

05.03.- Gestão Contratual na Saúde



A formalização contratual da relação entre financiador e fornecedor público passou por diversas etapas em vários sistemas de saúde integrados, incluindo-se aí o Sistema Nacional de Saúde – SNS – da Espanha; este fato proporciona vantagens no tocante à eficiência, prestação de contas, gestão clínica e integração assistencial.

Autores: Jose Ramón Repullo

Jefe de Departamento de Planificación y Economía de la Salud

Marta Aguilera

Profesora asociada del Departamento de Planificación Sanitaria de la ENS

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Repullo Labrador JR Aguilera Guzman M. Gestión Contractual en la Sanidad [Internet]. Madrid:

Escuela Nacional de Sanidad; Traducción 2015 [consultado día mes año]. Tema 5.3. Disponible en: dirección url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.

Resumo

A gestão contratual é uma das políticas centrais nas reformas dos sistemas públicos de saúde, particularmente naqueles que contam com um esquema integrado.

Existe uma grande variedade de modelos de contrato; todos eles buscam um equilíbrio justo entre financiamento e objetivos; às vezes estes são formulados em termos de inputs (uso procedimentalmente correto de verba), porém em geral evoluem



para uma prestação de contas por processos e resultados. A mecânica contratual leva a três modelos básicos (contrato em bloco, custo por caso e custo volume), cujo uso pode ser combinado.

Introdução: conceito e alcance da gestão contratual nos sistemas públicos de saúde.

1- Contratos e estrutura de vinculação dos centros de saúde com o financiador público.

2- Desenvolvimentos dos Contratos nos Sistemas de Saúde.

3- Alternativas à fragmentação assistencial: integração, processos, redes de saúde

4- O debate espanhol sobre a gestão contratual, a gestão clínica e a integração

Anexos

Referências bibliográficas

Na Europa existe uma grande variedade de contratos hospitalares: desde os que transferem mais riscos ao fornecedor até aos que se limitam a bonificações sobre o orçamento, bem como uma maior diversidade nos contratos para a atenção primária em saúde e extra-hospitalar (devido à grande variedade de modelos de vinculação de médicos e sistema de saúde).

Os conteúdos dos contratos costumam contar com um esquema parecido, no qual são delimitados os agentes signatários, os compromissos de estrutura, atividade,

funcionamento e qualidade; os sistemas de gestão económica e de informação para o controle da gestão do contrato; as especificações de novas ações, unidades e serviços; e as regras para avaliar contrato e aplicar bonificações ou penalizações.

A gestão contratual dos últimos 20 anos não tem dado resposta à continuidade assistencial e à coordenação entre níveis e unidades assistenciais necessárias diante da mudança do quadro epidemiológico e com o aumento das condições crônicas. Os contratos devem evoluir para se adaptarem ao desafio da integração clínica desejável. Com esses propósitos são referenciados nos níveis macro, meso e micro, modelos e experiências de atendimento integrado.

No SNS espanhol, as comunidades autônomas têm ensaiado diversos modelos: gestão conjunta da atenção primária e da atenção especializada, mesma direção executiva (não assistencial) para áreas únicas, de gestão por processos, de gestão de casos e de organização regional e nacional para serviços de referência.

Introdução: conceito e alcance da gestão contratual nos sistemas públicos de saúde

Podemos definir a **gestão contratual de saúde** como um instrumento formal de relação entre o financiador público e o fornecedor público, no qual é estabelecido um equilíbrio negociado entre o financiamento aportado pelo primeiro e os objetivos que o segundo deve cumprir, que permite avaliar o desempenho e aplicar bonificações e penalizações em função dos resultados alcançados.

Possui três características: transferência de riscos limitada, porém real; concessão de maior autonomia de gestão aos fornecedores públicos; e não exigibilidade perante os tribunais.

- Na gestão contratual, a transferência de risco do financiador ao fornecedor tenta estimular a motivação, porém está limitada a benefícios ou perdas marginais que não afetem a viabilidade do centro; por isso não equivale a sistemas de faturamento comercial (maiores detalhes a seguir).
- Para serem efetivos, os contratos devem criar um espaço de diferenciação entre financiador e fornecedor: a autonomia do centro, serviço ou unidade de saúde é condição para que assuma o desafio de alcançar os objetivos, e para que possa ser atribuída a responsabilidade da consecução (mérito ou fracasso).
- No entanto, como os direitos de propriedade não são alterados (por não existir externalização ou privatização dos centros de saúde), não cabe falar de uma verdadeira “separação compra-provisão”, porque em caso de falência o financiador está obrigado a efetuar o resgate; em função disso, os contratos não são documentos legais com possibilidade de denúncias judiciais por descumprimento.

Gestão contratual de saúde: instrumento formal de relação entre o financiador e o fornecedor público, que estabelece um equilíbrio negociado entre o financiamento e objetivos, permitindo avaliar o desempenho e aplicar bonificações/penalizações.

De uma perspectiva histórica de caráter mais geral, a gestão contratual é o resultado de cinco vetores que coincidem a partir do final dos anos 80:

- a) As experiências consolidadas de vincular as empresas públicas do setor industrial através deste tipo de sistema de orçamentação com transferência de riscos denominado contrato-programa.
- b) A percepção, do ponto de vista dos sistemas integrados, de que os sistemas contratuais apresentavam vantagens para combater a rigidez e a insensibilidade de âmbito administrativo e favorecer a motivação dos funcionários em prol de uma maior produtividade, qualidade e atenção a demandas e preferências do usuário¹.
- c) Mudança de modas gerenciais, com desconfiança no planejamento sistêmico, e fé renovada na autonomia local para enfrentar a complexidade.
- d) Primeiras teorias de *Bom Governo*, que recomendavam certa distância entre o órgão financiador público (entorno político), e a organização prestadora de serviços; esta «braçada de distância» (*one arms' length*) criaria um espaço para a transparência e a prestação de contas.
- e) Auge ideológico do pensamento neoliberal, e desconfiança de todos os modelos organizativos não empresariais (administrativos, profissionais ou de organizações não governamentais.)

Os contratos habituais na saúde são os chamados “contratos de incentivos”; na **Figura 1** são representadas quatro tipologias de acordo com as consequências do maior ou menor cumprimento dos contratos: seriam **simulados** se a cúpula diretora correr risco econômico ou de continuidade do emprego; de **incentivos** se, além disso, o centro (e seu pessoal) tivesse algo a ganhar ou perder; se, devido a maus resultados, o centro deve administrar uma “diminuição” de tamanho, demitindo funcionários ou reduzindo drasticamente as contratações eventuais, seria um contrato de **risco parcial**; finalmente, se o centro puder falir e desaparecer, falaríamos de um contrato **comercial ou convencional**.²

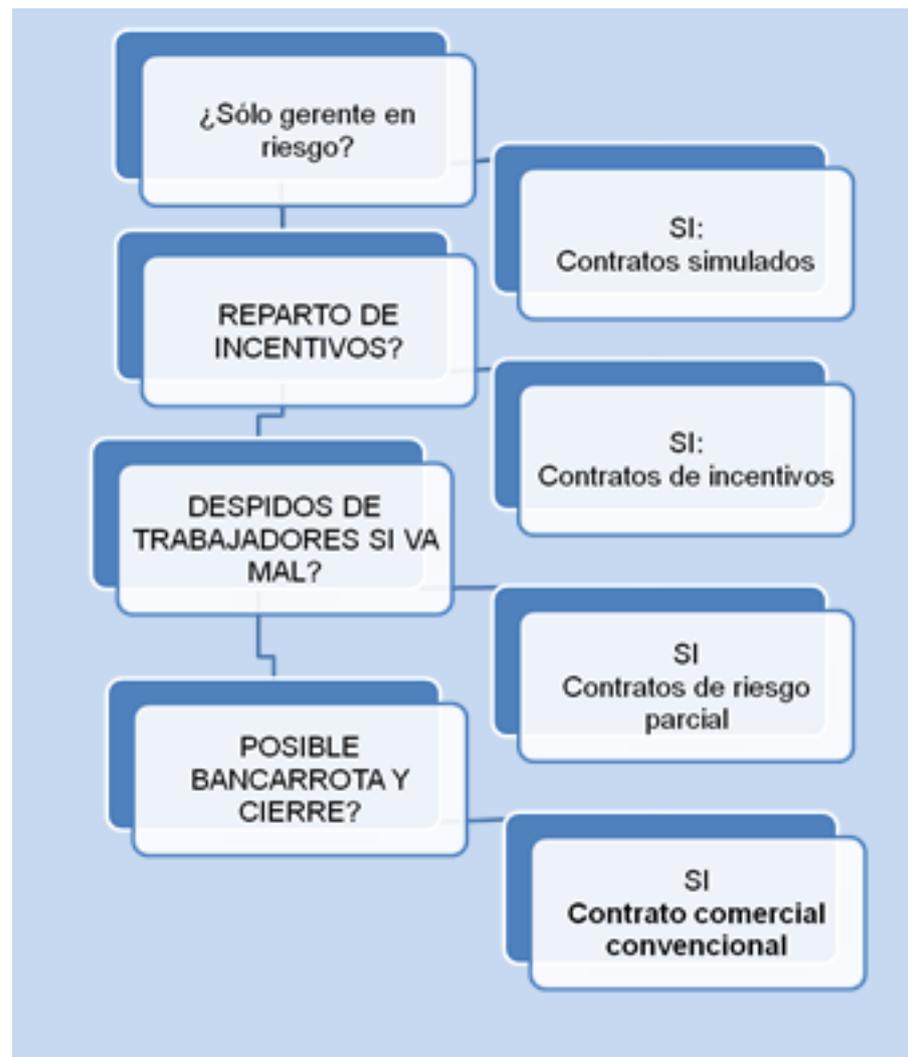


Figura 1: Tipologia de contratos em função da transferência de riscos

Por outro lado, a ideia de descentralização, dominante no mundo administrativo dos anos 70, reforça a ideia de conceder espaço de manobra às organizações de saúde, embora sua aplicação resulte muito mais tardia (ao longo dos anos 80, conforme se reduz a pulsão de planejamento racionalista). Buscam-se as “economias locais” baseadas na utilização de um espaço de manobra do entorno próximo para que a autonomia concedida possa gerar eficiências, tanto para o fornecedor quanto para o contratador (win-win / eu ganho-você ganha)³.

Os contratos de gestão ou contratos programa são um dos experimentos desenvolvidos em países com modelos de saúde integrados nos anos 90, que apresentam aspectos positivos de relevância; assim, para um hospital ou centro de saúde, a existência de um contrato de gestão anual negociado e do qual se prestam contas periodicamente produz os seguintes efeitos:

- Dá direcionalidade à organização, embora possua escasso poder de alocação;
- Gera emulação (um tipo de competição através do exemplo e/ou do prestígio);
- Produz mudanças se não houver interesses divergentes importantes;
- Permite crescer progressivamente na inovação organizativa;
- Permite uma extensão para baixo, rumo aos acordos de gestão clínica;
- Permite a melhora da informação e que seja revelada a informação oculta a baixo custo (devido à rivalidade entre diferentes centros em função da avaliação de desempenho).

Nesta questão, revisaremos os contratos caracterizando a estrutura de vinculação de centros e financiadores públicos; sobre esta base, descreveremos os modelos de contratos de gestão, sua possível agrupação por tipologias e os conteúdos habituais desses acordos; posteriormente, analisaremos sua aplicação no contexto espanhol, e em particular sua contribuição ao problema da fragmentação assistencial, bem como ao debate sobre os padrões de gestão clínica e integração assistencial.

1- Contratos e estrutura de vinculação dos centros de saúde com o financiador público

No tocante à saúde, os hospitais, centros de saúde e outros serviços sanitários que participam da gestão direta ou delegada do Estado, estruturaram-se a partir de ferramentas do direito administrativo ou função pública mais ou menos diferenciadas ou

especializadas. Esses modelos, razoáveis até a crise de meados de 70, vão se desajustando diante da tríplice crise econômica, de racionalidade e de legitimação que afeta o Estado, sendo sucedidos por diversas tentativas de reforma em busca de um paradigma mais empreendedor: **autonomia de gestão + capacidade de auto-organização + transferência justa de benefícios e riscos**.

Os fundamentos profundos dessa mudança estão relacionados com a busca de ferramentas que complementam o modelo hierárquico dominante no âmbito administrativo (e intraorganizacional, em geral), levando-se em conta sua insuficiência real para governar organizações profissionais com especialistas (médicos). Esta limitação provém da **assimetria de conhecimento e informação** dos médicos perante pacientes e contratadores (gestores e políticos), que se mantém por meio da expansão do conhecimento, da incerteza inerente à prática clínica e da exigência última de ajustar os serviços às necessidades e preferências dos pacientes individuais.

Por isso, o recurso à padronização não é suficiente, nem em sua versão industrial (engenheiro-Taylorista), nem em sua versão procedimental (burocrático-Weberiana). Isso explica a busca desesperada de novos instrumentos que, dentro da arquitetura organizacional pública, permitam obter ganhos de governabilidade na função da saúde. Como se explicava no capítulo de Mudanças e Reformas (2.10), o gerencialismo foi tão atraente em função da ideia de padronização; o grande impacto na produtividade e na qualidade da normalização industrial fazia prever bons resultados na saúde; a medicina, como disciplina científica, também acolheu o paradigma da normatização (protocolos, guias, redução da variabilidade, qualidade como ajuste a padrões etc.). No entanto, uma coisa é a doença (categoria nosológica), outra o fato de ficar doente (como processo fisiopatológico) e outra o doente (como pessoa singular).

As **limitações da padronização** têm questionado as tentativas de aplicação linear de modelos gerencialistas industriais e propõem uma interpretação mais atual e aberta das teorias de organização: as denominadas **organizações profissionais**. Um dos seus componentes centrais consiste na ampla delegação e autonomia gozadas por alguns "funcionários" muito particulares, que são os profissionais. Para que estes ajam de acordo com os

Os modelos administrativos de gestão pública direta esgotam-se diante da complexidade e da mudança tecnológica dos anos 70; a padronização do "management" industrial não oferece suficientes respostas; é preciso buscar instrumentos idôneos para as organizações profissionais: a gestão contratual ajuda a criar um marco para a necessária reconfiguração organizacional

interesses de quem os contrata, é preciso contar com uma lista de instrumentos de coordenação e motivação muito diferentes daqueles relacionados à mera hierarquia; a **gestão contratual** é uma das principais políticas de redesenho organizacional, que tenta criar um entorno apropriado para alinhar interesses entre organizações sanitárias e profissionais médicos.

Entretanto, a gestão contratual é um foco, uma **estratégia** que tem se desenvolvido a partir do acordo sobre os recursos a serem utilizados até a avaliação de resultados; para materializar essa troca entre financiamento e objetivos, ela tem utilizado diferentes **modalidades** de contratação. Veremos isso nos dois subitens apresentados a seguir.

1.1 A evolução das estratégias contratuais

Na **Figura 2** representa-se um vetor gradiente nas estratégias contratuais a partir da perspectiva do financiador. A primeira coluna determina o cenário habitual dos sistemas públicos de saúde, nos quais os poderes públicos determinam o dinheiro destinado à saúde a partir das leis orçamentárias anuais; portanto, o financiador aporta os **inputs** (contribuições financeiras ou de recursos), dos quais espera **prestações de contas** que configuram um vetor gradiente de quatro níveis.

A prestação de contas por meio dos próprios **inputs** significa que o controle de gestão está centrado em analisar se cada despesa realizada corresponde às previsões presentes no orçamento (evitar desvios): sua virtude é a concordância procedimental e quantitativa.

O modelo evolui e tenta-se explicitar as contrapartidas do financiamento em termos de atividade: **procedimentos e produtos** como exponentes da eficiência técnica ou produtiva dos recursos financeiros, materiais e humanos utilizados; um formato simples é o da "**gestão por objetivos**" (uma lista de resultados a ser alcançados para avaliar se o desempenho foi adequado); um modelo mais complexo é a **gestão por casuística**, no qual é preciso construir produtos homogêneos que combinem uma significação clínica com uma lógica econômica (consumo semelhante de recursos); o sistema mais utilizado nos hospitais é o dos "Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG,

Diagnosis-related Group)”, que servem para ajustar a gravidade ou complexidade da casuística atendida e para poder comparar de forma válida todos os desempenhos.

Finalmente, é possível realizar a prestação de contas, não com os produtos e serviços prestados (outputs), mas com os **resultados obtidos** (*outcomes*), tanto em nível individual (melhoria da saúde – qualidade de serviços), quanto em nível comunitário (ganho de saúde da população usuária ou sob a responsabilidade do centro ou serviço de saúde). Isso daria origem a uma **gestão por casuística** com ajustes por qualidade (bonificações e penalizações), ou inclusive a **modelos populacionais ou per capita**, por meio dos quais os resultados de saúde na população de referência qualificam o desempenho e merecem incentivos.

		El financiador paga por ...		
		Inputs	Procesos	Productos
El proveedor rinde cuentas de ...	Inputs	Modelo administrativo procedimental clásico		
	Procesos	Gestión por objetivos (indicadores de actividad y funcionamiento)	Reembolso por cada ítem de servicio	
	Productos	Gestión por casuística	Reembolso por caso	Financiación por casuística o por ítem facturable
	Valor	Gestión por casuística ajustada por calidad Gestión poblacional con modelos capitativos	Ajustes por calidad (penalizaciones)	Ajustes por calidad (penalizaciones)

Figura 2: Evolução das estratégias contratuais para resultados

As outras colunas são menos típicas nos sistemas públicos de saúde, pelo menos nos de tipo integrado; o **pagamento por processo** (pagamento por ato) ou por **produto** (por caso) são modelos tão abertos de financiamento que dificilmente são compatíveis com a disciplina orçamentária. Por isso, tanto nos sistemas privados quanto nos públicos com faturamento do reembolso, tende-se a fechar contratualmente esses modelos de pagamento por ato ou caso, introduzindo limitações de quantidade de serviços faturáveis e bonificações e penalizações

por qualidade. De certa forma, caberia falar de uma convergência para **estratégias que afastam a prestação de contas dos inputs e a aproximam dos outcomes**.

Em outras palavras, as estratégias da nova gestão pública na saúde destinam-se a flexibilizar e descentralizar a gestão de meios, ao mesmo tempo em que são introduzidos mecanismos para identificar melhor a consecução de resultados.

1.2 Principais modalidades de contratação de serviços

O financiador pode estabelecer vários mecanismos de alocação de fundos, em função da unidade de pagamento e de sua diferenciação ou modulação. Não é a mesma coisa pagar a um hospital por orçamento, internações, procedimento ou processo, ou ainda pela população coberta. O mesmo pode ser dito do financiamento de um centro de saúde.

Sem entrar aqui no âmbito dos sistemas de pagamento e reembolso de fornecedores, é relevante resumir que existem três modelos principais de consignação contratual de pagamentos entre financiador e fornecedor público: bloco, pagamento por caso e pagamento por custo-volume.

- **O Contrato de Bloco** (*Block Contrat*) é resultado de uma estimativa daquilo que um centro ou serviço gastará no ano seguinte, quantia que é alocada para garantir a viabilidade dessa unidade assistencial, sem que exista uma vinculação com o volume de serviços prestados (embora possam haver contrapartidas de adequação ou qualidade).
- **O Contrato de Custo-por-Caso** (*Cost-per-Case*) é aquele em que o financiador estabelece um custo de referência como preço público para financiar os procedimentos ou processos atendidos (Ex.: DRGs).
- **O Contrato de Custo-Volume** (*Cost-Volume*) estabelece itens de atividade com retribuição diferenciada: até uma determinada produção do item funciona com o orçamento pactuado; a atividade adicional não é paga a custos médios, mas a custos marginais (adicionais) ou variáveis previamente estimados e pactuados; e finalmente, acima de

Existem três modalidades de contrato: em bloco (são financiados os recursos e exige-se a oferta de serviços à população sem determinar a atividade exigível); custo por caso (pagamento por procedimento ou processo); e custo-volume (em bloco até o volume de atividade acordado, e depois atividade extra a custos variáveis até um limite em que não é paga a assistência adicional).

determinada produção ou atividade, os pagamentos decrescem e nada é financiado acima de um limite máximo de produção e da atividade aceitável.

No Anexo 1 detalha-se o significado econômico e funcional desses três modelos de contratação de serviços.

2- Desenvolvimento dos Contratos nos Serviços de Saúde

Os contratos de gestão ou contratos-programa assinados entre o financiador público e os fornecedores públicos, são um dos experimentos de reorganização da área da saúde em países com modelos integrados nos anos 90^{4,5,6} e que apresentam aspectos positivos e relevantes. Revisaremos nesta seção os tipos de contratualismo hospitalar e extra-hospitalar que têm surgido no ambiente europeu; e depois sintetizaremos a estrutura de conteúdos habitual nos contratos de gestão.

2.1 Contratualismo hospitalar e de atenção primária na Europa

Como já foi dito, um contrato de gestão é um documento de formato variado, semelhante a um contrato, mas que carece de exigibilidade perante os tribunais; seria uma espécie de jogo ou ficção relacional, útil para complementar a relação hierárquica ou intraorganizacional, cuja base de autoridade está alterada nas organizações profissionais; os contratos facilitam o envolvimento dos profissionais e a visualização dos compromissos de recursos por atividade, qualidade e resultados.

As modalidades e tendências do **contratualismo hospitalar** em alguns países europeus são as seguintes:

- **Formato alocativo duro:** Suécia - existe uma grande diversidade por condados, de orçamentos em bloco até o pagamento por custo-caso. Como os hospitais são empresas públicas (realmente "empresariais"), há uma efetiva transferência de risco do financiador aos centros, e destes às unidades clínicas.

- **Formato mais estratégico e comunitário:** Escócia – negocia-se em um marco trienal de contratos com o hospital, em formato muito descentralizado (autoridades de área), com um papel central do atendimento primário e com uma notável redução da rivalidade e do *ethos* comercial (emulação e competição através da reputação e da prestação de contas à sociedade).
- **Formato incrementalista controlado;** França e Itália – parte-se de uma base orçamentária (contrato em bloco que financia inputs) e evolui-se para contratos “custo-volume” (o que compensa ou recompensa incrementos de volume de atividade realizada).
- **Formato orçamentário ajustado:** Portugal e Espanha (gestão direta) – existe uma maior ancoragem no orçamento e uma insensibilidade financeira a aumentos de volume de atividade realizada (o que com frequência se traduz em déficits não contabilizados); há diversos modelos de bonificações para incentivos por desempenho.

Uma tendência comum a todos esses países europeus reside no crescente interesse na contratualização clínica: a decodificação do contrato de gestão do centro de saúde, em acordos de gestão clínica com departamentos ou unidades de gestão clínica (normalmente o resultado da agrupação de diversos serviços de especialidade afins ou que compartilham processos clínicos integráveis funcionalmente).

O **contratualismo em atenção primária** apresenta os seguintes modelos, muito relacionados com o grau de separação na vinculação entre os médicos e o sistema sanitário:

- **Formato regulatório com estipulação de preços;** o médico liberal francês que trabalha no âmbito extra-hospitalar (generalistas e especialistas) tem uma vinculação contratual com a Seguridade Social (*l'Assurance Maladie*), sendo que esta regula os preços reembolsáveis para um grupo de profissionais (“setor 1”), bem como condições gerais de instalação e serviço.

Nos hospitais existem modelos muito variados de contratos: com forte transferência de riscos (Suécia), de parceria estratégica trienal (Escócia), de tipo incrementalista ou semiajustado (França e Itália), e de formato orçamentário com ajustes de incentivos (Portugal e Espanha).

- **Formato regulatório com ajuste de preços e quantidades;** o médico extra-hospitalar alemão estabelece através de sua corporação uma negociação com as agrupações de planos de saúde (*krankenkassen*) de cada Länder, na qual são estipulados os preços de reembolso e as quantidades indicativas vinculadas (sistemas de pontos); além disso, existe um marco regulatório federal e regional, que estabelece condições de prática e regras de coparticipação.
- **Formato de contrato de serviços profissionais;** o médico geral britânico (*General Practitioner*), embora atue como profissional independente (é proprietário ou aluga seu centro de saúde e contrata seu pessoal), tem um contrato muito detalhado que o liga ao *National Health Service*, emulando algumas das características de uma relação de emprego (inclusive pagamentos de produtividade por indicadores de desempenho). As Entidades de Base Associativa ensaiadas na Catalunha por algumas equipes de atenção primária poderiam invocar este tipo de relação contratual.
- **Formato de serviço público especial;** os centros de saúde com ampla autonomia de gestão ensaiados em Portugal ou na Itália seriam exemplos de evolução de modelos administrativos a modelos de entes públicos com maiores atribuições de gestão e auto-organização; ao contrário dos anteriores, a ligação trabalhista continua sendo a de funcionário público (embora progressivamente diferenciada dos modelos convencionais do funcionalismo).
- **Formato de serviço público convencional;** os centros de atenção primária não reformados de Portugal seriam um exemplo próximo; os centros de saúde espanhóis estariam entre esse modelo clássico e um formato de serviço público especial; na verdade, muitos dos desenvolvimentos das Gerências de Atenção Primária, dos acordos de gestão com as Equipes de Atenção Primária e dos modelos de vinculação e retribuição estão relacionados com um esquema que vai se diferenciando do marco tradicional administrativo e da relação de emprego existente entre os funcionários públicos; contudo, aparentemente seriam necessários mais passos na concessão de autonomia formal de decisão e auto-organização para que essa transição se completasse.

Para um maior detalhamento desses modelos de vinculação de profissionais em países europeus pode-se ver o trabalho de Repullo e Freire⁷.

2.2 Estrutura de conteúdo dos Contratos de Gestão com centros de saúde

De acordo com a experiência espanhola^{8,9} (que é muito similar à britânica¹⁰), os conteúdos dos contratos habitualmente são agrupados nas seguintes grandes epígrafes cujos conteúdos são explicados brevemente na Tabela 1; nos pontos seguintes especificam-se de forma um pouco mais ampla para os centros de saúde especializados ou de atenção primária.

<i>Contratos de Gestão: esquema de conteúdos</i>		
<i>a) Exposição e delimitação do marco e dos agentes signatários</i>	Quem assina pela parte financiadora e pelos fornecedores? Responsável regional do Serviço Público de saúde e Diretor-Gerente do centro de saúde	
	Hospital <i>Pode existir negociação entre um chefe e um subordinado? Sim, deve existir porque na verdade o Gerente é um intermediador com as unidades clínicas (que não possuem "chefe" técnico)</i>	Atenção Primária <i>Pode existir negociação entre Diretor-Gerente e Unidades clínicas (EAP / U. de apoio)? Sim, deve existir, pois na verdade o Gerente é um intermediador com as unidades clínicas</i>
b) Compromissos estruturais	Que elementos estáveis definem a relação?	
	Hospital <i>Prestações e carteira de serviço, regras para acesso e encaminhamentos de e para outros centros de pacientes (inserção em rede), recursos humanos</i>	Atenção Primária <i>Área geográfica e populacional, centros de saúde e consultórios (onde serão realizados os atendimentos), recursos humanos</i>

<p>c) Compromissos de atividade e funcionamento</p>	<p>Hospital</p> <p>Que volume de atividade em cada tipo de serviços? <i>Tudo o que estiver relacionado com objetivos de hospitalização, urgências, intervenções, consultas etc. (por vezes inclui pactos de atividade com atenção primária para interconsultas e exames diretamente indicados pelo médico de família).</i></p> <p>Que padrões de eficiência e demora? <i>Objetivos de Internação, Consultas Sucessivas / Primeiras, Rotação doente/ leito, índice de casuística, percentagem de cirurgia ambulatorial, lista de espera e tempos de demora por tipo de serviço etc.</i></p>	<p>Atenção Primária</p> <p>Que volume de atividade?</p> <p><i>Tudo o que estiver relacionado com objetivos de consultas marcadas, visitas domiciliares, coberturas de Carteira de Serviços, pactos de atividade com atenção hospitalar para testes diagnósticos e interconsultas</i></p> <p>Que padrões de acessibilidade?</p> <p><i>Tempo de consulta/ Tempo de espera para entrar em consulta / horário de consulta em relação a expectativas dos usuários / tramitação de prestações do centro de saúde etc.</i></p>
<p>d) Compromissos de qualidade</p>	<p>Que indicadores e padrões previnem a substituição de qualidade por quantidade, e se encarregam da adequada organização e serviços?</p> <p>Hospital</p> <p><i>Prevalência de infecção hospitalar, desenvolvimento e aplicação de orientações clínicas, desenvolvimento de auditorias e programas de melhora da qualidade, prevenção de quedas e de úlceras de pressão, pesquisas de satisfação etc.</i></p>	<p>Atenção Primária</p> <p><i>Cumprimento de critérios de bom atendimento da Carteira de Serviços, implantação e desenvolvimento de orientações clínicas, uso racional do medicamento, satisfação do usuário, estudo de reclamações etc.</i></p>
<p>e) Compromissos de gestão econômica e financeira</p>	<p>Como se transfere o dinheiro acordado e com que suporte documental?</p> <p><i>Regras de alocação (doze avos), liquidação no final do ano, modelo administrativo orçamentário (o pagador é a autoridade regional) e gestão de cobranças a pacientes sem cobertura ou com seguradora obrigada a efetuar pagamentos.</i></p>	
<p>f) Compromissos de informação e avaliação</p>	<p>Que informação permite avaliar o cumprimento do contrato e como e quando se canaliza? São essenciais a estabilidade e continuidade temporária dos ciclos de elaboração e avaliação dos contratos.</p>	
<p>g) Novas ações e programas</p>	<p>Para especificar mudanças incrementais por novas unidades, serviços, tecnologias ou prestações.</p>	
<p>h) Esquema de estipulação de incentivos</p>	<p>Como é realizado o balanço e são determinados os incentivos que o centro obtém em função dos resultados? Não se trata de faturamento por atividade, mas de divisão de uma bolsa de desempenho (competição) pré-fixada; grande diversidade de sistemas de bonificação e penalização.</p>	

Tabela 1: estrutura de conteúdos de contratos de gestão

a) Exposição e delimitação do marco e dos agentes signatários

Por um lado, os signatários habitualmente são a Autoridade Regional de Saúde, ou seja, o responsável político (Secretário da Saúde), ou o responsável institucional (Diretor ou Gerente do Serviço de Saúde Regional); e por outro, o Diretor-Gerente do Centro de Saúde. Embora este dependa hierarquicamente daqueles, o que realmente ocorre na negociação prévia é que o Diretor Gerente formaliza a intermediação com o âmbito clínico e exprime no contrato o que as unidades clínicas do hospital ou centro sanitário se comprometem a desenvolver no contexto de recursos previsto. Por isso, se o Diretor Gerente simplesmente assina o que estipulam seus chefes e não existe nenhum envolvimento dos médicos, na prática a utilidade negociadora e de compromisso das partes fica desativada.

b) Compromissos estruturais

Definem a dimensão de definição geral dos compromissos do centro de saúde e teriam a forma de um "contrato de bloco" (não relacionado com componentes de atividade), no qual são especificados os ativos implicados no ciclo de produção contratado:

- **estrutura:** recursos materiais, humanos, instalações, equipamentos.
- **carteira de serviços:** linhas de atividade, tecnologias ou produtos disponíveis na oferta do centro; no atendimento primário, a carteira de serviços faz parte da atividade.
- **área de referência** e os compromissos populacionais e de aceitação de pacientes remetidos ou referidos por outras áreas, níveis e hospitais (e mecanismos de derivação e compensação econômica por fluxos intercentros).

c) Compromissos de atividade e funcionamento

O texto do contrato geralmente contém uma descrição geral, que é detalhada em quadros anexos; trata-se de estabelecer

os compromissos de atividade por distintas epígrafes, bem como os objetivos a serem alcançados demonstrados através dos indicadores de gestão ou funcionamento dos serviços. No caso dos hospitais costumam ser: Internação Média, Consultas Sucessivas/Primeiras, Rotação, doente/leito, índice de casuística, porcentagem de cirurgia ambulatoria etc. Na atenção primária os indicadores são os seguintes: consultas marcadas, visitas domiciliares marcadas e coberturas dos diversos serviços que formam a Carteira.

Uma dimensão habitual quando os hospitais estão territorializados consiste no estabelecimento de **objetivos de tempo de espera** para sua população de referência: os padrões de listas e tempos de espera também podem ser condicionantes para aceitar a modulação da atividade pactuada; assim, com listas de espera reduzidas se aceita menos atividade com o mesmo orçamento, porém com listas de espera excessivas não são aumentados os recursos de atividades adicionais para reduzir a lista de espera (ou isto só é realizado a custos variáveis, não a custos médios, para não incentivar a superprodução de serviços).

Na atenção primária, a acessibilidade aos centros é uma dimensão de grande importância, e por isso são estabelecidos compromissos tanto para a consulta quanto para os tempos de atendimento em consulta e de espera para entrar em consulta.

Em algumas comunidades autônomas estabeleceu-se um tipo de objetivo denominado "**pactos de consumo**" entre a atenção primária e a atenção especializada, nos quais se determina para cada anualidade o número de derivações para os diferentes serviços de atendimento especializado (hospitalar) a partir do médico de família, assim como os exames de indicação direta que podem prescrever (analíticos, de imagem e outros exames funcionais); esses pactos de consumo são uma espécie de acordos simplificados entre atenção primária e especializada (hospitalar); são simples, não incorrem em custos administrativos de faturamento e facilitam a programação e o autocontrole realizados pelos médicos e equipes de atenção primária em suas derivações e prescrições.

Na mesma linha foram desenvolvidos **compromissos de continuidade assistencial** para estimular a integração da atenção à saúde entre diversos níveis: Pacto de Oferta / Procura

de serviços, Catálogo de Testes Diagnósticos, Gestão de Agendas, Uso racional dos medicamentos, Protocolos/Orientações de atendimento, Informação clínica, Formação Continuada, entre outros.

d) Compromissos de qualidade

Estabelecer objetivos de qualidade tem por finalidade prevenir a substituição de qualidade por quantidade, e ajudam a traçar uma adequada organização e serviços.

No caso dos hospitais, alguns exemplos de indicadores muito frequentes seriam os seguintes: prevalência de infecção hospitalar <7%; desenvolvimento e aplicação de orientações clínicas pactuadas; desenvolvimento de auditorias e programas de melhora da qualidade em hospitais ou serviços; aplicação de programas de acompanhamento ao parto ou internação infantil com pai/mãe; desenvolvimento de programas de segurança de pacientes como prevenção de quedas e de úlceras por pressão; resultados de pesquisas de satisfação; cumprimento adequado da gestão de queixas e reclamações.

No caso da atenção primária, os critérios de bom atendimento especificados na Carteira de Serviços para cada serviço podem ser avaliados; um exemplo típico seria sobre a adequação dos programas de controle de diabetes: como exigência de qualidade de processo, propõe-se "realizar e informar um fundo de olho pelo menos em uma ocasião a partir do início da doença e com uma periodicidade mínima de dois anos"¹¹; o controle através dos resultados poderia ser realizado com os valores de hemoglobina glicada, questão que tem sido central nos contratos com os generalistas britânicos como indicador de qualidade¹². De mesma forma, a qualidade de prescrição de medicamentos tem grande relevância nos processos contratuais de atenção primária.

Não se pretende exaustividade, pois a qualidade não pode ser encerrada em um conjunto de indicadores, por mais amplos que eles sejam; por outro lado, quase sempre carecemos do conhecimento necessário para conhecer os padrões apropriados, e o custo de medir todas as dimensões da qualidade seria alto demais; no entanto, se capturarmos uma parte significativa da qualidade através de poucos indicadores (traçadores), e se formos capazes de modificá-los progressivamente para que

não percam sensibilidade e especificidade, teremos conseguido uma estratégia razoável para favorecer a “tensão” no tocante à qualidade do serviço.

e) Compromissos de gestão econômica e financeira

Nesta seção, além das quantidades são estabelecidos os mecanismos pelos quais o financiador alocará os fundos pactuados ao centro de saúde. Se o centro gozar de autonomia econômico-financeira, poderá regular a **periodicidade de pagamentos** (doze avos) e a liquidação de diferenças (retenção na conta). Também são estipulados os aspectos procedimentais e de documentação e justificação para produzir o fluxo monetário.

Nas unidades sem autonomia econômico-orçamentária (os pagamentos são realizados pelo financiador regional), são estabelecidos mecanismos de **acompanhamento da gestão** orçamentária, para fazer uma revisão trimestral dos desvios ocorridos nos gastos e realizar então ações corretivas, tanto para modular o excesso dos gastos correntes, quanto para ativar investimentos ou ações que não foram realizadas em tempo oportuno.

Outro aspecto que costuma ser abordado nesse ponto é o **faturamento para terceiros** (por exemplo, acidentes de trânsito ou assistência prestada a pacientes nos casos em que existe um segurador que deve assumir a responsabilidade primária pelo pagamento); um elemento central é a forma em que se dividem e realocam essa receita adicional; em suma, trata-se de estimular o centro de saúde a gerir ativamente a cobrança nessas situações, e para isso frequentemente é incentivada essa função arrecadadora periférica.

f) Compromissos de informação e avaliação do cumprimento

Os sistemas de informação sanitária (SIS) são essenciais para configurar os contratos, e os contratos também criam os SIS; em sucessivos ciclos contratuais melhora-se progressivamente o marco de informação sanitária através da aplicação dos compromissos adquiridos.

É preciso levar em consideração que a constatação de cumprimento do contrato deve **constar do próprio contrato** (mecanismos, prazos, indicadores, sistemas de alocação de bonificações e penalizações).

Na experiência contratual pública observou-se que o único elemento que aumenta a eficiência dessa estratégia é a capacidade de **avaliar de forma contínua os** contratos de gestão, o que deve ser feito pelas autoridades financiadoras. A falta dessa continuidade faz todo o processo recuar em muitos anos, e pressupõe deixar terra queimada para experiências posteriores.

g) Novas ações e programas

A maior parte do contrato de gestão está relacionada com a atividade geral do hospital, área de atenção primária, centros ou serviços sanitários; porém, em algumas oportunidades há mudanças: novas unidades, serviços, tecnologias ou prestações, que precisam de edifícios, investimentos, pessoal adicional...

Esses novos desenvolvimentos precisam de uma **definição mais ampla e detalhada** do que os serviços existentes; por isso, em alguns modelos de contrato são acrescentadas especificações de condições, prazos e compromissos de funcionamento, bem como os **aportes de investimento ou aumentos de gastos** que tornarão tudo possível, incluindo-se aí o impacto do funcionamento em material de pessoal e gastos correntes em bens e serviços. O lógico é que no médio prazo a inovação se institucionalize e então o contrato de gestão é incorporado a todo o conjunto.

h) Esquema de financiamento e modulação de incentivos

Por fim, os contratos de gestão estabelecem sistemas de avaliação de produção e custos, orientados a formalizar a avaliação de desempenhos. Existem duas grandes tipologias:

- **Modelos que simulam o faturamento e o balanço econômico:**

Um dos métodos utilizados foi o de realizar uma contabilidade virtual, que estabelece o montante total de **receitas ocultas**

que poderiam ser atribuídos ao hospital/centro de saúde, em função de suas linhas de atividade (consultas, urgências, programas, intervenções etc.), das quantidades de serviços prestados de cada tipo (com ajustes de complexidade de casuística, caso forem possíveis), e dos preços-ocultos que a rede sanitária determina (normalmente como custos médios por grupos de fornecedores).

Além dessas receitas teóricas, é possível acrescentar também as **subvenções à exploração**: essa subvenção é uma quantidade estabelecida pelo financiador para aquelas unidades que, por suas condições estruturais ou por razões históricas, são obrigadas a lidar com mais custos que a média de centros similares da rede de saúde. Por meio de planejamento determina-se o ritmo de reabsorção desse custo adicional em diversas anualidades.

A soma das receitas ocultas e subvenções à exploração é comparada aos gastos efetivamente realizados. O resultado econômico facilitaria a quantificação de incentivos econômicos para o centro, suas unidades e profissionais.

- **Modelos de atribuição de incentivos incrementais por desempenho:**

Outros modelos, mais simples, estabelecem regras de estimativa e balanço de resultados, criando condições para estipular bonificações e penalizações. Por exemplo, os "sistemas de competição" são estabelecidos em torno de uma bolsa de incentivos pela qual competem diferentes centros, serviços ou equipes; não se trata de faturamento por atividade, mas de algoritmos mais ou menos complexos, por meio dos quais a mencionada bolsa é dividida em função de indicadores quali-quantitativos, que costumam mudar e evoluir com os anos para fomentar melhorias adicionais na rede.

3- Alternativas à fragmentação assistencial: integração, processos, redes de saúde

Como já vimos, os processos contratuais têm contemplado objetivos de continuidade assistencial entre atenção primária

e atenção hospitalar com diferentes compromissos ao longo dos últimos vinte anos. Entretanto, esses compromissos não conseguiram diminuir a interrupção do atendimento quando o paciente é encaminhado de um nível para outro.

Além desse fracasso na continuidade assistencial, as necessidades e demandas de atendimento têm aumentado devido ao crescimento dos processos crônicos ocasionados pelo envelhecimento da população. Este panorama tem repercutido em uma maior utilização dos serviços de saúde e, portanto, nos gastos com saúde. Estima-se que 25% da população europeia e mais de 30% da população dos Estados Unidos padecem pelo menos de um processo crônico e o atendimento desses pacientes representa de 70 a 75% dos gastos na área da saúde.

A principal experiência no tocante à gestão contratual tem ocorrido no setor da saúde; por isso começam a surgir questionamentos sobre sua efetividade quando os usuários começam a se tornar casos crônicos ou complexos, que utilizam diversos dispositivos de forma combinada e contínua, e para os quais grande parte do "valor agregado" encontra-se na coordenação e continuidade dos cuidados.

Por esses motivos, as estratégias de integração assistencial representam uma das prioridades nas políticas sanitárias. Essas estratégias são orientadas para um ou mais focos, como prevenção, detecção precoce, tratamentos integrados, coordenação entre os profissionais e melhorias no uso de tecnologias da informação e comunicação.

Nesta seção abordaremos o atendimento integrado, a atenção conforme níveis de gestão com exemplos de experiências existentes em diversos países e as experiências que estão sendo realizadas na Espanha.

3.1. Que é atendimento integrado?

Shaw e cols. o definem da seguinte maneira:¹³ *"O atendimento integrado é um termo que exprime a preocupação por melhorar a assistência a partir da perspectiva do paciente, e conseguir maior eficiência e ganhos de saúde nos sistemas de saúde. O objetivo é enfrentar a fragmentação dos serviços oferecidos ao*

paciente e possibilitar cuidados mais coordenados e continuados, particularmente para a população envelhecida com mais patologias crônicas”.

Existem inúmeras definições na literatura sobre “atendimento integrado” e “integração”, em função dos focos e modelos atualmente existentes. Independentemente das definições, o atendimento integrado implica o planejamento e o fornecimento de serviços a partir da **perspectiva do paciente** para resolver o problema da fragmentação do atendimento entre o primeiro e o segundo nível assistencial e suas consequências na qualidade inadequada, na falta de segurança do paciente e na ineficiência do atendimento; por outro lado, a integração está relacionada com os **procedimentos, métodos e ferramentas** que facilitam o atendimento integrado¹⁴.

3.2. Modelos de atendimento integrado

Além de definições, também existem múltiplas classificações do atendimento integrado. Uma das classificações mais difundida é a desenvolvida por Lewis e colaboradores em 2010, baseada no trabalho de Fulop e colaboradores, que é representada na seguinte **Figura 3**:

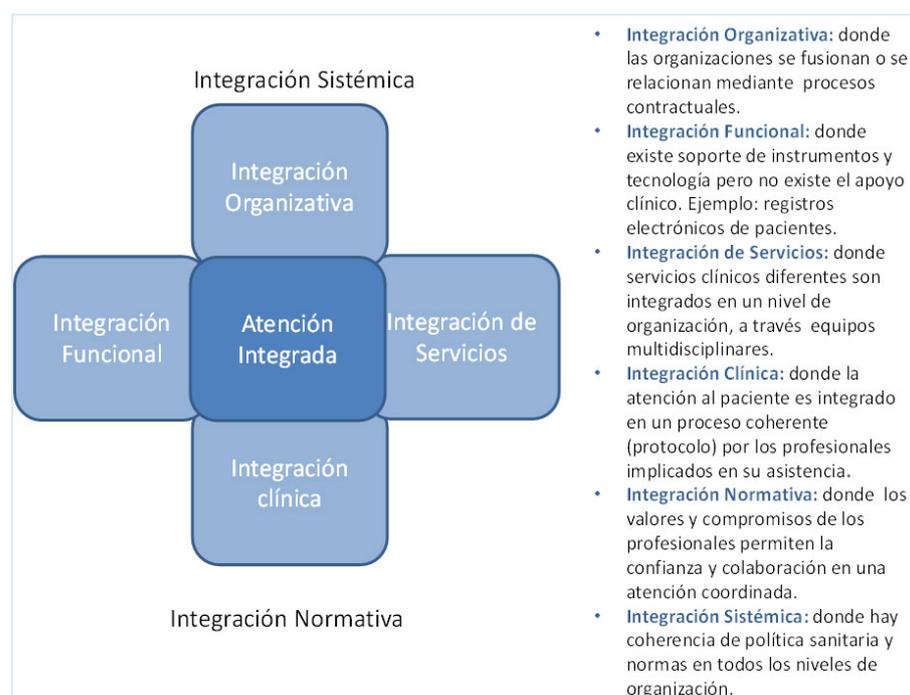


Figura 3: Esquema de Lewis sobre atendimento integrado (modificado)¹⁵

Outras classificações estão relacionadas com o fato de a integração ser *horizontal* ou *vertical*. A *integração horizontal* ocorre quando duas ou mais organizações prestam serviços conjuntamente em um nível de atenção semelhante. A *integração vertical* acontece quando duas ou mais organizações prestam serviços conjuntamente entre níveis de atenção distintos.

Tanto as integrações verticais quanto as horizontais podem ser *integrações reais* (quando existe fusão entre as organizações), ou *integrações virtuais* (mediante processos contratuais).

No contexto do processo contratual, selecionamos a classificação elaborada por Natasha Curry e Chris Ham¹⁶ em três níveis de gestão, que geralmente são integrações virtuais:

a) Nível macro: sistemas integrados nos quais o atendimento e a organização dos serviços fazem parte da responsabilidade de uma equipe multidisciplinar para uma população definida, administrada por uma entidade associativa de médicos com uma cultura de colaboração e uma liderança efetiva, que desenvolvem seu trabalho mediante orientações e tecnologia da informação. Os exemplos mais conhecidos são os relacionados fundamentalmente com processos crônicos, como o Kaiser Permanente ou o *Chronic Care Model* (CCM).

A Kaiser Permanente, organização sem fins lucrativos – *Health Maintenance Organisation* (HMO) – é um sistema integrado no qual o hospital e grupos médicos são organizações distintas unidas por contratos com pagamento por capitação.

O modelo Kaiser Permanente está baseado na estratificação de risco; identifica três níveis de intervenção conforme o grau de complexidade do caso, a fim de utilizar melhor os recursos humanos e a organização da atenção assistencial, evitando internações e custos desnecessários (**Figura 4**).

A integração tenta superar a falta de continuidade e coordenação; pode ocorrer em diferentes dimensões (organizativa, funcional, de unidades, de processos clínicos), pode ser horizontal (intra-nível) ou vertical (inter-níveis assistenciais), e também pode se articular em nível macro (modelos tipo Kaiser ou Chronic-Care), meso (equipes multidisciplinares em âmbitos locais), ou micro (planos de atendimento individualizado de pacientes e cuidadores)

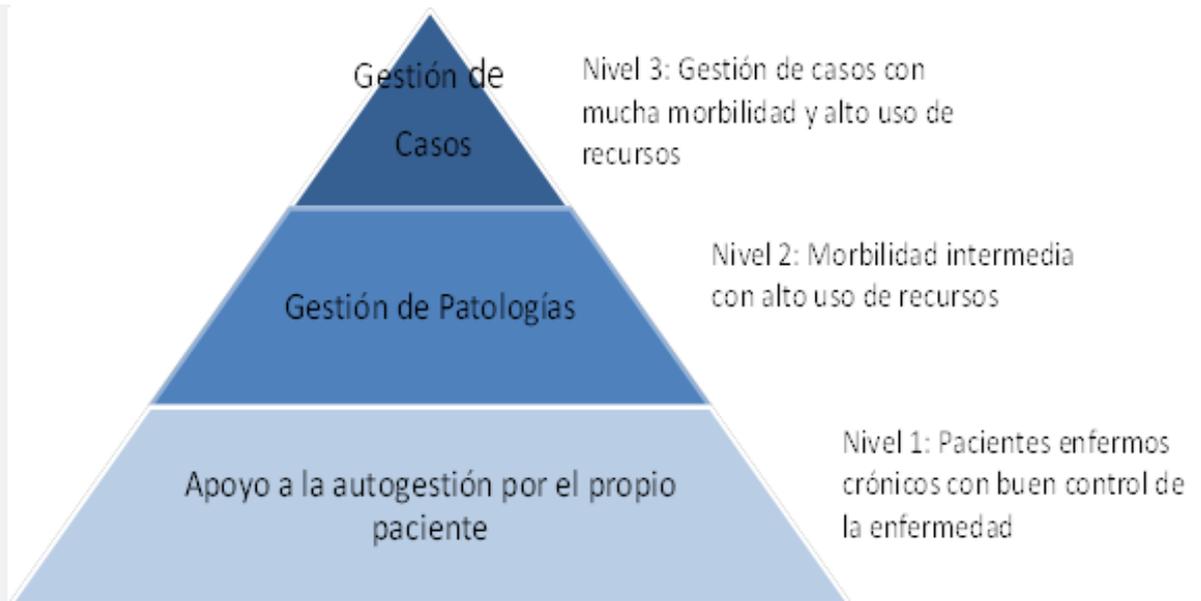


Figura 4: Modelo de Kaiser Permanente

Gestão de Casos – Gestão de Patologias – Apoio à autogestão pelo próprio paciente

Nível 3 – Gestão de casos com muita morbidade e alto uso de recursos

Nível 2 – Morbidade média com alto uso de recursos

Nível 1 – Pacientes doentes crônicos com bom controle da doença

Nos Estados Unidos ele é reconhecido por sua excelente qualidade de atendimento, pela satisfação de seus profissionais e sua eficiência.

O *Chronic Care Model*, promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é um modelo organizacional baseado na melhoria da coordenação do atendimento aos doentes crônicos, a fim de obter melhores resultados clínicos e funcionais (**Figura 5**).



Figura 5: Modelo de Atendimento a Crônicos (CCM)

Modelo de Cuidados Crônicos

1. Comunidade – Recursos e políticas
2. Sistema Sanitário – Organização Sanitária
3. Apoio em autocuidado
4. Planejamento de fornecimento de serviços
5. Apoio na tomada de decisão
6. Sistema de informação clínica

Paciente informado e ativo – Interações produtivas – Equipe prática, preparada e proativa

Melhoria nos resultados

Este modelo enfatiza as intervenções comunitárias, além da educação do paciente e do autocuidado, o projeto do sistema de prestação de serviços para garantir a continuidade do

atendimento entre ambos os níveis assistenciais, as orientações ou protocolos de atuação e os sistemas de informação.

b) Nível meso: esta integração foca as necessidades de um grupo específico de pacientes separado por idade, patologia ou por outra condição. O atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar. Existem vários exemplos de gestão de uma doença ou processo específico (diabetes, cardiopatia isquêmica, asma, depressão, doença obstrutiva crônica), ou programas de atendimento a idosos.

Exemplo: a experiência de Torbay, no Reino Unido, baseada no atendimento de idosos mediante a coordenação do atendimento sanitário e social. Os resultados da experiência mostram redução das internações.¹⁷

c) Nível micro: coordenação da atenção individualizada de pacientes e cuidadores; por exemplo, a gestão de casos. Baseia-se no projeto de um plano de cuidados que identifique as necessidades do paciente, tanto em termos de saúde quanto sociais, bem como na coordenação entre organizações para oferecer o atendimento exigido pelo plano.

A figura do coordenador é fundamental e geralmente recai sobre a enfermagem, o que chamamos de “enfermeira gestora de casos”.

Nas experiências mencionadas nos três níveis de integração, as tecnologias da informação e comunicação desempenham um papel crucial, pois é imprescindível a implantação do histórico clínico eletrônico, facilitando o acesso a todos os profissionais de ambos os níveis que intervêm no processo assistencial para garantir a qualidade do atendimento, evitar duplicidades de testes diagnósticos, minimizar a iatrogenia e, portanto, melhorar a eficiência.

Por outro lado, devem ser garantidos meios de comunicação ágeis por meio da Internet, telefone ou outros, valorizando os mais idôneos para a comunicação intra-hospitalar, entre hospitais, com atenção primária, serviços de emergência, recursos sociais e com o paciente.

3.3.- Experiências na Espanha

Na Espanha existem diversas experiências de atenção integrada nos três níveis de gestão mencionados acima, que vão desde a implantação de modelos de "Gestão Integrada" / "Organizações Sanitárias Integradas" (OSI) ou "Área Única", na macrogestão, a gestão por processos, na mesogestão, e a gestão de casos, na microgestão.

- **Gestão Integrada ou OSI**

Entende-se por Gestão Integrada ou OSI uma fusão da gestão de diretoria, assistencial e administrativa de ambos os níveis assistenciais na Área de Saúde. Este modelo foi implantado em algumas comunidades autônomas (CCAA) em todo seu âmbito territorial, enquanto em outras eram realizadas algumas experiências.

As comunidades autônomas que optaram por esse modelo baseiam sua decisão na melhora da continuidade assistencial e na unificação da gestão dos processos assistenciais, o que repercutirá em uma melhor eficiência dos recursos, pois esperam minimizar custos de pessoal, farmácia e gastos correntes e unificar unidades de apoio para formação, pesquisa e docência.

- **Área Única**

Entende-se por Área Única a existência de apenas uma estrutura na área da saúde com fusão administrativa, porém sem fusão entre ambos os níveis assistenciais na gestão assistencial. A implantação do modelo de Área Única foi realizada em duas comunidades autônomas e suas estruturas de direção constam de um Gerente com as Direções Médicas e de Enfermagem em ambos os níveis assistenciais. As Direções de Recursos Humanos e de Recursos Econômicos são únicas para a atenção primária e o atendimento hospitalar.

A decisão de optar por esse modelo baseia-se no estabelecimento de objetivos comuns em nível de área de saúde, mais adequados a ambos os níveis assistenciais, com maior capacidade de gestão de pessoal e adequação assistencial através da gestão por processos entre Atendimento Primário e Hospitalar.

No Sistema Nacional de Saúde espanhol, as Comunidades autônomas ensaiaram diversos modelos: de gestão conjunta de primária e especializada, de área única (mesma alta direção e gestão não assistencial), de gestão por processos, de gestão de casos e de organização regional e nacional para serviços de referência.

Atualmente ainda não se conhecem os resultados de ambos os modelos – Gestão Integrada e Área Única, e ignora-se se estão alcançando os objetivos propostos com a mudança de modelo.

- **Gestão por Processos**

Independentemente do modelo adotado por cada comunidade autônoma - o modelo tradicional ou alguns dos dois modelos mencionados -, em todas as comunidades autônomas está sendo implantada a gestão por processos entre Atenção Primária e Atendimento Hospitalar.

A gestão por processos aborda o problema específico de saúde ou as necessidades de atendimento de uma população determinada (por exemplo, idosos), a partir de uma visão centrada no paciente ou cidadão, nos profissionais envolvidos na prestação dos serviços e nos circuitos assistenciais para essa prestação, a fim de obter um atendimento e respostas unificadas às necessidades e demandas do problema de saúde na passagem do paciente pelo sistema sanitário. Portanto, os elementos fundamentais da gestão por processos são os seguintes:

- Foco no cidadão/paciente
- Envolvimento dos profissionais
- Atendimento baseado na evidência através de orientações clínicas adotadas em consenso pelos profissionais
- Circuitos para a prestação entre profissionais do mesmo nível de atendimento e entre profissionais de ambos os níveis assistenciais.
- Desenvolvimento de um sistema de informação integrado.

A Secretaria da Saúde da Andaluzia foi pioneira na implantação dos processos assistenciais integrados (PAI)¹⁸, embora atualmente existam muitas experiências de gestão por processos nas comunidades autônomas, que podem ser consultadas nos sites das diversas Secretarias da Saúde Regionais.

- **Gestão de casos**

A gestão de casos desenvolve-se fundamentalmente para o atendimento de processos complexos, que precisam de um plano individualizado de prestação de serviços. Em muitos casos, essa complexidade precisa de intervenções de ambos os níveis assistenciais, e por isso é necessário que haja uma coordenação das intervenções, que geralmente recai na equipe de enfermagem.

- **Redes de saúde**

Do ponto de vista da equidade, todos os cidadãos devem ter acesso às prestações contempladas nas Carteiras de Serviços de Atenção Primária e Atendimento Hospitalar (R.D. 1030/2006, de 15 de setembro). No entanto, não parece lógico pensar que cada centro de saúde deva oferecer todos os tipos de prestações, pois isso poderia fazer com que certas técnicas e procedimentos tivessem pouca atividade e, portanto, baixo desempenho e com poucas garantias de qualidade no atendimento. Parece mais adequado que os hospitais se organizem em redes hospitalares para oferecer as prestações da Carteira de Serviços, concentrando recursos para uma maior efetividade e eficiência.

Da mesma maneira, certos procedimentos que estão sendo implantados na atenção primária para aumentar a capacidade de resolução no primeiro nível assistencial deveriam ser estabelecidos em rede para garantir a qualidade do atendimento, um maior desempenho da tecnologia e, portanto, maior eficiência.

As redes de saúde, ainda que pouco desenvolvidas atualmente, serão um elemento importante no futuro das organizações dessa área, sendo compatíveis com as organizações integradas comentadas, tanto na gestão macro quanto na meso.

4.- O debate espanhol sobre a gestão contratual, a gestão clínica e a integração

Há quase uma década, a questão da integração tem adquirido maior importância na agenda técnica e na agenda política e institucional¹⁹. A chamada "declaração de Sevilha" de 2011 (assinada por numerosas sociedades científicas e serviços

regionais de saúde) a tornou muito mais visível²⁰; e a área de saúde basca, de forma mais decidida, estabeleceu como eixo central de sua política a denominada estratégia de cronicidade²¹.

Independentemente do modelo de organização implantado em cada comunidade autônoma, o processo contratual é realizado em todas elas; em algumas delas isto é feito por meio de um contrato ou compromisso para toda a área de influência (em organizações verticais reais) e em outras com processos contratuais em atenção primária e atendimento hospitalar que geralmente inclui compromissos de continuidade assistencial similares para ambos os níveis assistenciais (modelos "tradicionais" e modelos de integração vertical virtual).

A gestão contratual, a descentralização da gestão através de unidades clínicas ou organizações com autonomia de gestão e os modelos de integração assistencial que estão sendo aplicados atualmente originam dúvidas e controvérsias. À primeira vista pode parecer que uma maior autonomia de gestão vai contra a integração assistencial. Contudo, isso é possível se a gestão contratual for utilizada corretamente. Continuando com o esquema de processo contratual explicado na seção 2, comentaremos os elementos que devem ser levados em consideração para uma adequada autonomia de gestão com a integração assistencial através do processo contratual, bem como outros elementos que deveriam ser modificados para uma melhor adaptação.

- **Financiamento**

Nos processos contratuais das organizações verticais reais, os compromissos são financiados por capitação. No restante dos modelos, geralmente o financiamento é feito por capitação em atenção primária (com base nas faixas etárias do Cartão de Saúde Individual) e por volume de atividade em atendimento hospitalar, o que pode produzir certa discordância em compromissos comuns entre ambos os níveis assistenciais. Muitos hospitais já têm financiamento por capitação e parece que no futuro a tendência será obter financiamento por capitação ajustada por faixa etária e outros fatores que podem influenciar as necessidades e demandas da população assistida, bem como a prestação de serviços. Entretanto, dependendo do modelo organizativo, seria preciso avaliar se uma parte do financiamento poderia ser por atividade.

Outro aspecto do debate atual é que o financiamento é incrementalista com base histórica, independentemente dos objetivos e atividade comprometidos no processo contratual. Se o processo contratual se tornar o instrumento de gestão para relacionar-se entre as diferentes unidades ou serviços de um hospital e entre o hospital e a atenção primária para se ocupar de uma população determinada, deveria haver uma relação direta entre compromissos de atividade e qualidade dos recursos.

- **Periodicidade dos compromissos**

Atualmente, os processos contratuais têm periodicidade anual a fim de serem congruentes com as alocações orçamentárias. No entanto, é difícil alcançar em apenas um ano certos objetivos e atividades, e por isso deveria se pensar na possibilidade de estabelecer compromissos durante um ou vários anos, com cada unidade ou serviço para dar continuidade temporária, facilitando sua consecução, e ser realistas no ajuste anual dos compromissos, conforme os recursos humanos e econômicos disponíveis.

- **Conteúdos dos compromissos**

Um dos aspectos que suscitam queixas entre os profissionais das distintas unidades e serviços, é que no acordo do contrato de gestão os compromissos são transferidos do financiador para a gerência, sem haver uma troca de propostas entre a gerência e as diferentes unidades. Os profissionais querem ter um papel mais ativo, com maior participação na tomada de decisão, estabelecendo objetivos e atividades de maneira consensual e com indicadores que reflitam os compromissos adquiridos, que seriam revistos anualmente para se adaptarem à realidade. Para alcançar os objetivos, um dos elementos mais motivadores para os profissionais seria oferecer-lhes maior autonomia de gestão, fundamentalmente na organização do serviço ou unidade.

A fim de minimizar a fragmentação e tendo como referência a integração, surge a necessidade de que parte desses objetivos seja comum a ambos os níveis assistenciais, incluindo entre outros: a gestão por processos, listas de espera em consultas,

cuidados de enfermagem pós-hospitalização, sistema de informação e comunicação entre níveis, uso racional de medicamentos, formação e pesquisa comum a ambos os níveis. Portanto, nos compromissos contratuais, uma parte dos conteúdos seria própria de cada serviço ou unidade e outra parte seria compartilhada com outras unidades ou serviços para desenvolver a integração assistencial.

- **Avaliação e incentivos**

A avaliação analisa os resultados clínicos, organizacionais e de eficiência. Como foi comentado na seção 2, a avaliação dos processos contratuais é complexa, tanto pela definição de indicadores, que em muitos casos são imperfeitos, quanto pela dificuldade de estabelecer padrões de qualidade, ou ainda pela comparação entre iguais controlando os fatores que possam influir nos resultados. Estas considerações repercutiram no incentivo, que é de baixa intensidade.

No entanto, essas dificuldades e complexidades não podem justificar a não realização de avaliações. É preciso avaliar, sendo conscientes das limitações existentes, pois dessa maneira poderemos avançar na cultura de avaliação, tanto dos processos contratuais como dos modelos de integração que estão sendo realizados.

Um debate mais recente está relacionado com o não cumprimento dos compromissos, o que implicaria em penalizações. Entretanto, não está claro que conceitos sofreriam essas penalizações.

Se no contexto atual é complexa a definição de objetivos e atividades nos compromissos contratuais e sua posterior avaliação, surge uma dificuldade ainda maior com a integração entre atenção primária e atendimento hospitalar, porque parte dos compromissos e resultados são partilhados entre ambos os níveis assistenciais.

Como conclusões para o desafio da gestão contratual diante da necessidade de maior integração, continuidade e coordenação, poderíamos sintetizar o seguinte:

- a) É importante frisar que atualmente estão sendo desenvolvidos diferentes modelos de integração entre atenção primária e atendimento hospitalar, com o objetivo de evitar a interrupção na atenção assistencial, o que melhoraria a qualidade da assistência e evitaria consultas, duplicidades de testes diagnósticos, iatrogenia e, assim, reduziria as despesas na área da saúde.
- b) Contudo, ainda não são conhecidos os resultados dessas experiências, porque sua duração é curta, ou porque ainda não foi formatado um sistema de avaliação das mesmas. A avaliação é imprescindível para conhecer os modelos que se adequem melhor a uma maior continuidade na atenção assistencial.
- c) Em todos os modelos de integração é fundamental a gestão por processos entre ambos os níveis assistenciais, bem como os sistemas de informação compartilhados (fundamentalmente, o histórico clínico eletrônico) e as tecnologias de comunicação ágeis.

ANEXO: modalidades de contratação de serviços

Do ponto de vista do modelo de alocação de recursos por meio de contrato, foram caracterizados três tipos: pagamentos por bloco, por caso e por custo-volume (preço ligado a volumes de atividade).²²

O Contrato de Bloco (*Block Contrat*) é resultado de uma estimativa do montante que um centro ou serviço gastará no ano seguinte; é fácil calcular uma de suas partes, aquela que tem a ver com os denominados “custos fixos”, que correspondem aos recursos que temos de aportar para que uma unidade possa abrir suas portas e começar a atender pacientes; os custos variáveis seriam acrescentados mais tarde, em função de cada novo paciente atendido.

Na **Figura 6** é representado por meio de abcissas o número de pacientes anuais, e em ordenadas o custo unitário por paciente atendido; sua multiplicação cria uma área, que nesse caso seria o orçamento anual a ser negociado como Bloco; a parte azul são os custos fixos e a amarela os custos variáveis.

Os Contratos em Bloco são adequados para duas situações:

- a) quando a atividade não for uma variável relevante para o financiador: por exemplo, se quisermos ter um serviço de emergência ou atendimento continuado aberto e operacional por razões de acessibilidade, temos de pagar os custos em bloco, porque praticamente todos eles serão custos fixos.
- b) quando houver pouca variação entre o custo e o volume pactuado no contrato, e o que finalmente ocorre.



Figura 6: Estructura dos Contratos de Bloco.

O Contrato de Custo-por-Caso (*cost-per-case*) é aquele em que o financiador estabelece um custo de referência (p.ex., custo médio por processo na rede) que age como preço público para financiar os procedimentos ou processos atendidos por um centro ou serviço de saúde. No caso dos hospitais seria, por exemplo, um preço por alta, de acordo com o DRG.

Na **Figura 7** vemos que o mesmo custo total que antes financiávamos em bloco pode ser visualizado como um **custo-por-caso** para os n pacientes atendidos (pelo custo unitário ou custo médio por paciente). Se o preço que financia por caso a rede de saúde for superior a esse custo médio, o centro de saúde financiará seu custo fixo muito antes de alcançar seu nível de atividade anual pactuado; mas, se o preço do financiador for menor, isso significa que terá de realizar mais atividades para compensar o infrafinanciamento dos custos fixos.

No entanto, mais importante que isto é o seguinte: supondo que o custo médio seja similar ao preço pago pelo financiador, se o centro de saúde realizar mais atividades que as previstas ou pactuadas e continuar cobrando-as pelo custo médio, haverá um excesso de financiamento injustificado, pois o financiador estará pagando por custos fixos que já foram cobertos com os n primeiros pacientes.

Os contratos de Custo por Caso são recomendados quando:

- O fornecedor não pode influir na demanda ou no volume de serviços prestados (portanto, a oferta não induz a demanda).
- Existe grande variabilidade de custos e de atividades que não pode ser antecipada nos contratos: por exemplo, encaminhamentos de pacientes terciários a hospitais não habituais para um tratamento caro e pouco habitual. Nesses casos parece justo aportar determinada quantia ao centro sanitário pelos gastos adicionais que ocorrerão.

Por esses motivos o papel desse tipo de sistema de pagamento é complementar aos modelos de Bloco e ao modelo de Custo-Volume que descrevemos a seguir.

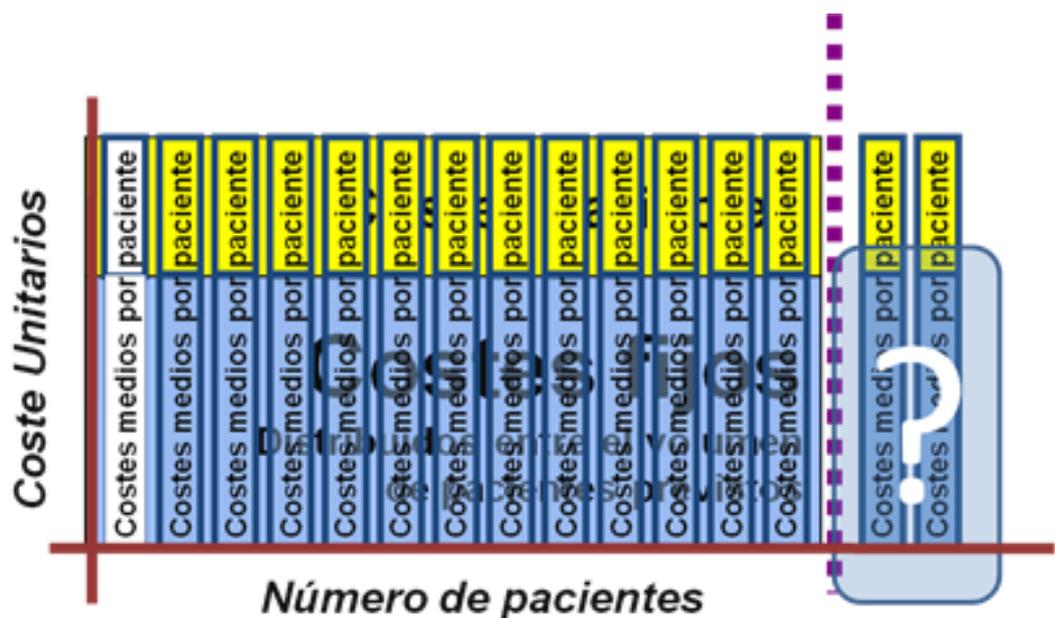


Figura 7: Estrutura dos Contratos de Custo-por-Caso

No **contrato de Custo-Volume** é permitido o estabelecimento de preços diferenciais em função do tramo de atividade. Como se pode ver na **Figura 8**, até mesmo o paciente n funciona como um contrato em bloco; a partir desse nível de atividade, os pacientes adicionais atendidos são reembolsados apenas por meio de uma quantia que compensa pelos custos variáveis (há um orçamento disponível para este aumento aceitável da demanda atendida); a partir de um determinado número de

pacientes, o financiador não aceita mais demanda: em primeiro lugar o financiamento decresce para finalmente se deter (deixa-se de aportar dinheiro por paciente adicional atendido).

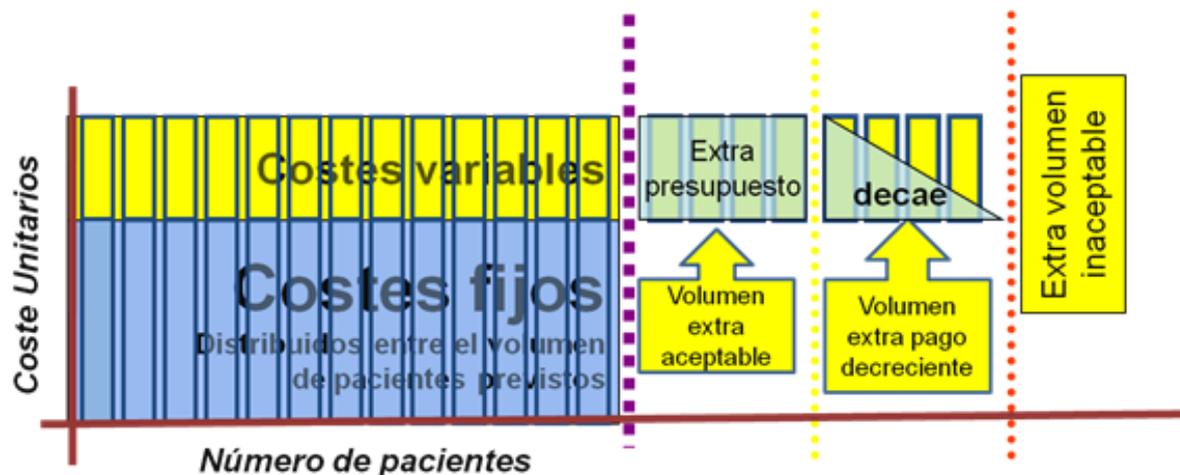


Figura 8: Estructura dos Contratos de Custo-Volume

Um aspecto importante da gestão contratual reside na **quantidade e qualidade de informação** disponível para pactuar objetivos e monitorar desempenhos. Na reforma britânica do início dos anos 90 havia uma enorme compulsão por contratos muito detalhados; essa prática decaiu em meados dos anos 90, quando o conjunto de atividades do centro passou a ser totalizado e os aumentos em algumas atividades podiam ser compensados com as reduções em outras; isso recebeu o nome de "*Sophisticated Block Contrat*", que era uma forma econômica de negociar em anos sucessivos ajustes de contratos de custo-volume de acordo com as cifras agregadas de quantidades e custos.

A falta de informação ou sua má qualidade também pode representar um problema para iniciar a gestão contratual ou para criticar sua falta de validade; no entanto, demonstrou-se que precisamente a utilização dos sistemas de informação em processos de comparação e incentivo é o que ajuda de forma decisiva a melhorá-los. A concorrência entre centros ajuda a desvelar com pouco esforço problemas de informação; de fato, para o financiador esta representa uma estratégia muito econômica para obter informação, tanto de indicadores quanto de desempenhos.

Referências bibliográficas

- 1 *Figueras J, Robinson R, Jakubowsky E (eds). Purchasing to Improve Health System Performance. London: Open University Press, WHO-Europe – The European Observatory of Health Systems and Policies, 2005. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98428/E86300.pdf*

- 2 *Para uma ampliação da teoria contratual ver: González Páramo, JM, Onrubia Fernández J. Información, evaluación y competencia al servicio de una gestión eficiente de los servicios públicos. Papeles de Economía Española, 2003; (95): 2-23.*

- 3 *Exworthy M et al. Decentralisation and Performance: Autonomy and Incentives in Local Health Economies. Research report Produced for the National Institute for Health - Research Service Delivery and Organisation programme. London: HMSO; 2010. Disponível em: <http://www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/125-final-report.pdf>*

- 4 *Øvretveit J. Purchasing for health. Buckingham: Open University Press, 1995*

- 5 *Gonzalez López-Valcárcel B. (1998) Los sistemas de información y el tránsito a los contratos de gestión en INSALUD. Em Peiro S, Domingo LI. (edit): Información Sanitaria y Nuevas Tecnologías. AES Vitoria, 1988 (Proceedings Congreso de Economía de la Salud).*

- 6 *Contratualização—Gestão Pública [Internet]. [cited 2011 Jan 20]; Disponível em: <http://www.gespublica.gov.br/projetos-acoes/pasta.2010-10-13.4253560369>*

- 7 *Repullo JR, Freire JM (eds). Médicos en cinco Sistemas Sanitarios Integrados Europeos; relaciones contractuales de los profesionales médicos en los sistemas públicos de salud en países europeos seleccionados. Toledo: Consejería de Salud y Bienestar Social – SESCOAM (edición electrónica), 2009. Disponível em: http://sescam.jccm.es/web1/professionais/home/CTU_OPA_REPULLO_FREIRE.pdf*

8 *Servicio Andaluz de Salud. Contrato Programa de los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud 2005-2008 (2007) [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía; 2007 pág 514 [cited 2010 Dec 10]. Disponible em: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesaude/library/plantillas/externa.asp?pag=../..publicaciones/datos/242/pdf/Contrato.pdf>*

9 *Osakidetza - Servicio Vasco de Salud. Información general - Comarca Gipuzkoa. Contrato Programa, qué es, dónde se enmarca, cómo se evalúa. [Internet]. [cited 2010 Dec 10]; Disponible em: http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-ceki0001/es/conteúdos/informacion/ceki_contrato_programa/es_ceki/comarca_ekialde.html*

10 *Guidance on the NHS Standard Contract for Acute Services.2010/11. Disponible em: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_111267.pdf*

11 *Instituto Nacional de la Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional da Salud, 2001. Disponible em: <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/cartera.pdf>*

12 *Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2011/12. Delivering investment in general practice. BMA – NHS-Employers, 2011: 60-1. Disponible em:*

http://www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Documents/QOF_guidance_GMS_contract_2011_12.pdf

13 *Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is integrated care?. Nuffield Trust, 2011. Disponible em: http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/what_is_integrated_care_research_report_june11_0.pdf*

14 *Portal do Nuffield Trust com recursos sobre atenção integrada para o Sistema Nacional de Saúde britânico (NHS). Disponível em: www.nuffieldtrust.org.uk/integratedcare*

- 15 Lewis RQ, Rosen R, Goodwin N, Dixon J. *Where next for integrated care organisations in the English NHS?* London: The Nuffield Trust, 2010. Disponível em: http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/where_next_for_integrated_care_organisations_in_the_english_nhs_230310.pdf
- 16 Curry N, Ham Chris. *Clinical and service integration: the route to improved outcomes.* The King's Fund, 2010. Disponível em: <http://kingsfund.koha-ptfs.eu>
- 17 Consultar página web: http://www.torbaycaretrust.nhs.uk/commissioning/practice_based_commissioning/Pages/Default.aspx
- 18 Existe um portal específico para os Processos Assistenciais Integrados, disponível em: www.juntadeandalucia.es/saúde/sites/csaúde/conteúdos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados
- 19 Bengoa B, Nuño R. *Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar.* Ed. ElsevierMasson, 2008
- 20 Para revisar documentos relevantes sobre integração assistencial no Sistema Nacional de Saúde da Espanha, ver o Portal OPIMEC (Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas): <http://www.opimec.org/actuales/noticias/directorio/?page=18>
- 21 Existe um portal do Serviço Basco de Saúde do Escritório para a Estratégia de Cronicidade. <http://cronicidad.blog.euskadi.net/oec/>
- 22 Chalkley M, McVicar D. [Choice of contracts in the British National Health Service: An empirical study.](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629608000556) *Journal of Health Economics*, Volume 27, Issue 5, September 2008; 27 (5): 1155-1167. Resumo disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629608000556>