



Previne Brasil



FAQ do Novo Modelo de Financiamento de Custeio da Atenção Primária à Saúde

PORTARIA Nº 2.979 DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019

As perguntas e respostas abaixo tratam de dúvidas sobre a mudança de modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, instituído pela Portaria nº, de 2.979 de 12 de novembro de 2019. Este FAQ está dividido em quatro blocos de questões. O primeiro responde às **dúvidas gerais** relacionadas à mudança do modelo de financiamento. Já o segundo bloco traz respostas aos questionamentos a respeito da **Capitação Ponderada**. O terceiro dispõe sobre o **Pagamento por Desempenho**, e o quarto bloco aborda as dúvidas relacionadas aos **Incentivos para Ações Estratégicas**.

DÚVIDAS GERAIS

1. Quais são as mudanças do novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária?

Até 31 de dezembro de 2019, o financiamento da Atenção Primária era composto pelos PABs Fixo e Variável. O PAB Fixo é obtido multiplicando a população residente do município pelo valor *per capita* que varia entre R\$ 23 e R\$ 28. Para esse cálculo, é usada a estimativa populacional de 2016 do IBGE e a distribuição dos municípios em quatro faixas, de acordo com os seguintes indicadores: PIB *per capita*, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com Bolsa Família, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica. O PAB Variável depende de credenciamento e implantação de estratégias e programas, tais como Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Saúde Bucal (eSB) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), entre outros. Resumidamente, o financiamento do PAB é baseado na lógica *per capita* populacional e por adesão de estratégias. O novo modelo de financiamento de custeio da APS é um modelo misto de pagamento que busca estimular o alcance de resultados e é composto pelos seguintes componentes: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

2. Quando se inicia o novo modelo?

O novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária terá início na competência financeira janeiro de 2020.

3. Será necessário fazer adesão ao novo modelo de financiamento?

Não será necessário fazer adesão ao novo modelo, pois todos os municípios já começarão a transição a partir da competência financeira janeiro de 2020, isto é, a partir de 1º de janeiro de 2020.

4. Como será a transição entre o modelo atual e o novo modelo de financiamento?

Existem duas estratégias de transição para dois grupos diferentes de municípios.

1 - Para os municípios que têm previsão de manutenção ou aumento de repasses com o novo modelo, a transição será da seguinte forma:

- **Para a Capitação Ponderada:** a partir da competência financeira janeiro de 2020 até a competência financeira abril de 2020, o repasse considerará como se todas as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária tivessem cadastrado todas as pessoas esperadas de acordo com o Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe, descrito no anexo da portaria do novo financiamento, aplicando os pesos de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica. Esse cálculo é chamado de valor cheio da capitação. A partir da competência financeira maio de 2020, o valor considerará o quantitativo real de pessoas cadastradas nas equipes.
- **Para o Pagamento por Desempenho:** a partir da competência financeira janeiro de 2020 até a competência financeira agosto de 2020, será mantido o repasse do PMAQ para as equipes certificadas pelo programa. A partir da competência financeira setembro de 2020, o valor considerará o resultado real dos indicadores alcançados por todas as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Brasil, desde que credenciadas e cadastradas no SCNES. Isso quer dizer também que equipes que não participaram do PMAQ somente receberão pagamento por desempenho a partir da competência financeira de setembro de 2020.
- **Para o Incentivo para Ações Estratégicas:** a partir da competência janeiro de 2020, os repasses desses incentivos seguirão conforme suas portarias específicas.
- Além desses 3 tipos de repasse, para a transição também haverá o **incentivo financeiro per capita de transição:** será transferido o valor *per capita* anual de R\$5,95 de acordo com a população IBGE 2019 do município, ao longo das 12 competências financeiras do ano de 2020.

2 - Para os municípios que têm previsão de decréscimo de repasses com o novo modelo, Ministério da Saúde manterá, ao longo de 2020, os valores referentes a 2019 com a seguinte estratégia de transição:

- O Ministério da Saúde identificará a competência financeira de 2019 em que o município recebeu o maior valor de repasse financeiro de custeio. Essa análise não considerará os repasses referentes às estratégias e programas que se enquadram nos **Incentivo para Ações Estratégicas**. O repasse desse

maior valor será mantido ao longo das 12 competências de 2020. Caso o município tenha interesse em encurtar essa transição, poderá optar a qualquer momento por mudar para o novo modelo (capitação ponderada + pagamento por desempenho + incentivos para ações estratégicas).

5. Como saber se o município tem previsão de decréscimo no valor de repasse com o novo financiamento e se terá os valores de 2019 mantidos ao longo de 2020?

Em breve o Ministério da Saúde publicará a lista dos municípios com todos os municípios com previsão de decréscimo no valor de repasse com o novo financiamento.

CAPITAÇÃO PONDERADA

6. Como funciona a Capitação Ponderada?

A capitação ponderada é um tipo de repasse calculado com base no número de pessoas cadastradas e sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Primária credenciadas. Ela considera fatores de ajuste como a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil de idade e a classificação rural-urbana do município.

7. Que sistema será utilizado para os cadastros das pessoas acompanhadas pelas equipes?

As equipes poderão registrar as informações de cadastro por meio do sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS), Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou sistemas próprios/terceiros. Os cadastros serão monitorados pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab).

8. Para a capitação ponderada é necessário que as equipes estejam cadastradas no SCNES?

Sim. Para que as pessoas cadastradas nas equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária sejam contabilizadas para cálculo do repasse financeiro, primeiramente as equipes precisam estar credenciadas pelo Ministério da Saúde e cadastradas no SCNES.

9. Que tipo de cadastro valerá para a capitação ponderada?

Para o cálculo da capitação ponderada serão utilizados os cadastros individuais e cadastros simplificados. O cadastro individual pode ser feito por todos os profissionais das equipes, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde. Já o cadastro simplificado pode ser feito durante o contato com o cidadão nos serviços de atenção primária pelos profissionais das equipes nos sistemas de prontuário eletrônico. Lembrando que apenas serão contabilizados cadastros com o preenchimento do Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou um CPF válidos.

10. Como as equipes de Atenção Primária farão o cadastro da população?

As equipes de Atenção Primária farão o cadastro da população da mesma forma que as equipes de Saúde da Família, utilizando os cadastros individuais ou cadastros simplificados. O cadastro individual pode ser feito por todos os profissionais das equipes tanto na unidade de saúde quanto nas visitas domiciliares. Já o cadastro simplificado pode ser feito durante o contato com o cidadão nos serviços de atenção primária pelos profissionais das equipes nos sistemas de prontuário eletrônico.

11. Os cadastros passam por alguma validação na base de dados federal?

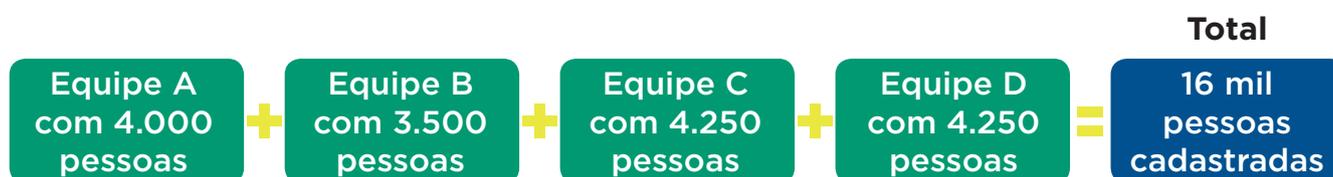
Sim. As validações dos cadastros são as mesmas que ocorrem para os outros dados/fichas enviadas ao Sisab. As validações são: validação das informações de profissionais, equipes e estabelecimentos; data da realização do cadastro; e duplicidade do registro enviado, além da validação do CNS.

12. O que é o quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de que fala a portaria do novo financiamento?

Esse é o potencial de pessoas cadastradas por equipe que será considerado para cálculo da capitação ponderada. **Não** é um quantitativo obrigatório de pessoas por equipe, e também **não** é o quantitativo máximo de pessoas cadastradas por equipe, trata-se de um parâmetro médio de pessoas por equipe dentro de cada município. Esse parâmetro considera a classificação geográfica do município (de acordo com a tipologia rural-urbana definida pelo IBGE) e os tipos de equipes que o município possui.

Exemplo: um município urbano tem 4 equipes de Saúde da Família. De acordo com a portaria do novo financiamento, para essa classificação geográfica (urbano) e para esse tipo de equipe (eSF), o quantitativo potencial de pessoas cadastradas é de 4 mil pessoas por equipe.

Sendo assim, para cálculo do repasse da capitação ponderada, será considerado para esse município o cadastro de até de 16 mil pessoas (4 eSF x 4 mil pessoas = 16 mil pessoas). A quantidade de pessoas cadastradas nas equipes pode variar, porém sempre será considerado o limite de 16 mil pessoas nesse município, como no exemplo abaixo:



13. Os cadastros passam por alguma validação na base de dados federal?

Para o cálculo da capitação ponderada não há limite de pessoas cadastradas por equipe, entretanto há limite de pessoas cadastradas por município. Para fins do repasse, esse limite por município será igual ao número de equipes (eSF e eAP) multiplicado pelo Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe.

- Se o limite de pessoas cadastradas por município for maior do que o número de habitantes do município de acordo com o IBGE, o total da população IBGE será o limite considerado.
- Se o município cadastrar mais pessoas do que seu limite, este será respeitado priorizando os cadastros das pessoas com vulnerabilidade socioeconômica, com até 5 anos ou com 65 anos ou mais

Exemplo: um município urbano tem 4 equipes de Saúde da Família. Para essa classificação geográfica (urbano) e para esse tipo de equipe (eSF), o quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe é de 4 mil pessoas. Sendo assim, para cálculo do repasse da capitação ponderada, será considerado para esse município o limite de cadastro de até 16 mil pessoas (4 equipes x 4 mil pessoas = 16 mil pessoas).

- Vamos considerar que o município tenha 15 mil habitantes, o limite de cadastro desse município será 15 mil.
- Em outra situação, esse município tem população de 17 mil habitantes. Aqui, mesmo que o município cadastre 17 mil pessoas, serão consideradas para fins de repasse 16 mil cadastros (4 equipes x 4 mil cadastros), priorizando as pessoas com vulnerabilidade socioeconômica e dentro do perfil demográfico de faixa etária (com até 5 anos ou com 65 anos ou mais). Para receber o valor da capitação referente a estas 1 mil pessoas excedentes será necessária a implantação de mais 1 eSF ou mais 1 eAP.

14. Qual será a periodicidade do cálculo e do repasse da capitação ponderada?

Os valores da capitação ponderada serão recalculados a cada 4 competências e serão transferidos mensalmente.

Por exemplo: Os cadastros realizados até a competência abril serão considerados para calcular os valores da capitação ponderada transferidos mensalmente nas 4 competências seguintes (maio, junho, julho e agosto). Os cadastros realizados até a competência agosto serão considerados para calcular os valores da capitação ponderada transferidos mensalmente nas 4 competências seguintes (setembro, outubro, novembro e dezembro), e assim sucessivamente. Lembrando que os cadastrados são contabilizados cumulativamente, ou seja, os cadastros inseridos em janeiro se somam aos de fevereiro, e assim por diante.

15. Como será o financiamento das equipes de Atenção Primária na capitação ponderada? Será o mesmo valor da eSF?

O método de cálculo da capitação ponderada para as equipes de Atenção Primária é o mesmo da equipe de Saúde da Família: calculado com base no número de pessoas cadastradas nas equipes, considerando fatores de ajuste como a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil de idade e a classificação rural-urbana do município. Porém, para as equipes de Atenção Primária, o Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe é menor e proporcional à sua carga horária.

Exemplo: em **municípios urbanos** o Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe é de:

- 4 mil pessoas por equipe de Saúde da Família com carga horária de 40

horas semanais;

- 2 mil pessoas por equipe de Atenção Primária com carga horária de 20 horas semanais; e
- 3 mil pessoas por equipe de Atenção Primária com carga horária de 30 horas semanais.

PAGAMENTO POR DESEMPENHO

16. O que será considerado para cálculo do valor do pagamento por desempenho?

Para cálculo do valor do pagamento por desempenho, serão considerados os resultados dos indicadores alcançados pelas equipes. Para tanto, é importante que as equipes registrem e enviem seus dados e informações de produção, bem como organizem o processo de trabalho para melhoria do desempenho.

17. Qual será a periodicidade do cálculo e do repasse do pagamento por desempenho?

Os valores do pagamento por desempenho serão recalculados a cada 4 competências e serão transferidos mensalmente. A melhora ou piora nos resultados dos indicadores ao longo dessas 4 competências resultarão em mudanças nos valores repassados.

Por exemplo, os resultados alcançados nos indicadores durante as competências janeiro, fevereiro, março e abril serão considerados para calcular os valores do pagamento por desempenho transferidos mensalmente nas 4 competências seguintes (maio, junho, julho e agosto), e assim sucessivamente.

18. Ainda existirá avaliação externa (entrevista com as equipes)?

Não. Para o novo pagamento por desempenho serão considerados apenas os resultados alcançados nos indicadores que serão verificados pelo Sisab.

19. Será necessário fazer adesão para o pagamento por desempenho?

Não será necessário fazer adesão. Todas as equipes de Saúde da Família, equipes de Atenção Primária e equipes de Saúde Bucal credenciadas e cadastradas no SCNES serão avaliadas, e seus resultados nos indicadores, utilizados para o pagamento por desempenho.

20. O gestor municipal poderá instituir pagamento por desempenho aos profissionais? E como ficará o pagamento por desempenho aos profissionais com recursos do PMAQ a partir do novo modelo?

Municípios têm autonomia para estabelecer pagamento por desempenho aos profissionais. O município que tiver normativa própria para pagamento por desempenho aos profissionais vinculados aos recursos do PMAQ precisará avaliar o interesse em manter tal pagamento e a necessidade administrativa e jurídica de alteração de suas normativas locais.

21. Quais serão os indicadores avaliados, bem como suas metas e valores?

Os indicadores, metas e valores serão publicados em portaria e detalhados em Ficha de Qualificação a ser disponibilizada pelo Ministério da Saúde. Até 2022 estão previstos 21 indicadores que combinarão as ações relativas a:

- Gestantes
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Doenças Crônicas
- Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
- Tuberculose
- Saúde Bucal
- Saúde Mental
- Indicadores Globais

INCENTIVO PARA AÇÕES ESTRATÉGICAS

22. Como será o financiamento das ações, programas e estratégias contemplados nos incentivos para ações estratégicas?

O financiamento dessas ações, programas e estratégias continuará seguindo o regramento vigente nas portarias que os instituíram.

23. Como as equipes multiprofissionais se encaixam no novo modelo de financiamento de custeio da APS?

Para as equipes multiprofissionais, a lógica do novo financiamento deixa de ser somente pela existência dos profissionais cadastrados no SCNES e passa a ser fundamentada no desempenho e alcance de resultados em saúde (indicadores do pagamento por desempenho). Compreendendo que o novo modelo é focado na pessoa assistida, nenhum componente do novo financiamento é exclusivo de determinado profissional ou equipe, pelo contrário, as equipes multiprofissionais são importantes para o desempenho da atenção primária do município em todos os componentes. A melhoria dos indicadores em saúde está diretamente relacionada à capacidade resolutiva das equipes, às ações e serviços que ofertam e aos profissionais que as compõem.