

Racionalidades (?) do Investimento Financeiro do Estado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Rationalities (?) of the State's Financial Investment in the National Network of Integrated Continuing Care

Bruno Noronha Gomes *

Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais | brunonoronhagomes@gmail.com

* ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-7315-837X>

Resumo

O presente artigo procede à análise dos dados referentes à contratualização pelo Estado com entidades privadas e do setor social de vagas na RNCCI para o triénio 2023-2025. Partindo dessa informação e à luz de conceitos da gestão de fundos públicos, da contratualização em saúde e da municipalização dos cuidados de saúde, procurou-se, através de análises estatísticas, encontrar evidências que sustentassem a existência de um racional de eficiência e economicidade nas opções de investimento por parte do Estado em vagas da RNCCI.

Palavras-chave: RNCCI, contratualização, administração pública.

Abstract

This article analyzes data relating to the State's contracting with private entities and the social sector for vacancies in the Portuguese long term care network for the three-year period 2023-2025. Based on this information and in light of concepts of public fund management, health contracting and the municipalization of health care, we sought, through statistical analyses, to find evidence that would support the existence of a rationale for efficiency and economy in the State's investment options in the Portuguese long term care network vacancies.

Keywords: long term care, contracting, public administration.

Introdução

O presente artigo tem por objetivo responder a questões suscitadas pela publicação do Despacho n.º 5511/2023 dos Gabinetes do Ministro das Finanças, da Secretária de Estado da Inclusão e do Secretário de Estado da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série de 12 maio, nomeadamente no que respeita à racionalidade subjacente à compra de lugares, pelo Estado, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) às entidades privadas e do setor social.

Este Despacho autoriza o Instituto da Segurança Social, I. P., e a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., a assumir os compromissos plurianuais decorrentes dos contratos-programa, para o triénio de 2023-2025, com as unidades e equipas integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Importa recordar que a RNCCI, criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, na sua redação atual, assenta num modelo de intervenção articulado entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, com o objetivo de proceder à prestação de cuidados de saúde e de apoio social, de forma continuada e integrada.

A operacionalização do modelo acima referido concretiza-se através da celebração de contratos-programa entre as áreas governamentais da saúde e da segurança social e as entidades promotoras e gestoras com as quais o Estado contratualiza a prestação de serviços de saúde e de apoio social, visando, assim, contribuir para a melhoria do acesso do cidadão à prestação de cuidados ajustados à sua situação de dependência.

O anexo I do referido Despacho fornece-nos dados sobre o número de camas e montante global financiado pelo Estado a cada entidade promotora / gestora, apresentando essa informação com referência ao distrito e concelho de cada entidade, tipologia das camas contratualizadas e evolução do financiamento entre os anos 2023 e 2025.

Em matéria de enquadramento concetual para análise do nosso problema optámos por contributos no domínio da boa administração dos dinheiros públicos (Tribunal de Contas, 2004; Costa), da contratualização de cuidados de saúde (Antunes *et al.*, 2011; Gonçalves, 2013; Freitas e Escoval, 2010; Silva) e da descentralização de competências na área da saúde para os municípios (Almeida *et al.*, 2023; Gomes, 2018; Simões, 2023).

Foi com base na informação constante do referido anexo I, tendo como pano de fundo o nosso enquadramento concetual, que considerámos pertinente formular as seguintes questões (observando o facto de que o valor por cama por tipologia é constante):

- Qual a média, mediana, desvio padrão, valor máximo e valor mínimo do número de camas e de valor de financiamento contratualizados?

- Qual a distribuição percentual de camas e financiamento entre organizações ligadas às Misericórdias e outras organizações?
- Como compara o valor médio anual por cama financiada na RNCCI e o valor médio de construção, por cama, nos estabelecimentos residenciais para idosos (ERPI)?
- Como compara o valor médio anual por cama financiada na RNCCI e o custo médio anual de uma cama numa ERPI?
- Qual a distribuição percentual de camas e financiamento entre as diferentes administrações regionais de saúde (ARS)?
- Haverá alguma comparabilidade entre o número de camas por ARS e o respetivo índice de envelhecimento?
- Qual a distribuição percentual de camas entre municípios liderados pelo Partido Socialista e pelo Partido Social Democrata, considerando que estes dois partidos detêm a grande maioria dos executivos municipais do País?
- Existe alguma relação entre o número de camas contratualizado e o índice de envelhecimento dos respetivos concelhos?
- Existe alguma relação entre o número de camas contratualizado e o n.º de habitantes com idade igual ou superior a 65 anos nos respetivos concelhos?

Enquadramento teórico

Princípios da gestão dos fundos públicos

Segundo o Tribunal de Contas (2004) a boa e transparente gestão dos fundos públicos constitui uma obrigação para com os cidadãos que, tendo livremente depositado a sua confiança nos responsáveis pela gestão dos recursos de que são privados através do pagamento de impostos, têm direito a exigir que os mesmos sejam geridos de forma a maximizar a sua utilidade social e a ser informados de forma objetiva sobre a atividade financeira do Estado.

O princípio da boa administração^[1] encontra-se previsto no artigo 5.º do Código de Procedimento Administrativo, estando também consagrado no artigo 41.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. Este princípio desdobra-se em três vertentes diferentes.

- deve significar eficiência da Administração Pública, no sentido que se exige que a atividade administrativa deve ser apta a atingir os objetivos que lhe cabe prosseguir.
- deve significar economicidade, no sentido de que a atividade administrativa deve pautar-se por uma gestão o mais equilibrada possível dos recursos públicos.

1. <https://diariodarepublica.pt/dr/lexionario/termo/principio-boa-administracao>

- deve significar celeridade da atividade administrativa, no sentido de que o tempo de decisão e atuação da Administração Pública deve durar apenas o estritamente necessário para que esta possa atingir os fins que lhe competem.

Por forma a dar concretização ao princípio da boa administração prescreve a lei que a Administração Pública seja organizada de modo a aproximar os serviços das populações de forma não burocratizada.

Segundo Antunes *et al.* (2011) os sistemas de saúde debatem-se com um dilema estrutural relacionado com a compatibilização entre um cenário de aumento contínuo das necessidades em saúde, motivado por fatores demográficos e pelo aprimoramento tecnológico da oferta e do grau de exigência dos cidadãos, e um outro cenário de aumento contínuo da pressão sobre as contas públicas, com a inerente necessidade de controlo dos défices e dos níveis de dívida pública.

Este *trade-off* entre o aumento das responsabilidades do Estado e o controlo acrescido sobre os recursos disponíveis, não sendo original do sector da saúde, é nele especialmente relevante: a despesa no sector passou de 2,6% do PIB em 1970 para 10,1% em 2004, sendo que a despesa pública se situava acima de 70% do total da despesa no sector. Adicionalmente, a despesa pública em saúde representava mais de 25% do total da despesa do Estado no mesmo ano de 2004.

Partindo de um modelo de financiamento tradicional baseado nas necessidades evidenciadas pelos prestadores, onde o custo histórico de funcionamento era a referência para o cálculo do orçamento (o que abria espaço à tendência para o empolamento dos custos pelo prestador), pretendeu-se com a introdução de processos de contratualização implementar uma nova forma de distribuição de recursos financeiros públicos, indexando o financiamento diretamente à atividade, através da definição de determinados níveis de cuidados de saúde, acordados entre prestadores e financiador.

O financiamento por via da contratualização passou, assim, a ter um papel central na prossecução dos objetivos de saúde.

A contratualização de cuidados

O modelo de contratualização na área da saúde apresenta como principais objetivos (ACSS, 2012, cit. por Gonçalves, 2013):

- Promover o nível de saúde da população;
- Promover o acesso e o desempenho assistencial das instituições;
- Melhorar o controlo financeiro das instituições;
- Definir preços e fazer previsão de custos;
- Promover a eficiência na utilização de recursos das instituições;
- Promover a atividade programada em detrimento da assistência urgente;

- Incentivar a articulação das instituições hospitalares com os prestadores de cuidados primários e cuidados continuados;
- Promover a redução dos tempos de espera (cirurgia, consulta, etc.);
- Maximizar a capacidade instalada de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT);

Na linha de Matos (2010), Gonçalves (2013) afirma-nos que a prática de contratualização apresenta várias vantagens, tais como:

- a ligação entre alocações financeiras a outputs de serviços;
- resultados e padrões de consumo, facilitando a medição de melhorias em eficiência e equidade;
- clarificação das funções e responsabilidades de ambas as partes.

Todavia, a contratualização não deve ser considerada panaceia para todos os problemas dos sistemas de saúde, nem solução mágica para os desafios do seu financiamento e sustentabilidade, pelo que Gonçalves (2013), citando Perrot (2008), elenca as três principais desvantagens do uso da contratualização:

- O recurso da contratualização no sector da saúde desenvolve-se por conveniência de oportunidades e não devido a uma estratégia claramente definida pelo Ministério da Saúde;
- O recurso da contratualização conduz por vezes a desvios e derrapagens consideradas inaceitáveis;
- Frequentemente, o processo de contratualização é feito sem profissionalismo, pois alguns agentes contratantes trabalham sem experiência prévia e precaução, o que conduz muitas vezes ao fracasso.

Gonçalves (2013) também recorre a Escoval (2010) quando esta identifica como as principais dificuldades relativas ao processo de contratualização as seguintes:

- Falta de orientações claras e adequadas por parte dos governos;
- Dificuldade em associar objetivos e metas pré-fixadas e devidamente quantificadas ao orçamento da saúde;
- Desarticulação entre orçamento e execução financeira;
- Falta de um programa de reestruturação organizacional;
- Insuficiente capacitação dos profissionais para a organização e gestão dos serviços de saúde;
- O não-envolvimento da área das finanças

Perrot (2008, cit. por Gonçalves, 2013) defende que a elaboração de uma política nacional de contratualização deve ser vista como a criação de um quadro que trará coerência ao uso da contratualização, evitando o seu uso desorganizado

e protegendo a população contra o uso inapropriado para benefício privado do processo da contratualização, em detrimento do interesse público. Ora, a regulação das práticas contratuais serve para isso mesmo. Embora as leis e os regulamentos se observem suficientes para regular abusos e falhas do sistema, por vezes, torna-se necessário recorrer a outras formas de regulação das práticas contratuais, como por exemplo contratos-programa, convenções (relativamente a objetivos específicos) e documentos orientadores sobre diversas matérias.

Já Silva (n.d.) enquadra a necessidade de contratualização na saúde por referência à dificuldade dos seus operadores funcionarem com base em hierarquias rígidas, em grande parte devido à natureza da sua atividade e ao “bem” que produzem. Será por isso, segundo o autor, que a área da saúde foi, de entre as que tradicionalmente se encontram na responsabilidade da esfera pública, a que assistiu a um florescimento mais significativo dos mecanismos tipo mercado nas últimas décadas.

Sustenta ainda que o interesse nos mecanismos de contratualização na área da saúde poderá ser justificado pela inadequação dos mecanismos tradicionais de financiamento retrospectivo, tendo-se optando, então, pelos mecanismos de pagamento prospetivo, de modo a assegurar que a baixa qualidade e as práticas ineficientes não eram recompensadas, enquanto as práticas orientadas para obter ganhos de saúde na população seriam reconhecidas e remuneradas.

Outro aspeto a atender relativamente à contratualização neste sector prende-se com o princípio da separação entre o prestador e o pagador. Este princípio, assenta na identificação de três intervenientes num sistema de saúde, os indivíduos/cidadãos (primeira entidade), os prestadores de cuidados de saúde (segunda entidade) e os pagadores (terceira entidade) (Silva, n.d.).

Neste quadro, a terceira entidade pagadora assume-se como charneira entre os cidadãos e os prestadores de cuidados de saúde, sendo-lhe atribuíveis três funções (Ven, Schut & Rutten, 1994, cit. pelo autor):

- Função agência — no âmbito da qual se espera que atuem como representantes inteligentes do público, com conhecimento sobre as necessidades de saúde da população, podendo agir junto dos prestadores como compradores informados, e por isso mais prudentes, de cuidados de saúde;
- Função seguradora — atuando de forma a reduzir o risco financeiro da utilização da saúde pelos indivíduos (primeira entidade), absorvendo por exemplo os custos dos tratamentos mais caros, bem como a partilhar o risco financeiro dos prestadores (segunda entidade), que ao gerirem as necessidades de saúde de uma população a partir de um orçamento podem ter variações de remuneração de acordo com o tipo e nível dos cuidados que lhes são solicitados;
- Função acesso — deve desempenhar o papel de garantir o acesso aos serviços de saúde para todos os cidadãos.

A contratualização assume, porém, dentro deste mesmo contexto de pagador/prestador, formas distintas. Pode, por exemplo, ser realizada entre partes relativamente autónomas, que pressionam no sentido dos seus interesses de uma forma ativa e forte, ou, por outro lado, com base em contratos com carácter menos formal, em que as partes contratantes têm uma identidade de interesses muito próxima.

Além disso, o relacionamento contratual entre o pagador e o prestador pode desenrolar-se através de diferentes modalidades de pagamento. Pode assentar designadamente:

- em pagamentos por ato, em que um custo específico é atribuído a cada item ou serviço;
- em pagamentos por pacote de cuidados, consistindo no pagamento de um conjunto de serviços a prestar a determinada população;
- em pagamentos globais, em que os pagamentos são ligados a um orçamento global para um serviço/entidade determinado, ou seja, o pagador paga para os utentes terem acesso a um conjunto amplo de serviços a prestar pela instituição (modalidade em uso na RNCCI, não obstante a utilização de atos e pacotes de cuidados para formulação do racional do pagamento global).

A escolha da forma de pagamento não é indiferente quanto às implicações sobre o funcionamento dos serviços de saúde ao nível da eficiência e da efetividade. Destaca Silva (n.d.) que o pagamento por ato cria incentivos para um excesso na prática dos atos contratados, sem correspondência nas necessidades de cuidados de saúde da população utilizadora, gerando, conseqüentemente, um nível de despesa excessivo.

Entre as razões que se podem invocar para subscrever a introdução de relações contratuais nas estruturas tradicionais de gestão dos sistemas de saúde, com financiamento baseado nos impostos, teríamos, segundo o autor, as seguintes:

- Aumentar o desempenho dos prestadores — os contratos permitem ao pagador influenciar o comportamento dos prestadores, que ficam responsáveis financeiramente pela prestação de um nível especificado de cuidados, com determinada qualidade, aos preços negociados ou regulados, estando esta prestação sujeita a monitorização e a avaliação;
- Encorajar a descentralização interna — o facto de existirem especificações claras entre as partes contratantes, acerca dos serviços a serem prestados, em ligação com os recursos financeiros disponíveis, permite também, dentro das instituições prestadoras, proceder à delegação de responsabilidades, devidamente enquadradas em termos financeiros e de resultados, ou seja, promove a contratualização interna;
- Melhorar o planeamento do desenvolvimento dos cuidados de saúde — a contratualização pode encorajar o desenvolvimento de sistemas de informação sobre as necessidades de saúde, resultados dos serviços

de saúde, custos desses serviços e desempenho em termos gerais dos prestadores. Os pagadores, com o conhecimento desta informação e com base nas prioridades estabelecidas, podem pagar seletivamente a prestação de cuidados que melhor vão ao encontro das necessidades da população. Desta forma, os prestadores são motivados economicamente para seguir o plano estratégico, incorporado nos acordos contratuais.

Considera-se ainda que a contratualização pode gerar equidade, já que através do conhecimento prévio das necessidades de cuidados de saúde se pode priorizar os grupos mais desfavorecidos e vulneráveis. No entanto, o estabelecimento de contratos e de mecanismos de mercado pode também ter uma influência perversa na equidade, podendo tornar, por exemplo, os serviços menos lucrativos não prioritários.

O autor salienta que o avanço no sentido de sistemas mais sofisticados de contratualização está limitado por insuficiente informação para uma política de aquisição efetiva, implicando grandes investimentos nos sistemas de informação. Também alerta (em linha com o argumentado por Glennerster e Le Grand, 1995) que a experiência prática de contratualização tem vindo a comprovar que, em termos administrativos, os respetivos processos (com os seus mecanismos de negociação e de avaliação) são mais onerosos que os tradicionais modelos assentes em relações hierárquica, sendo necessário um acréscimo significativo na eficiência e na qualidade para justificar esses custos.

A municipalização da saúde

O Decreto-Lei n.º 23/2019 de 30 de janeiro, publicado no Diário da República n.º 21/2019, Série I, concretiza o quadro de transferência de competências para os órgãos municipais e para as entidades intermunicipais no domínio da saúde, onde merece destaque para o objeto do nosso estudo:

- O artigo 2.º (transferência de competências), nomeadamente a alínea e) (parceria estratégica nos programas de prevenção da doença, com especial incidência na promoção de estilos de vida saudáveis e de envelhecimento ativo).
- O artigo 5.º (objetivos estratégicos), nomeadamente as alíneas a) (promoção da eficácia e eficiência da gestão dos recursos na área da saúde), b) (criação de sinergias e potencialidades resultantes do envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde) e d) (ganhos de eficácia e melhoria dos resultados em saúde no município).
- O artigo 16.º (programas de prevenção da doença, promoção de estilos de vida saudáveis e de envelhecimento ativo), nomeadamente a alínea b) do n.º 2 (articular as atividades de cariz social que desenvolvam no apoio domiciliário a utentes, com as intervenções de saúde, no âmbito

das unidades dos Cuidados de Saúde Primários e da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados).

Segundo Simões (2023) os municípios portugueses são a base territorial da administração pública e têm muitas políticas sociais ou de proximidade adaptadas às necessidades da população e à realidade regional. No âmbito do estudo da transferência de competências da saúde para os municípios o autor procurou analisar o processo de municipalização da saúde sob 3 perspetivas distintas:

- a evolução do processo de transferência;
- a evolução dos custos e transferências anuais da Administração central para os municípios;
- o cumprimento dos requisitos legais, nomeadamente os aspetos relacionados com a Estratégia Municipal de Saúde (EMS) e o Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Alguns dos achados, à data do estudo, foram:

- 86 dos 201 municípios elegíveis aceitaram transferir responsabilidades na saúde, com aumento significativo na população afetada desde 2019 (147,59%).
- Os custos totais aumentaram em média 36,20% devido a negociações entre o Governo e a Associação Nacional de Municípios Portugueses (ANMP).
- No entanto, apenas 11 municípios (12,79%) elaboraram a EMS e 18 (24,93%) criaram o CMS.
- Apenas 7 dos 11 municípios (63,64%) tornaram o EMS público nos seus endereços de internet.

Globalmente, os resultados demonstraram um aumento no número de municípios que aceitaram a transferência de competências na área da saúde ao longo dos anos, refletindo o interesse em ter mais controlo sobre políticas e serviços de saúde locais. Sustenta o autor que a descentralização permite, em teoria, uma gestão mais eficiente dos cuidados de saúde, embora haja preocupações com a distribuição desigual de profissionais de saúde em áreas carentes e possíveis impactos negativos associados.

Metodologia

Para a realização do nosso estudo procedemos a uma análise estatística das variáveis por nós selecionadas, com recurso às funcionalidades do Excel®, da informação constante do anexo I do Despacho n.º 5511/2023 dos Gabinetes do Ministro das Finanças, da Secretária de Estado da Inclusão e do Secretário de Estado da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série de 12 maio.

As informações referentes às forças políticas maioritárias nos municípios foram retiradas do portal da Secretaria-Geral do Ministério da Administração Interna.

Relativamente aos proprietários de cada entidade constante do anexo I, para aferição da sua natureza (por exemplo, exploradas por uma entidade privada ou por uma IPSS, nomeadamente Misericórdias), analisámos os sítios na internet das entidades e cruzámos com os dados fiscais publicamente disponíveis.

Os restantes dados foram extraídos do sítio eletrónico do Pordata®.

Discussão dos resultados

Relativamente à média, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo do número de camas e de valor de financiamento contratualizados encontramos os valores expressos na tabela 1.

Tabela 1 — Média, mediana, desvio padrão, máximo e mínimo

	N.º camas por instituição	Valor de financiamento por instituição
Média	33,85	838 876,86 €
Mediana	30,00	768 675,40 €
Desvio padrão	25,35	832 922,25 €
Valor mínimo	5	202 283,00 €
Valor máximo	182	5 742 413,60 €

Na tabela 1 merece reflexão a expressão do desvio padrão, considerada a média e a mediana, assim como o valor mínimo e máximo. Cremos que os dados que apresentamos adiante poderão trazer alguma luz a esta disparidade.

O Gráfico 2 permite-nos ter uma ideia de como cada organização se posicionou relativamente ao valor médio de camas contratualizadas por instituição e o Gráfico 3 relativamente ao financiamento. É possível encontrar em ambos um *outlier* que certamente influencia os valores médios, além de que o valor da sua expressão justifica uma análise mais aprofundada que o contextualize.

Quanto à distribuição percentual de camas e financiamento entre organizações ligadas às Misericórdias e outras organizações organizámos essa informação na tabela 2.

Tabela 2 — Distribuição do n.º de camas e financiamento contratualizado entre instituições pertencentes às Misericórdias e outras

	Misericórdias		Outras	
	N.º de camas	Valor	N.º de camas	Valor
Valor absoluto	708	21 562 433,40 €	1 120	36 320 069,60 €
Percentagem	38,73%	37,25%	61,27%	62,75%

Embora se verifique uma forte presença de dirigentes da União das Misericórdias Portuguesas na mancha informativa quando o assunto são cuidados continuados, a verdade é que estas representam cerca de 39% das camas contratualizadas ao abrigo da RNCCI.

De forma a se ter uma melhor perceção do que se está a financiar e os custos reais associados à implementação deste tipo de respostas assistenciais, facilitando análises relativas à obtenção de escala, cálculo de margens de lucro e mecanismos de aumento da eficiência, importa também referir os seguintes dados:

- Custo médio^[2] unitário anual por cama: 31 664,39 €
- Custo médio unitário mensal por cama: 2 638,70 €
- Custo médio unitário diário por cama: 86,75 €

Segundo Oliveira (2013) o custo inicial por cama no investimento para construção de uma estrutura residencial para idosos com uma lotação de 35 camas será 21.000 €, pelo que podemos assumir o custo médio unitário anual por cama estará ajustado, sem prejuízo das especificidades dos utentes das diferentes tipologias de unidades da RNCCI, que fazem variar as necessidades em cuidados e, por essa via, das tipologias de profissionais necessários (com repercussão nos custos fixos em recursos humanos).

No respeitante à distribuição de camas e financiamento entre municípios liderados pelo Partido Socialista e pelo Partido Social Democrata os resultados estão expressos na tabela 3.

2. Nos cálculos que realizámos não distinguimos entre as diferentes tipologias de unidades, cujas camas são financiadas a valores diferentes. Assim, calculámos estes valores englobando as tipologias UC, UMDR e ULDM.

Tabela 3 — Distribuição do n.º de camas e do financiamento das camas da RNCCI por autarquias em função da força política que os lidera

	N.º de camas		Financiamento	
	Total	Percentagem	Total	Percentagem
PS	1052	57,55	33 430 583,60 €	57,76
PSD	776	42,45	24 451 919,40 €	42,24

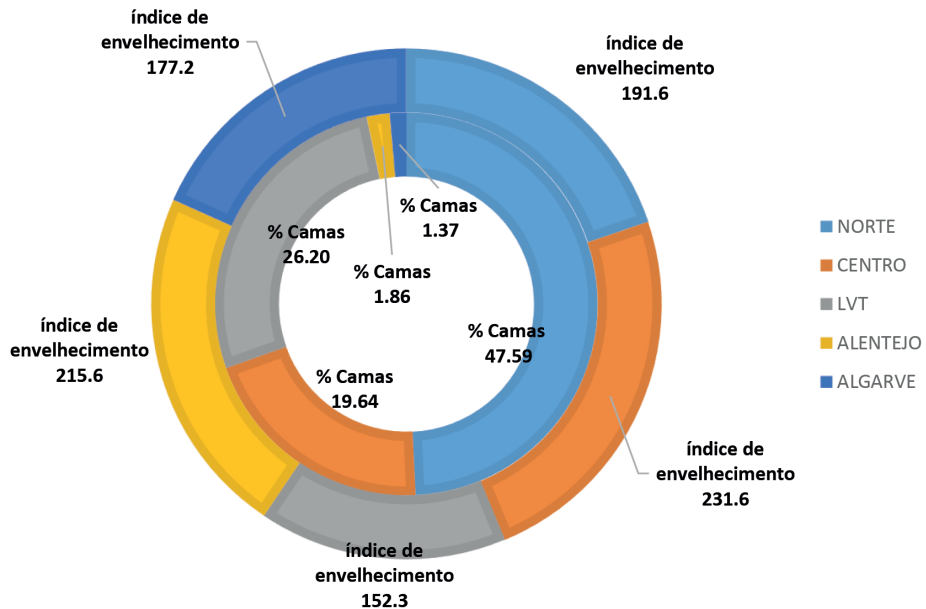
Nas últimas eleições autárquicas, em 2021, o PS teve 2,1 vezes mais câmaras que o PSD. Os dados da tabela 3 mostram-nos que as câmaras do PS tiveram 1,35 vezes mais camas que as do PSD e que o financiamento foi 1,37 vezes superior.

No respeitante à distribuição de camas e financiamento entre as administrações regionais de saúde e respetivos índices de envelhecimento, os resultados são os constantes da tabela 4 e do Gráfico 1.

Tabela 4 — Distribuição de camas e financiamento por ARS e respetivo índice de envelhecimento

	N.º de camas		Financiamento		Índice de envelhecimento
	Total	Percentagem	Total	Percentagem	
NORTE	870	47,59	28 088 239,20 €	48,53	191,6
CENTRO	359	19,64	10 883 175,80 €	18,80	231,6
LVT	479	26,20	15 101 714,40 €	26,09	152,3
ALENTEJO	34	1,86	1 375 524,40 €	2,38	215,6
ALGARVE	25	1,37	753 287,00 €	1,30	177,2

Gráfico 1 – Relação entre a percentagem de camas por ARS e respetivo índice de envelhecimento



De entre os municípios com entidades financiadas ao abrigo do Despacho n.º 5511/2023 de 12 de maio, apenas 14, correspondendo a 28,57% do total de 49, se encontram na metade superior do índice de envelhecimento nacional^[3].

O município com menor índice de envelhecimento do país tem 9,96% do total de camas contratualizadas e apenas 1 município dos 20 com maior índice de envelhecimento do país tem camas contratualizadas.

Se procurarmos estabelecer uma relação entre o n.º de camas contratualizadas e o n.º de habitantes no concelho ≥ 65 anos obtemos o Gráfico 4. Deste gráfico destaca-se um R^2 de 0,0811 e um valor do teste F de 1,6344E-120, o que nos demonstra que existe uma correlação linear estatisticamente significativa entre as variáveis, mas que essa correlação tem um impacto prático pequeno, uma vez que o modelo explica apenas uma fração modesta da variação total (8,11%).

Portanto, embora a relação entre as variáveis seja estatisticamente demonstrada, a magnitude dessa correlação é baixa.

Se procurarmos estabelecer uma relação entre a posição no ranking de envelhecimento nacional (quanto menor o índice de envelhecimento mais alta a sua posição no ranking, sendo o 1.º concelho do ranking aquele que apresenta menor

3. Dividindo todos os municípios portugueses em dois grupos, sendo um grupo constituído por 50% dos municípios com maior índice de envelhecimento e o outro por 50% dos municípios com menor índice de envelhecimento, apenas 28,75% dos municípios com entidades financiadas ao abrigo do Despacho n.º 5511/2023 de 12 de maio se encontram na metade de município com maior índice de envelhecimento.

índice de envelhecimento) de cada concelho com entidades financiadas e o respetivo n.º de camas contratualizadas, obtemos o Gráfico 5. Deste gráfico destaca-se um R^2 de 0,1069 e um valor do teste F de 1,71412E-13, o que nos demonstra que existe uma correlação linear estatisticamente significativa entre as variáveis, mas que essa correlação tem um impacto prático pequeno, uma vez que o modelo explica apenas uma fração modesta da variação total (10,69%).

Portanto, embora a relação entre as variáveis esteja estatisticamente demonstrada, o impacto prático dessa relação é limitado.

Gráfico 2 — N.º de camas da RNCCI contratualizadas por entidade pelo Estado

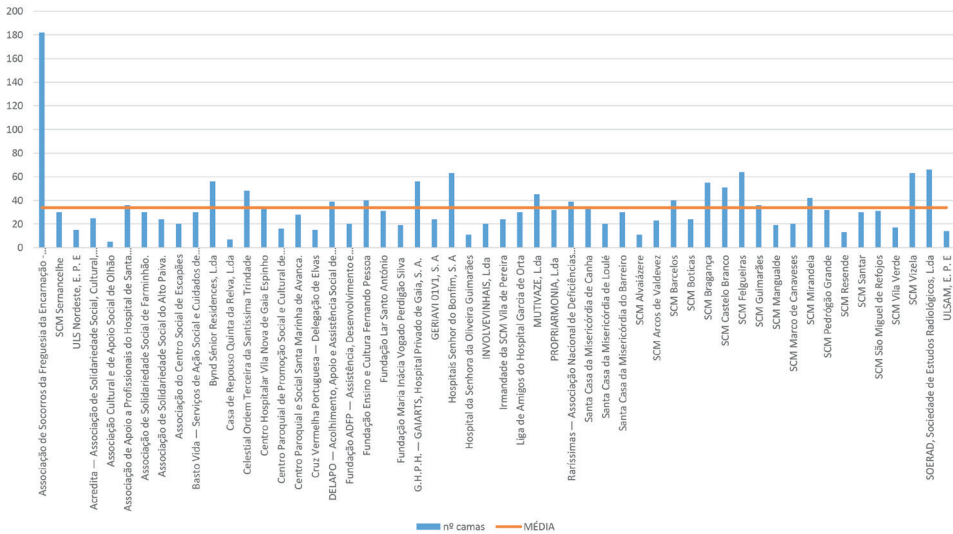


Gráfico 3 — Financiamento para 2023 por instituição

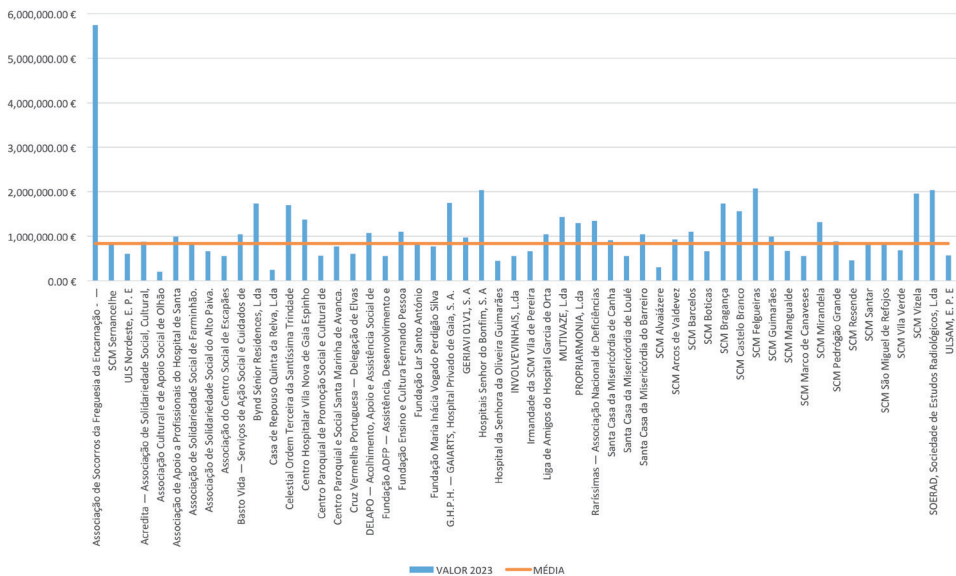


Gráfico 4 — Relação entre o n.º de camas contratualizadas e o n.º de habitantes no concelho com idade ≥ 65 anos

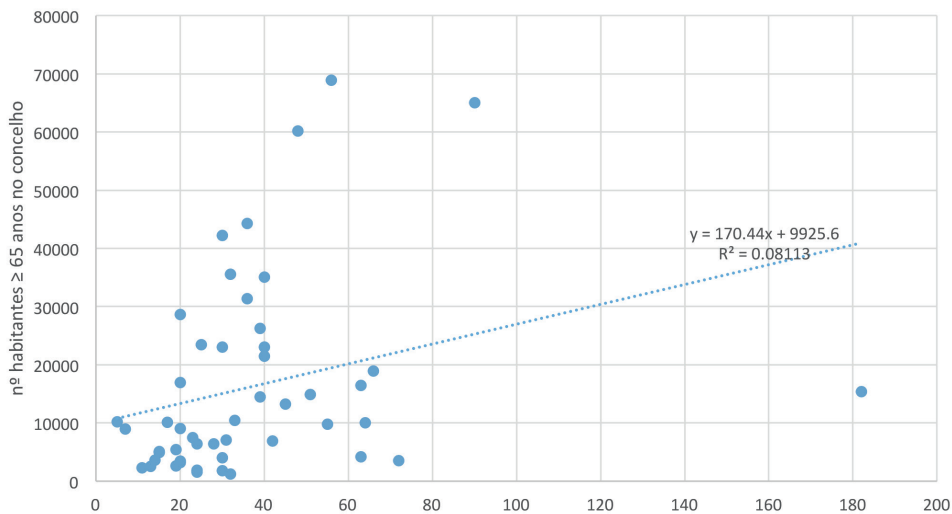
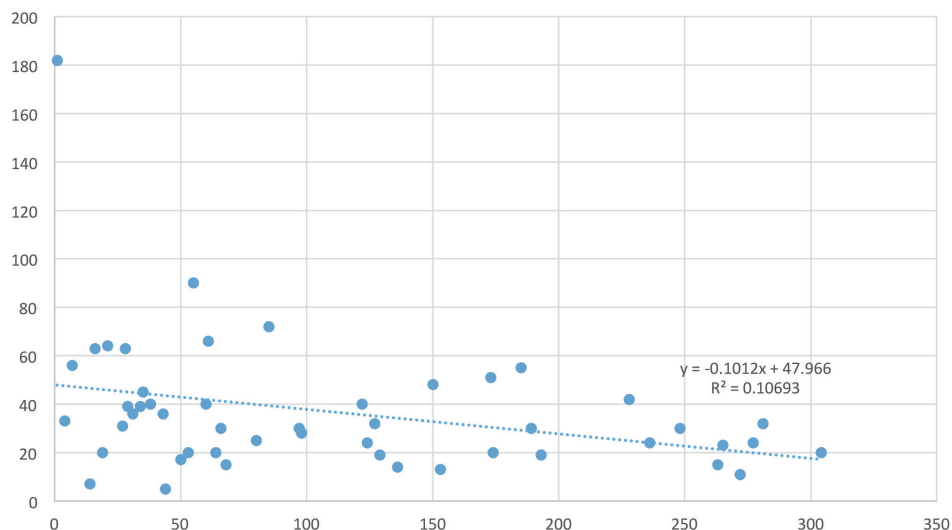


Gráfico 5 — Relação entre posição no ranking de envelhecimento nacional e o n.º de camas contratualizadas



Conclusões

Partindo das nossas questões iniciais e do nosso enquadramento concetual, podemos afirmar com base nos dados recolhidos e analisados que:

- Em matéria de eficiência da Administração Pública, a solução em vigor para disponibilização de vagas na RNCCI por intermédio da sua contratualização com o setor social e privado apresenta evidências que precisam de aprofundamento para melhor se entender de que forma a resposta às necessidades em cada área geográfica estão, ou não, adequadas;
- Em termos de economicidade da Administração Pública, parece-nos haver alguma evidência de que a mesma está a ser prosseguida com os termos de referência em uso para a contratualização de vagas na RNCCI.
- O modelo seguido em termos de processo de contratualização permite agilizar a organização da Administração Pública de forma a aproximar os serviços às populações, embora existam *outliers* nos dados que devem merecer estudos mais aprofundados. Por exemplo, uma elevada concentração de vagas num dos concelhos com menor índice de envelhecimento suscita algumas reflexões, desde logo o impacto que tem em termos da distância dos utilizadores de tal serviço relativamente ao seu local de origem, partindo do princípio que a alocação dos utilizadores à RNCCI se faz mediante critérios transversais, imparciais e assentes

na necessidade do serviço, conforme estabelecido nos regulamentos internos da RNCCI.

- Não fica claro, nos dados e documentos apreciados, (onde se incluiu a diretiva técnica n.º1 UMCCI de março 2011, referente a utentes referenciados para unidades de internamento da RNCCI à espera de vaga; a circular informativa Conjunta n.º 08/2022/ACSS/ISS RNCCI, referente à reserva de lugar em unidades de internamento; a circular normativa conjunta n.º 4/2020/ACSS/ISS, referente aos módulos de preenchimento obrigatório no sistema de informação da RNCCI; a circular normativa conjunta n.º 16/2019/ACSS/ISS, referente à tabela nacional de funcionalidade/módulos de preenchimento obrigatório no sistema de informação da RNCCI; a circular informativa n.º 1/2017, referente aos indicadores da RNCCI) que o modelo de contratualização por nós apreciado vá de encontro aos seguintes objetivos gerais de um modelo de contratualização na área da saúde, designadamente:
 - ◇ Promover o nível de saúde da população;
 - ◇ Promover o acesso e o desempenho assistencial das instituições;
 - ◇ Melhorar o controlo financeiro das instituições;
 - ◇ Incentivar a articulação das instituições hospitalares com os prestadores de cuidados primários e cuidados continuados;
- No entanto, consideramos que o modelo analisado permite alavancar os seguintes objetivos de um modelo de contratualização na área da saúde:
 - ◇ Definir preços e fazer previsão de custos;
 - ◇ Promover a eficiência na utilização de recursos das instituições;
- Consideramos que o modelo de contratualização por nós analisado não incorpora de forma substantiva o estabelecido no artigo 16.º do Decreto-Lei n.º 23/2019 de 30 de janeiro (quadro de transferência de competências para os órgãos municipais e para as entidades intermunicipais no domínio da saúde), desde logo por não se extrair evidência de qualquer relevância atribuída às Estratégias Municipais de Saúde dos concelhos envolvidos.

Face aos argumentos expostos, parece-nos pertinente aprofundar em trabalhos futuros de que forma as necessidades em cuidados continuados da população de determinada área geográfica, que pode ter como referência as áreas de abrangências das Unidades Locais de Saúde, conforme disposto no Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, publicado no Diário da República n.º 215/2023, Série I, encontram resposta nas vagas contratualizadas pela RNCCI, bem como, o nível de participação das autarquias locais, no espírito do disposto no Decreto-Lei n.º 23/2019 de 30 de janeiro, publicado no Diário da República n.º 21/2019, Série I. Acima de tudo, preocupa-nos a forma como os fundamentos subjacentes às decisões de investimento

financeiro por parte do Estado são traduzíveis, compreensíveis e comunicáveis a todas as partes interessadas através de mecanismos simples na quantidade de indicadores mas densos na pertinência da informação produzida.

Além da questão explorada no presente estudo, de análise da cobertura das necessidades em cuidados continuados da população por meio dos contratos celebrados entre a Administração Pública e entidades privadas e do setor social, é nossa convicção que o raciocínio subjacente à nossa análise, de cruzamento de dados constantes de documentos oficiais que traduzem a ação da Administração Pública com indicadores ou enquadramentos concetuais estabelecidos por partes interessadas, pode ser aprofundado e alargado a outros domínios de ação do Estado, na senda do que se convencionou denominar de *open source intelligence*, alavancado pelas potencialidades da Inteligência Artificial para o tratamento de *Big Data*.

Data de receção: 06/02/2025

Data de aceitação: 13/10/2025

Referências bibliográficas

- Almeida, L. F. M., Maia, T., Costa, C. S., & Grilo, F. (2023). Descentralização da saúde nos municípios portugueses e a perceção das assembleias municipais. In *Municípios e Saúde* (pp. 145–161).
- Antunes, A., et al. (2011). Contratualização em saúde: Efetividade do sistema de incentivos. In *8.º Congresso Nacional de Administração Pública* (pp. 191–214). Recuperado de <https://repap.ina.pt/server/api/core/bitstreams/42ae1aod-9aef-430f-bobo-219957cef2bc/content>
- Costa, D. (n.d.). *Parcerias público-privadas: Fiscalização e controlo da execução das parcerias*. Recuperado de https://igf.gov.pt/inftecnica/75_anos_IGF/danielcosta/danielcosta_tema.htm
- Freitas, P., & Escoval, A. (2010). A transparência na contratualização em saúde e o papel dos cidadãos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 129–139.
- Gomes, B. (2018). *Do betão para o coração*. Chiado Books.
- Gonçalves, L. (2013). *Contratualização e nova gestão pública no setor da saúde – Uma experiência em dois centros de responsabilidade hospitalares* [Tese de mestrado, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra].
- Oliveira, J. (2013). *Plano de negócio de um lar de idosos no distrito de Lisboa* [Tese de mestrado, ISCTE-IUL].
- Silva, P. (n.d.). *A introdução de mecanismos de contratualização no interior da administração pública*. Recuperado de https://igf.gov.pt/inftecnica/75_anos_IGF/paulosilva/paulosilva_tema.htm

Simões, L. (2023). *Descentralização de competências na área da saúde nos municípios portugueses: um primeiro retrato* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia]. Recuperado de <https://hdl.handle.net/10316/112980>

Tribunal de Contas. (2004). *A relação dos tribunais de contas com o controlo interno*. Recuperado de https://www.oisccplp.org/wp-content/uploads/sites/5/2022/03/Tema-I-Portugal-A-Rela__o.pdf

Sobre o autor

BRUNO NORONHA GOMES é enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais. Realizou a escolaridade obrigatória no Colégio Militar, após a qual ingressou na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa para realizar a licenciatura em Enfermagem. Especializou-se em Enfermagem de Reabilitação, área na qual também realizou um mestrado no Instituto Politécnico de Bragança. Adicionalmente, realizou um mestrado em Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos no ISCSP, uma pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde na ENSP e outra em Digitalização da Administração Pública no ISCTE. Foi vice-presidente da Ordem dos Enfermeiros no mandato 2011-2014 e técnico especialista no gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde entre 2015 e 2017. Em 2018 ingressou na DGRSP. Escreveu o livro “Do Betão para o Coração”, relacionado com a perspectiva das cidades saudáveis nas políticas públicas autárquicas.

[ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-7315-837X>]

About the author

BRUNO NORONHA GOMES is a nurse specializing in Rehabilitation Nursing at the General Directorate of Reintegration and Prison Services. He completed his compulsory education at the Military College, after which he enrolled at the Lisbon School of Nursing to pursue a bachelor's degree in nursing. He specialized in Rehabilitation Nursing, a field in which he also completed a master's degree at the Polytechnic Institute of Bragança. He also completed a master's degree in human resource development policies at ISCSP, a postgraduate degree in Health Services Management at ENSP, and another in Digitalization of Public Administration at ISCTE. He was vice-president of the Order of Nurses from 2011 to 2014 and a technical specialist in the office of the Deputy Secretary of State for Health from 2015 to 2017. In 2018, he joined the DGRSP. He wrote the book “Do Betão para o Coração,” which explores the perspective of healthy cities in municipal public policies.

[ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-7315-837X>]