

## CONTRATO-PROGRAMA 2012

**UOFC**

Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos

Lisboa, Janeiro de 2012



1. ENQUADRAMENTO .....	2
<b>1.1 Objetivos .....</b>	<b>4</b>
<i>Hospitais .....</i>	<i>4</i>
<i>Unidades Locais de Saúde .....</i>	<i>7</i>
<b>1.2 Indicações .....</b>	<b>8</b>
<i>Hospitais .....</i>	<i>8</i>
<i>Unidades Locais de Saúde .....</i>	<i>9</i>
2. METODOLOGIA .....	11
<b>2.1 Hospitais .....</b>	<b>11</b>
2.1.1. <i>Produção.....</i>	<i>17</i>
2.1.2. <i>Áreas específicas.....</i>	<i>18</i>
2.1.3. <i>Preços.....</i>	<i>19</i>
2.1.4. <i>Produção marginal.....</i>	<i>20</i>
2.1.5. <i>Valor de Convergência .....</i>	<i>21</i>
2.1.6. <i>Incentivos de desempenho e de eficiência económico-financeira .....</i>	<i>21</i>
<b>2.2. Unidades Locais de Saúde .....</b>	<b>23</b>
<i>Valor per capita nacional .....</i>	<i>23</i>
<i>Valor per capita de cada ULS.....</i>	<i>24</i>
<i>Fluxo de doentes e formação do orçamento prospetivo.....</i>	<i>26</i>
<i>Trajectoria de Ajustamento (TA) e orçamento prospetivo 2012 .....</i>	<i>27</i>
<i>Incentivos e penalizações.....</i>	<i>28</i>
<i>Objetivos de qualidade .....</i>	<i>30</i>
<i>Objetivos de eficiência/sustentabilidade económico-financeira .....</i>	<i>33</i>
3. QUADRO RESUMO .....	34
4. ANEXO.....	35

### 1. ENQUADRAMENTO

No cumprimento do quadro normativo vigente, estabelecem-se os princípios orientadores do processo contratual a desenvolver pelas Administrações Regionais de Saúde e respetivos Hospitais (EPE e SPA) e Unidades Locais de Saúde, no que respeita a atividades, objetivos e resultados a alcançar no ano de 2012.

No caso dos Hospitais do sector público administrativo (SPA), trata-se de dar cumprimento ao disposto na alínea b) do nº 1 do artigo 10º da Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro, que prevê a celebração de contratos-programa (CP) com as Administrações Regionais de Saúde, nos quais sejam definidos os objetivos a atingir e acordados com a tutela, assim como os indicadores de atividade que permitam aferir o desempenho das respetivas unidades.

Quanto às Unidades Hospitalares e Unidades Locais de Saúde do sector empresarial do Estado (EPE), o Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro, no seu artigo 12º nº 2 prevê a celebração de contratos-programa das referidas unidades hospitalares com o Ministério da Saúde.

O quadro de forte restrição orçamental previsto para 2012, decorrente da atual conjuntura económica e financeira, exige determinação na contenção dos gastos públicos e impõe um acrescido rigor e responsabilização na gestão do bem público. Estes compromissos são claramente assumidos no Memorando de Entendimento (MoU), celebrado entre a República Portuguesa, o Fundo Monetário Internacional, a Comissão Europeia e o Banco Central Europeu.

O ano de 2012 será particularmente exigente na procura da sustentabilidade económico-financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com uma diminuição de financiamento previsto para as Entidades Públicas Empresariais do Ministério da Saúde de 7,38% face ao ano de 2011, circunstância que se refletirá na subsequente afetação de recursos às instituições do SNS. Com os recursos disponíveis, o SNS terá de, sem perda de qualidade, salvaguardando os atuais níveis de acesso e eficiência, continuar a responder às necessidades de saúde dos cidadãos ao nível da prestação de cuidados.

Para o efeito, são de especial relevância as recomendações resultantes do trabalho desenvolvido pelo Grupo de Trabalho para a Reforma Hospitalar, a nova carta hospitalar em estudo pela Entidade Reguladora da Saúde e a reconfiguração da rede de urgências a ser proposta brevemente.

Com a intenção de favorecer a equidade da alocação de recursos financeiros para a prestação de cuidados de saúde hospitalares, foi revista a metodologia de afetação da verba de financiamento para a contratualização hospitalar, e actualizada face às orientações estratégicas definidas para esta área em 2012. Esta metodologia

pressupõe a definição de um valor capicional a distribuir pelas regiões de saúde, as quais posteriormente vão utilizar para adquirir cuidados de saúde hospitalares.

Ao longo de 2011, o Ministério da Saúde veio a adotar várias medidas de combate ao desperdício e de melhoria da gestão dos recursos disponíveis, nomeadamente: acordos alcançados com os prestadores de exames e tratamentos nas áreas da Patologia Clínica, Imagiologia, Hemodiálise; iniciativa da área da gestão do medicamento; regime do transporte não urgente de doentes; prescrição eletrónica de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), e conferência centralizada de faturas; regulação do pagamento do trabalho suplementar; definição de valores de referência para as prestações de serviços médicos.

Reforçando a necessidade de dar continuidade a estas exigências, o Orçamento de Estado para 2012 impõe a tomada de medidas sobre a despesa, nomeadamente através do controlo exigente das despesas hospitalares, das despesas com medicamentos, das despesas com MCDT e das despesas com recursos humanos. Ordena ainda a reavaliação dos planos de negócio assim como a implementação de ações para a redução da despesa através de uma reafetação eficiente de recursos e do controlo estrito dos orçamentos.

Importa enfrentar a necessidade de contenção da despesa do sector público enquanto pagador/ prestador de cuidados de saúde. Ou seja, é fundamental criar instrumentos que possibilitem acompanhar as orientações estratégicas para a redução da despesa e os comportamentos dos atores no terreno. É neste contexto que está em curso a implementação de um modelo de controlo de gestão do SNS. Por um lado, a disponibilização mensal de informação mais ampla relativa às vertentes de produção e económico-financeira permite um maior conhecimento do desempenho do SNS, reforçando os mecanismos de transparência e de responsabilização da gestão.

Assim, o ano de 2012 surge como um ano de grande exigência e rigor, pelo que a contratualização com os Hospitais e ULS do SNS está condicionada à obtenção de um valor EBITDA nulo, para cada instituição.

O elevado grau de maturidade atingido pelos Departamentos de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde (ARS), e pelos prestadores de cuidados de saúde, permite-nos encarar o processo de 2012 com a certeza de que os objetivos propostos serão alcançados. É neste contexto adverso que, o processo de contratualização hospitalar deve demonstrar a sua mais-valia enquanto provedor do acesso e garante da sustentabilidade das instituições e do SNS.

## 1.1 Objetivos

O processo de contratualização para 2012 concorre para os seguintes objetivos:

### Hospitais

- Promover o acesso e desempenho assistencial das instituições através do aumento para 4% do peso dos incentivos associados à contratação de indicadores de qualidade e eficiência;
- Melhorar o controlo financeiro das instituições através inclusão de novos instrumentos previsionais ao contrato-programa: Balanço Previsional e Demonstração Previsional de Fluxos de Caixa (Demonstração de Resultados Previsional já incluída), reforçando a necessidade de ajustamento dos custos operacionais;
- Concretizar a unificação da tabela de preços para a prestação de cuidados de saúde hospitalares nas linhas de atividade com discriminação de complexidade;
- Promover a implementação de processos que permitam a captação de proveitos extra contrato-programa;
- Alargamento da linha de financiamento para o tratamento em ambulatório de pessoas que vivem com a infeção VIH/sida, abrangendo todos os doentes em tratamento, dado ser uma área prioritária de saúde pública;
- Reorganizar e concentrar a capacidade produtiva hospitalar de modo a evitar redundâncias de serviços ou de valências médicas e promover a eficiente utilização dos recursos das instituições, devendo para o efeito ser atendidas as recomendações dos grupos de trabalho criados para estudo da Rede Hospitalar;
- Ajustar a atividade a realizar pelas instituições às características epidemiológicas, carga de doença e procura de cuidados de saúde pela população abrangida, considerando não só o perfil assistencial de cada instituição mas também a rede hospitalar regional e nacional;
- Promover a atividade programada em detrimento da assistência urgente, pelo reforço da articulação com os cuidados de saúde primários e pela promoção das consultas externas, em detrimento da assistência não programada;
- Fomentar o acesso a primeiras consultas hospitalares, garantindo o respeito pelos tempos máximos de resposta garantidos, através do programa de acesso CTH - Consulta a Tempo e Horas;

- Promover uma boa gestão da utilização da consulta hospitalar no que se refere às consultas subsequentes, desencadeando a alta e o encaminhamento dos doentes para os cuidados de saúde primários tão precocemente quanto a situação clínica permita;
- Fomentar o acesso a cirurgia, garantindo o respeito pelos tempos máximos de resposta garantidos, através do programa de acesso SIGIC, responsabilizando financeiramente o hospital de origem pela não prestação de cuidados atempada, sempre que o cuidado venha a ser prestado por uma instituição convencionada;
- Fomentar a prestação cuidados de saúde no nível mais efetivo de cuidados, promovendo sempre que possível a transferência de cuidados de saúde prestados em ambulatório hospitalar para os cuidados de saúde primários e cuidados de saúde comunitários, permitindo ao utente uma maior proximidade e acesso aos cuidados de saúde;
- Incentivar a articulação da instituição hospitalar com os prestadores de cuidados de saúde primários e cuidados continuados integrados, promovendo simultaneamente a redução do tempo médio de espera para tratamentos em ambulatório e a demora média de internamento;
- Privilegiar os cuidados prestados em ambulatório, médicos e cirúrgicos, e a transferência de cuidados do internamento para o ambulatório;
- Incitar a redução do número de camas hospitalares tendo por base as melhores práticas de gestão clínica e a prestação de cuidados em locais adequados às necessidades dos utentes;
- Incentivar a atividade de Psiquiatria e Saúde Mental prestada na comunidade, de modo a contribuir para a necessidade do tratamento de proximidade e promoção da autonomia dos doentes;
- Manter o financiamento específico que se destina a incentivar a formação dos Médicos Internos do primeiro e segundo ano da especialidade, tendo em conta que cabe ao Estado participar na responsabilidade financeira desta atividade formativa;
- Dar continuidade ao processo de contratualização assente em resultados, em cooperação com a Direção-Geral de Saúde, ao nível das áreas da infeção VIH/Sida, Saúde Sexual e Reprodutiva (Diagnóstico Pré-Natal e Interrupção da Gravidez);
- Maximizar a capacidade instalada na produção de MCDT, devendo os hospitais assegurar a realização dos MCDT necessários aos seus Utentes e promover a devida articulação com unidades de cuidados de

saúde primários por forma a possibilitar a realização de MCDT aos utentes do SNS, com o aproveitamento da sua capacidade instalada.

## Unidades Locais de Saúde

Na vertente específica das ULS, para além dos objetivos referidos para os hospitais, a atividade a contratar deve assegurar a prestação integrada dos cuidados de saúde, sustentada nos cuidados de saúde primários e na sua capacidade para gerir o estado de saúde da população garantindo, desta forma, a prestação dos cuidados no nível mais adequado e efetivo.

Assim, adicionalmente, deve considerar-se a:

- i. Transferência efetiva de cuidados tradicionalmente prestados em ambiente hospitalar para cuidados de proximidade, nomeadamente, cuidados de saúde primários, em ambulatório e na comunidade, e cuidados continuados, fruto do aprofundamento do nível de coordenação com outras instituições de saúde e, bem assim, do fortalecimento interno do nível de integração vertical de cuidados.
- ii. Promoção da acessibilidade dos Utentes aos níveis de prestação de cuidados, sustentada na intervenção preponderante da equipa de saúde familiar e na adoção de procedimentos facilitadores da referenciação interinstitucional;
- iii. Fortalecimento da coordenação entre os cuidados de saúde primários, equipas de gestão de altas hospitalares e Rede de Cuidados Continuados Integrados o acompanhamento dos utentes que necessitem de cuidados após a alta, com o objetivo de garantir o contínuo da prestação de cuidados e, complementarmente, promover a gestão eficiente dos serviços hospitalares.
- iv. Otimização dos recursos disponíveis pela operacionalização de instrumentos de gestão clínica e de melhoria contínua da qualidade que permitam a utilização criteriosa, responsável e efetiva dos cuidados de saúde, com vista à obtenção de ganhos em saúde;
- v. Sugere-se a inclusão de uma ou mais alíneas para incentivo à execução de atividades/programas de saúde em ambientes específicos: escolas, locais de trabalho e também para o desenvolvimento de projetos de parceria, por exemplo no âmbito da promoção da saúde.



## 1.2 Indicações

### Hospitais

Tendo em conta a alteração de circunstâncias que enquadraram as orientações para preenchimento do Plano de Desempenho 2012 (publicadas no mês de Julho), torna-se necessário proceder à atualização do mesmo.

Não é demais referir a indispensabilidade de considerar as necessidades em saúde da população residente, o perfil assistencial das instituições e o fortalecimento das regras de referenciação e complementaridade entre os níveis de prestação (e.g. cuidados primários, secundários e continuados), com o objetivo de garantir melhor acesso aos cuidados de saúde, mais qualidade na prestação e mais satisfação dos utentes, aumento de eficiência do sistema reforçando, nessa medida, os resultados em saúde e a sustentabilidade do SNS.

As instituições devem apresentar uma Demonstração de Resultados Previsional equilibrada (EBITDA positivo ou nulo), acompanhada do Balanço Previsional e Demonstração Previsional de Fluxos de Caixa. Estes instrumentos previsionais constituem-se como anexo ao contrato-programa. A impossibilidade de apresentar uma Demonstração de Resultados Previsional equilibrada deve ser expressa no plano de ajustamento negociado com as ARS no âmbito do contrato-programa de 2012. Este plano descreve medidas estruturadas de redução dos custos operacionais e estabelece metas precisas (quantitativa e temporalmente) para a sua implementação.

Adicionalmente, os pressupostos assumidos para a contratualização hospitalar em 2012 são os seguintes:

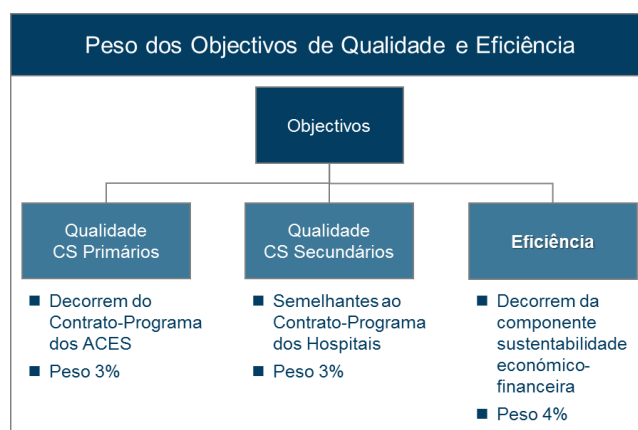
- Reforço da importância dos incentivos à melhoria da qualidade e da eficiência das instituições, com aumento de 2,7% para 4,0% do valor de financiamento a afetar a incentivos institucionais, obrigando-se a sua aplicação a cada contrato-programa.
- A produção a contratar considera a atividade relativa aos utentes do SNS, incluindo os beneficiários dos Subsistemas de Saúde ADSE, SAD da GNR e da PSP e ADM das Forças Armadas;
- Redefinição, simultânea, dos grupos de financiamento hospitalar e da tabela de preços do contrato-programa;
- No âmbito do SIGIC, os hospitais de origem passam a ser responsabilizados financeiramente pelas transferências para o sector convencionado de acordo com a tabela de preços do SNS;
- Os cuidados de saúde na área da diálise peritoneal e hemodiálise convencional são excluídos do contrato-programa, passando a ser prestados em regime concorrencial com o sector convencionado e financiados pelas ARS;
- Manutenção de preços diferenciados para primeiras consultas e subsequentes;
- Eliminação do pagamento de 50% dos custos fixos da produção contratada e não realizada na urgência;



aproximar o valor real atribuído a cada instituição ao seu valor *target*, calculado com base nas características e necessidades de saúde da respetiva população.

Contudo, face aos constrangimentos já descritos, os quais determinaram uma redução de 7,38% do orçamento das EPE (incluindo as ULS), no ano de 2012 será efetuado um ajustamento em baixa de pelo menos 5% do valor do contrato-programa de cada ULS, em relação ao valor atribuído em 2011, considerando-se para efeito do cálculo do valor remanescente o distanciamento relativo de cada ULS ao valor do seu orçamento prospetivo *target*.

O valor percentual das penalizações definidas para as ULS, associados quer à qualidade da prestação de cuidados quer à eficiência e sustentabilidade económico-financeira das instituições, mantêm-se no ano de 2012 (6% do valor de financiamento disponível associado aos indicadores de qualidade e 4% associado aos indicadores de sustentabilidade económico-financeira).



## 2. METODOLOGIA

Na proposta de orçamento de Estado para 2012 está inscrita a verba de 4.210.446.507€ para as instituições do SNS do setor empresarial do Estado (Hospitais e ULS), acrescida de uma componente destinada ao sistema de gestão dos utentes inscritos para cirurgia.

A metodologia que se segue foi desenvolvida de forma a considerar as regras de contração da despesa pública previstas para 2012, as medidas decorrentes do MoU, bem como, as determinações do Orçamento de Estado para 2012.

### 2.1 Hospitais

Com o objetivo de promover uma maior equidade, a metodologia a aplicar em 2012, para alocação de recursos financeiros às regiões de saúde é definida com base nas características da população sob a responsabilidade de cada região, considerando para o efeito, as necessidades específicas da população, as determinantes da despesa em internamento e ambulatório (enquanto *proxy* da despesa hospitalar) e o fluxo inter-regional de doentes.



Para a alocação de recursos financeiros de acordo com a metodologia desenvolvida foi considerada a seguinte informação:

A. Em 2011, o volume financeiro inicialmente aprovado para financiamento das EPE foi de:

Hospitalar	2011
Norte	1.276.022.420
Centro	732.169.519
Lisboa e Vale do Tejo	1.589.362.125
Alentejo	97.721.073
Algarve	176.977.359
ULS	572.897.807
<b>Total</b>	<b>4.445.150.303</b>

Dada a criação de seis novos Centros Hospitalares e de uma Unidade Local de Saúde, foi simulado para 2011 um universo comparável com 2012, para que as novas instituições assumissem 12 meses de atividade.

Hospitalar/ ULS EPE	2011 inicial	2011 comparável
Norte	1.276.022.420	1.253.093.540
Centro	732.169.519	768.936.699
Lisboa e Vale do Tejo	1.589.362.125	1.589.362.125
Alentejo	97.721.073	97.721.073
Algarve	176.977.359	176.977.359
ULS	572.897.807	659.845.831
<b>Total</b>	<b>4.445.150.303</b>	<b>4.545.936.628</b>

- B. O quadro seguinte mostra-nos mais em pormenor a distribuição regional do financiamento dos Hospitais e das Unidades Locais de Saúde, as quais cobrem já 10,6% da população do continente. O financiamento das ULS foi excluído do modelo visto integrar cuidados de saúde primários e cuidados de saúde secundários, assentando num modelo de base populacional dependente das necessidades em saúde, conforme referido anteriormente.

Região de Saúde 2011	Contratos Programa EPE (1) = (2 + 3)	Contratos Programa ULS EPE (2)	Contratos Programa Hospitais EPE (3)
Norte	1.585.147.749	332.054.209	1.253.093.540
Centro	925.063.076	156.126.377	768.936.699
Lisboa e Vale do Tejo	1.589.362.125	0	1.589.362.125
Alentejo	269.386.316	171.665.243	97.721.073
Algarve	176.977.359	0	176.977.359
<b>Total</b>	<b>4.545.936.625</b>	<b>659.845.829</b>	<b>3.886.090.796</b>

- C. Financiamento dos cuidados de saúde hospitalares: O financiamento da atividade hospitalar via orçamento do SNS considera as instituições do setor empresarial do Estado, do setor público administrativo, as parcerias público privadas (PPP), as instituições hospitalares das Misericórdias, os Hospitais da Prelada e o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa e outros convencionados.

Região de Saúde 2011	Contratos Programa Hospitais EPE (3)	Contratos Plurianuais (PPP) e Outros (4)	Orçamento Financeiro HSPA (5)	Universo Hospitalar 6 = (3+4+5)
Norte	1.253.093.540	174.887.578		1.427.981.118
Centro	768.936.699		19.628.263	788.564.962
Lisboa e Vale do Tejo	1.589.362.125	132.508.301	126.847.339	1.848.717.765
Alentejo	97.721.073			97.721.073
Algarve	176.977.359	7.102.000		184.079.359
<b>Total</b>	<b>3.886.090.796</b>	<b>314.497.879</b>	<b>146.475.602</b>	<b>4.347.064.277</b>

<sup>i</sup>Quadro apresenta valores em universo comparável a 212 (considera-se um valor financeiro equivalente aos contrato-programa dos seis novos Centros Hospitalares e da Unidade Local de Saúde do Nordeste para 12 meses).

D. Para 2012, o montante disponível em Orçamento de Estado no ano de 2012 para a contratualização com os Hospitais EPE é de 3.599.297.301€, ao qual deve ser adicionado um montante de 14.990.898 €, para que estes assumam a responsabilidade financeira pelas transferências de doentes cirúrgicos para o setor convencionado. Assim, o montante disponível para contratualização hospitalar em 2012 é de **3.614.288.196€**.

A população é o denominador base para a distribuição dos recursos disponíveis pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde. O financiamento *per capita* de cada região é determinado pela razão entre o volume de financiamento total alocado à atividade hospitalar (não são consideradas as ULS) e a população servida:

Região de Saúde	Euros per capita	Índice por região
	2011	2011
Norte	452	0,94
Centro	532	1,10
Lisboa e Vale do Tejo	506	1,05
Alentejo	368	0,76
Algarve	409	0,85
<b>Total</b>	<b>483</b>	<b>1,00</b>

Região de Saúde	População 2011	População	População 2011
	(a) = (b + c)	ULS 2011 (b)	sem ULS (c)
Norte	3.689.713	563.655	3.126.058
Centro	1.737.493	256.294	1.481.199
Lisboa e Vale do Tejo	3.653.217		3.653.217
Alentejo	510.906	245.554	265.352
Algarve	450.484		450.484
<b>Total</b>	<b>10.041.813</b>	<b>1.065.503</b>	<b>8.976.310</b>

Para as duas componentes chave na alocação de recursos (1) “estado de saúde” das populações e (2) determinantes da despesa, foi atribuído 50% de peso relativo na determinação da capita regional.

A componente “estado de saúde” é apreciada através da taxa de mortalidade padronizada pela idade (População Padrão Europeia). A taxa de mortalidade padronizada pela idade (População Padrão Europeia) está calculada individualmente para cada ACES e região de saúde (INE, 2009). Para o efeito desejado, a taxa de mortalidade da região de saúde é ajustada apenas para a população sob responsabilidade financeira direta das ARS (i.e. não considerando as populações residentes na área geográfica das ULS respetivas).

Região de Saúde	Taxa de Mortalidade Padronizada ajustada (ano 2009)	Índice de Taxa de Mortalidade
Norte	549	0,98
Centro	558	0,99
Lisboa e Vale do Tejo	565	1,01
Alentejo	619	1,10
Algarve	611	1,09
<b>Nacional ajustado</b>	<b>562</b>	<b>1,00</b> <sup>ii</sup>

A componente “determinantes da despesa” é aferida através da relação entre os custos gerados pela atividade hospitalar e as determinantes da saúde com capacidade explicativa sobre a variação da despesa. Foi utilizado o método dos Mínimos Quadrados comparando despesa pela prestação de cuidados de saúde secundários (ie. *proxy*: episódios alvo de codificação em grupos de diagnóstico homogéneo ao preço de Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria nº839-A/2009, de 31 de Julho) e a lista de determinantes teóricos a testar. Foram observados pontos que correspondem, genericamente, à área geográfica de cada Agrupamento de Centros de Saúde. A aplicação da regressão múltipla permitiu selecionar três determinantes teóricas da despesa, obtendo-se um **R<sup>2</sup> ajustado = 0,619**:

- Proporção de residentes com escolaridade obrigatória: Proporção (%) da população residente com mais de 14 anos com pelo menos a escolaridade obrigatória (INE, 2001);
- Índice de dependência: Relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa (INE, 2010);
- Taxa de feminilidade: Proporção (%) de mulheres no total da população (INE, 2010).

A aplicação da constante e coeficientes da regressão permitem determinar para cada região a sua despesa esperada.

Assim, da conjugação das duas dimensões, resulta a formação do índice teórico composto pelas duas componentes: (1) necessidades em saúde (aferida pela taxa de mortalidade padronizada pela idade; peso relativo de 50%); (2) determinantes da despesa (peso relativo de 50%):

---

<sup>ii</sup>Instituto Nacional de Estatística 2010

Região de Saúde	Estado de Saúde	Determinantes da Despesa	Índice Composto Normativo
Norte	0,98	0,95	0,96
Centro	0,99	1,06	1,03
Lisboa e Vale do Tejo	1,01	1,03	1,02
Alentejo	1,10	1,04	1,07
Algarve	1,09	0,85	0,97
<b>Nacional</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>

O montante disponível em orçamento de estado para 2012 para cuidados de saúde hospitalares (contratualização com hospitais do sector empresarial do estado, orçamentos financeiros dos hospitais SPA, hospitais geridos através de parcerias publico privadas e outros contratos plurianuais<sup>iii</sup>) atinge 4.126.407.064€.

Através da aplicação do índice normativo foram obtidos os seguintes valores:

Região de Saúde	Índice real 2011	Índice normativo 2012	Capita real 2011	Capita 2012 normativa	Var. %
Norte	0,94	0,96	457	443	-3,1%
Centro	1,10	1,03	532	472	-11,3%
Lisboa e Vale do Tejo	1,04	1,02	506	468	-7,5%
Alentejo	0,76	1,07	368	492	33,5%
Algarve	0,84	0,97	409	446	9,2%
<b>Nacional</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	<b>484</b>	<b>460</b>	<b>-5,1%</b>

Por região, foram apurados os seguintes montantes:

Região de Saúde	2011 Real	2012 Normativo	Var. %
Norte	1.427.981.118	1.384.336.931	-3,1%
Centro	788.564.962	699.564.154	-11,3%
Lisboa e Vale do Tejo	1.848.717.765	1.710.941.301	-7,5%
Alentejo	97.721.073	130.475.739	33,5%
Algarve	184.079.359	201.088.939	9,2%
<b>Nacional</b>	<b>4.347.064.277</b>	<b>4.126.407.064</b>	<b>-5,1%</b>

<sup>iii</sup>No caso das verbas afetas aos hospitais SPA, PPP, da Prelada e da Cruz Vermelha Portuguesa, os valores são determinados de forma "exógena" a este modelo (sendo certo que os hospitais SPA, da Prelada e da CVP tiveram o respetivo financiamento reduzido na proporção da redução orçamental do SNS, e que o valor previsto para as PPP resultou do cenário-base inerente ao contrato respetivo, ou do menor valor indicado pela entidade pública contratante).



De forma a determinar o valor a alocar a cada região para contratualização com os hospitais EPE foi necessário deduzir ao valor apurado para 2012, os orçamentos financeiros dos Hospitais SPA, os valores orçamentados referentes aos contratos PPP e outros contratos plurianuais.

Região de Saúde	Orçamento Hospitalar Ajustado INS (1)	Contratos Plurianuais (PPP) e Outros (2)	Orçamento Financeiro HSPA (3)	Orçamento HEPE Ajustado INS (4) = (1) - (2) - (3)
Norte	1.384.336.931	174.887.578		1.209.449.353
Centro	699.564.154		18.143.100	681.421.054
Lisboa e Vale do Tejo	1.710.941.301	199.138.688	112.249.502	1.399.553.111
Alentejo	130.475.739			130.475.739
Algarve	201.088.939	7.700.000		193.388.939
<b>Total</b>	<b>4.126.407.064</b>	<b>381.726.266</b>	<b>130.392.602</b>	<b>3.614.288.196</b>

Considerando ainda que, os residentes em cada região de saúde podem ser tratados em hospitais de regiões distintas, apelidando-se este movimento inter-regiões de “fluxo de doentes”, reavaliou-se o orçamento alocado a cada uma das regiões, tendo em conta este movimento.

O fluxo de doentes a nível nacional foi determinado através da informação constante na base de dados de Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH):

Região de Saúde	Orçamento HEPE ajustado INS 2012 (6)	Fluxos Doentes 2010 (7)	Orçamento HEPE Ajustado (8) = (6)+7)
Norte	1.209.449.353	2.560.458	1.212.009.811
Centro	681.421.054	12.656.398	694.077.452
Lisboa e Vale do Tejo	1.399.553.111	35.249.825	1.434.802.936
Alentejo	130.475.739	-38.607.455	91.868.285
Algarve	193.388.939	-11.859.226	181.529.713
<b>Nacional</b>	<b>3.614.288.196</b>	<b>0</b>	<b>3.614.288.196</b>

Comparativamente com os valores dos Contratos-Programa dos Hospitais EPE de 2011, o Orçamento HEPE Ajustado (para 2012) decresce em todas as regiões de saúde, à excepção da Região do Algarve que aumenta cerca de 2,6%, sendo que é a região que integra um menor número de unidades hospitalares EPE (duas unidades). Tendo em consideração estes aspectos, bem como o facto da região do Alentejo ser a região que apresenta menor dotação orçamental face às restantes regiões, o crescimento em valor previsto para a região de saúde do Algarve (4.552.354€) é afeto à região de saúde do Alentejo, resultando assim num valor global final para 2012 de 96.420.639€, ainda inferior ao valor de 2011 em cerca de 1,3%. A região do Algarve mantém a dotação orçamental de 2011.

Região de Saúde	Contratos Programa Hospitais EPE 2011	Orçamento HEPE 2012	Orçamento HEPE ajustado 2012	Var. 2012-2011	Var. %
Norte	1.253.093.540	1.212.009.811	1.212.009.811	-41.083.730	-3,28%
Centro	768.936.699	694.077.452	694.077.452	-74.859.247	-9,74%
Lisboa e Vale do Tejo	1.589.362.125	1.434.802.936	1.434.802.936	-154.559.189	-9,72%
Alentejo	97.721.073	91.868.285	96.420.639	-1.300.434	-1,33%
Algarve	176.977.359	181.529.713	176.977.359	0	0,00%
<b>Nacional</b>	<b>3.886.090.796</b>	<b>3.614.288.196</b>	<b>3.614.288.196</b>	<b>-271.802.600</b>	<b>-6,99%</b>

Assim o valor final dos *plafonds* regionais apurados para a contratualização hospitalar em 2012 são os que a seguir se apresentam:

Região de Saúde	Contratos Programa Hospitais EPE 2012
Norte	1.212.009.811
Centro	694.077.452
Lisboa e Vale do Tejo	1.434.802.936
Alentejo	96.420.639
Algarve	176.977.359
ULS	611.149.209
<b>Nacional</b>	<b>4.225.437.405</b>

### 2.1.1. Produção

As principais linhas de produção a contratar, para o ano de 2012, são as seguintes:

- a) Internamento de doentes agudos e crónicos;
- b) Ambulatório médico e cirúrgico;
- c) Consultas externas (primeiras e subsequentes);
- d) Atendimentos urgentes, por tipologia de serviço de urgência;
- e) Sessões de hospital de dia;
- f) Diagnostico Pré-natal;
- g) Interrupção da Gravidez;
- h) Tratamento ambulatório de pessoas a viver com infeção VIH/sida;
- i) Serviço domiciliário;

Importa referir que:

- A produção SNS engloba a atividade realizada aos utentes do SNS, incluindo os beneficiários dos subsistemas da ADSE, SAD da PSP e da GNR e ADM das Forças Armadas, remetida pelos hospitais aos Departamentos de Contratualização das ARS através do Plano de Desempenho de 2012 e carregada no Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento – SICA;
- Para a produção de internamento e ambulatório classificada em GDH, mantém-se a proporção de doentes equivalentes apurada a partir da produção de 2010 classificada em GDH e agrupada na versão AP21, atualizando-se o índice de *case-mix* a 2010;
- Relativamente ao serviço domiciliário devem ser considerados prioritariamente os cuidados prestados a doentes da área da saúde mental e a doentes ventilados, ficando ao critério de cada região a inclusão de outros doentes.

### 2.1.2 Áreas específicas

Deve ser dada continuidade à contratualização de áreas específicas no âmbito da aplicação do Plano Nacional de Saúde, nomeadamente:

- (i) O tratamento ambulatório de pessoas a viver com infeção VIH/sida, o acompanhamento dos doentes e a sua fidelização a protocolos terapêuticos tecnicamente reconhecidos e identificados pelo Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/sida;
- (ii) A Saúde Sexual e Reprodutiva: - com o Diagnóstico Pré-Natal, que prevê a utilização de centros de referência no acompanhamento das grávidas seguidas em centros de saúde, através da realização da ecografia da 14.<sup>a</sup> semana conjugada com o rastreio bioquímico do 1.º trimestre (Protocolo I) e/ou da ecografia da 22.<sup>a</sup> semana e consulta no hospital (Protocolo II), de modo a garantir respostas tecnicamente adequadas à elaboração do diagnóstico pré-natal; com a interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação;

E, ainda as seguintes áreas:

- (iii) A promoção dos cuidados prestados na comunidade no âmbito da Psiquiatria e Saúde Mental, situações, reconhecidas e identificadas e;
- (iv) A Consulta a Tempo e Horas.

Para além destas áreas específicas de contratualização, sublinha-se o financiamento autónomo dos seguintes componentes: formação dos Médicos Internos do primeiro e segundo ano da especialidade e medicamentos de cedência hospitalar obrigatória em ambulatório<sup>iv</sup>, com enquadramento legal, da responsabilidade financeira das instituições.

O contrato-programa para 2012 considera adicionalmente os seguintes programas específicos: Ajudas Técnicas; Assistência Médica no Estrangeiro; Assistência na área da saúde mental prestada por Ordens Religiosas, Convenções Internacionais, Doenças Lisossomais de Sobrecarga e Incentivos aos Transplantes, Programa para o Tratamento Cirúrgico da Obesidade (exclusivamente para doentes que iniciaram o Programa em 2010 ou 2011 e que se encontram em 2012 no 1º ou 2º ano de *follow-up*) e Programa para Melhoria do Acesso ao Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade.

### 2.1.3 Preços

A tabela de preços a aplicar aos hospitais do SNS no âmbito do contrato-programa de 2012 (**Anexo I**) apresenta:

- Redefinição, simultânea, dos grupos de financiamento hospitalar e da tabela de preços do contrato-programa, a qual determina:
- Redução de preços em 8% face aos preços estabelecidos para 2011 nas linhas de Internamento e ambulatório de GDH médicos e cirúrgicos (preço base), Internamento de Doentes Crónicos, Serviço Domiciliário, IVG;
- Redefinição do pagamento da linha de Urgência de acordo com tipologia de cuidados (serviço de urgência polivalente, serviço de urgência médico-cirúrgica e serviço de urgência básica);
- Redução de preços em 8% face aos preços estabelecidos para 2011 na linha de Hospital Dia com eliminação da linha de Hospital de Dia de Infeciologia;
- Alargamento da linha de financiamento para tratamento ambulatório das pessoas que vivem com infeção VIH/Sida;
- Redução de preços em 8% face aos preços estabelecidos para 2011 na linha de Consulta Externa, e redefinição adicional de preços para o Grupo 2 e 4 face à criação da linha autónoma para financiamento para tratamento ambulatório das pessoas que vivem com infeção VIH/sida;
- Redução de 8% do preço dos Dias de Permanência em Lar - IPO;
- Manutenção dos preços definidos para 2011 no que respeita ao Diagnóstico Pré-Natal;

---

<sup>iv</sup>Não aplicável às ULS atendendo ao modelo de pagamento aplicado (Orçamento Capitual)

- Os episódios de internamento que resultem em partos por cesariana sempre que superiores aos montantes contratados serão remunerados de acordo com Grupo de Diagnóstico Homogêneo de Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação

#### 2.1.4. Produção marginal

De entre os principais aspetos relacionados com o pagamento da produção marginal, sublinha-se o seguinte:

- O pagamento de produção marginal, até 10% da atividade contratada, nas diferentes linhas de produção, à exceção do ambulatorio e internamento cirúrgico programado, que não será objeto de qualquer limite;
- Caso as unidades realizadas representem menos de 50% do volume contratado por linha de produção não existe lugar a qualquer pagamento; à exceção do pagamento de 50% do valor da produção realizada na linha de urgência quando a mesma corresponder a menos de 50% do volume contratado.
- O pagamento da **produção cirúrgica programada** marginal, realizada em ambulatorio ou internamento, de acordo com a tabela de preços em vigor para pagamento da produção a realizar pelas entidades privadas no âmbito do SIGIC, com a seguinte redação:

*Se o volume da produção cirúrgica programada realizada em ambulatorio ou internamento pelas unidades de saúde for superior ao volume contratado, cada unidade produzida acima deste volume será paga ao preço da Tabela do SIGIC. A remuneração ao hospital referente à produção cirúrgica programada marginal é acrescida, no caso de se verificarem intervenções com múltiplos procedimentos independentes (que poderiam ser executados em episódios cirúrgicos distintos), simultâneos ou consecutivos, que decorram num mesmo episódio cirúrgico, de um valor correspondente a 45% do preço do GDH do episódio.*

*Quando os procedimentos realizados correspondam a patologia neoplásica maligna devidamente documentada por exames de anatomia patológica, o valor a pagar pela produção cirúrgica é acrescido de 30%.*

*O valor a pagar pela atividade marginal no âmbito da tabela do SIGIC não pode, em qualquer caso, ser superior ao preço da produção-base contratada.*

- Se o volume da produção realizada for superior ao volume contratado, o SNS assume o pagamento de cada unidade produzida acima deste volume, até ao limite máximo de 10%, ao preço marginal que corresponde a: 10% do preço contratado para o internamento classificado em GDH médicos e GDH cirúrgicos urgentes, internamento de doentes crónicos e permanência em lar dos IPO; a 15% do preço

contratado para a consulta e serviço domiciliário; a 10% do preço contratado para a urgência e, a 15% do preço contratado para o hospital de dia, GDH médicos de ambulatório, IG, doentes tratados para a infeção VIH/sida e DPN.

- O pagamento dos medicamentos cedidos em ambulatório da responsabilidade financeira do hospital será limitado ao valor previsto no contrato.

### **2.1.5. Valor de Convergência**

A verba de convergência configura um apoio financeiro extraordinário limitado ao mínimo espaço de tempo necessário à adequação da estrutura de custos aos preços praticados e ao volume de produção contratada. A atribuição da verba de convergência está dependente de pedido expresso do Conselho de Administração da instituição apoiada à respetiva ARS, acompanhado de um plano de ajustamento viável. O plano de ajustamento descreve medidas estruturadas de redução dos custos operacionais e estabelece metas precisas (quantitativa e temporalmente) para a sua implementação. A ARS negocia cada plano de ajustamento individualmente, tal como o peso relativo de cada meta no montante da verba de convergência, e propõe a sua aprovação à ACSS.

O pagamento da verba de convergência está dependente do cumprimento das metas estabelecidas entre as partes.

### **2.1.6. Incentivos de desempenho e de eficiência económico-financeira**

A contratualização das metas de desempenho e de eficiência económico-financeira tem inerente o aumento dos níveis de exigência e de responsabilização dos prestadores. Em 2012, o peso dos incentivos é fixado em 4% da dotação para a contratualização hospitalar. Esta, para ser efetiva, deve obrigatoriamente de empregar mecanismos que discriminem e introduzam consequências decorrentes do processo de monitorização, acompanhamento e avaliação. As consequências estarão associadas ao cumprimento das metas estabelecidas para cada um dos objetivos definidos e segundo o esquema de atribuição de incentivos institucionais que se apresenta de seguida.

#### **Caracterização dos objetivos a contratualizar**

É entendimento da ACSS e das ARS, na sequência do trabalho desenvolvido em anos anteriores e face ao acréscimo de valor a atribuir a esta dimensão do contrato, definir indicadores que:

- sejam facilmente entendidos, mensuráveis e que permitam um acompanhamento fácil por parte das instituições hospitalares;
- permitam refletir os diferentes tipos de desempenho das unidades hospitalares;

- reflitam orientações estratégicas por parte da tutela, relativamente ao desempenho esperado de cada unidade hospitalar;
- considerem metas ambiciosas e realizáveis que conduzam os hospitais a melhores níveis de qualidade dos serviços prestados, bem como a melhor acessibilidade dos doentes aos cuidados de saúde.

Estes indicadores serão objeto de monitorização mensal ou trimestral com efeitos efetivos no final de cada exercício económico.

### Atribuição de incentivos institucionais

O valor dos incentivos institucionais corresponde a uma percentagem (4,0%) do valor financeiro de cada contrato-programa. O valor apurado será atribuído de acordo com o cumprimento das metas que vierem a ser negociadas com os Departamentos de Contratualização das ARS, para os indicadores selecionados.

A repartição do valor afeto a incentivos observa a seguinte distribuição: 50% objetivos institucionais comuns e os restantes 50% objetivos institucionais de cada região.

<b>Acesso</b>	<b>15,0%</b>
Percentagem de primeiras consultas no total de consultas médicas	3,0%
Percentagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes saídos (especialidades selecionadas)	3,0%
Percentagem de consultas realizadas e registadas no CTH no total de primeiras consultas	3,0%
Percentagem de doentes cirúrgicos tratados em tempo adequado	3,0%
Percentagem de utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado	3,0%
<b>Desempenho Assistencial</b>	<b>20,0%</b>
Demora média	5,0%
Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo	3,0%
Percentagem de reinternamentos em 30 dias	3,0%
Percentagem de partos por cesariana	3,0%
Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH)	3,0%
Percentagem de consumo de embalagens de medicamentos genéricos, no total de embalagens de medicamentos	3,0%
<b>Desempenho Económico/ Financeiro</b>	<b>15,0%</b>
Percentagem dos custos ajustados com pessoal nos proveitos operacionais	3,0%
Percentagem dos custos com horas extraordinárias, suplementos e fornecimentos de serviços externos III (selecionados), no total de custos com pessoal	3,0%
Percentagem de proveitos operacionais extra contrato-programa, no total de proveitos	3,0%
EBITDA	3,0%
Acréscimo de dívida vencida	3,0%

Objetivos da Região	50%

## 2.2. Unidades Locais de Saúde

No ano de 2010 foi aplicada uma nova metodologia de pagamento de base capitolacional, com o objetivo de melhorar a consistência estatística ao ajustamento do risco, incorporar a efetividade de prestação (e.g. fluxo de doentes), condicionar a seleção de doentes (e.g. subsistemas de saúde), controlar a despesa com medicamentos dispensados em farmácias de oficina e aumentar a componente variável associada ao cumprimento de metas de qualidade e sustentabilidade.

De forma a ajustar o pagamento ao risco previsível e encorajar a prestação de estratégias de prevenção da doença e promoção da saúde, de cuidados de excelência ao nível dos cuidados de saúde primários para as condições mais onerosas, promover a inovação de estratégias de prestação especialmente desenhadas para as pessoas com incapacidade e, evidentemente, reduzir o risco associado à prestação, o valor *per capita* a atribuir a cada ULS parte de um *capita* Nacional, que é depois ajustado às populações das ULS através de um índice, com base nas suas características, refletindo as diferenças entre entidades geográficas de oferta e procura de cuidados de saúde.

### Valor *per capita* nacional

O valor *per capita* nacional é apurado através do financiamento global do Serviço Nacional de Saúde para 2012 observando-se as seguintes premissas:

- (1) O financiamento global do Serviço Nacional de Saúde para 2012, com exclusão das transferências para programas verticais e outros;
- (2) O encargo com medicamentos cedidos em ambulatório, através de farmácias de oficina, da responsabilidade da Administração Regional de Saúde;
- (3) A população residente no continente tendo em consideração os Censos de 2011 é considerada como denominador: 10.041.813 Residentes (INE, 2011);



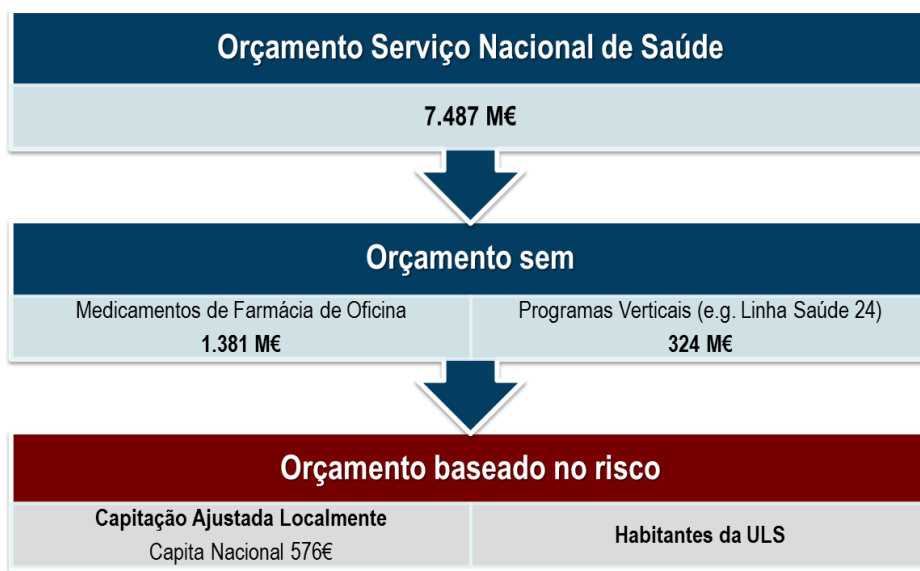


FIGURA 2. FORMAÇÃO DO VALOR *PER CAPITA* POR ULS.

O financiamento *per capita* para cada ULS parte de um *capita* nacional, que é calculado com base no Orçamento SNS, líquido da previsão de gastos em medicamentos para o ano corrente, programas verticais e outros. O valor *capita* nacional apurado é depois dividido pela população residente em Portugal Continental, dando origem ao valor *per capita* Nacional, cujo valor corrente é de 576 €.

### Valor *per capita* de cada ULS

A modalidade de pagamento das ULS para o triénio 2010/2012 estabelece que o valor *per capita* de cada ULS é composto por uma componente dos determinantes em saúde da despesa (40%) e pelo estado de saúde das populações (60%). O estado de saúde das populações é aferido através da taxa de mortalidade padronizada pela idade (População Padrão Europeia). A componente de determinantes da despesa é baseada num modelo explicativo da variação da despesa.

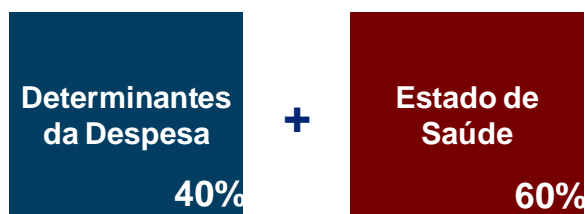


FIGURA 3. COMPONENTES PARA A DETERMINAÇÃO DO VALOR *PER CAPITA*.

Para a definição do orçamento prospetivo de 2012 foram atualizadas as características específicas de cada ULS utilizadas no modelo, nomeadamente: População residente (INE, 2011); Taxa de Mortalidade Padronizada pela

Idade (INE, 2009); Proporção de População Residente Feminina (INE, 2010); Índice de Dependência Total (INE, 2010); e Escolaridade (INE, 2001).

TABELA 1. VARIÁVEIS CONSIDERADAS NO MODELO.

	ULSM	ULSAM	ULSG	ULSCB	ULSNA	ULSBA	ULSN
<b>População Residente</b>	174.931	244.947	148.092	108.202	118.952	126.602	143.777
População Residente Feminina	51,8	52,8	52,4	52,0	51,6	50,5	51,7
Índice de Dependência Total	44,8	51,9	56,7	64,3	61,5	57,4	58,5
Escolaridade	44,1	27,6	27,3	27,0	29,2	27,9	26,1
T. Mortalidade Padronizada pela Idade	570,7	585,0	628,1	653,9	671,5	735,7	556,9

Adicionalmente, foi atualizado o fluxo de doentes e o modelo explicativo da variação da despesa, nomeadamente os gastos gerados pela unidade de medida ACES. Os dados de cuidados de saúde primários reportam-se ao ano de 2010 e foram enviados/validados pelas ARS respetivas. Para os dados dos cuidados hospitalares foram utilizados como *proxy* os episódio alvo de codificação em Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) ao preço da Portaria nº1322009, de 30 de Janeiro, com a redação dada pela Portaria nº839-A72009, de 31 de Julho. Considerando que o peso dos episódios alvo de codificação em GDH (Base de dados dos Elementos Analíticos (BDEA) - 2010) correspondente a cerca de 50% da despesa hospitalar, a valorização dos episódios foi duplicada. O gasto de cada episódio foi ajustado pela sua ponderação e alocado ao seu ACES de residência. A soma entre os gastos hospitalares (codificação clínica) e os gastos dos cuidados de saúde primários permitiu estabelecer um gasto de cuidados de saúde *per capita* de cada ACES - variável dependente. Mantendo a coerência do modelo, foram utilizadas as variáveis independentes apuradas em 2010.

Através de uma regressão linear múltipla, em que as três variáveis do modelo são as variáveis independentes e a despesa total (despesa de cuidados de saúde primários e despesa de cuidados saúde hospitalares) é a variável dependente, é possível obter os coeficientes para cada indicador.

Através da atualização das variáveis foi possível obter um  $R^2$  de 0,711 e um  $R^2_{ajustado}$  de 0,699.

	Coeficientes	p-value
Constante	-4.344,4	0,00
Tx. População Residente Feminina	92,6	0,00
Índ. Dependência Total	11,6	0,00
Escolaridade	-5,3	0,00

Aplicando os coeficientes associados a cada uma das variáveis aos dados de cada ULS é possível obter um *driver* para cada ULS: Índice de determinantes. Como dito anteriormente, o outro índice refere-se ao estado de saúde medido através da taxa de mortalidade padronizada. A conjugação das duas componentes permite determinar um índice global ajustando a *capita* nacional (576 €) às características da população coberta por cada ULS.

TABELA 2. ÍNDICES DE ACORDO COM CADA COMPONENTE E FORMAÇÃO DO ORÇAMENTO PROSPECTIVO TARGET.

	Índice de Determinantes	Índice de Estado de Saúde	Índice	Capita ajustada	Orçamento Target
<b>ULSM</b>	0,91	1,00	0,97	556 €	97.300.457 €
<b>ULSAM</b>	1,22	1,03	1,11	637 €	156.120.847 €
<b>ULSG</b>	1,24	1,11	1,16	668 €	98.997.064 €
<b>ULSCB</b>	1,31	1,15	1,22	700 €	75.736.140 €
<b>ULSNA</b>	1,21	1,18	1,19	688 €	81.831.043 €
<b>ULSBA</b>	1,04	1,29	1,19	686 €	86.832.933 €
<b>ULSN</b>	1,20	0,98	1,07	615 €	88.453.476 €

### Fluxo de doentes e formação do orçamento prospetivo

Considerando que as ULS não prestam todos os cuidados de saúde necessários às suas populações, mas são financiadas tendo tal como referência, importa reavaliar o orçamento alocado a cada uma de acordo com o fluxo de residentes alvo de cuidados de saúde junto de outros prestadores. O facto de residentes serem alvo de cuidados de saúde junto de outros prestadores tanto pode decorrer da obrigatoriedade em obedecer a redes de referenciação, incapacidade técnica ou de produção, como pode decorrer da falta de atratividade dos seus serviços aos residentes. Adicionalmente, as ULS prestam cuidados de saúde a não residentes pelo que devem ser ressarcidas por esta atividade. À prestação de cuidados realizada a não residentes e à prestação de cuidados a outros prestadores a residentes chamámos “fluxo de doentes”.

Através da base de dados de Grupos de Diagnósticos Homogéneos (episódios de internamento e de ambulatório com GDH atribuído), a ACSS recalculou o fluxo de doentes, tendo valorizado esta atividade de acordo com a

Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro, com a redação dada pela Portaria 839-A/2009, de 31 de Julho. Considerando que o objetivo primordial da ULS é prestar cuidados aos seus residentes em detrimento de outrem, a valorização da atividade realizada a doentes não residentes é feita a 85% do valor desta Portaria.

TABELA 3. VALORIZAÇÃO DO FLUXO DE DOENTES EM 2010 CONSIDERANDO A VALORIZAÇÃO DOS EPISÓDIOS DE ACORDO COM A PORTARIA 132/2009, COM A REDAÇÃO DADA PELA 839-A/2009, DE 31 DE JULHO. O SALDO DE FLUXOS APRESENTADO CONSIDERA A VALORIZAÇÃO DOS DOENTES TRATADOS FORA EM 100% DO PREÇO DE PORTARIA E 85% OS DOENTES FORA DE ÁREA TRATADOS NA ULS.

	População para fora (preços portaria)	População de fora (preços portaria)	Saldo	Saldo da facturação a implementar	Fluxos relativizados ao CP 2010
<b>Grupo</b>	<b>111.583.332 €</b>	<b>28.421.121 €</b>	<b>-83.162.211 €</b>	<b>-87.425.379 €</b>	
<b>ULSM</b>	22.961.986 €	16.708.435 €	-6.253.550 €	-8.759.816 €	-8,1%
<b>ULSAM</b>	17.668.828 €	2.010.546 €	-15.658.282 €	-15.959.864 €	-11,6%
<b>ULSG</b>	18.808.678 €	2.183.151 €	-16.625.526 €	-16.952.999 €	-19,8%
<b>ULSCB</b>	12.841.592 €	2.635.590 €	-10.206.002 €	-10.601.341 €	-15,0%
<b>ULSNA</b>	14.164.752 €	2.085.799 €	-12.078.953 €	-12.391.823 €	-13,9%
<b>ULSBA</b>	10.180.376 €	2.051.955 €	-8.128.421 €	-8.436.214 €	-10,2%
<b>ULSN</b>	14.957.121 €	745.646 €	-14.211.476 €	-14.323.322 €	-16,5%

A valorização do fluxo de doentes por instituição permite-nos redefinir o orçamento *target* por instituição, ajustando este valor à efetividade de cuidados prestados à população abrangida por cada ULS.

TABELA 4. REDEFINIÇÃO DO ORÇAMENTO TARGET2011 CONSIDERANDO O FLUXO DE DOENTES.

	Target	CP 2011	Diferença sem fluxos	Target com fluxos	Diferença pós fluxos	% de distância do target
<b>Grupo</b>	<b>685.271.960 €</b>	<b>659.845.831 €</b>	<b>25.426.129 €</b>	<b>597.846.581 €</b>	<b>-61.999.250 €</b>	
<b>ULSM</b>	97.300.457 €	107.629.439 €	-10.328.982 €	88.540.641 €	-19.088.798 €	-18%
<b>ULSAM</b>	156.120.847 €	137.476.746 €	18.644.101 €	140.160.983 €	2.684.237 €	2%
<b>ULSG</b>	98.997.064 €	85.563.289 €	13.433.775 €	82.044.065 €	-3.519.224 €	-4%
<b>ULSCB</b>	75.736.140 €	70.563.088 €	5.173.051 €	65.134.799 €	-5.428.289 €	-7,7%
<b>ULSNA</b>	81.831.043 €	89.197.458 €	-7.366.416 €	69.439.219 €	-19.758.239 €	-22%
<b>ULSBA</b>	86.832.933 €	82.467.785 €	4.365.148 €	78.396.719 €	-4.071.066 €	-5%
<b>ULSN</b>	88.453.476 €	86.948.024 €	1.505.452 €	74.130.153 €	-12.817.871 €	-15%

### Trajectoria de Ajustamento (TA) e orçamento prospetivo 2012

Como podemos verificar, todas as ULS estão atualmente a ser financiadas acima do valor do orçamento prospetivo após consideração de fluxos de doentes. Ora, este facto decorre naturalmente da redução da capitação nacional do SNS.

Considerando as preocupações com o equilíbrio financeiro das instituições, e a necessidade de um período de transição para a efetiva aplicação do modelo de capitação, foi definido para o triénio 2010-2012, a aplicação de um

fator de sustentabilidade financeira que indexa a variação do orçamento do SNS ao valor dos contratos-programa do Universo ULS:

$$\text{Valor Max. global a distribuir} = \Delta\% \text{SNS} \times \Sigma \text{CP ano } n$$

O modelo inicialmente aplicado em 2010 previa ainda para o triénio 2010-2012 que a nenhuma instituição fosse atribuído um valor de financiamento inferior ao montante disponibilizado no respetivo Contrato-Programa de 2009.

Dada a redução da verba orçamental disponível para a contratação com o universo das entidades públicas empresariais de 7,38%, o montante disponível para as ULS limita-se a 611.149.209 €.

Para o ajustamento entre o montante disponível e a determinação do orçamento prospetivo para 2011 (valor do contrato-programa) devemos considerar a minimização de efeito negativo às instituições e a continuidade da procura de equidade do financiamento iniciada através do modelo aplicado para 2010.

Neste sentido, procedeu-se à redução mínima do orçamento de todas as ULS no valor de 5,0% relativamente ao montante atribuído em 2011, procedendo-se à afetação do montante restante de acordo com o distanciamento que cada ULS apresenta relativamente ao valor do seu orçamento prospetivo *target*.

### Incentivos e penalizações

Um dos efeitos críticos dos modelos de pagamento associados à capitação é a possibilidade de redução da prestação de cuidados de saúde mais onerosos e seleção adversa de doentes. Assim, para além da monitorização da produção hospitalar e dos indicadores de cuidados de saúde primários decorrentes do Plano de Desempenho dos ACES, os quais deverão ser implementados nas ULS numa lógica de contratualização interna, são criadas penalizações para:

- a) Inobservância dos objetivos de qualidade e eficiência/ sustentabilidade;
- b) Incumprimento dos serviços hospitalares contratados;
- c) Sobre faturação a terceiros responsáveis.

- A inobservância dos **objetivos de qualidade incorre numa penalização até 6%** do valor do orçamento prospetivo de acordo com o peso de cada indicador. Os objetivos de qualidade estão associados ao acesso, qualidade técnica/ efetividade, qualidade dos registos, qualidade percecionada e eficiência. Estes indicadores decorrem do Plano de Desempenho dos Agrupamentos de Centros de Saúde e dos Contratos-Programa dos Hospitais e Centros Hospitalares.

- A inobservância dos **objetivos de eficiência/ sustentabilidade incorre numa penalização até 4%** do valor do orçamento prospetivo de acordo com o peso de cada indicador. Os objetivos de eficiência/ sustentabilidade decorrem da vertente acionista do Universo EPE e são idênticos aos previstos para os Hospitais.

A ULS será ainda penalizada financeiramente pelo incumprimento superior a 5% dos serviços contratados por linha de produção hospitalar, em montante correspondente à totalidade da produção em falta. A valorização da produção em falta será determinada por linha de produção e de acordo com os valores praticados para o grupo hospitalar em que a ULS está inserida. Este aspeto salienta a **importância dos resultados do exercício negocial da produção hospitalar** entre as ARS e as respetivas ULS, devendo ser considerados os aspetos expostos pela natureza de integração destas entidades, mas também os referidos quanto ao fluxo de doentes.

Adicionalmente, é criado um **incentivo à redução da despesa com produtos vendidos em farmácias de oficina** consoante o posicionamento da ULS face ao valor expetável (*target*). Quando a ULS apresenta uma despesa em medicamentos superior ao *target* e reduz a despesa respetiva para a ARS, receberá um incentivo adicional em 80% do valor poupado. Caso a ULS alcance no final uma despesa inferior ao seu *target*, então para ela reverterá 90% do valor poupado à respetiva ARS.

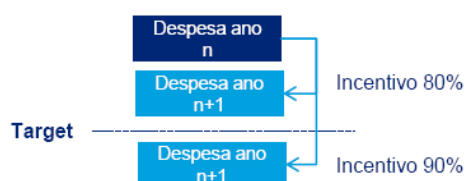


FIGURA 5. VALOR DO INCENTIVO COM A REDUÇÃO DA DESPESA COM PRODUTOS VENDIDOS EM FARMÁCIAS DE OFICINA.

Em 2012, e face às medidas na área do medicamento, as ULS apenas são elegíveis à atribuição de incentivos caso exista uma redução absoluta na despesa com medicamento igual ou superior a 10% relativamente ao valor gasto em 2011, sendo que o valor a atribuir apenas é calculado deduzida esta redução.

Os valores dos contratos-programa apurados para as Unidade Locais de Saúde, previamente comunicados à ARS respetiva, são os que constam no seguinte quadro:

TABELA 5. VALOR DO ORÇAMENTO PROSPECTIVO DAS ULS PARA 2012.

	CP2011	CP 2012	Var 11/12	Var 11/12	Capita 2011	Capita 2012
<b>Grupo</b>	<b>659.845.831 €</b>	<b>611.149.209 €</b>	<b>-48.696.622 €</b>	<b>-7,4%</b>	<b>619 €</b>	<b>574 €</b>
ULSM	107.629.439 €	97.522.127 €	-10.107.312 €	-9,4%	615 €	557 €
ULSAM	137.476.746 €	130.602.909 €	-6.873.837 €	-5,0%	561 €	533 €
ULSG	85.563.289 €	81.285.125 €	-4.278.164 €	-5,0%	578 €	549 €
ULSCB	70.563.088 €	66.035.707 €	-4.527.382 €	-6,4%	652 €	610 €
ULSNA	89.197.458 €	78.373.296 €	-10.824.163 €	-12,1%	750 €	659 €
ULSBA	82.467.785 €	78.344.396 €	-4.123.389 €	-5,0%	651 €	619 €
ULSN	86.948.024 €	78.985.649 €	-7.962.375 €	-9,2%	605 €	549 €

## Objetivos de qualidade

Tal como para os hospitais, é entendimento da ACSS e das ARS, na sequência do trabalho desenvolvido em anos anteriores, definir indicadores que:

- sejam facilmente entendidos, mensuráveis e que permitam um acompanhamento fácil por parte das instituições;
- permitam refletir os diferentes tipos de desempenho das unidades;
- sirvam para que a tutela possa dar uma orientação estratégica, relativamente ao desempenho que espera de cada unidade;
- possam estar associados a um sistema de avaliação de desempenho e a uma política de incentivos;
- estejam associados à atribuição de uma percentagem aferida ao volume da sua produção, em função do grau de cumprimento desses objetivos;
- sejam ambiciosos mas realizáveis e conduzam as ULS para melhores níveis de qualidade dos serviços prestados e de desempenho, bem como para a melhoria do acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

Estes indicadores/objetivos devem ser objeto de uma monitorização mensal e com efeitos efetivos no final de cada exercício económico.

A impossibilidade, superveniente e tecnicamente atendível, de disponibilização tempestiva dos dados necessários à monitorização dos indicadores apresentados, pode determinar a sua revogação, por decisão conjunta da ARS e ACSS, para efeitos de avaliação do grau de cumprimento do contrato-programa. Nesta circunstância, o peso relativo do indicador revogado será distribuído, *pro rata*, pelos demais indicadores do respetivo grupo.

Os indicadores selecionados dependem da prestação integrada de cuidados de saúde e estão organizados de acordo com os níveis prestação. O cumprimento destes indicadores está associado a um montante financeiro de 6% do valor do orçamento prospetivo da ULS, distribuído da seguinte forma:

- Cuidados de saúde primários (CSP) – 3%
- Cuidados de saúde secundários (CSS) – 3%

No caso específico dos cuidados de saúde primários, a seleção de indicadores para o contrato-programa de 2012 incide sobre uma panóplia de indicadores de acompanhamento previstos no Plano de Desempenho dos ACES. O número de indicadores selecionados não ultrapassa os 20 que são distribuídos em dois eixos: eixo nacional e eixo regional (este último integra ainda um eixo local). O eixo nacional é constituído por 14 indicadores. O eixo regional é constituído por 4 indicadores e o eixo local é constituído por dois, podendo estes variar por ULS. Destes seis indicadores loco-regionais, deverão ser selecionados pelo menos um indicador da área de coordenação de cuidados/ qualidade técnica/ efetividade e outro da área de eficiência. O peso financeiro associado a cada eixo e a cada indicador varia de acordo com o expresso na Tabela 6. Existe flexibilidade regional para a definição do peso específico de cada eixo (eixo nacional com um peso relativo mínimo de 60%) e da variação do peso específico de cada indicador: 20, 25 e 50% de acordo com o eixo respetivo. O peso e a definição dos indicadores devem obedecer a uma correta análise das prioridades assistenciais definidas de acordo com os indicadores de caracterização.

Apesar de estarem integrados no âmbito dos CSP, o cálculo dos indicadores de eficiência engloba a prescrição realizada a nível hospitalar para dispensa em farmácia de oficina.



TABELA 6. INDICADORES, PESOS RELATIVOS E MARGENS DE FLEXIBILIDADE DOS INDICADORES ASSOCIADOS À COMPONENTE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.

Objectivos de Qualidade - Cuidados de Saúde Primários	Peso Relativo	Peso relativo (%)	Margem de flexibilidade ARS
<b>Eixo Nacional</b>	<b>Min.60%</b>		
Taxa de utilização global de consultas médicas		8,0%	1,6%
Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar		8,0%	1,6%
Percentagem de recém-nascidos, de termo, com baixo peso		7,0%	1,4%
Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias		8,0%	1,6%
Percentagem de Utentes com Plano Nacional de Vacinação actualizado aos 13 anos		8,0%	1,6%
Percentagem de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-rectal efectuado		7,0%	1,4%
Incidência de amputações major em diabéticos na população residente		6,0%	1,2%
Incidência de acidentes vasculares cerebrais na população residente com menos de 65 anos		6,0%	1,2%
Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado do SNS em ambulatório (Dose Diária Definida/1000 habitantes/dia)		6,0%	1,2%
Nº de episódios agudos que deram origem a codificação de episódio (ICPC2) / nº total de episódios		6,0%	1,2%
Percentagem de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos		6,0%	1,2%
Percentagem de consumo de medicamentos genéricos em embalagens, no total de embalagens de medicamentos		8,0%	1,6%
Custo médio para o SNS de medicamentos facturados por utilizador		8,0%	1,6%
Custo médio de MCDT facturados por utilizador		8,0%	1,6%
		<b>100,0%</b>	<b>var.20%</b>
<b>Eixo Regional</b>	<b>Até 20%</b>		
		25,0%	6,3%
		25,0%	6,3%
		25,0%	6,3%
		25,0%	6,3%
		<b>100,0%</b>	<b>var.25%</b>
<b>Eixo Local</b>	<b>Até 20%</b>		
		50,0%	25,0%
		50,0%	25,0%
		<b>100,0%</b>	<b>var.50%</b>

O indicador “Incidência de acidentes vasculares cerebrais na população residente com menos de 65 anos” é avaliado apenas no final do ano de 2012.

No caso específico dos cuidados de saúde secundários, os indicadores estão organizados em objetivos nacionais e objetivos regionais. O peso relativo mínimo dos objetivos nacionais não deve ser inferior a 50%, mantendo-se um peso específico por indicador e uma margem de flexibilidade às regiões de saúde no valor de 20%.

TABELA 7. INDICADORES, PESOS RELATIVOS E MARGENS DE FLEXIBILIDADE DOS INDICADORES ASSOCIADOS À COMPONENTE CUIDADOS DE SAÚDE SECUNDÁRIOS.

Objetivos de Cuidados de Saúde Secundários	Peso Relativo	Peso relativo (%)	Margem de Flexibilidade da ARS
<b>Objetivos Nacionais</b>	<b>Min. 50%</b>		
Percentagem de primeiras consultas no total de consultas médicas		9,0%	1,8%
Percentagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes saídos (especialidades seleccionadas)		9,0%	1,8%
Percentagem consultas realizadas e registadas no CTH no total de primeiras consultas		9,0%	1,8%
Percentagem de doentes cirúrgicos tratados em tempo adequado		9,0%	1,8%
Percentagem de utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado		9,0%	1,8%
Demora média		10,0%	2,0%
Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo		9,0%	1,8%
Percentagem de reinternamentos em 30 dias		9,0%	1,8%
Percentagem de partos por cesariana		9,0%	1,8%
Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH)		9,0%	1,8%
Percentagem de consumo de embalagens medicamentos genéricos, no total de embalagens de medicamentos		9,0%	1,8%
		<b>100,0%</b>	<b>var. 20%</b>
<b>Objetivos Regionais</b>			
		<b>100,0%</b>	<b>var. 20%</b>

### Objetivos de eficiência/sustentabilidade económico-financeira

Os objetivos de eficiência/sustentabilidade económico-financeira estão associados a 4,0% do valor do orçamento prospetivo de cada ULS, estando divididos em objetivos nacionais e regionais. Os objetivos refletem a demonstração de resultados previsionais anexa ao contrato-programa. Nesta vertente, os objetivos são comuns a todas as ULS mantendo-se um peso específico por indicador e uma margem de flexibilidade às regiões de saúde no valor de 10% respetivamente.

TABELA 8. INDICADORES, PESOS RELATIVOS E MARGENS DE FLEXIBILIDADE DOS INDICADORES ASSOCIADOS À EFICIÊNCIA E SUSTENTABILIDADE ECONÓMICO-FINANCIERA.

Objetivos de Cuidados de Saúde Secundários	Peso Relativo	Peso relativo (%)	Meta
<b>Objetivos Nacionais</b>	<b>100%</b>		
Percentagem dos custos ajustados com pessoal nos proveitos operacionais		20,0%	2,0%
Percentagem dos custos com horas extraordinárias, suplementos e fornecimentos de serviços externos III seleccionados no total de Custos com Pessoal		20,0%	2,0%
Percentagem de proveitos operacionais extra Contrato-Programa no total de proveitos		30,0%	3,0%
EBITDA		30,0%	3,0%
		<b>100,0%</b>	<b>Var. 10%</b>

### 3. QUADRO RESUMO

Região de Saúde	Contratos Programa EPE 2012
Norte	1.212.009.811
Centro	694.077.452
Lisboa e Vale do Tejo	1.434.802.936
Alentejo	96.420.639
Algarve	176.977.359
ULS	611.149.209
<b>Nacional</b>	<b>4.225.437.405</b>

## 4. ANEXOS

## Anexo I

### Tabela de Preços – 2012

Grupos de financiamento	Preços 2012 (€)
<b>Internamento e ambulatório de GDH Médicos e Cirúrgicos (preço base)</b>	
1 e 2	2.116,37
3 e 4	1.710,68
<b>Internamento de doentes crónicos</b>	
Psiquiatria	78,4
Psiquiatria (Estruturas Residenciais)	78,4
Crónicos Ventilados	270,4
Medicina Física e Reabilitação	227,29
Hansen	78,4
<b>Consultas Médicas</b>	
<b>Consultas subsequentes</b>	
1	110,07
2	76,17
3	40,87
4	48,25
<b>Primeiras consultas</b>	
1	121,07
2	83,79
3	44,95
4	53,08
<b>Urgência (atendimento)</b>	
SUP	121,81
SUMC	61,04
SUB	34,76

<b>Grupos de financiamento</b>	<b>Preços 2012 (€)</b>
<b>Hospital de dia (sessão)</b>	
Hematologia	325,27
Infeciologia	-
Imunohemoterapia	325,27
Psiquiatria	33,79
Hospital Dia - Psiquiatria (Estr.Reabilitativas)	33,79
Outras, Pneumologia, Pediatria e Oncologia	22,32
<b>Diagnóstico Pré-Natal</b>	
Protocolo I	41,80
Protocolo II	71,60
<b>Interrupção Voluntária da Gravidez</b>	
IVG medicamentosa até às 10 semanas	313,72
IVG cirúrgica até às 10 semanas	408,48
<b>Tratamento de pessoas a viver com infeção VIH/sida em Ambulatório (doente/mês)</b>	
	846,40
<b>Domicílios (Consulta)</b>	
	36,68
<b>Dias de Permanência em Lar - IPO</b>	
	69,75