/ou privado que as vai realizar.

## VII. ANEXOS

### Anexo 1- Objectivos Nacionais e Regionais

## Objectivos Nacionais e Regionais

Monitorização Mensal

| Objectivos Nacionais   | Acumulado Mês |           |                      |                             | Alertas |
|--|---------------|-----------|----------------------|-----------------------------|---------|
|  | Real 2006     | Real 2007 | Contratualizado 2007 | Desvio ((Real-Cont)/Cont) % |         |
| 1. Taxa de (Re)admissões nos 1.º 5 dias (%)                            |               |           |                      |                             |         |
| 2. Peso cirurgia ambulatória no total das cirurgias Programadas (%) b) |               |           |                      |                             |         |
| 3. Demora Média (dias) b)  |               |           |                      |                             |         |
| 4. Peso de 1ª consultas no total consultas médicas b)                  |               |           |                      |                             |         |
| 5. Resultado Líquido (€)   |               |           |                      |                             |         |
| 6. Custo unitário por doente padrão tratado (€) a) b)                  |               |           |                      |                             |         |
| 7. Resultado Operacional (€)   |               |           |                      |                             |         |
| <b>Objectivos Regionais</b>  |               |           |                      |                             |         |
| <b>Norte</b>   |               |           |                      |                             |         |
| Doente padrão / Médico ETC   |               |           |                      |                             |         |
| Taxa de Infecção Hospitalar  |               |           |                      |                             |         |
| <b>Centro</b>  |               |           |                      |                             |         |
| Taxa de crescimento de lista de espera de cirurgia                     |               |           |                      |                             |         |
| Taxa de crescimento da lista de espera 1as consultas d)                |               |           |                      |                             |         |
| <b>LVT</b>   |               |           |                      |                             |         |
| Varição das primeiras consultas 2007/2006 (4 especialidades)           |               |           |                      |                             |         |
| Varição Cirúrgica Programada 2007/2006 (3 especialidades)              |               |           |                      |                             |         |
| Peso das cesarianas no total de partos                                 |               |           |                      |                             |         |
| <b>Alentejo</b>  |               |           |                      |                             |         |
| Custo Unitário Directo da Consulta Externa b)                          |               |           |                      |                             |         |
| Custo Unitário Directo da Sessão de Hospital Dia                       |               |           |                      |                             |         |
| Custo Unitário Directo da Urgência                                     |               |           |                      |                             |         |
| Custo Unitário Directo do Internamento ajustado pelo ICM b)            |               |           |                      |                             |         |
| <b>Algarve</b>   |               |           |                      |                             |         |
| Qualidade da codificação dos GDH's                                     |               |           |                      |                             |         |
| % primeiras consultas no total de consultas                            |               |           |                      |                             |         |

Anexo 2- Indicadores de Actividade

Indicadores de Actividade

Monitorização Mensal

| Acumulado Mensal   |                |                |                 |                           |  |                         |
|--|----------------|----------------|-----------------|---------------------------|--|-------------------------|
| Produção SNS   |                |                |                 |                           |  |                         |
| Linha de actividade assistencial                         | Acum.real 2006 | Acum.real 2007 | Acum. Cont 2007 | Desvio ((Real-Cont)/Cont) | Var. AcumReal07<br>AcumReal2006/<br>AcumReal06 | Var.Média 2007<br>Grupo |
| <b>Internamento</b>                                      |                |                |                 |                           |  |                         |
| Total de GDH b)  |                |                |                 |                           |  |                         |
| GDH Médicos  |                |                |                 |                           |  |                         |
| GDH Cirurgicos Programados                               |                |                |                 |                           |  |                         |
| GDG Cirurgicos Urgentes                                  |                |                |                 |                           |  |                         |
| Total de Dias de Internamento b)                         |                |                |                 |                           |  |                         |
| Total de Dias de Internamento de Doentes Crónicos        |                |                |                 |                           |  |                         |
| <b>Consulta Externa b)</b>                               |                |                |                 |                           |  |                         |
| Nº Total de Consultas                                    |                |                |                 |                           |  |                         |
| Nº Total de Consultas Médicas                            |                |                |                 |                           |  |                         |
| Nº Primeiras Consultas Médicas                           |                |                |                 |                           |  |                         |
| % Primeiras Consultas Médicas no Total Consultas Médicas |                |                |                 |                           |  |                         |
| <b>Hospital de Dia</b>                                   |                |                |                 |                           |  |                         |
| N.º de Sessões a)  |                |                |                 |                           |  |                         |
| <b>Urgência</b>  |                |                |                 |                           |  |                         |
| Nº de atendimentos (total)                               |                |                |                 |                           |  |                         |
| Nº de atendimentos (sem Internamento)                    |                |                |                 |                           |  |                         |
| <b>GDH de Ambulatório</b>                                |                |                |                 |                           |  |                         |
| N.º de GDH Médicos                                       |                |                |                 |                           |  |                         |
| N.º de GDH Cirurgicos                                    |                |                |                 |                           |  |                         |
| <b>Visitas Domiciliárias</b>                             |                |                |                 |                           |  |                         |
| N.º de Visitas Domiciliárias                             |                |                |                 |                           |  |                         |

Anexo 3- Indicadores de Actividade

| Indicadores de Actividade                                |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
|--|------------------|----------------|-----------------|--------------------------|--|------------------------|----------------|----------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Monitorização Mensal                                     |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| Linha de actividade assistencial                         | Acumulado Mensal |                |                 |                          |  |                        | Anual          |                      |                                  |                                    |
|  | Produção Total   |                |                 |                          |  |                        | Produção total |                      |                                  |                                    |
|  | Acum.real 2006   | Acum.real 2007 | Acum. Cont 2007 | Desvio ((Real-Cont)/Cont | Var. AcumReal06 AcumReal2007/ AcumReal07 | Var. 06/07 Média Grupo | Realizado 2006 | Contratualizado 2007 | Projeção 2007(Ritmo de execução) | Projeção 2007/Contratualizado 2007 |
| <b>Internamento</b>                                      |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| Total de Doentes Saídos a) c)                            |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| Total de Dias de Internamento c)                         |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| Total de Dias de Internamento de Doentes Crónicos        |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| <b>Consulta Externa c)</b>                               |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| Nº Total de Consultas                                    |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| Nº Total de Consultas Médicas                            |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| Nº Primeiras Consultas Médicas                           |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| % Primeiras Consultas Médicas no Total Consultas Médicas |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| <b>Hospital de Dia</b>                                   |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| N.º de Sessões b)  |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| <b>Urgência</b>  |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| Nº de atendimentos (total)                               |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| Nº de atendimentos (sem Internamento)                    |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| <b>Intervenções Cirúrgicas (=doentes operados)</b>       |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| Programada Convencional c)                               |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| Programada Ambulatória c)                                |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| Cirurgia Urgente   |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| <b>GDH de Ambulatório</b>                                |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| N.º de GDH Médicos                                       |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| N.º de GDH Cirurgicos                                    |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| <b>Visitas Domiciliárias</b>                             |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |
| N.º de Visitas Domiciliárias                             |                  |                |                 |                          |  |                        |                |                      |                                  |                                    |

#### Anexo 4- Indicadores de Acesso e Qualidade

| Indicadores de Acesso e Qualidade                                    |            |            |   |            |            |  |   |                     |                                      |
|--|------------|------------|---|------------|------------|--|---|---------------------|--------------------------------------|
|  |            |            |   |            |            |  |   |                     | Monitorização Trimestral             |
| Linha de actividade assistencial                                     | Hospital   |            |   | Grupo      |            |  | Hospital vs Grupo                       | Valor de Referência |                                      |
|  | Média 2006 | Média 2007 | Desvio % ((<br>Média 07 -<br>Média 06) /<br>Média 06) | Média 2006 | Média 2007 | Desvio % (Média Gr 07-<br>Média Gr06) / Média Gr06 | Desvio % Hospital07vs<br>Media Grupo 07 | Ref. 2007           | Desvio % (Hospital vs Valor<br>Ref.) |
| <b>Internamento</b>  |            |            |   |            |            |  |   |                     |                                      |
| Taxa de Readmissões nos 1's 5 dias após alta do Serviço Internamento |            |            |   |            |            |  |   |                     |                                      |
| <b>Consulta Externa</b>  |            |            |   |            |            |  |   |                     |                                      |
| # Utentes em lista de espera para 1ª consulta há mais de 4 semanas   |            |            |   |            |            |  |   |                     |                                      |
| Taxa de consultas externas não realizadas                            |            |            |   |            |            |  |   |                     |                                      |
| <b>Urgência</b>  |            |            |   |            |            |  |   |                     |                                      |
| Tempo de permanencia no serviço de Urgência                          |            |            |   |            |            |  |   |                     |                                      |
| Quantidade de doentes que abandonam o serviço de Urgência            |            |            |   |            |            |  |   |                     |                                      |
| <b>Intervenções Cirúrgicas</b>                                       |            |            |   |            |            |  |   |                     |                                      |
| # Utentes em lista de espera há mais de 9 meses c)                   |            |            |   |            |            |  |   |                     |                                      |
| # Utentes em lista de espera (à data da recolha)                     |            |            |   |            |            |  |   |                     |                                      |
| <b>Índice de reclamações respondidas</b>                             |            |            |   |            |            |  |   |                     |                                      |
| Taxa de resposta a reclamações em menos de 30 dias a)                |            |            |   |            |            |  |   |                     |                                      |
| Mediana do tempo de resolução de reclamações b)                      |            |            |   |            |            |  |   |                     |                                      |
| <b>Nível de satisfação de clientes utentes EPE</b>                   |            |            |   |            |            |  |   |                     |                                      |
| Inquérito de Satisfação  |            |            |   |            |            |  |   |                     |                                      |

#### Anexo 5- Indicadores de Produtividade e Eficiência operacional

**Indicadores de Produtividade e Eficiência Operacional**
**Monitorização Semestral**

| Linha de actividade assistencial   | Hospital       |                |                             | Média do Grupo |            |                                    | Hospital vs Grupo                  | Valor de Referência |                                   |
|--|----------------|----------------|-----------------------------|----------------|------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|
|  | Acum real 2006 | Acum Real 2007 | Var. AcumReal07-AcumReal06/ | Média 2006     | Média 2007 | Desvio % (Média Gr 07-Média Gr06/) | Desvio % (Hospital vs Média Grupo) | Ref. 2007           | Desvio % (Hospital vs Valor Ref.) |
| <b>Global</b>  |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Doentes padrão por Médico ETC  |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Doentes padrão por Enfermeiro ETC  |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Custos operacionais cash por doente padrão                               |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Consumos por doente padrão - 616   |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| FSE por doente padrão - 62   |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Custos com pessoal por doente padrão - 64                                |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Peso de horas extraordinárias e suplementos no total de custos c/pessoal |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| <b>Internamento</b>  |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Doentes Saídos por cama a) c)  |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Taxa de Ocupação (%) a) c)   |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Demora Média ajustada por complexidade c)                                |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Doentes Saídos / Médico ETC (ARS Centro) c)                              |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Doentes Saídos / Enfermeiro ETC (ARS Centro)c)                           |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Médicos ETC / Cama (ARS Centro) a)                                       |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Enfermeiros ETC / Cama a)  |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Custos operacionais cash / doente equivalente                            |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Nr transferencias inter-hospitais (ARS Centro)                           |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| <b>Consulta Externa f) c)</b>  |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Consultas médicas / Médico ETC (ARS Centro)                              |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Consultas médicas / Enfermeiro ETC                                       |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Consultas médicas / Gabinete b)  |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Custos operacionais cash / consulta médica f)                            |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| <b>Urgência</b>  |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Atendimentos (total) / Médico ETC  |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Atendimentos (sem internamento) / Médico ETC                             |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Atendimentos (total) / Nr 1as Consultas Médicas c)                       |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Custos operacionais cash / atendimento                                   |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| <b>Intervenções Cirúrgicas</b>   |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Taxa de Ocupação de Blocos   |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Cirurgias ajustadas por complexidade c)                                  |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Peso da cirurgia do ambulatório no total de cirurgias programadas c)     |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Custos operacionais cash / cirurgia c)                                   |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| <b>Hospital de Dia</b>   |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| % Sessões HD outras / total sessões HD excluindo Outras (ARS             |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| <b>MCDTs</b>   |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Taxa de MCDTs produzido internamente                                     |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |
| Custo MCDTs por doente padrão  |                |                |                             |                |            |                                    |                                    |                     |                                   |

## Anexo 6- Indicadores Económico Financeiros

| Indicadores Económico-Financeiros - Q5      |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
|---|-------|------|------------|---------------------------|------------|--------------------|----------------------------|---|--------------------------------|
| (valores acumulados)                        |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| Centro Hospitalar de Setúbal, EPE           | Junho |      |            |                           | Anual      |                    |                            |   |                                |
|   | 2006  | 2007 | Var. 06/07 | Var. 06/07<br>Média Grupo | Final 2006 | Orç. Econ.<br>2007 | Orç. Econ.<br>Acum. Mensal | Desvio em<br>Valor<br>(Acum.2007 -<br>Acum. Mensal) | Var. Acum. /<br>Orç. Econ. (%) |
| <b>Económicos</b>                           |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| Resultado Líquido                           |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| Custos Totais                               |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| Custos Operacionais Cash                    |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| Consumos (Produtos Farmacêuticos)           |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| Consumos (Mat. Cons. Clínico e Outros)      |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| FSE (Subcontratos)                          |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| FSE (Serviços)                              |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| Horas Extraordinárias e Suplementos         |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| Salários Base e Subsídios de Férias e Natal |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| Total de Proveitos                          |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| <b>Financeiros</b>                          |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| Total de Receita Cobrada                    |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| Receita Cobrada do Exercício                |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| Receita Cobrada de Anos Anteriores          |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| Total de Despesas do Exercício              |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| Despesas com Pessoal                        |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| Fornecimentos e Serviços Externos           |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| Compras                                     |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| Produtos Farmacêuticos                      |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| Material Consumo Clínico e Outros           |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| Saldo Financeiro do Exercício               |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| Prazo Médio de Pagamentos a Fornecedores    |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |
| Dívidas a Instituições de Crédito           |       |      |            |                           |            |                    |                            |   |                                |

Fonte: SIAC

## Anexo 7 - Demonstração de resultados

| Demonstração de Resultados                           |   |                  |                          |                                       |                                 |  |                           |            |                 |                |                                 |
|--|---|------------------|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|--|---------------------------|------------|-----------------|----------------|---------------------------------|
| Hospital   | Acumulado Mês   |                  |                          |                                       |                                 | Taxa de Execução Acum.                       |                           | Ano        |                 |                |                                 |
|  | Acum Mensal 2006  | Acum Mensal 2006 | Orç-Econ. Acum mensal 07 | Var. Acum Mensal 07 vs Acum Mensal 06 | Var. Média Gr 07 vs Média Gr 06 | Desvio em Valor (Acum. 2007-OE Acum. Mensal) | Var. Acum./Orç. Econ. (%) | Final 2006 | Orç. Econ. 2007 | Projeção anual | Var. Proj. anual/Orç. Econ. (%) |
| <b>Proveitos</b>                                     |   |                  |                          |                                       |                                 |  |                           |            |                 |                |                                 |
| 711-Vendas   |   |                  |                          | ↗                                     |                                 |  | ↘                         |            |                 |                | ↘                               |
| 712-Prestações de serviços                           |   |                  |                          | ↘                                     |                                 |  | ↘                         |            |                 |                | ↘                               |
| 72-Impostos e taxas                                  |   |                  |                          |                                       |                                 |  |                           |            |                 |                |                                 |
| 73-Proveitos suplementares                           |   |                  |                          | ↗                                     |                                 |  | ↘                         |            |                 |                | ↘                               |
| 74-Transf. e subsídios correntes obtidos             |   |                  |                          | ↗                                     |                                 |  | ↘                         |            |                 |                | ↘                               |
| 75-Trabalhos para a própria entidade                 |   |                  |                          |                                       |                                 |  |                           |            |                 |                |                                 |
| 76-Outros proveitos e ganhos operacionais            |   |                  |                          | ↘                                     |                                 |  | ↘                         |            |                 |                | ↘                               |
| 78-Proveitos e ganhos financeiros                    |   |                  |                          | ↘                                     |                                 |  | ↗                         |            |                 |                | ↗                               |
| 79-Proveitos e ganhos extraordinários                |   |                  |                          | ↗                                     |                                 |  | ↘                         |            |                 |                | ↘                               |
| <b>Total de Proveitos</b>                            |   |                  |                          | ↗                                     |                                 |  | ↘                         |            |                 |                | ↘                               |
| <b>Custos Totais</b>                                 |   |                  |                          |                                       |                                 |  |                           |            |                 |                |                                 |
| <b>61 - CMV.M.C.</b>                                 |   |                  |                          | ↗                                     |                                 |  | ↗                         |            |                 |                | ↗                               |
| Mercadorias  |   |                  |                          |                                       |                                 |  |                           |            |                 |                |                                 |
| <b>Matérias de consumo</b>                           |   |                  |                          | ↗                                     |                                 |  | ↗                         |            |                 |                | ↗                               |
| Produtos farmacêuticos                               |   |                  |                          | ↗                                     |                                 |  | ↗                         |            |                 |                | ↗                               |
| Medicamentos   |   |                  |                          | ↗                                     |                                 |  |                           |            |                 |                |                                 |
| Outros Prod. Farmacêuticos                           |   |                  |                          | ↗                                     |                                 |  |                           |            |                 |                |                                 |
| Material consumo clínico                             |   |                  |                          | ↗                                     |                                 |  | ↗                         |            |                 |                | ↗                               |
| Outras rubricas                                      |   |                  |                          | ↗                                     |                                 |  | ↗                         |            |                 |                | ↗                               |
| <b>62-Fornecimentos serviços externos</b>            |   |                  |                          | ↗                                     |                                 |  | ↘                         |            |                 |                | ↘                               |
| Subcontratos   |   |                  |                          | ↘                                     |                                 |  | ↘                         |            |                 |                | ↘                               |
| <b>Fornecimentos e serviços</b>                      | Preencher esta linha com o somatório das rubricas correspondentes |                  |                          |                                       |                                 |  |                           |            |                 |                |                                 |
| Fornecimentos e serviços I                           |   |                  |                          | ↘                                     |                                 |  | ↘                         |            |                 |                | ↘                               |
| Fornecimentos e serviços II                          |   |                  |                          | ↗                                     |                                 |  | ↘                         |            |                 |                | ↘                               |
| Fornecimentos e serviços III                         |   |                  |                          | ↗                                     |                                 |  | ↘                         |            |                 |                | ↘                               |
| Outros fornecimentos e serviços                      |   |                  |                          | ↘                                     |                                 |  | ↘                         |            |                 |                | ↘                               |
| <b>63-Transf. correntes conced. e prest. sociais</b> |   |                  |                          |                                       |                                 |  |                           |            |                 |                |                                 |
| <b>64-Custos com o pessoal</b>                       |   |                  |                          | ↘                                     |                                 |  | ↘                         |            |                 |                | ↘                               |
| Remunerações Base                                    |   |                  |                          | ↘                                     |                                 |  | ↘                         |            |                 |                | ↘                               |
| Suplementos de remunerações                          |   |                  |                          | ↗                                     |                                 |  | ↗                         |            |                 |                | ↗                               |
| Trabalho extraordinário                              |   |                  |                          | ↘                                     |                                 |  | ↘                         |            |                 |                | ↘                               |
| Trabalho em regime de turnos                         |   |                  |                          | ↗                                     |                                 |  | ↗                         |            |                 |                | ↗                               |
| 6423/45/6/7/8 - Outros Suplementos                   |   |                  |                          | ↗                                     |                                 |  | ↗                         |            |                 |                | ↗                               |
| Subsídios de férias e de natal                       |   |                  |                          | ↘                                     |                                 |  | ↘                         |            |                 |                | ↘                               |
| Outras Desp. com pessoal                             |   |                  |                          | ↗                                     |                                 |  | ↗                         |            |                 |                | ↗                               |
| <b>65-Outros custos e perdas operacionais</b>        |   |                  |                          | ↘                                     |                                 |  | ↗                         |            |                 |                | ↗                               |
| <b>66-Amortizações do exercício</b>                  |   |                  |                          |                                       |                                 |  | ↘                         |            |                 |                | ↘                               |
| <b>67-Provisões do exercício</b>                     |   |                  |                          |                                       |                                 |  |                           |            |                 |                |                                 |
| <b>68-Custos e perdas financeiras</b>                |   |                  |                          | ↗                                     |                                 |  | ↗                         |            |                 |                | ↗                               |
| <b>69-Custos e perdas extraordinários</b>            |   |                  |                          | ↗                                     |                                 |  | ↗                         |            |                 |                | ↗                               |
| <b>Total dos Custos</b>                              |   |                  |                          | ↘                                     |                                 |  | ↘                         |            |                 |                | ↘                               |
| <b>Resultados</b>                                    |   |                  |                          |                                       |                                 |  |                           |            |                 |                |                                 |
| Operacionais   |   |                  |                          | ↘                                     |                                 |  |                           |            |                 |                |                                 |
| Líquido do Exercício                                 |   |                  |                          | ↘                                     |                                 |  |                           |            |                 |                |                                 |
| <b>Acréscimos e Diferimentos</b>                     |   |                  |                          |                                       |                                 |  |                           |            |                 |                |                                 |
| 271 - Acréscimos de Proveitos                        |   |                  |                          |                                       |                                 |  |                           |            |                 |                |                                 |
| 273 - Acréscimo de Custos                            |   |                  |                          |                                       |                                 |  |                           |            |                 |                |                                 |
| 2732 - Remunerações a liquidar                       |   |                  |                          |                                       |                                 |  |                           |            |                 |                |                                 |
| Outros Acréscimo de Custos                           |   |                  |                          |                                       |                                 |  |                           |            |                 |                |                                 |

## Anexo 8 – Thesaurus

|  |
|--|
| <p><b>ABANDONO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b> - Episódios de urgência com registo administrativo que não comparece à chamada da consulta.</p> <p><b>ADMISSÕES</b> – Internamento de um doente, num serviço de internamento, com estadia mínima de pelo menos 24 horas. No caso de permanência inferior a 24 horas, por abandono, alta contra parecer médico, falecimento ou transferência para outro estabelecimento de saúde, considera-se um dia de hospitalização. (fonte – DGS; aprovado pelo CSE)</p> |
| <p><b>ATENDIMENTO EM URGÊNCIA</b> - Acto de assistência prestado num estabelecimento de saúde, em centros de saúde ou hospitais, em instalações próprias, a um indivíduo com alteração súbita ou agravamento do seu estado de saúde . (fonte – DGS; aprovado pelo CSE)</p>   |
| <p><b>BERCÁRIO</b> - Unidade orgânica de um hospital, equipada com um conjunto de berços, para permanência dos recém nascidos sem patologia.</p>   |
| <p><b>CIRURGIA DE AMBULATÓRIO</b> - Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada com permanência do doente inferior a 24 horas. (fonte – DGS; aprovado pelo CSE)</p>  |
| <p><b>CIRURGIA PROGRAMADA OU ELECTIVA</b> - Vide " Intervenção Cirúrgica Programada". (fonte – DGS; aprovado pelo CSE)</p>   |
| <p><b>CIRURGIA URGENTE</b> - Cirurgia efectuada, sem data de realização previamente marcada, por imperativo da situação clínica. (fonte - DGS - Direcção-Geral de Saúde)</p>   |
| <p><b>CONSULTA AO DOMICÍLIO</b> - Consulta prestada, por um profissional de saúde, ao utente no domicílio, em lares ou instituições afins. (fonte - DGS - Direcção-Geral de Saúde; INE - Instituto Nacional de Estatística)</p>  |
| <p><b>CONSULTA EXTERNA</b> - Unidade orgânico-funcional de um hospital onde os doentes, com prévia marcação, são atendidos para observação, diagnóstico, terapêutica e acompanhamento, assim como para pequenos tratamentos cirúrgicos ou exames similares. (fonte - DGS - Direcção-Geral de Saúde)</p>  |
| <p><b>CONSULTA MÉDICA</b> - Acto de assistência prestado por um médico a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde. (fonte – DGS; aprovado pelo CSE)</p> <p>Observação: o conceito utilizados na construção dos indicadores considera as consultas médicas presenciais e de telemedicina.</p>   |
| <p><b>CONSULTA SUBSEQUENTE</b> – Consulta médica, efectuada num hospital, para verificação da evolução do estado de saúde do doente, administração terapêutica ou preventiva, tendo como referência a primeira consulta do episódio. (fonte - DGS - Direcção-Geral de Saúde)</p>   |
| <p><b>DEMORA (DURAÇÃO) MÉDIA DE INTERNAMENTO NUM PERÍODO</b> - Indicador que exprime o número médio de dias de internamento por doente saído de um estabelecimento de saúde num período. É obtido pela divisão do número de dias de internamento num período pelo número de doentes saídos do estabelecimento de saúde, no mesmo período. (fonte – DGS, INE)</p>   |
| <p><b>DEMORA (DURAÇÃO) MÉDIA DE INTERNAMENTO DOS DOENTES SAÍDOS NUM PERÍODO</b> - Indicador que exprime o número médio de dias de internamento por doente saído de um estabelecimento de saúde num período. É obtido pela divisão do número de dias de internamento dos doentes saídos, num período, pelo número de doentes saídos do estabelecimento de saúde, no mesmo período.</p>  |

**DIAS DE INTERNAMENTO / TEMPO DE INTERNAMENTO NUM PERÍODO** - Total de dias utilizados por todos os doentes internados, nos diversos serviços de um estabelecimento de saúde com internamento, num período, exceptuando os dias das altas dos mesmos doentes nesse estabelecimento de saúde. Não são incluídos os dias de estada em berçário ou em serviço de observação de serviço de urgência.

Nota: Este conceito é também aplicável a um só serviço de especialidade / valência do internamento dum estabelecimento de saúde. (fonte – DGS; aprovado pelo CSE)

**DIAS DE INTERNAMENTO DE DOENTES CRÓNICOS** – Total de dias de internamento utilizados pelos doentes internados nas seguintes classificações de doença: psiquiatria, ventilados, medicina física e reabilitação, hansen.

**DOENTE PADÃO** – N.º unidades de produção (cirurgia de ambulatório, consultas externas, urgência e hospital de dia, GDH médico ambulatório) equivalentes ao doente de internamento cirúrgico.

**DOENTES SAÍDOS DE UM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE NUM PERÍODO** - Doentes que deixaram de permanecer internados num estabelecimento de saúde, num período. Nota: O mesmo indivíduo pode ser admitido diversas vezes no ano, devendo todas as altas ser contadas, uma vez que se trata da contagem global de saídas e não de indivíduos per si. (fonte – DGS, INE; aprovado pelo CSE)

**DOENTES SAÍDOS DE UM SERVIÇO DE ESPECIALIDADE / VALÊNCIA DE UM ESTABELECIMENTO** - Doente que deixou de permanecer internado num serviço de especialidade / valência de um estabelecimento de saúde, num período.

Nota: O mesmo indivíduo pode ser admitido diversas vezes no ano, devendo todas as altas ser contadas, mesmo as de saídas por transferência interna, uma vez que se trata da contagem global de saídas e não de indivíduos per si. (fonte – DGS, INE; aprovado pelo CSE)

**EPISÓDIO** - Período que decorre desde a primeira comunicação de um problema de saúde ou doença a um prestador de cuidados, até à realização do último encontro respeitante a esse mesmo problema ou doença. (fonte – Glossário para Medicina Geral e Familiar APMCG 1997 – WONCA)

**EQUIVALENTE TEMPO COMPLETO** – Corresponde à conversão do número de horas afectas ao serviço em análise equivalentes ao horário semanal de 35 horas.

**HOSPITAL DE DIA** - Serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo sob vigilância, num período inferior a 24 horas. (fonte – DGS; aprovado pelo CSE)

**ÍNDICE DE CASE MIX (ICM)** - É um coeficiente global de ponderação da produção que reflecte a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da complexidade da sua casuística.

O ICM define-se como o rácio entre o número de doentes equivalentes de cada GDH, ponderados pelos respectivos pesos relativos, e o número total de doentes equivalentes do hospital.

O peso relativo de um GDH é o coeficiente de ponderação que reflecte o custo esperado com o tratamento de um doente típico agrupado nesse GDH, expresso em termos relativos face ao custo médio do doente típico a nível nacional o qual representa, por definição, peso relativo de 1,0. (fonte – Igif Circular normativa nº3 de 27/12/2005)

**INTERNAMENTO** - Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, 24 horas.

(fonte – DGS; aprovado pelo CSE)

**INTERVENÇÃO CIRURGICA** - Um ou mais actos operatórios com o mesmo objectivo terapêutico e ou diagnóstico, realizado(s) por cirurgião(ões) em sala operatória, na mesma sessão, sob anestesia geral, locorregional ou local, com ou sem presença de anestesista. (fonte – DGS)

**INTERVENÇÃO CIRURGICA PROGRAMADA** - Intervenção/cirurgia efectuada com data de realização previamente marcada. (fonte – DGS, INE; aprovado pelo CSE)

**PRIMEIRA CONSULTA ( HOSPITAIS )** - Consulta médica, em hospitais, em que o utente é examinado pela primeira vez num serviço de especialidade / valência e referente a um episódio de doença.

Nota: Considera-se que o episódio de doença termina no momento da alta da especialidade. (fonte – DGS, INE; aprovado pelo CSE)

**SERVIÇO DE URGÊNCIA** - Unidade orgânica de um Hospital para tratamento de situações de emergência médica, cirúrgica, pediátrica ou obstétrica, a doentes vindos do exterior, a qualquer hora do dia ou da noite. (fonte – DGS; aprovado pelo CSE)

**SESSÕES EM HOSPITAL DE DIA** - Intervenções , geralmente terapêuticas, em doentes, assistidos em hospital de dia. (fonte – DGS, INE; aprovado pelo CSE)

**TAXA DE OCUPAÇÃO NO ANO** - Relação percentual entre o total de dias de internamento no ano e a capacidade do estabelecimento (a capacidade é o total global de dias disponíveis ou seja a lotação praticada x 365 dias). (fonte -Grupo de Trabalho - Estatísticas da Saúde (C.S.E.))

**TAXA DE OCUPAÇÃO DO BLOCO** – Rácio entre o nº de horas disponibilizadas para a produção no Bloco e o nº de horas efectivamente utilizadas na produção cirúrgica do mesmo Bloco.

**TAXA DE OCUPAÇÃO DOS GABINETES DE CONSULTA** - Rácio entre o nº de horas disponibilizadas para a consulta e o nº de horas efectivamente utilizadas na prestação das consultas.

**TEMPO DE ESPERA** - Número de dias ( incluindo sábados, domingos e feriados ) compreendido entre a data da inscrição para consulta, cirurgia, exame ou tratamento e a data prevista para a realização dos mesmos . (fonte – DGS)

Observação: O objectivo em medir o tempo de espera prende-se com a importância de conhecer o tempo que medeia entre a identificação da necessidade e a data da sua satisfação. Idealmente os indicadores que utilizam este conceito deveriam dar a medida deste intervalo.

**TEMPO DE PERMANÊNCIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA** – Intervalo de tempo que decorre entre o acto administrativo de inscrição na urgência e a alta do episódio de urgência.

**TRANSFERÊNCIAS INTER HOSPITALARES** – Admissão de um utente no serviço de internamento, para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, proveniente do serviço de internamento de outro estabelecimento, num período.

**VALÊNCIA / SERVIÇO DE ESPECIALIDADE** - Conjunto de meios humanos e físicos, que integram um estabelecimento de saúde e permite a aplicação de saberes específicos em Medicina, originando geralmente unidades orgânicas .

**VISITAS AO DOMICÍLIO** – Deslocações ao domicílio, lares ou instituições afins por profissionais de saúde.

## Anexo 9-Layout da ficha de indicador

Indicadores de Contrato Programa 2007-2009

### Lay Out

| Nome do Indicador              | Tipo de Indicador: | Entidade Gestora         |                    |
|--------------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------|
|                                | Tipo de falha:     | Período aplicável:       |                    |
| Objectivo                      |                    |                          |                    |
| Descrição do Indicador:        |                    |                          |                    |
| Nº do Indicador                |                    | Unidade de medida:       |                    |
| Frequência de monitorização:   |                    | Fonte dos dados/ Base da |                    |
| Responsável pela monitorização |                    | Fórmula                  |                    |
| Prazo Entrega Reporting        |                    | Valor de Referência      |                    |
| Órgão fiscalizador:            |                    | Valor de base            |                    |
| Observações:                   |                    |                          |                    |
| Variáveis                      | Definição          | Fonte Informação/ SI     | Unidade de medida: |
| variável 1                     |                    |                          |                    |
| variável n                     |                    |                          |                    |

#### Descrição dos atributos

**Tipo de Indicador** – Informa sobre a dimensão da Instituição para a qual se definiu o objectivo estratégico que o Indicador pretende monitorizar.

**Tipo de Falha** – Identificação da dimensão da gestão responsável pela falha (meios, processos ou resultados).

**Entidade Gestora** – Permite identificar a instituição à qual se refere a informação recolhida.

**Período aplicável** – Define o horizonte temporal de aplicação do indicador ou, período de análise da evolução da performance.

**Objectivos** – A definição do objectivo pretendem evidenciar para que objectivo estratégico se definiu o indicador<sup>4</sup>.

**Descrição** – Pretende evidenciar a realidade em análise.

**Artigo do CP** – Remete para o artigo ou outro documento “vinculativo” que sanciona/legítima/obriga a monitorização do Indicador.

**Unidade de Medida** – Unidade de medida em que o indicador está expresso e calculado.

**Frequência de Monitorização** - Indicação do intervalo de tempo para a iteração do cálculo do Indicador.

**Fonte de Dados** – Fonte de informação para a recolha dos dados necessários ao cálculo do indicador.

**Responsável pela Monitorização** – Identificação da organização responsável pelo report dos dados //cálculo dos Indicadores

**Fórmula** – Forma algébrica de cálculo do indicador, através das operações e variáveis que o compõem.

**Prazo de entrega do Report** – Indicação do intervalo de tempo para disponibilizar à organização, resultado da sua avaliação sem que incorra em atrasos.

<sup>4</sup> O indicador deve incidir e mensurar a evolução dos factores críticos que se identificaram na concretização dos objectivos definidos; nota que a definição de um indicador parte de cada objectivo estratégico e do respectivo detalhe.

**Valor de Referência** – Valor alvo a atingir para cada instituição

**Valor de Base** – Valor de ponto de partida da organização (serve de sinalização à medição do esforço desenvolvido pela organização)

**Órgão fiscalizador** – Organização responsável pelo funcionamento do processo.

**Pontos de Penalização** – Intervalo de valores e respectivas ponderações....

**Observações** – Considerações tidas em conta na definição destes atributos.

**Fontes de informação:**

**Variáveis** – Identificação de cada uma das variáveis a utilizar no cálculo do indicador.

**Definição das Variáveis** – explicitar o conceito que a variável traduz.

**Fonte de Informação** – Sistema de informação onde são recolhidos os dados da variável.

**Unidade de Medida** – Unidade de medida em que está expressa cada variável.

O Site [www.contratualizacao.min-saude.pt](http://www.contratualizacao.min-saude.pt) foi lançado em Janeiro de 2007, tendo como principais objectivos dar visibilidade e transparência ao processo de contratualização e divulgar informação pertinente aos diferentes intervenientes no processo. Foram considerados públicos-alvo, os actores do processo de contratualização, as instituições, os profissionais, os investigadores relacionados com o sector da saúde, assim como, os cidadãos/utentes.

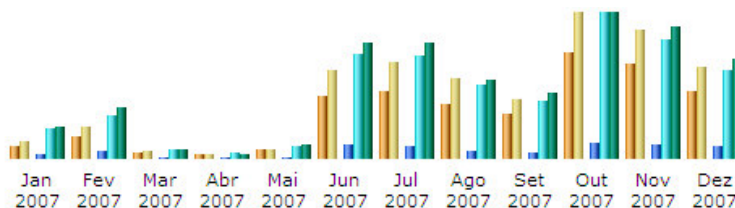
### TRÁFEGO:

Durante o primeiro ano de actividade o site Contratualização teve 14.299 visitantes, os quais realizaram 19.778 visitas. Este número de visitas representa uma média de 56 visitas diárias e uma média de 1,38 visitas por visitante.

| Resumo                    |                     |                                       |                                |                                   |                                |
|---------------------------|---------------------|---------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Período considerado       | Ano 2007            |                                       |                                |                                   |                                |
| Primeira visita           | 11 Jan 2007 - 11:02 |                                       |                                |                                   |                                |
| Última visita             | 31 Dez 2007 - 20:44 |                                       |                                |                                   |                                |
|                           | Visitantes únicos   | Numero de visitas                     | Páginas                        | Hits                              | Bytes                          |
| Tráfego visualizado *     | 14299               | 19778<br>(1.38 visitas/<br>visitante) | 65794<br>(3.32 páginas/visita) | 543135<br>(27.46 hits/<br>visita) | 9.41 GB<br>(499 KB/<br>visita) |
| Tráfego não visualizado * |                     |                                       | 92536                          | 102175                            | 6.33 GB                        |

\* Tráfego "não visto" é tráfego gerado por robots, worms ou respostas a códigos de status HTTP especiais.

O volume de tráfego aumentou substancialmente a partir de Maio, altura em que foram registados os interlocutores dos hospitais para a Contratualização e em que foi iniciada a publicação da Newsletter (Junho de 2007). De uma média mensal de 280 visitas entre Janeiro e Maio, passou-se para uma média de 1840 visitas mensais no período de Junho a Dezembro.



| Mês      | Visitantes únicos | Numero de visitas | Páginas | Hits   | Bytes     |
|----------|-------------------|-------------------|---------|--------|-----------|
| Jan 2007 | 313               | 456               | 2972    | 20285  | 350.47 MB |
| Fev 2007 | 586               | 801               | 5209    | 29399  | 568.97 MB |
| Mar 2007 | 163               | 175               | 681     | 6324   | 97.25 MB  |
| Abr 2007 | 102               | 107               | 282     | 3408   | 51.10 MB  |
| Mai 2007 | 232               | 249               | 1059    | 8201   | 156.19 MB |
| Jun 2007 | 1603              | 2302              | 9332    | 72004  | 1.26 GB   |
| Jul 2007 | 1746              | 2499              | 8453    | 70386  | 1.26 GB   |
| Ago 2007 | 1428              | 2097              | 5447    | 50403  | 881.32 MB |
| Set 2007 | 1163              | 1529              | 4393    | 39674  | 726.37 MB |
| Out 2007 | 2765              | 3794              | 10466   | 100268 | 1.59 GB   |
| Nov 2007 | 2456              | 3372              | 9604    | 82306  | 1.44 GB   |
| Dez 2007 | 1742              | 2397              | 7896    | 60477  | 1.09 GB   |
| Total    | 14299             | 19778             | 65794   | 543135 | 9.41 GB   |

### VISITAS:

A duração média das visitas foi de 3,6 minutos, tendo variado entre 0s-30s e + de1 hora.

| Duração da visita                     |                   |             |
|---------------------------------------|-------------------|-------------|
| Numero de visitas: 19778 - Med: 218 s | Numero de visitas | Percentagem |
| 0s-30s                                | 13901             | 70.2 %      |
| 30s-2mn                               | 1929              | 9.7 %       |
| 2mn-5mn                               | 1335              | 6.7 %       |
| 5mn-15mn                              | 1338              | 6.7 %       |
| 15mn-30mn                             | 555               | 2.8 %       |
| 30mn-1h                               | 502               | 2.5 %       |
| 1h+                                   | 218               | 1.1 %       |

### MOTORES DE BUSCA:

A maioria das páginas (53,4%) é ligada a partir de “Endereço directo/Favoritos”, as restantes ligações são feitas quase exclusivamente a partir do motor de busca “Google”.

|                                      | Páginas | %     | Hits  | %     |
|--------------------------------------|---------|-------|-------|-------|
| <b>Endereço Directo/Favoritos</b>    | 20260   | 53.4% | 34141 | 63.8% |
| <b>Ligações de um Motor de Busca</b> | 12572   | 33.1% | 12681 | 23.7% |
| Google                               | 12398   |       |       |       |
| Outros Motores                       | 183     |       |       |       |
| <b>Ligações de Páginas Externas</b>  | 5070    | 13.3% | 6614  | 12.3% |

## PALAVRAS DE BUSCA:

As quatro palavras de busca mais utilizadas foram “igif”, “acss”, “contratualização” e “subsídio pre natal”. É curioso que o facto de termos colocado na área “Cidadão/Utentes”, informação e formulários sobre as medidas de apoio à natalidade, foi gerador da quarta palavra de busca mais frequente.

**Frases de busca (Top 10)**  
[Lista completa](#)

| 7671 palavras-chave(s) diferente(s) | Pesquisa | Percentagem |
|-------------------------------------|----------|-------------|
| igif                                | 725      | 5.8 %       |
| acss                                | 561      | 4.5 %       |
| contratualização                    | 188      | 1.5 %       |
| subsídio pre natal                  | 154      | 1.2 %       |
| www.seg-social.pt                   | 45       | 0.3 %       |
| acss saude                          | 40       | 0.3 %       |
| ars norte                           | 37       | 0.3 %       |
| subsídio prÃ© natal                 | 36       | 0.2 %       |
| geofar                              | 32       | 0.2 %       |
| Outras frases                       | 10477    | 85.2 %      |

## NOTA FINAL:

Tendo em conta a divulgação restrita e o período de existência ainda curto do site Contratualização, os resultados obtidos parecem confirmar a oportunidade e a importância da disponibilização de um meio de comunicação Web sobre o processo de contratualização de serviços de saúde, assim como, a adesão e o interesse demonstrado pelos utilizadores. De acordo com os dados recolhidos, confirma-se a pertinência da continuidade deste projecto, e o seu desenvolvimento e melhoria no futuro do site.

#### **Anexo 11- Avaliação do site [www.contratualizacao.min-saude.pt](http://www.contratualizacao.min-saude.pt)**

Foram recebidos trinta e três contributos dos quais resultou uma avaliação compreensiva das diferentes áreas do site.

A avaliação realizada revelou-se de grande utilidade em termos de desenvolvimentos futuros, permitindo obter contributos sobre diferentes aspectos:

- Percepção do site por parte de indivíduos que, mesmo tendo uma forte ligação ao sector da saúde, são exteriores ao seu desenvolvimento, e como tal podem ter uma opinião mais objectiva de “verdadeiro” utilizador;
- Obtenção de novas “pistas” de desenvolvimento consideradas importantes
- Obtenção de confirmação sobre acções de melhoria já planeadas.

Podemos concluir que, de forma geral, os pontos fortes apontados são bastante coincidentes, enquanto os pontos fracos referidos apresentam maior diversidade.

Existe a expectativa de ver já abordados no site, temas que estão ainda em desenvolvimento inicial, como a Contratualização com os Centros de Saúde e com a Unidade Locais de Saúde.

Foi considerada útil e sugerida uma maior divulgação do site a realização de questionários periódicos aos utilizadores.

#### **PONTOS FORTES apresentados:**

- Registo em motores de busca como o “google”, “clix” e “sapo”;
- Aspecto visual agradável e atraente;
- Rapidez de “download” das páginas;
- Pertinência da informação disponibilizada sobre o tema da Contratualização;
- Informação completa e integrada;
- Diversidade de conteúdos;
- Possibilidade de “download” de uma quantidade significativa de documentos;
- Existência de informação sobre o formato dos ficheiros;
- Disponibilização da legislação sobre contratualização e de outra legislação sobre o sector da saúde, assim como, do acesso ao Diário da República Electrónico;
- Existência de “links” para sites com informação relacionada;

- Acesso a Conceitos Estatísticos “oficiais”;
- Incentivo à participação e estímulo à formação dos utilizadores do site;
- Transparência do processo e da informação;
- Aproximação ao cidadão pelo conhecimento das agências e seus responsáveis;
- Existência de “newsletter”, visibilidade e possibilidade de subscrição;
- Biblioteca “on-line”;
- Existência de artigos úteis para desenvolvimento de trabalhos de investigação;
- Apoio e incentivo à investigação científica;
- Manutenção atempada (ex. Últimas notícias).

**PONTOS FRACOS referidos:**

- Inexistência de uma página com FAQ;
- Impossibilidade de consulta do Modelo de Acompanhamento;
- Não apresentação do processo de negociação entre os hospitais e as agências;
- Não são apresentados os indicadores adicionais contratualizados pelas USF;
- Na “homepage” podemos ter em simultâneo “destaques”, “notícia em destaque” e “últimas notícias”, o que pode ser um pouco confuso;
- Não existe informação sobre a periodicidade da “newsletter” e sobre o seu conteúdo;
- A apresentação de “cenários” e “fluxos de informação” é um pouco confusa;
- Na apresentação das equipas não existe identificação da sua composição, excepção feita ao Alentejo, só os contactos de e-mail;
- Pouco destaque dado aos documentos constantes em “Áreas da Contratualização”;
- Inexistência de Mapa do site;
- Não existe uma versão do site ou de parte em língua estrangeira;
- Não estão apresentados os projectos para a Contratualização com os Centros de Saúde;
- A busca por “Pesquisa” não apresenta resultados muito relevantes;
- Tamanho da letra é considerado pequeno;
- Não contempla acessibilidades para cidadãos com necessidades especiais;
- Não existe informação sobre a data da última actualização.

**Aspectos apresentados simultaneamente como PONTOS FORTES e como PONTOS FRACOS:**

- Estrutura do site bem organizada e de fácil navegação / Estrutura em círculo, separadores laterais servem de distracção;
- Organização do site bastante intuitiva / pouco intuitiva;
- Linguagem simples e adequada / linguagem muito técnica e elaborada;

- Repetição de links em várias áreas do site.

#### **ACÇÕES FUTURAS:**

- Definição dos pontos fortes a potenciar, dos pontos fracos a corrigir e das sugestões a seguir.
- Identificação de prioridades.

São consideradas especialmente importantes as questões relativas à utilização de uma linguagem mais compreensível por públicos menos familiarizados com o tema da saúde, dar maior destaque a alguns documentos, clarificação dos menus na Homepage, criação de uma página com FAQ.

Em termos técnicos pretende-se, a curto prazo, melhorar a funcionalidade do botão “Pesquisa” e incluir da data da última actualização.

- Calendarização e implementação.

## VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEN D, HARLEY M e MAKINSON G, 1987. Performance Indicators in the National Health Service. *Social Policy and Administration*, 21 (1), 70-84.

AGÊNCIA DE ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, 1999. Relatório da Contratualização com os Hospitais na RSLVT. Orçamentos-Programa 1999. Ministério da Saúde, Administração Regional Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Lisboa, 1999.

ASTIGARRAGA E. El Método Delphi. Universidad de Duesto Facultad de CC. EE. Y Empresariales. San Sebastián [www.codesyntax.com](http://www.codesyntax.com) Acedido em 18-03-2007

AZEVEDO AC, 1991, Avaliação de Desempenho de Serviços de Saúde. *Revista Saúde Pública*, S. Paulo, 25, 64-71.

BENTES M e BARARDO A, 2003. Financiamento de Cuidados de Saúde Diferenciados. Comunicação Apresentada no 8º Encontro Nacional de Economia da Saúde. Lisboa 23 e 24 de Outubro, 2003.

BIJ JD Van Der e VISSERS JM, 1999. Monitoring Health-Care Process: A Framework for Performance Indicators. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12 (5), 214-221.

BUTLER JR, 1995. *Hospital Cost Analysis*. Kluwer Academic Publishers, Netherlands, 1995.

BRITO MT, 2002. A Contratualização Interna no Contexto da “Empresarialização” do Hospital Público Português. Dissertação do XXX Curso de Especialização em Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública, UNL, Lisboa, 2002

CARTER N, 1991. Learning to Measure Performance: the Use of Indicators in Organizations. *Public Administration*, 69, 85-101

CLARKE A, 1996. Why are We Trying to reduce length of Stay? Evaluation of the Costs and Benefits of Reducing Time in Hospital Must Start from the Objectives that Govern the Change. *Quality in Health Care*, 5, 172-179, 1996.

COSTA C e Reis V, 1993. O Sucesso nas Organizações de Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 11 (3), 59-68.

COSTA C, 1994. Os DRG (Diagnosis Related Groups) e a Gestão do Hospital. *Revista Portuguesa de Gestão*, III/IV, 47-65.

COSTA C, 2005a. Ajustamento pelo Risco: da Conceptualização à Operacionalização. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático 5, 7-38.

COSTA C, 2005b. Produção e Desempenho Hospitalar: Aplicação ao Internamento. Tese de Doutoramento em Saúde Pública na especialidade de Administração em Saúde, ENSP, UNL, Lisboa, 2005.

COSTA C, 2006. Avaliação do Desempenho dos Hospitais: Razão de Ser. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 24 (1), 3-4.

COSTA C e LOPES S, 2006. Avaliação do Desempenho dos Hospitais Públicos em Portugal Continental (2004-2005) – Metodologia. Escola Nacional de Saúde Pública. UNL. [www.ensp.unl.pt](http://www.ensp.unl.pt) Acedido em 12-03-007.

COSTA C e LOPES S, 2007. Avaliação do Desempenho dos Hospitais Públicos em Portugal Continental 2005. Escola Nacional de Saúde Pública. UNL. [www.ensp.unl.pt](http://www.ensp.unl.pt) Acedido em 12-03-2007.

DEPARTMENT OF HEALTH, 1999. The NHS Performance Assessment Framework. [www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk) Acedido em 3-03-2007

DONABEDIAN A, 1988a. The Quality of Care. How Can It Be Assessed? *Jama* (260) 12, 1743-1748

DONABEDIAN A, 1988b. Quality Assessment and Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Means. *Inquiry*, 25 (Spring 1988), 173-192.

DORAN T., Fullwood C., Gravelle, H., et al. Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine*. Boston: Jul 27, 2006. Vol. 355, Num. 4; pág. 375 (10 páginas)

EGGLESTON, K. Multiasking and mixed systems for provider payment. *Journal of Health Economics*. Amsterdam: Jan 2005. Vol. 24, Num. 1; pág. 211

ENGLAND R, 2000. Contracting and Performance Management in the Health Sector. Some Pointers on How to Do It. Health Systems Resource Centre, DFID, UK, 2000. <http://www.ihsd.org> Acedido em 12-12-2006

EPSTEIN A, Stern R e Weissman J, 1990. Do the Poor Cost More? A Multihospital Study of Patients' socioeconomic Status and Use of Hospital Resources. *The New England Journal of Medicine*, 322 (16), 1122-1128.

ESCOVAL, A, 2003. Evolução da Administração Pública da Saúde: O papel da Contratualização. Factores Críticos no Contexto Português. Tese de Doutoramento em Gestão, ISCTE, Lisboa, 2003.

FARREL P e SCHERER K, 1983. The Delphi Technique as a Method for Selecting Criteria to Evaluate Nursing Care. *Nurs.Pap.*, 51 (60).

FIGUERAS J, ROBINSON R e JAKUBOWSKI E, 2005. Purchasing to Improve Health Systems Performance: Drawing the Lessons. In *Purchasing to Improve Health Systems Performance*. EOHSP, Open University Press, 2005.

- FINK A, 1984. Consensus Methods: Characteristics and Guidelines for Use. *American Journal of Public Health*, 74, 1984.
- FLYNN R e WILLIAMS G, 1997. *Contracting for Health*. Oxford University Press, 1997.
- FREITAS P, 2002. *A Contratualização no Contexto do Serviço Nacional de Saúde. O caso dos hospitais do grupo IV da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo*. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, ISCTE, Lisboa, 2002.
- GARBER, A.M. Evidence-Based Guidelines As A Foundation For Performance Incentives. *Health Affairs*. Chevy Chase: Jan/Feb 2005. Vol. 24, Num. 1; pág. 174 (6 páginas)
- GUISSET AL, Sicotte C, Champagne F, 2003. *A Framework for Selecting a Set of Performance Indicators*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2003.
- HAM C, 1998. *Health Care Reform: Learning from international Experience*. Open University Press, Buckingham, 1998.
- IEZZONI LI, 1997. *Risk Adjustment for Measuring Healthcare Outcomes*, 2nd Edition, Health Administration Press, Chicago, 1997.
- INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO, 1999. *Avaliação dos Hospitais Fernando da Fonseca e Garcia de Orta*. INA, Lisboa, 1999.
- INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO, 2001. *Projecto de Avaliação de Unidades de Saúde*. INA, Lisboa, 2001.
- JUSTO C, 1993. *CrITÉrios Consensuais da Qualidade do Desempenho dos Centros de Saúde. Metodologia da Combinação da Técnica Delphi com a Opinião de Informadores-Chave da Comunidade*. Porto, 1993.
- KREITZ C e KLEINER B, 1999. The Monitoring and Improvement of Productivity in Health Care. *Health Manpower Management*, 21 (5), 36-39.
- LEMIEUX-CHARLES L, MCGUIRE W, CHAMPAGNE F, et al, 2003. The Use of Multilevel Performance Indicators in Managing Performance in Health Care Organizations. *Management Decision*, 41 (8), 760-770.
- LUCENA D, GOUVEIA M e BARROS PP, 1995. *Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal*. Documento de Trabalho, Ministério da Saúde, Lisboa, 1995
- MAROCO J, 2003. *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. Edições Sílabo, 2003.
- MÁXIMO MT, 2004. *Os "Melhores Hospitais" em Cirurgia Cardíaca em Portugal*. Dissertação do XXXII Curso de Especialização em Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública, UNL, Lisboa, 2004.

MCCARTNEY S, BROWN RB, 1999. Managing by numbers: Using Outcome Measures in the NHS. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12 (1), 6-12.

MILLS A e BROOMBERG, 1998. Experiences of Contracting Health Services: an Overview of the Literature. *Health Economics & Financing Programme working paper 01/98, LSHTM*, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996. *A função de Agência*. ARSLVT, Lisboa. 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997. *Acompanhamento externo dos serviços de saúde*. ARSLVT, Lisboa, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999. *Relatório de Avaliação das Agências de Contratualização*. Documento de trabalho, DGS, Lisboa, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990. Lei nº 48/90 de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde). *Diário da República*, 195, I Série.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997. Despacho normativo 46/97 de 8 de Agosto. *Diário da República*, 182, I Série-B.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002. Lei nº27/2002 de 8 de Novembro (Novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar). *Diário da República*, 258, I Série - A

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005. Despacho nº 22250/2005 de 25 de Outubro de 2005. Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. *Diário da República*, 205, II Série.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006. Despacho nº 10193/2006 de 9 de Maio. Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. *Diário da República*, 89, II Série

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006. *Estratégia para o Triénio 2007-2009*. Documento de Trabalho Comissão para a Contratualização em Saúde. Lisboa. 2006.

MOELLER J e SONNTAG AK, 2001. Evaluation of Health Services Organizations – German Experiences with the EFQM Excellence Approach in Healthcare. *The TQM Magazine*, 13 (5), 361-366.

MOULLIN M, 2004. Eight Essentials of Performance Measurement. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 17 (3), 110-112.

MOULLIN M. *Using the Public Sector Scorecard in Health and Social Care*. Faculty of Organization and Management Sheffield Hallam University. UK.

[www.shu.ac.uk](http://www.shu.ac.uk) Acedido em 19-03-2007.

OCDE, 1999. Performance Contracting. Lessons from Performance Contracting Case Studies: A framework for public sector Performance Contracting. Paris. OCDE. Puma/PAC (99)2, 1999.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE, 2001. Conhecer os Caminhos da Saúde. Relatório de Primavera 2003. OPSS, ENSP/UNL, Lisboa, 2003.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE, 2003. Saúde que rupturas? Relatório de Primavera 2003, OPSS, ENSP/UNL, Lisboa, 2003.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE, 2006. Um Ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados. Relatório de Primavera 2003, OPSS, ENSP/UNL, Lisboa, 2006.

PALEOLOGOU V., KONTODIMOPOULOD, N., STAMOULI A. et al. Developing and testing an instrument for identifying performance incentives in the Greek health care sector. BMC Health Services Research. Set 2006 Volume 6: pag 118

PAVIGNANI E, COLOMBO A, 2004. Module 7. Analysing Patterns of Health Care Provision. World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int> Acedido em 15/12/2007.

PEREIRA J, 1993. Economia da Saúde. Glossário de Termos e Conceitos. Documento de Trabalho, APES, 1993.

PESTANA M e GAGEIRO J, 2003. Análise de Dados para Ciências Sociais: a Complementaridade do SPSS. Edições Sílabo, Lisboa, 2003.

PETERSEN L., LECHAUNCY, D W., Tracy Urech, et al. Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care? Annals of Internal Medicine. Philadelphia: Aug 15, 2006. Vol. 145, Num. 4; pág. 265 (8 páginas)

PEURSEM van KA, PRATT MJ e Lawrence SR, 1995. Health Management Performance. A Review of Measures and Indicators. Accounting, Auditing & Accountability Journal, 8 (5), 37-70.

PRESS I, GANEY RF e MALONE MP, 1991. Satisfied Patients Can Spell Wellbeing. Health Care Financial Management, 2 (3), 34-42.

QUAYE, R.K. - Swedish physicians' perspectives on the introduction of the Stockholm model. Journal: Journal of Management in Medicine Aug 1997 Volume: 11 Issue: 4 Page: 246 - 255 MCB UP Ltd

QUAYE, R. K. Assessing the impact of cost control strategies on Swedish physicians' practice behaviour ; Journal: International Journal of Health Care Quality Assurance Sep 2003 Volume: 16 Issue: 5 Page: 257 - 260

ROBINSON R, JAKUBOWSKI E e FIGUERAS J, 2005. Organization of Purchasing in Europe. In Purchasing to Improve Health Systems Performance. EOHSP, Open University Press, 2005.

ROQUE RF, 1998. Estudo Comparativo de Metodologias de Desenvolvimento de sistemas de Informação Utilizando a Técnica Delphi. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre. Florianópolis, 1998. Disponível em <http://www.eps.ufsc.br> Acedido em 29/03/2007.

ROLAND M., CAMPBELL S., BAILEY, N. Et al. Financial incentives to improve the quality of primary care in the UK: predicting the consequences of change. Primary Health Care Research & Development. London: Jan 2006. Vol. 7, Num. 1; pág. 18

SAFAVI K.. Aligning Financial Incentives, Journal of Healthcare Management. Chicago: May/Jun 2006. Vol. 51, Num. 3; pág. 146 (6 páginas)

SALTMAN R, FIGUERAS J., SAKELLARIDES C, 1988. Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Buchingham, Open University Press, 1998.

SALTMAN R e BUSSE R, 2002. Balancing Regulation and Entrepreneurialism in Europe's Health Sector: Theory and Practice. In Regulating Entrepreneurial Behaviour. EOHSP, Open University Press, 2002.

SHUTT J, 2003. Balancing the Health Care Scorecard. Managed Care. September 2003.

SANTANA R, 2006. Evolução histórica e Modelo de Financiamento Hospitalar para o Exercício de 2006.

ENSP, UNL. Aportamentos da Cadeira de Financiamento e Análise Financeira do XXXV Curso de Especialização em Administração Hospitalar, ministrado pela Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2006.

SANTOS R, 1999. A Contratualização. Uma Avaliação aos "Projectos Específicos" Contratualizados pela AASSRLVT em 1997 e 1998. Dissertação do XXVII Curso de Especialização em Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 1999.

SAVAS S, SHEIMAN I, TRAGAKES E, et al., 1998. Contracting Models and Provider Competition. In Saltman R, Figueras J, Sakellarides C, Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Buckingham: Open University Press, 1998

SIMÕES J, 2004. Retrato Político da Saúde. Almedina, Coimbra, 2004

SMITH, P. C, York, N. Quality Incentives: The Case Of U.K. General Practitioners. Health Affairs. Chevy Chase: May/Jun 2004. Vol. 23, Num. 3; pág. 112 (7 páginas)

SNELLING I, 2003. Do Star Ratings really reflect hospital Performance? Journal of Health Organization and Management, 17 (3), 210-223.

VEILLARD J, CHAMPAGNE F, KLAZINGA N, et al, 2005. A Performance Assessment Framework for Hospitals: The WHO Regional Office for Europe PATH Project. International Journal for Quality in Health Care. September 9, 2005.

WALKER A, 2004. Commentary: Performance Assessment is Here to Stay. *British Medical Journal*, 329, 109.

WALSH N, 1997. Total Purchasing in Berkshire: Strengthening Primary Care. Health Services Management Centre, University of Birmingham, Birmingham, 1997.

WEINGART SN, IEZZONI LI, Davis RB et al, 2000. Use of Administrative Data to Find Substandard Care: Validation of the Complications Screening Program. *Medical Care*, 38 (8), 796-806.

WARING J, 2000. Towards an Integrated Organizational Framework of Hospital Performance. Aston Centre for Health Services Organization Research, Aston Business School, Aston University, Birmingham, 2000.

WEINER B, ALEXANDER J, SHORTELL S. et al, 2006. Quality Improvement Implementation and Hospital Performance on Quality Indicators. *HSR: Health Services Research*, 41 (2), 307-334.

WILLIAMS S, SCHMALTZ S, MORTON D. et al, 2005. Quality in U.S. Hospitals as Reflected by Standardized Measures, 2002-2004. *The New England Journal of Medicine*, 353 (3), 255- 264.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving PERFORMANCE. Geneva. World Health Organization, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 2003a. Measuring Hospital Performance to Improve the Quality of Care in Europe: A Need for Clarifying the Concepts and Defining the Main Decisions. Report on a WHO Workshop. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2003. [www.euro.who.int/hosmgt/Publications/20041208\\_1](http://www.euro.who.int/hosmgt/Publications/20041208_1) Acedido em 28-02-2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE For EUROPE, 2003b. Selection of Indicators for Hospital Performance Measurement. A Report on the 3rd and 4th Workshop. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2003 [www.euro.who.int/hosmgt/Publications/20041208\\_1](http://www.euro.who.int/hosmgt/Publications/20041208_1) Acedido em 28-02-2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE For EUROPE, 2004. 1st Workshop on Pilot Implementation of the Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004. [www.euro.who.int/hosmgt/Publications/20041208\\_1](http://www.euro.who.int/hosmgt/Publications/20041208_1) Acedido em 28-02-2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 2005. Pilot Test of the Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH). WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2005. [www.euro.who.int/hosmgt/Publications/20041208\\_1](http://www.euro.who.int/hosmgt/Publications/20041208_1) Acedido em 28-02-2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004. Contracting for Health Services. Lessons from New Zeland. Who, Regional Office for the Western Pacific, 2004.