



Ana Rita Carrilho Marques

Contratualização nas Unidades de Saúde Familiar: O desafio de um sistema de incentivos financeiros e não financeiros

Relatório de estágio apresentado à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração Pública Empresarial

Setembro/2015





• U

C •

FDUC FACULDADE DE DIREITO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Ana Rita Carrilho Marques

Contratualização nas Unidades de Saúde Familiar: O desafio de um sistema de incentivos financeiros e não financeiros

Relatório de estágio apresentado à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra no âmbito do 2º Ciclo de Estudos em Administração Pública Empresarial, conducente ao grau de Mestre

Orientador Académico: Professora Doutora Teresa Carla Trigo Oliveira

Coimbra, 2015

Muitas das observações que fazemos em medicina e áreas afins são naturalmente expressas em palavras. Mas muitas delas não podem, no entanto, ser narradas sem recorrer aos números.

(Paulo Ferrinho, *in* Aguiar, 2007:13)

Agradecimentos

Depois de cinco anos na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, este momento marca o final desse ciclo. Foram muitas as pessoas que me acompanharam ao longo desta jornada e proveito este momento para agradecer a todas elas, que, direta ou indiretamente, me ajudaram a chegar até aqui.

Primeiro que tudo, aos meus pais, Maria Manuela e José Carlos, pelas oportunidades e apoio que sempre me deram, abrindo-me sempre a porta para me lançar para qualquer desafio, pela educação e valores que me transmitiram ao longo de toda a minha vida.

À Doutora Teresa Carla Trigo Oliveira, por aceitar o meu convite para Orientadora deste relatório. Agradeço-lhe a sua orientação, apoio, disponibilidade para solucionar as dúvidas e questões que iam surgindo, e pelas suas sugestões.

Aos meus colegas e amigos que fiz durante esta caminhada académica, pelos bons momentos, que levamos connosco para a vida, e pela entreajuda.

Agradeço também a todas as pessoas que tão bem me acolheram no Departamento de Planeamento e Contratualização da Administração Regional de Saúde do Centro, ao diretor do Departamento, Dr. Maurício Alexandre, ao Dr. Paulo Rodrigues, ao Sr. José Pestana, à Dra. Marina Cruz, à Dra. Cristina Carrondo, ao Dr. João Paulo Gonçalves, à Dra. Paula Godinho, à pessoa mais bem-disposta de toda a ARSC, Felismina Coutinho e à Ana França.

Um agradecimento muito especial ao Cristiano, por estar sempre “sentado ao pé de mim”, por todo o apoio e motivação, por todo o ânimo que me deste ao longo deste trabalho, agora, terminado este caminho, já podemos ir apanhar “o tal comboio”.

Resumo

Este relatório é resultado de um estágio efetuado no Departamento de Planejamento e Contratualização da entidade, durante seis meses. Com base na experiência desenvolvida no Estágio Curricular, foi escolhido um tema sobre os aspetos trabalhados neste. Analisar-se-á, primeiramente, literatura sobre o Sistema Nacional de Saúde e as unidades que o constituem, aprofundando, numa segunda parte, a contratualização dos Cuidados de Saúde Primários, com foco nas Unidades de Saúde Familiar, nos seus profissionais de saúde e no sistema de incentivos, tanto financeiros, como não financeiros.

Os incentivos vieram dar força ao papel da contratualização na saúde, pois esta ganhou uma grande relevância e é tida como uma ferramenta importantíssima para a gestão, em particular a que é feita pelo sistema de incentivos.

Na contratualização dos incentivos, a motivação é fundamental, pois todos ganham com a motivação que os profissionais de saúde atingem, ao tentarem alcançar as metas contratualizadas para, finalmente, poderem ter acesso a eles. No relatório será estudado todo este percurso, desde a contratualização até à obtenção, ou não, dos incentivos.

Palavras-chave: Contratualização, Cuidados de Saúde Primários, Reforma, Unidades de Saúde Familiar, Incentivos, Indicadores, Metas.

Lista de siglas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro

CP – Cartas de Compromisso

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DPC – Departamento de Planeamento e Contratualização

IDG – Índice de Desempenho Global

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

NGP – Nova Gestão Pública

PAII – Plano para a Aplicação do Incentivo Institucional

PP – Plano de Desempenho

PPD – Pagamento por Desempenho

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidades de Contratualização

UP – Unidades Ponderadas

USF – Unidades de Saúde Familiares

Índice

Agradecimentos.....	iv
Resumo	v
Lista de siglas.....	vi
Introdução.....	viii
1. Serviço Nacional de Saúde.....	xi
1.1 Administrações Regionais de Saúde.....	xiii
1.2 Agrupamentos de Centros de Saúde	xv
1.3 Unidades de Saúde Familiar	xvi
1.3.1. Profissionais de Saúde das USF	xvii
2. Contratualização em Saúde	xix
2.1 Contratualização nas Unidades de Saúde Familiar	xx
2.1.1. Contratualização Externa.....	xxi
2.1.2. Contratualização Interna.....	xxii
2.2. Processo de Contratualização.....	xxii
2.3. Negociação da Contratualização Interna.....	xxiv
2.3.1. Indicadores para a atribuição de incentivos institucionais	xxiv
2.3.2. Indicadores para a tributação de Incentivos Financeiros às USF Modelo B..	xxvii
2.3.3. Negociar Metas com as USF	xxix
2.3.4. Carteira Adicional de Serviços	xxxi
2.4. Acompanhamento Interno	xxxi
2.5. Avaliação de incentivos.....	xxxii
Considerações Finais	xxxiii
Conclusão.....	xxxvii
Bibliografia.....	xxxviii
Anexos	xli

Introdução

O presente relatório é desenvolvido no âmbito do Estágio Curricular realizado na Administração Regional de Saúde do Centro, com vista à conclusão do Mestrado em Administração Pública Empresarial da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

O estágio efetuou-se no Departamento de Planeamento e Contratualização da entidade, durante seis meses. Com base na experiência desenvolvida no Estágio Curricular, foi escolhido um tema sobre os aspetos trabalhados neste. A contratualização é o tema central deste relatório, pois é um instrumento cada vez mais utilizado para gerir instituições. Analisar-se-á, primeiramente, literatura sobre o Sistema Nacional de Saúde e as unidades que o constituem, aprofundando, numa segunda parte, o tema sobre as Unidades de Saúde Familiar, os seus profissionais de saúde e os incentivos, tanto financeiros, como não financeiros.

Em Portugal, a contratualização constitui um processo de instrumentação da ação pública, assente na negociação explícita e na dinâmica da relação entre a política e o conhecimento. Este tipo de negociação operacionaliza a abertura aos interesses e aos interesses locais, procedendo a uma (re)institucionalização, que tem como objetivo garantir uma nova relação, mais próxima e mais flexível, entre as autoridades públicas e os problemas públicos. (Hipólito, 2011).

Neste relatório, tratar-se-á da Contratualização na Saúde. Pode-se dizer que esta é o processo pelo qual, partindo da avaliação das necessidades em saúde e de serviços de saúde, se estabelecem instrumentos negociais de atribuição de recursos aos serviços para prestar cuidados na base de normas explícitas de acessibilidade, adequação e efetividade, e é tido como algo imprescindível para o processo da reforma e reestruturação do sistema de saúde português, permitindo reestruturar as relações entre os vários agentes e entidades envolvidas, iniciando princípios e mecanismos de maior rigor na avaliação e na distribuição dos recursos. Assistindo a um desenvolvimento de comportamentos, num quadro de gestão descentralizada, com autonomia e responsabilidade, promovendo os princípios e objetivos que suportam o processo de reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) que tem vindo a ocorrer nos últimos anos em Portugal Continental.

Os Cuidados de Saúde Primários assumem hoje, inegavelmente, uma grande relevância para a melhoria do nível de saúde das populações e, simultaneamente, para a sustentabilidade dos sistemas de saúde. (Ana Escoval et al., 2010). São o primeiro contacto que os utentes têm com os serviços que compõem o Serviço Nacional de Saúde (SNS) é com os CSP. A grande finalidade desta reforma a que se assiste é a melhoria dos

cuidados de saúde, querendo torna-los mais eficientes, acessíveis, adequados e centrados no cidadão, criando instrumentos legais e operacionais que permitam recentar o sistema português de saúde nos CSP e no desenvolvimento de uma matriz organizativa que conduza à reconfiguração dos centros de saúde orientada para a obtenção de ganhos em saúde e a melhoria da acessibilidade (Decreto-Lei n.º298/2007, de 22 de Agosto).

Uma das missões para os CSP foi o lançamento e implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF), implementado o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, vindo vigorar de novo pela mão do Decreto-Lei nº88/2005, de 3 de Junho, que estabeleceu a criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde, constituídos por unidades funcionais, como as USF, que tinham por missão “a prestação de cuidados de saúde de forma personalizada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.” (Artigo 12º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio).

Só mais tarde, com a publicação do Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de Fevereiro, depois alterado pelo Despacho Normativo nº 10/2007, de 26 de janeiro, é que se regulamentou os termos, condições e os procedimentos a serem seguidos para o lançamento e implementação das USF.

Em 2007 erguem-se as primeiras unidades de saúde familiar (USF), dando vigor à reforma. O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento destas unidades e o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos, com o objetivo de obter ganhos em saúde, através da aposta na acessibilidade, na continuidade e na globalidade dos cuidados prestados. Um ano depois, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, a criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACES), é mais um avanço na reforma dos cuidados de saúde primários.

O processo de contratualização é essencial para promover a eficiência dos serviços, não por qualquer redução na qualidade dos mesmos, mas por uma gestão eficiente do sistema de saúde (Matos et al., 2010). Também é necessário haver uma prática implementada de gestão de pessoas, pois se isso não acontecer poderá haver uma perda de motivação dos profissionais de saúde. Assim, surge a gestão das relações de emprego, dando foco à gestão do contrato psicológico.

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 Serviços Nacionais de Saúde, quer aos profissionais, quer às organizações prestadoras de cuidados. (Tomás e Moreira, 2010)

Poderá usar-se a metodologia de incentivos como um instrumento de gestão eficiente, definindo-se objectivos, indicadores, e critérios de inclusão/exclusão dos profissionais a incentivar.

1. Serviço Nacional de Saúde

A prestação de cuidados de saúde em Portugal caracteriza-se pela coexistência de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) e de subsistemas públicos e privados próprios para determinadas categorias profissionais. O SNS é a principal estrutura prestadora de cuidados de saúde, integrando todos os cuidados de saúde, desde a promoção e vigilância à prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação médica e social.

A organização dos serviços de saúde sofreu, através dos tempos, a influência dos conceitos religiosos, políticos e sociais de cada época e foi-se concretizando para dar resposta ao aparecimento das doenças. Até à criação deste, a assistência médica competia às famílias, a instituições privadas e aos serviços médico-sociais da Previdência. (Portal da Saúde, 2015)

Apresentar-se-á por ordem cronológica alguns acontecimentos, para melhor entender a evolução, do SNS, ao longo dos anos.

Em 1899, o Estado só prestava assistência aos pobres, uma vez que a prestação de cuidados de saúde era de índole privada. Dada a debilidade da situação sanitária no país, vivida em 1945, e a necessidade de uma resposta do Estado, foram criados institutos específicos para a resolução de problemas de saúde como a saúde materna e a tuberculose. Sendo necessária a reorganização dos serviços, esta concretizou-se, um ano depois, com a Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1956, e procedeu-se à construção de hospitais que foram entregues às misericórdias. Em 1963, a organização e manutenção dos serviços de saúde que não puderam ser entregues à iniciativa privada, foram atribuídas ao Estado. Em 1971, é promulgada a organização do Ministério da Saúde e Assistência, com o Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro, que afirma a garantia do direito à saúde, mas com acesso aos serviços – agora estruturados e articulados em saúde e assistência social – limitado, contudo, aos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. Por outro lado, exalta a importância da promoção da saúde e prevenção da doença. (Portal da Saúde, 2015)

Ainda antes da fase Pós-Revolução, em 1973, surge a Secretaria de Estado da Saúde, integrada no Ministro dos Assuntos Sociais, que mais tarde seria transformado em Ministério da Saúde.

Em 1974, pelo Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro, os Hospitais das Misericórdias passam a ser geridos por comissões que são nomeadas e respondem perante o Secretário de Estado. Assim, o Estado passa a dispor de uma rede de equipamentos que lhe permite administrar a saúde a nível nacional e que se rege pelas regras definidas no Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro. (Portal da Saúde, 2015.)

A Assembleia Constituinte, reunida a 2 de Abril de 1976, aprova e decreta a Constituição da República, que dita, no seu Artigo 64.º que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.

Finalmente, a lei n.º 56/79, de 15 de setembro, cria o Serviço Nacional de Saúde, enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição. Compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social, o SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde e, define que o acesso é gratuito, mas contempla a possibilidade de criação de taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações. Estabeleceu-se que o SNS goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais e dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas).

Algumas datas muito importante para este relatório são 1982, ano em que o Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho, cria as administrações regionais de cuidados de saúde (ARS). Também, em 1983, há o surgimento dos centros de saúde, como unidades integradas de saúde. Em 1990, introduziu-se no sector da saúde a Lei de Bases e, a proteção da saúde é vista não só como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados.

Pelo Despacho Normativo n.º 61/99, surgem as agências de contratualização dos serviços de saúde. A estas cabe explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade, com vista a assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e a máxima eficiência e equidade nos cuidados de saúde a prestar. No mesmo ano, é estabelecido um novo regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, pessoas coletivas de direito público, integradas no Serviço Nacional de Saúde e dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde. (Portal da Saúde, 2015.)

Em 2007 surgem as primeiras unidades de saúde familiar (USF), cujo objetivo é o de aproximar os clínicos gerais dos seus utentes, sendo os médicos de família remunerados de acordo com o seu desempenho e a complexidade dos seus utentes. O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, estabelece o regime jurídico da organização e

do funcionamento destas unidades e o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos, com o objetivo de obter ganhos em saúde, através da aposta na acessibilidade, na continuidade e na globalidade dos cuidados prestados. Um ano depois, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, a criação dos agrupamentos de centros de saúde do SNS, é mais um avanço na reforma dos cuidados de saúde primários.

Devido, principalmente, às imensas alterações dos estilos de vida e à globalização, nas últimas décadas, tem-se assistido a uma modificação do perfil de saúde e doença das populações. Era necessária uma reestruturação da organização dos serviços operativos de saúde pública, tanto a nível regional como local, articulando com a organização das ARS e dos ACES, que o Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de Abril, veio consagrar.

1.1. Administrações Regionais de Saúde

O início de uma nova fase da reforma da Administração Pública, no sentido de a tornar eficiente e racional na utilização dos recursos públicos e, por outro, para o cumprimento dos objectivos de redução da despesa pública a que o país está vinculado. Assim, a concretização em simultâneo dos objectivos de racionalização das estruturas do Estado e de melhor utilização dos seus recursos humanos é crucial no processo de modernização e de optimização do funcionamento da Administração Pública. (Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro)

As Administrações Regionais de Saúde são institutos públicos integrados na administração indirecta do Estado, dotados de autonomia administrativa, financeira e património próprio que prosseguem as suas atribuições, sob superintendência e tutela do membro do Governo responsável pela área da saúde. Estas exercem as suas atribuições nas áreas correspondentes ao nível II da Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS), tendo a ARS do Norte, ARS do Centro, ARS de Lisboa e Vale do Tejo, ARS do Alentejo e ARS do Algarve, com sedes respectivamente no Porto, em Coimbra, em Lisboa, em Évora e em Faro.

Abrangendo 17% da população de Portugal Continental (ARSC, 2012), a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) tem como missão “garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção, o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde e cumprir e fazer cumprir o Plano Nacional de Saúde na sua área de intervenção”, tendo

como visão serem uma instituição que se diferencie, num SNS sustentável, por uma prestação de cuidados de excelência e com foco no cidadão. Pautando-se por valores como a transparência, equidade e qualidade.

De acordo com a Portaria n.º164/2012, de 22 de Maio, onde foram aprovados os estatutos da ARSC, esta é constituída por departamentos, que por sua vez são dirigidos por diretores, e por um Gabinete Jurídico e do Cidadão. Os departamentos que a constituem são cinco, o Departamento de Saúde Pública, o Departamento de Planeamento e Contratualização, o Departamento de Gestão e Administração Geral, o Departamento de Recursos Humanos e o Departamento de Instalações e Equipamentos.

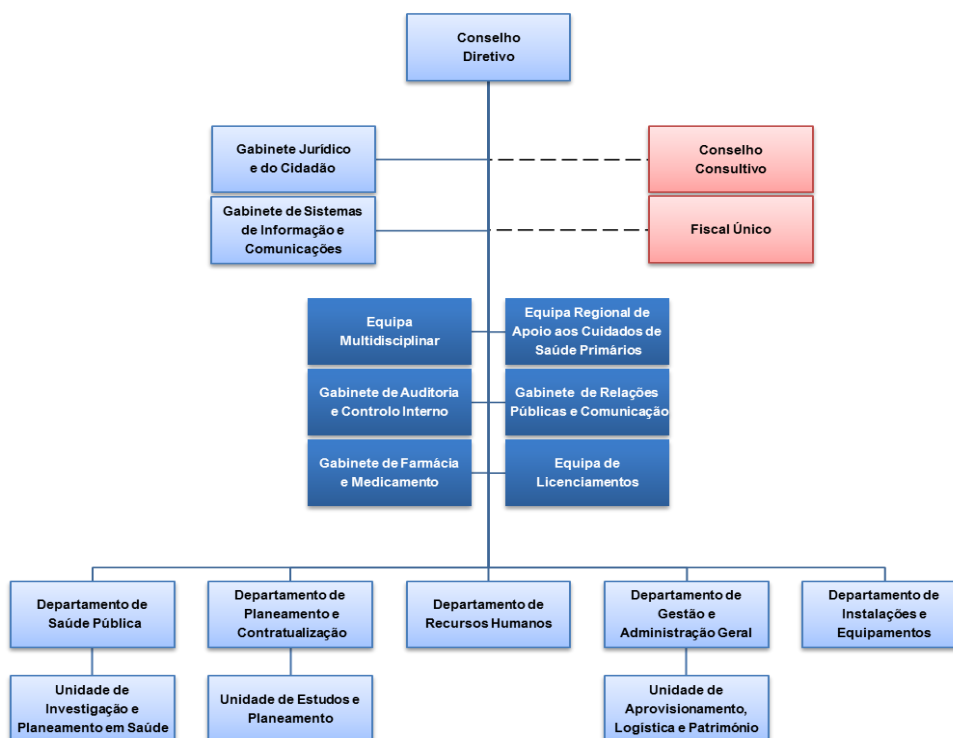


Figura 1 - Organograma ARSC (Fonte: ARSC)

O Departamento de Planeamento e Contratualização (DPC) está organizado em três áreas funcionais, os Cuidados Primários, os Cuidados Diferenciados e os Cuidados Continuados. O DPC tem como missão assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e a máxima eficiência e equidade nos cuidados de saúde a prestar na Região Centro, objectivando a promoção da adopção de boas práticas económicas e clínicas, aumentar o conhecimento sobre o Sector e sobre os gastos em Saúde, disponibilizar informação que facilite a tomada de decisão política e dos responsáveis pelo planeamento, promover a análise de tendências e a elaboração de cenários prospectivos, participar no processo de negociação dos Contratos-Programa, monitorizar o desempenho dos

prestadores, promovendo a eficiência e avaliar do cumprimento das metas de produção, acessibilidade e qualidade definidas como objeto do contrato. (ARSC, 2015)

1.2. Agrupamentos de Centros de Saúde

O novo modelo de governação proposto pela reforma dos CSP apontou para a simplificação de unidades, tornando-as mais funcionais e flexíveis, que se articulem com as estruturas formais de administração em saúde, criando os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica. Foram criados pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro, onde se reduziu o número de ACES, agrupando em estruturas de maior dimensão e mais eficientes que albergam populações mais numerosas, e tendo sempre em conta o contexto económico que se vive, criando algumas medidas para se conseguir racionalizar a despesa e otimizar os recursos disponíveis.

Este processo de mudança, da implementação dos ACES, teve que derrubar algumas barreiras, ultrapassar alguns conflitos que iam surgindo, como a falta de recursos humanos, a nível de profissionais de saúde, essenciais para a reconfiguração dos centros de saúde em unidades funcionais e implementação dos ACES. Por outro lado, a mudança de funções administrativas para os ACES, que não foi acompanhada por um número adequado de profissionais.

Das unidades funcionais dos ACES constam as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Saúde Pública (USP), as Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Cada uma delas possui uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES.

1.3. Unidades de Saúde Familiar

As USF têm origem através de uma candidatura autoproposta pelos próprios profissionais destas. São unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C. Destacam-se por os seus profissionais de saúde terem uma grande autonomia e envolvimento, escolhendo as suas equipas, elaborando um plano de ação, originando uma auto-regulação, definindo objetivos e em que toda a equipa se responsabiliza pelo cumprimento destes. (Nunes, 2007). São, portanto, pequenas unidades funcionais dos Cuidados de Saúde com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços.

De acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), a diferença que há entre os vários modelos de USF é resultado do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e do modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico.

- Modelo A: Este modelo corresponde na prática, a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. É uma fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e/ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar. Existe a possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços, paga em regime de trabalho extraordinário, a contratualização de cumprimento de metas pode também existir, bem como, o pagamento dos respetivos incentivos institucionais (Despacho Normativo nº9/2006, de 16 Fevereiro).
- Modelo B: Este modelo é o indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efetiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigente. As USF neste modelo são obrigadas a participar num processo de acreditação, num período máximo de 3 anos. As USF provenientes do Sector Público Administrativo com Regime Remuneratório Especial devem integrar este modelo. Estão previstos incentivos institucionais, e financeiros aos

profissionais das USF deste modelo organizativo (Despacho Normativo nº9/2006, de 16 Fevereiro).

- Modelo C: Este modelo tem como característica a existência de um contrato programa e visa suprimir insuficiências do SNS na cobertura da população. Podem ser equipas do sector público ou pertencerem ao sector privado, cooperativo ou social. Trata-se de um modelo experimental com carácter supletivo a regular por diploma próprio.

1.3.1. Profissionais de Saúde das USF

Um dos principais objetivos da reforma dos Cuidados de Saúde Primários é a reconfiguração e autonomia dos centros de saúde, que deve assentar numa estrutura organizacional constituída pelas unidades funcionais, com autonomia na gestão, com trabalho em equipas multiprofissionais, com contratualização de compromissos assistenciais, com delimitação de áreas de abrangência com dimensão geográfica e demográfica que permita vigilância e gestão epidemiológica, com uma Direção Técnica e com a criação de um Conselho Consultivo (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2006). Era necessário o desenvolvimento de uma cultura organizacional no seio das USF, que permita responsabilizar, autoavaliar, extrair lições e melhorar a prestação de cuidados de saúde. Para o cumprimento dos objetivos, a reforma apostou na criação de uma matriz de indicadores que devem integrar as carteiras básicas de serviços das USF, e que passam pelo acesso, pelo desempenho assistencial, pela qualidade percebida e pelo desempenho económico (MCSP, 2006).

As equipas multiprofissionais incluem médicos, enfermeiros e pessoal administrativo. Estas devem potenciar as aptidões e competências de cada grupo profissional e contribuir para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável. (Artigo 3.º/2 do Decreto-Lei n.º298/2007 de 22 de Agosto). Criou-se uma cultura de serviço que estimula o ambiente organizacional e promove o espírito de missão e a satisfação dos profissionais (Nunes, 2007). Médico e enfermeiro são mais focados e orientados para a o cuidado ao utente.

Através do Decreto- Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto, estão em desenvolvimento experiências piloto em 35 unidades funcionais no âmbito dos cuidados de saúde primários, designadamente em USF, para implementar os Enfermeiros de família, procurando

perceber a influência em soluções organizacionais e avaliar eventuais ganhos para os utentes, o SNS e os profissionais de saúde, visando obter ganhos e melhores resultados na prestação de cuidados de saúde. É um processo que vai ser avaliado ao longo dos próximos dois anos e permitindo identificar as diferenças em melhores resultados nas unidades em teste.

Antes da reforma, os cuidados de saúde primários pecavam pela falta de autonomia, mesmo para as decisões mais básicas, simples, existia sempre uma grande burocracia resultante de uma forte estrutura hierárquica.

Estas unidades foram criadas de acordo com uma abordagem de base voluntária e com elevado nível de envolvimento dos profissionais de saúde na escolha dos elementos a integrar na equipa, dando autonomia organizacional, permitindo a definição de um plano de ação, com desempenho de acordo com objetivos e coresponsabilização de toda a equipa (Nunes, 2007).

Iles (1997) define três regras fundamentais para gerir pessoas na prestação de cuidados de saúde:

1. Acordar precisamente no que é expectável que os profissionais alcancem;
2. Assegurar que ambos acreditam ter as competências e recursos necessários para atingir os resultados esperados;
3. Dar feedback em que pontos estão os resultados a ser ou não alcançados.

As equipas são compostas por três a dez médicos de família, tendo igual número de enfermeiros de família e de profissionais administrativos, com cobertura populacional variando entre 4 000 e 17 000 pessoas. (Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005) A função dos administrativos é determinante na relação do utente com os serviços. De facto, todo o atendimento que sucede ao contacto do utente com o administrativo depende da forma como se estabeleceu esse primeiro contacto.

2. Contratualização em Saúde

Em diversos países da União Europeia, a contratualização é vista como um instrumento para implementar os objetivos de política da saúde. Trata-se de um mecanismo coordenador que permite uma alternativa aos modelos tradicionais de comando e controlo de gestão dos cuidados de saúde. Um elemento essencial da contratualização é que possibilita uma afetação institucional dos recursos mais orientada para o mercado uma vez que é baseada na separação das funções de comprador e de prestador (Barros e Gomes, 2002).

Em Portugal, o processo de contratualização teve início em 1996, acompanhando a reforma nos Cuidados de Saúde Primários. Com a atual reforma dos CSP, iniciada em 2005, a contratualização ressurgiu, com a criação das Unidades de Saúde Familiares e depois com os Agrupamentos de Centros de Saúde.

Atualmente verifica-se uma tendência para a insustentabilidade dos sistemas de saúde, sendo o ritmo dos custos crescente e sendo necessário assegurar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde (Campos, 2008).

O desenvolvimento do processo de contratualização em Portugal provém do movimento reformista observado por toda a União Europeia, e do surgimento de teorias e princípios como a Nova Gestão Pública (NGP), a teoria do agente-principal e da aprendizagem organizacional (Escoval, 2010). A NGP surge como uma forma de governação empresarial que apareceu no início da década de oitenta do passado século, na Grã-Bretanha, com o Partido Conservador (Simões, 2004). Trata-se da aplicação de processos e métodos do tipo empresarial na administração pública tradicional (Rocha, 2011).

A contratualização estabelece, por negociação, os objetivos, o modelo de monitorização de desempenho e de avaliação final, e permite que a produção, os cuidados prestados, seja orientada para as necessidades em saúde de uma população. Desta forma, a contratualização tem a capacidade de introduzir mecanismos de correção no funcionamento dos sistemas de saúde e de contribuir para uma maior equidade (Escoval, 2010).

Enquanto instrumento indutor de mudança, é um mecanismo definidor das funções dos vários atores, que estabelece a partilha de riscos e clarifica as responsabilidades entre financiador e prestadores. Favorece a transparência e a responsabilização (Flynn e Williams, 1997).

Goddard e Mannion (1998) salientam que na contratualização de serviços de saúde exige um grande desenvolvimento de uma cultura de negociação, que incentiva a competição e a cooperação, pois decorre das necessidades em saúde e de um planeamento das intervenções a efetuar e das respostas a desenvolver, o que contribui para a inovação organizacional.

2.1. Contratualização nas Unidades de Saúde Familiar

Na Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em curso, identificou-se que a contratualização com as novas Unidades de Saúde Familiar (USF) é um ponto fundamental, indutor de maior responsabilização e exigência, sempre no sentido de alcançar melhores resultados em saúde, com maior eficiência. É consensual que não serão implementadas novas unidades orgânicas sem estas terem negociado previamente com a administração as suas metas em relação ao acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho económico (ARSC, 2015).

Nas USF procede-se à contratualização interna, enquanto a contratualização externa diz respeito aos ACES e às Unidades Locais de Saúde (ULS).

Competiam ao Departamento de Planeamento e Contratualização (DPC) da ARS, as funções de orientação, apoio, supervisão e avaliação do processo de contratualização interna, garantindo a sua execução de acordo com a legislação em vigor e com os documentos orientadores, que a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) disponibilizava, com critérios de equidade, rigor e transparência as suas funções de orientação, apoio, supervisão e avaliação. Mas, desde este ano que os Diretores Executivos e Presidentes dos Conselhos Clínico e de Saúde dos ACES assumem a responsabilidade plena do processo de contratualização com as USF, passando a competir aos DPC a função de acompanhar a qualidade e a coerência dos processos de contratualização e assegurar a sua adequação e robustez técnica.

A contratualização deverá incluir a negociação dos indicadores e metas, bem como todos os acordos imprescindíveis à sua realização, nomeadamente os recursos humanos, as instalações, os equipamentos e o sistema de informação e monitorização, apoio financeiro, alargamento ou redução de horário, carteiras adicionais, aplicação de incentivos, e outros considerados adequados.

No fim, a combinação do desempenho de várias áreas contratualizadas vai determinar se a USF tem ou não acesso a um pacote financeiro para aplicar em formação, documentação, equipamentos e reabilitação de infraestruturas, os incentivos institucionais.

Das 45 USF em funcionamento em 2013, 39 reuniram critérios para inclusão no processo de contratualização. As 6 USF excluídas não contratualizaram porque iniciaram o seu funcionamento no último semestre de 2013. (Anexo I)

2.1.1. Contratualização Externa

A contratualização externa implica uma filosofia de responsabilização e transparência, transpondo essa mesma filosofia para o interior da organização pela contratualização interna (Escoval e Matos, 2009). Realizada entre as ARS e os ACES, é formalizada e finalizada com a negociação dos Planos de Desempenho (PD), que depois de examinados culminarão na assinatura dos Contratos-Programa, onde se estabelece, quantitativa e qualitativamente, os objetivos do ACES e os recursos agregados ao seu cumprimento, é também onde se fixam as regras relativas à respetiva execução.

De acordo com a Metodologia da Contratualização dos CSP para 2015, da ACSS, semelhantemente ao que tem acontecido nos anos anteriores, os objetivos ao nível da contratualização externa passam por prosseguir com a melhoria, de forma sustentada, das regras de negociação, acompanhamento/monitorização e avaliação dos indicadores e das atividades desenvolvidas pelos ACES.

O Diretor Executivo e o Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES, elaboram uma proposta de Plano de Desempenho, constituído por propostas de metas para os indicadores de desempenho, que, seguidamente, vai ser negociado com a ARS. Pode-se dizer que este plano está dividido em nove áreas: caracterização, linhas estratégicas, plano de atividades, plano de formação, mapa de equipamento, mapa de recursos humanos, indicadores de desempenho, plano de investimento e orçamento económico. É um documento estratégico, onde se caracteriza o ACES, através de indicadores populacionais de cariz socioeconómico, sociodemográfico e de resultados em saúde.

2.1.2. Contratualização Interna

Para que os benefícios decorrentes do processo de contratualização sejam efetivos é impreterível que as instituições implementem processos de contratualização interna com os seus departamentos, serviços e profissionais, de forma a promover um alinhamento cada vez maior entre os objetivos contratualizados externamente e a missão das instituições de saúde. Estes processos devem privilegiar elementos que promovam ganhos efetivos em saúde e não apenas de produção de atos médicos (Matos et al.,2010).

A contratualização interna consiste na negociação do Plano de Ação anual e na definição da atividade que vai ser desenvolvida pelas várias Unidades Funcionais dentro do ACES, neste caso em estudo estão as USF, tendo em vista envolver os profissionais de saúde, responder às necessidades da população e às prioridades assistenciais definidas pelo Diretor Executivo e pelo Conselho Clínico de Saúde do ACES, com o apoio da informação do perfil de saúde preparado pela Unidade de Saúde Pública.

Este tipo de contratualização envolve uma nova forma de relacionamento interno, alternado as metodologias de tomada de decisão, apresentando-se como um modelo de gestão participada, criando consistência entre todas as atividades da organização, através de um alinhamento das atividades com a estratégia, visando atingir objetivos delineados a partir de uma componente externa, dos meios existentes e dos resultados desejados (Escoval e Matos, 2009).

2.2. Processo de Contratualização

O processo de contratualização com as USF distingue-se pelo facto de não se contratualizarem números de consultas ou outros atos, mas sim indicadores de processo e de resultados. O elemento económico não deixa de se notar, focando-se nas áreas de custos com os medicamentos e com os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT).

De acordo com a Portaria n.º377-A/2013, de 30 de dezembro, a contratualização entre os ACES e respetivas USF é baseada numa matriz de 22 indicadores, que explicar-se-á mais à frente.

Para os indicadores existem escalas para avaliar o seu cumprimento, e se as metas forem conseguidas, estão definidos os critérios para atribuição de uma recompensa pelo desempenho, os incentivos institucionais.

As metas são contratualizadas de acordo com a negociação efetuada entre a USF e o DPC respetivo, com base em alguns fatores, como as especificidades locais ou inerentes à própria constituição da USF, o número de meses previstos de funcionamento da USF para o ano e os resultados concretos das USF já com atividade e avaliação. Considera-se que as metas a contratualizar devem ser exigentes, mas viáveis, com o fim de garantir que as USF tragam melhores resultados em saúde, sem com isso colocar em causa a implementação e o desenvolvimento organizacional da equipa. A contratualização de metas impraticáveis só contribui para o desmotivar da equipa e para o descrédito do processo de contratualização (Afonso, 2010).

O modelo contempla ainda a aplicação de inquéritos para avaliar a satisfação dos utentes.

De acordo com a Metodologia de Contratualização de Cuidados de Saúde Primários para o ano de 2013, os processos de contratualização externa e interna operacionalizam-se em 3 fases:

1. Negociação – fase que vai desde os trabalhos preparatórios da negociação até à assinatura do Contrato-Programa entre a ARS e os ACES e das Cartas de Compromisso entre o ACES e as suas Unidades Funcionais, na qual se efetua a aproximação entre a oferta e a procura (necessidades em saúde), tendo em conta o preconizado pela política de saúde em vigor para o período, as restrições orçamentais e outros condicionalismos associados à negociação e à partilha do risco em saúde. A negociação não se limita a troca de propostas. Regra geral, é sensato acompanhar as propostas das razões que as justificam e, idealmente, as justificações devem preceder as propostas;
2. Monitorização e acompanhamento - fase em que se efetua a recolha sistemática da informação sobre o compromisso assumido entre as partes nas diferentes dimensões de análise (produção assistencial contratada, objetivos para as dimensões acesso, qualidade assistencial, eficiência e desempenho económico-financeiro, entre outras), e em que se discutem em tempo útil as várias possibilidades de introdução de medidas que permitam corrigir eventuais desvios em relação ao preconizado pelas partes;
3. Avaliação – enquanto fase crucial que encerra o ciclo do processo de contratualização, a avaliação é não só um momento de prestação de contas

mas também um momento de reflexão sobre o desempenho de todos os intervenientes no processo, os quais deverão ter a capacidade de avaliar de forma desprendida e objetiva os resultados alcançados, agindo em função dos mesmos. A fase de avaliação tem um enorme potencial transformador, pretendendo-se que a mesma contribua significativamente para a mudança de comportamentos, de atitudes e de práticas de gestão, visando a melhoria dos resultados globais das entidades envolvidas no processo de contratualização.

2.3. Negociação da Contratualização Interna

O objetivo de qualquer sistema de medição do desempenho é instituir um conjunto de indicadores, os quais representem e confirmem a perspetiva financeira da atividade e um elemento não financeiro e de medidas operacionais que conduzam a resultados financeiros. Mostra-se essencial estudar as relações causa-efeito de todos os indicadores que se podem dividir entre drivers de desempenho/indicadores principais de atividade e medidas de resultados/indicadores de desempenho (Kaplan e Norton, 1996).

A aplicação de incentivos financeiros nos sistemas de saúde, ensaiada em alguns países, parece influenciar a prática clínica, levando a uma melhoria da qualidade dos cuidados, atribuída à definição e avaliação de indicadores e ao aumento da produtividade, por introduzir competitividade nos sistemas de saúde (Smith e York, 2004).

2.3.1. Indicadores para a atribuição de incentivos institucionais

Os incentivos institucionais, aplicados nas USF de modelo A desde 2006, passam a consagrar-se em todas as USF, independentemente do seu modelo, com a Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto. Estes traduzem-se na partilha de informação técnica, na participação em conferências, colóquios, cursos de formação e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da USF, no apoio à investigação, no aumento das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional ou no desenvolvimento de processos de melhoria da qualidade e de acreditação.

De acordo com a Portaria nº 377-A/2013, de 30 de Dezembro, a contratualização de metas de desempenho com as USF devem procurar garantir o equilíbrio indispensável entre exigência e exequibilidade, no sentido de levar a ganhos de saúde, bem como recompensar o esforço, desempenho e a excelência destas unidades, com a atribuição de incentivos, quer para as equipas de saúde, quer para os profissionais que as integram. Nesta Portaria fez-se uma revisão de critérios e condições para a atribuição dos incentivos institucionais, criando e introduzindo um Índice de Desempenho Global (IDG), que consiste num valor resultante da soma do grau de cumprimento ajustado de cada indicador, ponderado pelo respetivo peso relativo, e por outro lado, um conjunto de novos indicadores de contratualização e de monitorização da atividade das USF, que admita abranger outras áreas e patologias, como as doenças respiratórias e de saúde mental, e reforçar o número de indicadores de resultado. Também se criou uma comissão de acompanhamento externo em cada Administração Regional de Saúde, a quem competirá acompanhar o processo de contratualização e arbitrar eventuais conflitos.

Independentemente do modelo em que se inserem, todas as equipas multiprofissionais das USF tem acesso a um componente variável da remuneração, estes incentivos, que constam na carta de compromisso, contratualizada anualmente. Esta contratualização será fundamentada numa matriz de 22 indicadores, de entre os cem constantes no anexo I da Portaria supracitada, da qual fazem parte:

- B- Doze indicadores comuns a todas as USF, definidos de três em três anos pela ACSS, de acordo com as prioridades da Política de Saúde definida para aquele período, em termos de acesso, desempenho assistencial, satisfação os utentes e eficiência, Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde Prioritários a nível nacional;
- C- Quatro indicadores selecionados a cada três anos pela ACSS, comuns às respetivas USF da região de saúde, em termos de acesso e/ou desempenho assistencial, de acordo com as prioridades definidas no Plano Nacional de Saúde e nos Programas de Saúde Prioritários a nível regional;
- D- Dois indicadores selecionados a cada três anos pelos ACES, específicos para cada USF do ACES, em termos de acesso e/ou desempenho assistencial;
- E- Quatro indicadores propostos pela USF para o triénio, em termos de acesso e/ou desempenho assistencial.

Os indicadores de âmbito nacional são iguais para todas as USF. (Tabela 1)

Destes indicadores dois são de acesso, sete são de desempenho assistencial, dois de eficiência e um de satisfação.

Código	Nome do Indicador	Área do Indicador	Tipo	Ponder.	ID
3.15.02	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	Transversal	Acesso	4,5%	6
4.30.01	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	Transversal	Acesso	3,0%	4
6.33.02	Índice de acompanham. adequado em saúde materna	S. Materna	Desemp. assist.	4,5%	270
6.30.02	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	SM/PF	Desemp. assist.	5,0%	267
6.31.02	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	S. Inf. Juv.	Desemp. assist.	6,0%	268
5.21.01	Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.	S. Mental	Desemp. assist.	2,0%	56
5.25	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	Transversal	Desemp. assist.	2,5%	47
6.20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	Hipertensão	Desemp. assist.	3,0%	20
6.05.01	Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0 %	Diabetes	Desemp. assist.	3,0%	39
8.07.02	Satisfação de utilizadores de UF	Transversal	Satisfação	5,0%	72
7.06.01	Despesa medic. prescritos, por utiliz. (PVP), comparticipados	Transversal	Eficiência	16,0%	70
7.07.01	Despesa MCDTs prescritos., por utilizador (preço conv.)	Transversal	Eficiência	8,0%	71

LEGENDA: Ponder. – Ponderação do indicador na contabilização do Score; S. Inf. Juv. – Saúde infantil e Juvenil; SM/PF - Saúde da Mulher e Planeamento Familiar; Desemp. assist. – Desempenho assistencial; ID – Nº sequencial do Indicador no documento "Bilhete de identidade dos indicadores de monitorização dos cuidados de saúde primários".

Tabela 1 – Indicadores de âmbito nacional, relacionados com a contratualização de incentivos institucionais (Fonte: Metodologia da Contratualização CSP 2015, ACSS)

Destes doze, dez estão alinhados com os indicadores nacionais de contratualização externa dos ACES, para haver uma combinação de objetivos e uma apoio entre a contratualização externa e interna. Em função da importância relativa a cada indicador para o processo de contratualização foram atribuídas ponderações a cada um deles. (Tabela 2)

Número	Âmbito	Tipo	Ponder.
2	Nacional	Acesso	7,5%
7	Nacional	Desempenho assistencial	26,0%
2	Nacional	Eficiência (desempenho económico)	24,0%
1	Nacional	Satisfação	5,0%
4	Regional	Qualquer	15,0%
2	Local (ACES)	Qualquer	7,5%
4	Local (UF)	Qualquer	15,0%

Tabela 2 – Ponderações de grupos de indicadores na contratualização interna (Fonte: Metodologia da Contratualização CSP 2015, ACSS).

De acordo com o Artigo 2º da Portaria n.º 377-A/2013 de 31 de Dezembro, os indicadores a contratualizar no ano de 2015 são os mesmos do processo de contratualização interna de 2014, pois essa seleção é válida por um período de três anos.

Já para os indicadores de âmbito local, referidos nas alíneas C e D, que as metas contratualizadas sejam atingidas em três anos consecutivamente, e superado o seu referencial nacional, é selecionado outro indicador, que deverá refletir uma área de melhoria.

2.3.2. Indicadores para a tributação de Incentivos Financeiros às USF de Modelo B

Às USF Modelo B são atribuídos incentivos institucionais, mas aos seus profissionais são aplicados incentivos financeiros. As USF deste modelo são unidades funcionais com maior maturidade organizacional, onde o trabalho em equipa deve ser uma prática efetiva e em que os profissionais estão dispostos a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigentes, traduzindo-se em metas com valores médios mais elevados.

Como consta do artigo 3º da Portaria nº 377-A/2013, de 30 de Dezembro, os incentivos financeiros são atribuídos aos enfermeiros e ao pessoal administrativo em função dos resultados obtidos pela respetiva equipa profissional, como parte da renumeração prevista para os profissionais das USF. Já os incentivos atribuídos aos médicos são avaliados pela compensação das atividades específicas. A atribuição destes incentivos vai depender da realização das metas contratualizadas referente a atividades que dizem respeito à de vigilância de mulheres em planeamento familiar e grávidas, de vigilância de crianças do nascimento até ao segundo ano de vida, de vigilância de utentes diabéticos e de utentes hipertensos, rastreios oncológicos, vacinação e acessibilidade, de acordo com a métrica de avaliação e critérios que constam no anexo II da Portaria supracitada.

Existe uma maior motivação dos profissionais com a existência de incentivos, ao atribuir-se melhorias nas unidades de saúde, no reforço de competências decorrente de ações de formação e ao verem o seu desempenho a ser recompensado.

A contratualização destes incentivos para pagamento a enfermeiros e pessoal administrativo/assistentes técnicos é diferente da contratualização para os médicos. A contratualização de incentivos financeiros para pagamento a enfermeiros e pessoal administrativo efetua-se através de uma matriz de 17 indicadores, como na seguinte tabela:

Código	Nome do Indicador	Área do Indicador	Tipo	ID
5.02.01	Proporção mulheres [25; 60[A, c/ colpoc. (3 anos)	R. Oncológ.	Desemp. assist.	45
3.15.03	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	Transversal	Desemp. assist.	99
5.13.05	Proporção inscritos > 14A, c/ IMC últimos 3 anos	Transversal	Desemp. assist.	33
6.01.08	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	Saúde Adultos	Desemp. assist.	98
3.22.02	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	SM / PF	Desemp. assist.	9
6.04.01	Proporção grávidas c/ consulta RP efetuada	Saúde Materna	Desemp. assist.	50
6.26.01	Proporção grávidas c/ 6+ cons. vigil. enferm.	Saúde Materna	Desemp. assist.	12
6.42.01	Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem	Saúde Materna	Desemp. assist.	13
6.01.01	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido até 2ª	SIJ	Desemp. assist.	27
6.22.01	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	SIJ	Desemp. assist.	16
6.23.01	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	SIJ	Desemp. assist.	17
6.43.01	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	SIJ	Desemp. assist.	15
5.10.01	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	Hipertensão	Desemp. assist.	19
5.13.01	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	Hipertensão	Desemp. assist.	18
5.07.01	Proporção DM com exame pés último ano	Diabetes	Desemp. assist.	35
6.16.02	Proporção DM c/ cons. enf. e gestão RT último ano	Diabetes	Desemp. assist.	36
6.19.01	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	Diabetes	Desemp. assist.	37

Tabela 3 – Indicadores relacionados com incentivos financeiros nas USF de Modelo B (Fonte: Metodologia da Contratualização CSP 2015, ACSS).

O apuramento destes incentivos é feito através da seguinte métrica de avaliação:

Estado	Pontuação por Atividade	Indicador
Atingido	2	> 90 %
Quase Atingido	1	[80 %, 90 %]
Não Atingido	0	< 80 %

Tabela 4 – Métrica para atribuição e incentivos financeiros (Fonte: Metodologia da Contratualização CSP 2015, ACSS).

Para um determinado indicador ser considerado “atingido” e corresponder a 2 pontos, terá de ter cumprido em mais de 90%, o valor contratualizado. Aos objetivos “quase atingidos” corresponde 1 ponto e a percentagem de cumprimento pode variar entre 80 a 90% Os objetivos são considerados “não atingidos” para valores de cumprimento inferiores a 80% e são atribuídos 0 pontos. O valor dos incentivos é atribuído, na sua totalidade

(100%), se a USF atingir uma pontuação de 30 ou mais pontos. É atribuído a 50%, se a USF só atingir uma pontuação entre 25 a 29 pontos.

O valor máximo a distribuir a um enfermeiro de incentivos financeiros é de 3.600€ e, por assistente técnico, é de 1.150€.

Como referido anteriormente, a renumeração dos profissionais médicos das USF Modelo B está relacionada com as atividades específicas, previstas no artigo 29º do Decreto-Lei n.º 298/207, de 22 de fevereiro, e é determinada pelo número de unidades de contratualização (UC), obtida a partir da soma dos resultados dos seguintes indicadores:

Código	Nome do Indicador	Área do Indicador	ID
8.04.01	Número UC's PF (act. especific.)	SM / PF	82
8.03.01	Número UC's grávidas (act. especific.)	Saúde Materna	81
8.05.01	Número UC's s. infantil 1º ano (act. especific.)	SIJ	83
8.06.01	Número UC's s. infantil 2º ano (act. especific.)	SIJ	84
8.01.01	Número UC's hipertensos (act. especific.)	Hipertensão	79
8.02.01	Número UC's diabéticos (act. especific.)	Diabetes	80

LEGENDA:SIJ – Saúde infantil e Juvenil; **SM/PF** - Saúde da Mulher e Planeamento Familiar; **ID** – Nº sequencial do Indicador no documento "Bilhete de identidade dos indicadores utilizados na contratualização dos ACES, USF e UCSP".

Tabela 5 – Indicadores que permitem determinar o valor das UC a pagar aos médicos das USF modelo B por atividades específicas (Fonte: Metodologia da Contratualização CSP 2015, ACSS).

2.3.3. Negociar Metas com as USF

As metas, negociadas entre os ACES e as unidades funcionais, devem ser exigentes, mas viáveis, com o fim de garantir os melhores resultados em saúde, a motivação dos profissionais e o desenvolvimento organizacional das equipas. (Metodologia de Contratualização CSP 2015, ACSS).

A proposta de meta para um indicador deve atentar no valor definido como referência para esse indicador no Plano de Ação da unidade funcional, no Plano de Atividades do ACES e nos Planos de Saúde, nacional e regional; no seu historial de resultados do indicador, na unidade funcional, na região e a nível nacional; os recursos disponíveis em cada USF e as boas práticas de prestação de cuidados de saúde, assim como um melhoramento ao nível da acessibilidade, da satisfação dos utentes e do desempenho assistencial e económico-financeiro. Como alguns indicadores só podem

estar encerrados em termos de apuramento dos valores obtidos no início do ano seguinte a que reportam, normalmente faz-se uma estimativa de valores para 12 meses de atividade, com base no seu historial e no valor atingido nos meses já calculados.

Será disponibilizado aos Departamentos de Contratualização das ARS, e por estes, posteriormente, às entidades contratualizadas (ACES, USF), uma análise dos resultados dos indicadores do último trimestre de 2014, por exemplo, para todos os indicadores a contratualizar para 2015, definindo para cada um deles os percentis alusivos a todas as USF modelo A e B e de todos os ACES e ARS.

Assim, será delimitado um racional orientador da definição das metas, contribuindo para uma melhoria contínua do desempenho das equipas e promovendo a ligação para níveis de desempenho harmonizados a nível nacional. O incumprimento de metas pode resultar na mudança de modelo da USF (de B para A) ou até a sua extinção.

De acordo com o Anexo III da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, a determinação da atribuição de incentivos institucionais assenta no Índice de Desempenho Global (IDG), que corresponde à soma das ponderações do grau de cumprimento ajustado de cada indicador, da USF, aferido pelos indicadores contratualizados. Se o grau de cumprimento do indicador, que corresponde à percentagem de concretização da meta definida, for inferior a 80%, o grau de cumprimento ajustado, que corresponde ao grau de cumprimento do indicador com um limite superior e inferior, é igual a 0%. Já se o grau de cumprimento do indicador for igual ou superior a 80% e igual ou inferior a 110%, o grau de cumprimento ajustado é igual ao próprio valor, e por fim, se o grau de cumprimento do indicador for superior a 110%, o grau de cumprimento ajustado é igual a 110%.

O valor máximo dos incentivos está estipulado de acordo com o número de Unidades Ponderadas (UP) – as crianças até aos 6 anos são ponderadas pelo facto 1,5; os adultos, entre os 65 e os 74, pelo fator 3, e os com 75 anos ou mais pelo fator 2,5 - de cada USF:

- 1- Até 8 500 UP, € 9 600;
- 2- De 8 500 a 15500 UP, € 15 200;
- 3- 15 500 UP ou mais, € 20 000.

Sempre que o IDG apurado for inferior a 75%, não há lugar à atribuição de incentivos, e quando o IDG apurado ficar entre 75% e 100%, a atribuição dos incentivos corresponde ao produto do IDG pelo valor máximo dos incentivos estabelecidos.

2.3.4. Carteira Adicional de Serviços

Para além da carteira básica de serviços, que define o que é necessariamente contratualizado em cuidados de Medicina Geral e Familiar (MGF) e enfermagem, distinguindo especificamente o núcleo base de serviços clínicos, secretariado clínico/administrativo, dimensão da lista de utentes e formação contínua, as USF podem contratualizar uma prestação adicional de cuidados, a carteira adicional de serviços, que pode incluir cuidados continuados integrados, colaboração com outras unidades funcionais em programas específicos de intervenção na comunidade ou outros cuidados que se revistam de importância para o cumprimento dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, em função das carências em saúde da sua população e dos recursos humanos e técnicos existentes, contanto que o seu compromisso assistencial básico não seja comprometido.

A carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços estão afixados na Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro.

As carteiras adicionais das USF podem resultar de propostas da USF, convites das ARS ou da direção do ACES respetivo, inserindo-se no âmbito das estratégias nacionais e regionais de saúde.

A título de curiosidade, em 2013, os tipos de carteiras adicionais de serviços, existentes nas USF eram a consulta de pé diabético, consulta de alcoologia, consulta de desabilitação Tabágica, pequenas cirurgias e cursos de preparação para o parto.

2.4. Acompanhamento Interno

Cada unidade funcional deve implementar e executar um plano de acompanhamento interno, começando um processo de autoavaliação, importantíssimo, tendo como finalidade chegar à acreditação. Este plano deverá ser construído com o apoio dos Conselhos Clínicos e de Saúde, sempre em articulação com a ARS no âmbito do processo de acompanhamento das unidades funcionais. Avaliar o grau de cumprimento de um ou mais procedimentos e as não conformidades associadas é um dos objetivos.

O processo de acompanhamento das USF (modelo A e B) procede-se através de reuniões. Estas devem ser usadas para discutir estratégias, partilhar responsabilidades e reprogramar a disponibilidade de materiais, recursos humanos e financeiros. Também

podem servir para renegociação de metas de indicadores, quando se verificam alterações relevantes à contratualização.

Para 2015, chegou-se à conclusão que se deveria continuar com a política de reforço da participação e de partilha de informação. Levando a um acompanhamento mais amplo e equiparável entre as equipas.

2.5. Avaliação de incentivos

No número 1 do artigo 5.º da Portaria n.º377-A/2013, de 30 de dezembro, está definido que as USF devem elaborar um relatório de atividades com base nas metas dos indicadores contratualizados e dos dados fornecidos automaticamente pelo Sistema de Informação SIARS. Sem a elaboração deste não é possível avaliar-se a contratualização interna.

As USF que conquistaram o direito a incentivos institucionais devem elaborar um Plano para a Aplicação do Incentivo Institucional (PAII), que deverá ser enviado para o ACES até data acordada. De seguida, esse plano deverá chegar ao Conselho Diretivo da ARS para aprovação, garantindo a cabimentação orçamental do valor em causa.

Considerações Finais

Passado algum tempo desde o início da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e da introdução e utilização de indicadores no processo de contratualização e avaliação de desempenho das USF, é necessário olhar para trás e pensar sobre o modelo conceptual que conduziu à introdução de um novo sistema retributivo nos CSP, o pagamento ligado à dimensão da lista de utentes e à obediência de um conjunto de tarefas contratuais, e sobre a qualidade e o impacto dos Indicadores de desempenho na prestação de cuidados na MGF, querendo contribuir para o melhoramento da qualidade da avaliação de desempenho.

A gestão de pessoas está positivamente associada ao desempenho, pois causa uma resposta positiva por parte dos trabalhadores (Guest e Bos-Nehles, 2012). A satisfação dos clientes apresenta uma relação positiva com a satisfação dos profissionais, especialmente aqueles que interagem diretamente com os clientes (Mayo, 2001). Assim, profissionais satisfeitos e motivados, ao proporcionarem uma melhor qualidade do seu trabalho, possibilitarão uma experiência de satisfação por parte dos utentes.

Nas USF, deveriam ser assistidos entre 4000 a 18000 utentes, sendo cada médico responsável por uma lista mínima de 1917 unidades ponderadas, em média 1550 utentes.

No início da criação das USF, no Despacho Normativo n.º 9/2006, de 12 de janeiro, que estabeleceu o “Regulamento para Lançamento e Implementação das USF” estava estabelecido que os médicos poderiam ser renumerados provisoriamente quer pelo regime previsto para o Regime Remuneratório Experimental (RRE), estabelecido pelo D.L. n.º 117/98, de 5 de Maio, quer pelo regime habitual.

Só com a publicação do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, é que foi implementado o regime jurídico definitivo de organização e funcionamento das USF, assim como o regime de incentivos e o sistema remuneratório dos profissionais que pertençam às USF Modelo B.

O Modelo B das USF, que trata dos incentivos financeiros, que é os incentivos que nos importa nesta discussão, tem as suas características, por exemplo, atribuindo um pagamento adicional pela prestação de cuidados domiciliários, e considerando as unidades ponderadas de acordo com a idade dos utentes ou pertencendo a grupos vulneráveis. (Tabela 6)

	Médicos	Enfermeiros	Administrativos
Base	Correspondente à renumeração em deliberação exclusiva e regime completo da categoria e escalão respetivo	Correspondente à renumeração em regime completo de categoria e escalão respetivo	
Lista de Utentes	Pagamento por cada UC acima da dimensão mínima da lista de utentes, até ao máximo de 9 UC (234€ pra as primeiras 6 e 130€ para as restantes)	Acréscimo de 100€ por cada UC acrescida até ao máximo de 9 UC	Acréscimo de 60€ por cada UC, acrescida até ao máximo de 9 UC
	Incentivo individual a ser pago a cada médico	Incentivo a ser dividido em partes iguais entre todos os enfermeiros	Incentivo a ser dividido em partes iguais entre todos os administrativos
Atividades Específicas	130€ por cada UC completa (até ao máximo de 20 por médico)	n.a.	
	Este incentivo é calculado com base na atividade de todos os médicos e dividido igualmente entre todos		
Cuidados domiciliários	30€ por domicilio (até ao máximo de 20)	n.a.	
Alargamento do horário	180€ por hora semanal nos dias úteis, 235€ nos restantes dias	89€ por hora semanal nos dias úteis e 115€ nos restantes	
	Incentivo a ser dividido em partes iguais entre todos os médicos	Incentivo a ser dividido em partes iguais entre todos os enfermeiros	Incentivo a ser dividido em partes iguais entre todos os administrativos
Incentivos financeiros	n.a.	Até 3600€ por enfermeiro por ano	Até 1150€ por administrativo por ano

n.a.- não aplicável

Tabela 6 – Sistema Renumeratório Mensal nas USF Modelo B (Fonte: Miguel, L.S “Modelos e Gestão nos Cuidados de Saúde Primários)

Considerando o grande tema dos incentivos, a contratualização destes, sejam institucionais ou financeiros, obedecem aos critérios definidos na Portaria n-º377-A/2013, de 30 de dezembro, que já abordamos anteriormente.

Uma questão muito levantada ao longo dos anos, qual será a melhor forma de renumeração aos médicos prestadores de cuidados de saúde primários? Por salário, por ato, ou por capitação?

O pagamento por salário poderá gerar uma entrega do profissional inferior ao desejável, pois o rendimento de um médico não depende do seu nível de atividade, e poderá gerar alguma desmotivação entre os médicos que sentem que o seu desempenho deveria ser premiado. Já o pagamento por ato pode originar o efeito contrário, pode levar

a um nível de atividade superior ao que é desejável e diminuir a qualidade dos serviços prestados. Por fim, o pagamento por captação, premeia os médicos que sigam mais utentes, não levando a que se prestem serviços em excesso a cada doente, mas incentivando a diminuição da carga de horário por doente, quer através da seleção de doentes mais saudáveis quer através duma excessiva referenciação para cuidados secundários (Gérvás, 1996).

O Pay-for-Performance, pagamento por desempenho (PPD), é o modelo de remuneração dos profissionais de saúde em que estes obtêm um vencimento variável em função do cumprimento de determinadas metas pré-estabelecidas para a prestação de cuidados de saúde. Este método de remuneração correspondeu a uma evolução do modelo de pagamento ao ato. O PPD pode conciliar-se com outras formas de retribuição dos profissionais, como o pagamento ligado à capitação, algumas formas de pagamento ao ato e a componentes de vencimento fixo. (Melo e Sousa, 2011). Os mesmos autores também nos alertam para o afunilamento da atividade médica, querendo com isto dizer que, quer o médico de família, quer os enfermeiros, quer os administrativos podem ter uma tendência a privilegiar as tarefas contratualizadas em prejuízo de outras. É algo a ter em conta, e que devia ser alvo de avaliação, pois como a sua remuneração está dependente dos resultados obtidos nas metas/indicadores contratualizadas vai haver uma grande influência nos cuidados prestados e podendo viciar o seu trabalho no geral, centrando-se só em atingir as metas contratualizadas. Para combater este problema poder-se-ia aumentar o número de indicadores a contratualizar.

Deverá haver uma implementação de incentivos baseados tanto em medidas de processo como de resultado (Kazandjian, 2010). Evitando-se assim algumas falhas atribuídas aos incentivos financeiros e ultrapassam-se as desvantagens de basear os incentivos apenas nos outcomes, por vezes difíceis de atingir e que não dependem integralmente da atuação do clínico, um bom exemplo disso é o registo de aconselhamento sobre as vantagens de cessação tabágica — medida de processo, o doente deixar de fumar — medida de outcome) (Petersen et al., 2006).

Resultado de incentivos institucionais, as ações formativas, permitem aos profissionais uma melhoria continua e é sem dúvida motivo de motivação, que levará a um melhor desempenho, e a conseguirem alcançar os incentivos financeiros. Os profissionais estão devidamente cativados e motivados para enfrentar as novas exigências de crescimento do seu desempenho e, conseqüentemente, o modelo será propício a uma maior captação de médicos para o sector.

Alguns estudos já existentes dão-nos conta que a reforma implementada tem melhorado o acesso aos cuidados de saúde primários, levando a algo muito importante, a diminuição do número de utentes sem médico de família, que é um grande tema da atualidade, o que conduz a um aumento da satisfação tanto dos profissionais como dos utentes.

Sem dúvida que os incentivos financeiros, para os profissionais de saúde, de acordo com o cumprimento dos objetivos, estabelece uma grande evolução nos regimes remuneratórios e um grande incentivo ao desenvolvimento dos cuidados por eles prestados.

Dever-se-á, também, incentivar a prestação de cuidados de saúde em equipa, pondo em foco, aqui, a equipa multiprofissional de saúde da família, nomeadamente o médico de família e o enfermeiro de família, que se encontra em processo de implementação de acordo com o Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto. Este trabalho em equipa propulsiona outros aspetos das atividades nas USF, surgindo uma maior motivação, no desenvolvimento das ações, no seu trabalho, uma maior responsabilidade nos cuidados e há uma melhoria na satisfação da atenção recebida, pelos utentes.

A avaliação da satisfação dos utilizadores das USF é reconhecida como sendo um indicador de qualidade que tem como finalidade medir a qualidade percebida pelos utilizadores e indiretamente a adequação da oferta de serviços perante as necessidades sentidas de cada utilizador. Estes indicadores revelam a diferença entre as expectativas dos utentes e o nível de serviço que recebem.

Conclusão

Atualmente, a contratualização de cuidados de saúde é reconhecida como um instrumento estratégico essencial que, resultando de um planeamento e avaliação regional das necessidades em saúde, criar incentivos, premiando, o bom desempenho clínico e económico. Ajuda no aumento de acessibilidade sem prejuízo da qualidade dos cuidados, promove uma maior responsabilização e transparência no sector e potencia a obtenção de ganhos em saúde e promove uma melhoria geral da eficiência do sistema prestador.

Para se conseguir alcançar os níveis desejados de eficiência, qualidade e acessibilidade foi posto em prática, um processo de contratualização ao nível dos cuidados primários, com envolvimento direto dos profissionais através de contratualização interna.

Houve muitas mudanças na prestação de serviços de saúde, aqui ao nível das Unidades de Saúde Familiares, destacando a introdução de incentivos financeiros e da hipótese de os médicos serem remunerados ao estilo pay-for-performance.

Quanto ao vencimento dos profissionais, este está ligado aos resultados da equipa multiprofissional, levando a um maior empenho das equipas, comprometendo-se com os objetivos a cumprir. Conduz a uma maior partilha de competências e ao aperfeiçoamento contínuo de processos e de procedimentos de maneira a otimizar os contributos de cada um para os bons resultados de toda a equipa. Visa obter efeitos equilibrados em múltiplas dimensões da qualidade, da efetividade e da eficiência.

A satisfação e o bem-estar psicológico dos profissionais contribuem positivamente para a satisfação dos utilizadores dos serviços.

Concluindo, um bom relacionamento entre os profissionais de saúde nas organizações é importante, o serviço fica a beneficiar. É também muito importante que a gestão de topo consiga o apoio dos gestores intermédios e de linha para a implementação de estratégias organizacionais, sendo que no caso particular dos recursos humanos estas deverão ser formuladas tanto ao nível do desempenho como ao nível do bem-estar psicológico dos profissionais.

Bibliografia

ACSS: Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2012) “Contrato-Programa 2012: Metodologia para a definição de preços e fixação de objectivos.” Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

ACSS (2013). “USF em Atividade.” Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadePlaneOrganiza%C3%A7%C3%A3odeServi%C3%A7osdeSa%C3%BAde/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/USF/tabid/770/language/pt-PT/Default.aspx>

ARSC (2014) “Relatório de Avaliação 2013 Contratualização com Unidades de Saúde Familiar” Coimbra

Afonso, P.B. (2010) “Contratualização em ambiente de cuidados de saúde primários.” Revista Portuguesa Saúde Pública. Volume Temático: 9

Barros, P. e Gomes, J (2002) “Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português”

Biscaia A. (2006) “A reforma dos CSP e reforma do pensamento” Revista Portuguesa Clinica Geral 22

Biscaia A; Gonçalves I; Ferreira P; Carreira M; Antunes A.R; Martins J.N (2005) “Os cuidados de saúde primários em Portugal - Reformar para novos sucessos” 1ª edição, Fundação Astrazeneca

Campos, António C. (2008) “Reformas da Saúde: O Fio Condutor.” Coimbra: Almedina.

Chevallier, J. (1999). “Synthèse”. In FORTIN, Y. (dir.), La contractualisation dans le secteur public des pays industrialisés depuis 1980. Paris: L'Harmattan

Escoval A (2003) “Evolução da Administração Pública da Saúde: o papel da contratualização. Factores Críticos do contexto Português.” Tese de Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas;

Escoval A (2010) “O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005)”. Revista Portuguesa Saúde Pública Temático: 9.

Escoval A; Ribeiro R.S; Matos T.T (2010) “A contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional.” Revista Portuguesa Saúde Pública, Volume Temático: 9.

Flynn, R.; Williams, G. (1997) “Contracting for health : quasi-markets and the National Health Service.” Oxford University Press

Fortin, Y. (1999). “La contractualization dans le secteur public des pays industrialisés depuis 1980: hors du contrat point de salut?”. In FORTIN, Y. (dir.), La contractualization dans le secteur public des pays industrialisés depuis 1980. Paris: L’Harmattan.barbosa

Goddard, M; Mannion, R (1998) “From Competition to Cooperation: New Economic Relationships in the National Health Service” Health Economics, Vol.7

Guest, D.E.; Bos-Nehles, A (2012) “HRM and Performance: the role of effective implementation” in Guest, D. E.; Paauwe, J.; Wright, P. (eds.) HRM and Performance: Achievements and Challenges. Chichester, Wiley-Blackwell, 79-96.

Hipólito, José (2011); “A contratualização como instrumentação da acção pública”. In BARROSO, João, AFONSO, Natércio (org.); Políticas Educativas, mobilização de conhecimento e modos de regulação; Vila Nova de Gaia: Fundação Manuel Leão.

Kaplan, Robert S.; Norton, David P. (1996) “Translating Strategy into Action: The Balanced Scorecard.” Boston: Harvard Business School Press.

Kazandjian V.A. (2010) “Pay-for-performance in health care: the natural evolution of performance measurement and community expectations.” Revista Portuguesa Saúde Pública; Temático: 9, 2010.

Matos T.T; Ferreira A.C; Lourenço A; Escoval A (2010) “Contratualização interna vs contratualização externa.” Revista Portuguesa de Saúde Pública, Temático: 9.

Mayo, A (2001) “The Human Value of the Enterprise: Valuing People as Assets – Monitoring, Measuring, Managing.” London: Nicholas Brealey.

MCSP. (2011) “Relatório Estatística das USF”. Missão Cuidados Saúde Primários.

Melo, M; Sousa, J. C.(2011) “Os indicadores de desempenho contratualizados com as USF: Um ponto da situação no actual momento da Reforma.” Revista Portuguesa de Clinica Geral

Nunes, C. (2007) “Operacionalização das USF. In: Encontro Nacional de Clínica Geral,” 23 de Março de 2007. Vilamoura : Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.

Petersen L.A; Woodard L.D; Urech T; Daw C; Sookanan S. (2006) “Does Pay-for-Performance improve the quality of health care?” *Annals of Internal Medicine* 145

Portal da Saúde (2010) “História do Serviço Nacional de Saúde”. <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm> [27 de Agosto de 2015]

Portugal. Resolução do Conselho de Ministros 157/2005. Vol. 157: Diário da República, 2005. Disponível em: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_106/Resolucao_Conselho_Ministros_157_2005.pdf

Portugal (1976) Constituição da República Portuguesa. <http://www.parlamento.pt/Parlamento/Documents/CRP1976.pdf>

Revista Portuguesa de Saúde Pública - Contratualização em Saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume temático: 9, (2010). Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/conteudos/volume-tematico-contratualizacao>

Rocha, J. A. Oliveira (2011) “Gestão Pública: Teorias, modelos e prática.” Lisboa: Escolar Editora.

Simões, Jorge (2004) “Retrato Político da Saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho.” Coimbra: Almedina.

Smith, P. C.; York, N. (2004) “Quality incentives : the case of U.K. general practitioners.” *Health Affairs*

Tomás, A; Moreira, P (2010) “Incentivos em saúde: em busca de um modelo para Portugal.” *Revista Portuguesa Saúde Pública, Temático: 9.*

Anexos

Anexo 1

Lista das USF em funcionamento em 2013 (fonte: Relatório de Avaliação 2013: Contratualização com Unidades de Saúde Familiar, 2014)

ACeS	USF	Início de Atividade	Modelo de Desenvolvimento ²	Início de funções em Modelo B
Baixo Mondego	Araceti	18-08-2013	Modelo A	
	As Gândras	15-09-2008	Modelo A	
	Briosa	05-02-2007	Modelo B	01-07-2009
	Buarcos	11-12-2007	Modelo B	01-01-2010
	Celasaúde	23-11-2009	Modelo B	01-09-2013
	Condeixa	04-09-2008	Modelo B	01-07-2008
	Cruz de Celas	05-02-2007	Modelo B	01-07-2009
	Fernando Namora	02-11-2012	Modelo A	
	Marquês de Marialva	22-07-2007	Modelo A	
	Mondego	23-12-2010	Modelo A	
	Progresso e Saúde	01-10-2010	Modelo A	
	Rainha Santa Isabel	26-11-2012	Modelo A	
	S. Julião	30-12-2008	Modelo A	
Topázio	03-08-2013	Modelo A		
Vitasaurium	30-10-2008	Modelo A		
Baixo Vouga	Águeda + Saúde*	24-09-2013	Modelo A	
	Alpha	29-12-2009	Modelo A	
	Barrinha	27-12-2007	Modelo B	01-07-2009
	Beira Ria	15-12-2008	Modelo A	
	Costa de Prata*	01-10-2013	Modelo A	
	Flor de Sal	26-03-2010	Modelo A	
	João Semana	15-12-2008	Modelo B	01-04-2011
	Moliceiro	14-05-2007	Modelo B	01-03-2010
	Rainha Dona Tereza	09-12-2010	Modelo A	
	Salinas*	18-10-2013	Modelo A	
	Santa Joana	22-06-2008	Modelo A	
S. João de Ovar	17-12-2008	Modelo A		
Terras de Antuã*	30-12-2013	Modelo A		
Dão Lafões	Alves Martins	01-04-2013	Modelo A	
	Estrela do Dão	16-05-2011	Modelo A	
	Grão Vasco	23-10-2008	Modelo B	01-09-2008
	Infante D. Henrique	02-07-2007	Modelo B	01-12-2008
	Lafões	02-12-2008	Modelo A	
	Lusitana	31-07-2009	Modelo B	01-08-2012
	Montemuro	09-12-2010	Modelo A	
	Viriato	09-12-2008	Modelo B	01-04-2011
Viseu-Cidade	28-07-2009	Modelo A		
Pinhal Interior Norte	Penela*	01-11-2013	Modelo A	
	Serra da Lousã	19-11-2007	Modelo B	01-10-2008
	Trevim-Sol	16-11-2011	Modelo A	
Pinhal Litoral	Cidade do Lis*	03-09-2013	Modelo A	
	Condestável	26-09-2011	Modelo A	
	D. Diniz	29-11-2007	Modelo B	01-11-2008
	Santiago	01-03-2007	Modelo B	01-05-2009
Beira Interior Norte 1 (ULS Guarda)	A Ribeirinha	13-07-2009	Modelo A	

(*) USF não sujeitas ao processo de contratualização em 2013