



**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**



V Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

**Pagamento em Função do Desempenho nos Cuidados
de Saúde Primários:
Três Serviços Nacionais de Saúde, Três Experiências**

Orientador:

Professor Doutor Julian Perelman

Elisabete Maria de Jesus Teixeira de Sousa

Lisboa, Agosto de 2011



**Pagamento em Função do Desempenho nos Cuidados de
Saúde Primários:
Três Serviços Nacionais de Saúde, Três Experiências**

Elisabete Maria de Jesus Teixeira de Sousa

Trabalho de Projecto para a obtenção do
Grau de Mestre em Gestão da Saúde,
na Escola Nacional de Saúde
da Universidade Nova de Lisboa,
ao abrigo do art. n.º 23 do Decreto-Lei n.º 74/2006,
de 24 de Março, publicado no D.R. n.º 60,
Série I – A de 2006-03-24.

**“Não sou nada.
Nunca serei nada.
Não posso querer ser nada.
À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo.”
(Fernando Pessoa)**

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho não seria possível sem o contributo de todos aqueles que comigo caminharam.

Agradeço em primeiro lugar, ao Professor Doutor Julian Perelman pela disponibilidade demonstrada desde o primeiro momento, pela orientação, pela partilha de ideias e pelo incentivo e entusiasmo.

Agradeço à Dr.^a Isabel Andrade, responsável pelo Centro de Documentação e Informação, pela disponibilidade e pela preciosa ajuda no esclarecimento de dúvidas e na correcção das referências bibliográficas.

Agradeço à D.Manuela Santos, secretária do curso de Mestrado em Gestão da Saúde, a preocupação sempre demonstrada e o apoio e dedicação no processo de esclarecimento das mais diversas dúvidas.

Agradeço às minhas colegas de mestrado por todos os momentos vividas, pelo carinho, pela partilha e pelo incentivo, em especial à Cristiana, à Elsa, à Helena e à Telma.

Agradeço à minha família, em especial à minha mãe, ao meu pai e à Filipa, a paciência, a compreensão e todos aqueles mimos que foram essenciais e me deram motivação.

Agradeço aos meus amigos, aqueles de todas as horas e de sempre, a presença constante, o apoio incondicional e a coragem que sempre me deram.

RESUMO

A atribuição de incentivos financeiros em função do desempenho e do alcance de metas de qualidade, aos prestadores e especificamente aos médicos constitui um dos principais paradigmas das reformas dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) que ocorrem em diversos países. O *pay for performance* (P4P) - pagamento em função do desempenho tem sido considerado, a nível internacional, como uma estratégia capaz de imputar mais qualidade, eficiência, acessibilidade e equidade aos CSP, pilares fundamentais na prossecução dos objectivos dos sistemas de saúde. Recompensar financeiramente os prestadores de cuidados pelos resultados em saúde e pela concretização de metas específicas, que reflectem prioridades assistenciais é uma forma de promover a satisfação profissional e estimular o envolvimento no processo de cuidados e nas novas formas de governação clínica.

O interesse em desenvolver uma comparação internacional e em particular, através de três sistemas de saúde com serviço nacional de saúde (SNS) no âmbito da caracterização do impacto da implementação do P4P nos CSP prende-se com a importância atribuída aos contributos das experiências do P4P decorridas em diferentes países, onde os mesmos objectivos foram procurados de formas diferentes e obtiveram resultados diferentes.

A implementação de programas de P4P no Reino Unido, na Nova Zelândia e em Portugal é geradora de melhorias na qualidade assistencial e nos resultados em saúde, determinadamente influenciados pelos contextos e processos de implementação dos programas de P4P, bem como, pela magnitude dos incentivos financeiros.

Palavras-Chave: pagamento em função do desempenho, incentivos à qualidade, incentivos financeiros, cuidados de saúde primários

ABSTRACT

The assignment of financial incentives to providers, especially physicians, on performance and achievement of quality targets, is one of the main paradigms of Primary Health Care (PHC) reforms that occur in several countries. *Pay for performance* (P4P) has been internationally considered as a strategy able to allocate more quality, efficiency, accessibility and equity for PHC. These are fundamental pillars of the health systems. Financial rewarding of health care providers by health outcomes and the achievement of specific targets, that reflect major priorities is a way to promote job satisfaction and stimulate the development in care process and new forms of clinical governance.

International comparisons, and in particular, the comparison of three National Health Services (NHS) is highly relevant to, characterize the impact of implementing P4P in the PHC. Indeed, we are able to observe the contribution of P4P experiences in different countries where objectives have been similar but reforms have been implemented differently, with different outcomes.

The implementation of P4P programs in United Kingdom, New Zealand and Portugal generates improvements in quality of care and health outcomes, decisively influenced by the contexts, the P4P implementation process and the magnitude of financial incentives.

Keywords: pay for performance, quality incentives, financial incentives, primary health care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	9
1 IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	9
2 FORMAS DE PAGAMENTO AOS PRESTADORES	10
2.1 PAGAMENTO POR ACTO	10
2.2 CAPITAÇÃO	11
2.3 SALÁRIO	12
3 PAGAMENTO EM FUNÇÃO DO DESEMPENHO - P4P	12
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	16
1 MÉTODO	16
2 TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS	17
3 ANÁLISE DOS DADOS	17
CAPÍTULO III – CARACTERIZAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO P4P: REINO UNIDO, NOVA ZELÂNDIA E PORTUGAL	18
1 REINO UNIDO	18
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	18
1.1.1 <i>Financiamento</i>	18
1.1.2 <i>Despesa</i>	18
1.1.3 <i>Contratualização</i>	19
1.1.4 <i>Prestadores</i>	19
1.1.5 <i>Pagamento dos Prestadores</i>	20
1.1.6 <i>Liberdade de Escolha do Cidadão</i>	21
1.2 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	21
1.3 CONTEXTO DE IMPLEMENTAÇÃO DO P4P	22
1.4 IMPLEMENTAÇÃO DO P4P	24
1.5 MONITORIZAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO P4P	31
2 NOVA ZELÂNDIA	32
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	32
2.1.1 <i>Financiamento</i>	32
2.1.2 <i>Despesa</i>	33
2.1.3 <i>Contratualização</i>	34
2.1.4 <i>Prestadores</i>	34
2.1.5 <i>Pagamento dos Prestadores</i>	34
2.1.6 <i>Liberdade de Escolha do Cidadão</i>	35

2.2	CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	35
2.3	CONTEXTO DE IMPLEMENTAÇÃO DO P4P	38
2.4	IMPLEMENTAÇÃO DO P4P	38
2.5	MONITORIZAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO P4P	45
3	PORTUGAL.....	46
3.1	CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	46
3.1.1	<i>Financiamento.....</i>	46
3.1.2	<i>Despesa.....</i>	47
3.1.3	<i>Contratualização.....</i>	48
3.1.4	<i>Prestadores.....</i>	48
3.1.5	<i>Pagamento dos Prestadores.....</i>	49
3.1.6	<i>Liberdade de Escolha do Cidadão.....</i>	50
3.2	CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	50
3.3	CONTEXTO DE IMPLEMENTAÇÃO DO P4P	51
3.4	IMPLEMENTAÇÃO DO P4P	52
3.5	MONITORIZAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO P4P	60
CAPÍTULO IV – IMPACTO DO P4P: REINO UNIDO, NOVA ZELÂNDIA E PORTUGAL.....		61
1	REINO UNIDO.....	61
1.1	GANHOS EM SAÚDE	62
1.2	SATISFAÇÃO.....	64
1.3	COMPORTAMENTO DOS MÉDICOS.....	65
1.4	OPORTUNIDADES	66
1.5	EFEITOS ADVERSOS E LIMITAÇÕES.....	67
1.6	IDEIA CONCLUSIVA	68
2	NOVA ZELÂNDIA.....	69
2.1	GANHOS EM SAÚDE	70
2.2	COMPORTAMENTO DOS MÉDICOS.....	71
2.3	OPORTUNIDADES	71
2.4	EFEITOS ADVERSOS E LIMITAÇÕES.....	71
2.5	IDEIA CONCLUSIVA	72
3	PORTUGAL.....	73
3.1	GANHOS EM SAÚDE	74
3.2	SATISFAÇÃO.....	75
3.3	COMPORTAMENTO DOS MÉDICOS.....	78
3.4	OPORTUNIDADES	78
3.5	EFEITOS ADVERSOS E LIMITAÇÕES.....	80
3.6	IDEIA CONCLUSIVA	80

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO: COMPARAÇÃO INTERNACIONAL DO IMPACTO DO P4P: REINO UNIDO, NOVA ZELÂNDIA E PORTUGAL.....	82
1 GANHOS EM SAÚDE.....	82
2 SATISFAÇÃO.....	84
3 COMPORTAMENTO DOS MÉDICOS	84
4 OPORTUNIDADES.....	85
5 REACÇÕES ADVERSAS E LIMITAÇÕES.....	85
CONCLUSÃO	87
BIBLIOGRAFIA.....	89
APÊNDICES	96
APÊNDICE I – SUMÁRIO DE REFORMAS: REINO UNIDO, NOVA ZELÂNDIA E PORTUGAL.....	96
1 REINO UNIDO.....	96
2 NOVA ZELÂNDIA	96
3 PORTUGAL.....	97

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 - Caracterização dos Incentivos Financeiros	6
Tabela 2 - Indicadores Clínicos do QOF.....	28
Tabela 3 - Indicadores Organizacionais do QOF.....	30
Tabela 4 - Indicador da Experiência do Doente do QOF	30
Tabela 5 - Indicadores dos Serviços Adicionais do QOF.....	30
Tabela 6 - Caracterização dos Incentivos Financeiros do QOF.....	31
Tabela 7 - Indicadores de Doenças Crónicas das PHO.....	42
Tabela 8 - Indicadores de Prevenção de Doenças Infecciosas das PHO.....	43
Tabela 9 - Indicadores Financeiros das PHO	44
Tabela 10 - Caracterização dos Incentivos Financeiros das PHO.....	45
Tabela 11 - Compensações pelo Desempenho: Actividades Específicas.....	56
Tabela 12 - Remuneração Associada às Actividades Específicas	56
Tabela 13 - Lista de Ponderação de Utentes.....	58
Tabela 14 - Suplemento Associado ao Alargamento do Período de Funcionamento	59
Tabela 15 - Caracterização dos Incentivos Financeiros das USF	59
Tabela 16 - Resultados dos Indicadores Contratualizados PHO 2010	70
Figura 1 - Metodologia de Contratualização dos ACES	55

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ADSE – Assistência na Doença aos Serviços Cíveis do Estado
ARS – Administração Regional de Saúde
BMA – *British Medical Association*
CC – Conselho Clínico
CHE – *Crown Health Enterprises*
CP – Contrato-Programa
CRI – Centro de Responsabilidade Integrada
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DCARS – Departamentos de Contratualização das ARS
DE – Director Executivo
DHB – *District Health Boards*
DRG – *Diagnosis Related Groups*
EPE – Entidades Públicas Empresariais
ERA – Equipa Regional de Apoio
EUA – Estados Unidos da América
FT – *Foundation Trust*
GMS – *General Medical Services*
GP- *General Practitioner*
GPs- *General Practitioners*
HRG – *Healthcare Resource Group*
IPAs – *Independent Practitioner Associations*
MCDT – Métodos Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários
NHI – *National Health Index Number*
NHS – *National Health Service*
NICE – *National Institute of Health and Clinical Excellence*
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS – Organização Mundial de Saúde
P4P – *Pay for Performance*
PAYE – *Pay as You Earn*
PBC – *Practice Based Commissioning*
PCG – *Primary Care Groups*
PCT – *Primary Care Trust*
PD – Plano de Desempenho

PHO – *Primary Health Organizations*
PIB – Produto Interno Bruto
PPP – Parcerias Público-Privadas
QOF – *Quality Outcomes Framework*
RRE – Regime Remuneratório Especial
SA – Sociedades Anônimas
SHA – *Strategic Health Authority*
SNS – Serviço Nacional de Saúde
UAG – Unidades de Apoio à Gestão
UC – Unidades Contratualizadas
UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
UF – Unidades Funcionais
ULS – Unidade Local de Saúde
UP – Unidades Ponderadas
URAP – Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidades de Saúde Familiares
USF-AN – Associação Nacional de USF
USP – Unidades de Saúde Pública

INTRODUÇÃO

Natureza do Trabalho

O presente Trabalho de Projecto de Investigação desenvolve-se no âmbito da Unidade Curricular de Trabalho de Projecto, integrada no V Curso de Mestrado em Gestão da Saúde - especialização em Gestão de Organizações de Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, sob orientação do Docente Professor Doutor Julian Perelman.

Apresentação do Tema

Os sistemas de saúde da maioria dos países ocidentais enfrentam problemas semelhantes que estão sobretudo relacionados, com os elevados custos e a falta de eficiência e de qualidade (Pisco, 2006). Por outro lado, vigora um conjunto de tendências que tipicamente formatam os sistemas de saúde: o enfoque desproporcionado em cuidados terciários; a fragmentação entre os níveis de cuidados; e a comercialização exagerada dos cuidados de saúde. De acordo com Relman cit. por WHO (2008) o desvio desproporcional de recursos para os cuidados hospitalares, a que se tem assistido nas últimas décadas, em prol do investimento nos cuidados de saúde primários (CSP) resulta da pressão da procura por parte do consumidor, da influência das profissões médicas e do complexo médico-industrial.

A inoperância dos CSP, instalada já, desde há longos anos em Portugal e na maioria dos países, consubstancia-se em políticas de saúde desajustadas, desmotivantes, com fortes mecanismos burocráticos, demasiado centrados no modelo biomédico e que não valorizam o capital humano (Branco ; Ramos, 2001).

No âmbito da valorização do capital humana co-existem mecanismos de pagamento aos médicos de clínica geral, que se constituem como inadequados, face à implementação global das funções dos CSP (Berenson ; Rich, 2010).

Os Governos têm procurado reorganizar os sistemas de saúde, tendo como principais objectivos o acesso universal, a eficácia, a eficiência e a qualidade dos cuidados, bem como, a preocupação pelos problemas dos utentes (Pisco, 2006 ; WHO, 2008); têm procurado também diminuir a dependência da oferta, fortemente influenciada pelo equipamento médico de alta tecnologia e pela indústria farmacêutica, ambos forças económicas com grande poder (WHO, 2008); têm ainda implementado reformas no sistema de pagamentos aos médicos (Berenson ; Rich, 2010).

De acordo com Pisco (2006) os CSP, como são internacionalmente reconhecidos, detêm um papel determinante na prossecução destes objectivos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2008) os CSP constituem uma forma de alcançar comunidades saudáveis, acesso universal e equidade em saúde. Pisco (2006) refere também, que num estudo realizado pela WHO em 2004, a evidência demonstrou que os sistemas de saúde que estão fortemente orientados para os CSP apresentam melhores resultados em saúde, melhores níveis de utilização dos serviços e custos mais baixos.

Os CSP direccionam os cuidados de saúde para a procura (as pessoas), o que, segundo a experiência dos países industrializados os torna mais eficazes (WHO, 2008).

A importância dos CSP é grandemente reconhecida a nível mundial desde a Conferência Internacional em 1978 e da qual resultou a Declaração de Alma-Ata (WHO cit. por Ferreira ; Antunes ; Portugal, 2010). “Muito embora se registem diferenças significativas nos sistemas de saúde do mundo inteiro, os Cuidados de Saúde Primários são unanimemente reconhecidos pela comunidade internacional como um pilar fundamental dos sistemas de saúde, que condiciona de forma determinante e incontornável o seu desempenho global” (Escoval ; Matos ; Ribeiro, 2009b).

O panorama dos cuidados de saúde primários tem vindo a alterar-se rapidamente. “Muitos países têm colocado prioritariamente nas suas agendas a reforma dos CSP, conferindo particular atenção ao estabelecimento de estruturas regionais e locais, novas formas de financiamento e alterações nos modelos de organização das equipas de profissionais de saúde, atribuindo-lhes novos papéis e capacitando-os para melhor responder às necessidades das populações” (Escoval; Matos ; Ribeiro, 2009b).

Verifica-se que, em muitos países está a ocorrer uma mudança satisfatória relacionada com a deslocação do centro de gravidade dos cuidados terciários para os CSP. Constata-se igualmente que a mediação efectiva na saúde tem substituído os modelos de gestão fortemente centralistas e burocratizados. Utentes, prestadores, financiadores e outros interessados devem participar no diálogo político e contribuir para as orientações estratégicas da reforma dos CSP (WHO, 2008).

A implementação de modalidades de pagamento aos prestadores, que introduzam padrões de qualidade e sejam profissionalmente motivantes, como é o caso dos programas de P4P têm-se revelado um instrumento essencial para alcançar os objectivos dos CSP (Bodenheimer, 2006 ; Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. MCSP, 2009).

O *pay for performance* (P4P) – pagamento em função do desempenho ou «*value based purchasing*» (Ferreira *et al.*, 2010) é conceptualmente o oposto do “*never-events*” (erros médicos graves que não deveriam acontecer) da *Medicare*, recompensando médicos e outros profissionais de saúde quando desempenham correctamente as suas funções, em vez de recusar o pagamento quando cometem erros (Perrot *et al.* cit. por OMS, 2010).

Para Porter e Teisberg (2006) cit. por Ferreira *et al.* (2010) “a única forma realmente efectiva de abordar o valor no sistema de saúde é premiar os resultados, em alternativa aos meios”. Para Epstein *et al.* (2004) e Millenson (2004) cit. por Ferreira *et al.* (2010) “Apesar da ainda limitada evidência, esta proposta tem sido advogada para fortalecer a melhoria da qualidade, premiando a excelência e minorando as perversidades das modalidades de pagamento, nomeadamente a deterioração do acesso e desinvestimento em qualidade”.

De acordo com Peckham e Wallace (2010) verifica-se um interesse internacional crescente pelos esquemas de P4P no âmbito dos CSP, com o íntimo objectivo de promover CSP de elevada qualidade.

O P4P constitui uma forma de motivar e envolver os prestadores no cumprimento de objectivos definidos adjacentes às prioridades assistenciais. Inequivocamente pretendem melhorar a qualidade, a eficiência e a eficácia dos cuidados prestados (McDonald ; White ; Marmor, 2009). O alinhamento entre os incentivos financeiros e os valores profissionais (Campbell *et al.*, 2007) é fundamental à concretização da sua finalidade. A motivação profissional, *per si*, pode não ser suficiente para melhorar a qualidade dos cuidados, especialmente quando os médicos têm que fazer investimentos financeiros no contexto da sua prática (Campbell *et al.*, 2007). De acordo com Zuckerman *et al.* cit. por McDonald e Ronald (2009) sistemas de incentivos que promovam sentimentos de competência e autonomia, com maior probabilidade serão potenciadores de motivação intrínseca.

Em Portugal, de acordo com “o n.º1 da base XIII da Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, o «sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades».” (Despacho Normativo n.º9/2006). Partilhando esta linha de pensamento, conscientes da importância dos CSP, os programas dos XVII e XVIII Governos Constitucionais Portugueses incluem o processo de reforma em que incorrem os CSP como uma prioridade de saúde nacional. Neste âmbito, é de ressaltar experiências anteriores a 2005, com expressão entre 1996 e 1999 e que constituíram “motor de arranque” (Portugal. Ministério da Saúde. Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, 2009) para a

reforma dos CSP e ainda todas as transformações que objectivaram a qualidade e o combate à inoperância dos CSP e que foram desenvolvidas desde 1971, aquando da constituição dos primeiros centros de saúde inseridos na “reforma «Gonçalves Ferreira» - como é habitualmente conhecida no sector da saúde” (Sakellarides, 2006).

A implementação do P4P nos CSP, especificamente com a atribuição de incentivos financeiros (compensações associadas ao desempenho e subsídios no caso dos médicos), calculados com base no cumprimento de um conjunto de actividades contratualizadas constitui uma mudança organizacional que tem vindo a ser implementada em Portugal através das Unidades de Saúde Familiar (USF) de Modelo B e que pretende imputar mais qualidade, efectividade, eficiência, acessibilidade e satisfação (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. MCSP, 2009).

Ramos (2009) refere que o processo de reforma dos CSP se caracteriza “pela criação de órgãos próprios de gestão e por uma reorganização profunda dos centros de saúde em que o clássico modelo hierárquico de comando e controle vertical é progressivamente substituído por uma rede de equipas autónomas com relações de contratualidade interna, num quadro explícito de responsabilidade por processos e por resultados, com avaliação a todos os níveis”.

Pertinência do Tema

O tema do Trabalho de Projecto: Pagamento em função do Desempenho nos Cuidados de Saúde Primários: Três Serviços Nacionais de Saúde, Três Experiências circunscreve-se no âmbito da Economia da Saúde, área à qual se atribui especial interesse.

Perceber de que forma é que os prestadores de cuidados de saúde reagem aos incentivos financeiros é uma questão sobre a qual se debruça actualmente a Economia da Saúde. Os CSP são por excelência os pilares dos sistemas de saúde (Escoval ; Matos ; Ribeiro, 2009b). Para Ferreira *et al.* (2010) a atribuição de incentivos financeiros aos prestadores mediante o cumprimento de objectivos assistenciais “constitui uma enorme evolução nos regimes remuneratórios e um claro incentivo ao desenvolvimento deste nível de cuidados”.

O tema a desenvolver é investigável, exequível e metodologicamente concretizável. A sua pertinência relaciona-se com a importância que a Economia da Saúde atribui à compreensão e avaliação do impacto da introdução de novas modalidades de pagamento aos prestadores dos CSP com o objectivo de promover a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados e melhorar processos e resultados em saúde. É fundamental motivar e envolver os prestadores e simultaneamente garantir a sustentabilidade económico-financeira dos sistemas de saúde. O

tema em questão integra um conjunto de implicações económicas e sociais, com destaque, para a promoção de melhores níveis de saúde e qualidade de vida, o que lhe confere relevância e importância.

O desenvolvimento de uma comparação internacional, sob o ponto de vista da caracterização do impacto da implementação do P4P nos CSP, em países com Serviço Nacional de Saúde (SNS) veicula inovação e originalidade. A diversidade de contextos imputa, inevitavelmente, riqueza à análise a efectuar.

O interesse desta comparação prende-se com a importância atribuída aos contributos de experiências no âmbito do P4P decorridas noutros países. A “análise cuidada das experiências internacionais, no contexto da actual reforma das organizações de saúde, consubstancia um método de pesquisa de grande utilidade no momento da definição e construção de cenários (...) É preciso assumir, em primeiro lugar, a postura de um espectador, recebendo os ensinamentos e aproveitando os erros dos que nos precederam” (Escoval ; Matos ; Ribeiro, 2009a).

Por outro lado, optou-se por seleccionar países que partilham com Portugal valores ideológicos similares instituídos por *Lord Beveridge*. Um SNS é essencialmente financiado por impostos e consubstancia-se em dois valores essenciais, a universalidade (saúde para todos) e a gratuidade tendencial (cuidados desprovidos de pagamentos no momento da utilização), dos quais advêm consequentemente a equidade (cuidados iguais para necessidades iguais) e a solidariedade (os mais ricos pagam pelos mais pobres) (Sakellarides, 2006). A realização de uma comparação deste cariz em sistemas similares (com SNS) é facilitadora pois permite eliminar factores de confundimento.

Objectivos

Definem-se como principais objectivos:

- i) Conhecer o contexto e compreender o processo de implementação do P4P nos CSP no Reino Unido, na Nova Zelândia e em Portugal;
- ii) Determinar o impacto do P4P, através de uma revisão da literatura, no Reino Unido, na Nova Zelândia e em Portugal;
- ii) Comparar o impacto do P4P entre os diversos países.

Fio Condutor

A partilha de um SNS com Portugal constituiu a principal condição definidora da escolha dos países. Os países escolhidos - o Reino Unido e a Nova Zelândia são países com experiência na implementação do P4P nos CSP, o que possibilita a utilização e interpretação de elementos referentes aos seus processos de execução, monitorização e avaliação já efectuados. Todavia, a disponibilidade documental aferiu também responsabilidade no processo de selecção dos países.

O número de países escolhidos (aos quais se associa Portugal) teve por base critérios relacionados com a limitação de recursos, sobretudo o tempo disponível para a realização do trabalho. Por outro lado, constituiu objectivo do trabalho desenvolver de forma mais detalhada e com maior nível de profundidade os diversos sistemas de saúde, contexto e implementação do P4P.

A abordagem dos diversos países obedeceu à mesma métrica: caracterização dos diversos sistemas de saúde, contextos e processos de implementação do P4P; descrição dos processos de monitorização; caracterização sumária e congregada dos incentivos financeiros atribuídos aos médicos, através de uma tabela cuja construção se inspirou em algumas das dimensões que Conrad e Perry (2009) enunciam no artigo *Quality-Based Financial Incentives in Health Care: Can We Improve Quality by Paying for It?* Verifica-se também a existência de uma métrica similar na demonstração do impacto do P4P em cada país e na comparação estabelecida.

Segue-se a tabela que encerra e caracteriza as várias dimensões caracterizadoras dos incentivos financeiros:

Tabela 1 - Caracterização dos Incentivos Financeiros

Caracterização dos Incentivos Financeiros	
Recompensas ou Penalizações?	De acordo com Conrad e Perry (2009) o efeito das recompensas, sobre a qualidade dos cuidados é menor do que o efeito das penalizações de tamanho equivalente. Kahneman e Tversky cit. por Emmert <i>et. al</i> (2011) referem que as penalizações podem ser mais eficazes e eficientes do que as recompensas – perante igual montante financeiro, os indivíduos tendem a ser mais avessos às perdas e aos riscos. Damberg <i>et. al</i> , cit. por Emmert <i>et. al</i> (2011) defendem que as penalizações podem ser geradoras de reacções negativas. De acordo com Kahneman e Tversky (1979) e Camerer (1998) cit. por Dudley e Rosenthal (2006), as penalizações podem ser instrumentos motivacionais mais eficazes do que os bónus, devido à forma como as pessoas percebem as potenciais perdas e os potenciais ganhos. Werner <i>et al.</i> (2002) e Morreim (1991) cit. por Dudley e Rosenthal (2006) afirmam que os prestadores não gostam de penalizações e, quando confrontados com elas podem manipular o sistema.
Incentivos Individuais ou de Grupo?	Os médicos tendem a maximizar o seu rendimento de forma individual. Os grupos de médicos/parcerias actuam, em função de preferências, que consideram reflectir as preferências individuais dos diversos médicos

	<p>(Conrad ; Perry, 2009). De acordo Conrad <i>et. al</i> e Gaynor e Gertler cit. por Conrad e Perry (2009) parece haver evidência de que o efeito dos incentivos de grupo diminuem à medida que o tamanho do grupo aumenta. Por outro lado, segundo Kuhn cit. por Conrad e Perry (2009), os incentivos de grupo são mais poderosos no âmbito das mudanças das infra-estruturas da prática e na promoção de mudanças adjacentes ao processo de atendimento ao doente e à coordenação dos cuidados. Na opinião de Emmert <i>et al.</i> (2011) os incentivos de grupo podem ser mais efectivos na mudança de comportamentos.</p>
Incentivos Sempre Selectivos?	<p>De acordo com Conrad e Perry (2009), incentivos financeiros selectivos de igual magnitude a incentivos financeiros gerais (salários, pagamento ao acto, capitação) recompensam explicitamente a qualidade superior, ou penalizam a qualidade inferior.</p>
Valores Absolutos ou Relativos/Baseados em Comparações entre Prestadores?	<p>Os incentivos relativos são atribuídos com base num processo comparativo entre as metas alcançadas pelos diversos prestadores, reflectindo o esforço individual (Conrad ; Perry, 2009) e promovendo a competição entre ambos. Resposta, que contudo pode ser atenuada, não só porque é desencorajada a cooperação e a disseminação das melhores práticas, mas também pela incerteza quanto aos esforços necessários para receber recompensas (Emmert <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>Os valores absolutos constituem incentivos atribuídos em função do desempenho individual (Emmert <i>et al.</i>, 2011 ; Conrad ; Perry, 2009). Os valores absolutos têm a desvantagem dos orçamentos reservados para o P4P se tornarem mais pequenos à medida que mais médicos esperam alcançar metas de desempenho (Emmert <i>et al.</i>, 2011).</p>
Dimensão do Incentivo?	<p>Os estudos realizados ainda não conseguiram estabelecer uma relação entre a dimensão dos incentivos e a qualidade (Frolich <i>et al.</i>, 2007); nem estabelecer qual o valor do incentivo necessário à indução da mudança de comportamentos (Conrad ; Perry, 2009).</p> <p>De acordo com Petersen <i>et al.</i> (2006), a ausência de impacto sobre a qualidade pode estar relacionada com a atribuição de pequenos incentivos.</p> <p>O Quality and Outcomes Framework (QOF) é um exemplo de um programa que atribui grandes incentivos aos prestadores – capazes de provocar um aumento do seu rendimento em 25-30% (Doran <i>et al.</i> cit. por Conrad ; Perry, 2009).</p> <p>Todavia, Emmert <i>et al.</i> (2011) referem que, embora maiores incentivos tenham mais probabilidade de aumentar a resposta do prestador, nem sempre resultam em melhoria do desempenho.</p>
Frequência e Duração de Incentivos “Payoffs”?	<p>A literatura não demonstra qualquer relação directa entre a frequência e a duração dos incentivos financeiros e o impacto sobre a qualidade. Todavia, de acordo com Hillman <i>et al.</i> cit. por Conrad e Perry (2009), os pagamentos anuais podem não ser suficientes para gerar uma mudança comportamental.</p> <p>Na opinião de Emmert <i>et al.</i> (2011) os pagamentos mensais vão provavelmente provocar uma resposta maior do que os pagamentos anuais.</p>

A abordagem realizada direcciona-se, quase que, em exclusivo, para os médicos, não só por motivos relacionados com a necessidade de estreitar o campo de intervenção, mas também pelo papel que assumem nos sistemas de saúde e nas mudanças que lhes são imputadas. Quando se lê “prestadores”, lê-se quase sempre “médicos”.

Estrutura

Para cumprir os objectivos definidos optou-se por organizar o presente trabalho de acordo com a seguinte estrutura:

- Introdução, onde é explicada a natureza do trabalho, realizada a apresentação do tema, a sua justificação e pertinência, definidos os objectivos, apresentado o seu fio condutor e a sua estrutura;

- Capítulo I – “Enquadramento Conceptual”, onde se descreve a importância dos CSP e as diversas formas de pagamento aos prestadores; e onde é abordado e caracterizado o conceito de pagamento em função do desempenho – P4P;

- Capítulo II – “Metodologia”, onde é realizada a descrição do método e técnica de recolha e análise dos dados;

- Capítulo III – “Caracterização da Implementação do P4P: Reino Unido, Nova Zelândia e Portugal”, onde são caracterizados de forma exaustiva os sistemas de saúde dos diferentes países; enunciado e detalhado o contexto de implementação do P4P; descrito o processo de implementação do P4P; e abordado o processo de monitorização da implementação do P4P;

- Capítulo IV – “Impacto do P4P: Reino Unido, Nova Zelândia e Portugal”, onde se aborda o impacto do P4P em cada país;

- Capítulo V – “Discussão: Comparação Internacional do Impacto do P4P: Reino Unido, Nova Zelândia e Portugal”, onde se estabelece uma comparação entre o impacto do P4P nos diversos países;

- Conclusão, onde se faz alusão às principais conclusões do trabalho;

- Bibliografia, onde se mencionam as diversas referências bibliográficas utilizadas no trabalho.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1 Importância dos Cuidados de Saúde Primários

Em 1978 decorreu em Alma-Ata a primeira Conferência Internacional sobre os CSP, onde foram considerados referência essencial para as políticas de saúde (Sakellarides, 2006).

De acordo com a WHO (2008), a importância aferida aos CSP reflecte-se no seguinte conjunto de características que os distingue dos outros tipos de cuidados: a centralidade nas necessidades de saúde; a existência de uma relação personalizada e que perdura ao longo do tempo; a actuação global, contínua e orientada para a pessoa; a responsabilidade pela saúde de todos ao longo do ciclo de vida e pelo combate aos determinantes das doenças; e a actuação que considera as pessoas parceiras na gestão da sua saúde e doença.

Os CSP constituem a principal forma de contacto dos cidadãos com os sistemas de saúde (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2008 ; Barros, 2009 ; Schoen *et al.*, 2006).

Segundo Starfield, Shi e Macinko (2005) a evidência demonstra três aspectos que reflectem o potencial de melhoria dos CSP na saúde das populações: a saúde é melhor em áreas onde há mais médicos de clínica geral; as pessoas que recebem CSP são mais saudáveis; e as características dos CSP estão associadas à obtenção de melhores níveis de saúde.

Pisco e Biscaia (2001) no seu artigo “Qualidade de cuidados de saúde primários” referem que embora existam diferentes definições de qualidade, todas identificam como principais dimensões, a acessibilidade, a equidade, a eficiência, a efectividade, a satisfação, bem como, os componentes estrutura, processos e resultados, introduzidos por Donabedian em 1966 (Hogg *et al.*, 2008).

Contata-se igualmente que “as reformas da prestação de serviços advogadas pelo movimento dos cuidados de saúde primários (CSP) têm por finalidade colocar as pessoas no centro dos cuidados de saúde, de forma a torná-los mais efectivos, eficientes e quitativos” (WHO, 2008). A concretização desta finalidade induz o estreito relacionamento entre indivíduos, prestadores e comunidades (WHO, 2008). As reformas pretendem também alterar o paradigma dos CSP, transformando os seus modelos centralizados de gestão e organização da prestação, a desproporcionalidade de recursos humanos em relação aos cuidados hospitalares e os sistemas de remuneração sem incentivos que promovam o desempenho (Miguel ; Sá, 2010).

De acordo com Sakellarides (2010), o novo paradigma da reforma dos CSP circunscreve-se à transformação dos processos normativos habituais em projectos inovadores, que permitem às pessoas interagir com o seu centro de saúde, sendo igualmente importante para estas percorrer sem dificuldade os diversos serviços do sistema de saúde.

Assim, a adequada prestação de CSP exige o cumprimento de um conjunto de condições: a acessibilidade directa e permanente; a presença de mecanismos de protecção social com esquemas de incentivos à cobertura universal; a proximidade às pessoas e comunidades; a atribuição de responsabilidades aos prestadores pela saúde de determinada população; e o reforço do papel dos prestadores de CSP como coordenadores do processo de cuidados (WHO, 2008).

2 Formas de Pagamento aos Prestadores

A estruturação de um sistema de pagamento aos prestadores que alinhe a alocação de recursos com a qualidade dos cuidados é alvo de substancial controvérsia (IOM Committee on Quality of Health Care in America cit. por Fagan *et al.*, 2010). Neste âmbito, a evidência relacionada com a influência dos sistemas de pagamento sobre o comportamento dos médicos é diversa (GreB ; Delnoij ; Groenewegen, 2006).

A teoria Económica e o senso comum sugerem que a forma como as pessoas são pagas afecta os seus padrões de trabalho. Deste modo os pagamentos em função dos resultados tendem a encorajar os prestadores a aumentar a produção, de forma a maximizar o seu rendimento (Gosden ; Pedersen ; Torgerson, 1998).

Na abordagem das modalidades de pagamento é necessário ter em conta a premissa de que a população e as necessidades que a caracterizam são o denominador chave a considerar na alocação de recursos (Portugal. Ministério da Saúde. GTDCCSP, 2009).

Seguidamente serão abordadas as três principais modalidades de pagamento aos prestadores, pagamento por acto, capitação e salário, apesar, de muitos médicos serem pagos de forma mista. Segundo GreB, Delnoij e Groenewegen (2006) os pagamentos mistos baseiam-se geralmente em salários/ou capitação aos quais são adicionados incentivos.

2.1 Pagamento por Acto

O pagamento por acto realizado - *fee-for-service* - baseia-se geralmente em tabelas de honorários que classificam os valores a atribuir às actividades médicas, sendo o rendimento determinado pelo número de actos realizados multiplicado pelo preço de cada um. Esta

modalidade de pagamento confere aos médicos maior autonomia e flexibilidade na abordagem das necessidades dos utentes (GreB ; Delnoij ; Groenewegen, 2006).

O sistema de pagamento por acto veicula diversos condicionalismos: pode constituir um incentivo financeiro à realização de serviços desnecessários (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001) e inapropriados (Robinson, 2001); cobre todos os tipos de consulta, em vez de serviços específicos prioritários; não responsabiliza os médicos pelos resultados dos serviços subsidiados; é incapaz de mediar um processo de contenção de custos (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001) pode gerar o aumento fraudulento do número de consultas e a existência de encaminhamentos “ping-pong” entre os especialistas (Robinson, 2001).

A teoria económica segrega que esta forma de pagamento é ineficiente (Woodward ; Warren-Bolton cit. por Gosden ; Pedersen ; Torgerson, 1998). Contudo, dentre os vários argumentos que se opõem, destaca-se o código de ética da profissão médica, cuja adesão é expectável; bem como a sua potencialidade para diluir ou remover os incentivos geradores de uma conduta ineficiente e capaz de maximizar o rendimento.

2.2 Capitação

A capitação é uma modalidade de pagamento em que se atribui um valor fixo *per capita*, correspondente a um determinado período de tempo (Portugal. Ministério da Saúd. GTDCCSP, 2009 ; GreB ; Delnoij ; Groenewegen, 2006) e à qual se podem associar perdas financeiras importantes para os prestadores ou ainda a prestação de cuidados inapropriados. Têm sido desenvolvidos vários modelos de avaliação do risco com base na severidade da doença com o intuito de ajustar o pagamento efectuado e promover uma prestação de cuidados regida pela excelência para as condições mais onerosas. Estes estudos introduzem o conceito de ajustamento pelo risco (Portugal. Ministério da Saúde. GTDCCSP, 2009). A existência de sistemas de ajustamento pelo risco permite evitar a selecção adversa de doentes (doentes mais saudáveis e mais jovens) (GreB ; Delnoij ; Groenewegen, 2006 ; Gosden ; Pedersen ; Torgerson, 1998).

O pagamento por capitação confere aos médicos a possibilidade de constituírem um fluxo de caixa previsível e aumentarem a flexibilidade na prestação de cuidados, enquanto, por outro lado, atribui ao governo maior controlo sobre o orçamento global e permite o desenvolvimento de expectativas mais elevadas em relação à melhoria do acesso do doente e à qualidade dos cuidados (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2002).

A capitação pode ser considerada eficiente, uma vez que, incentiva os médicos a competir pelos doentes com base na qualidade dos seus cuidados. O aumento do número de doentes é gerador do aumento dos rendimentos dos médicos (Gosden ; Pedersen ; Torgerson, 1998). Se existir um

médico de família específico, a capitação tem potencial para aumentar os níveis de coordenação dos cuidados e diminuir a fragmentação da informação (GreB ; Delnoij ; Groenewegen, 2006).

2.3 Salário

O pagamento por salário consubstancia-se em função de unidades de tempo e é independente do volume de serviços realizados e/ou do número de utentes vistos. O rendimento é determinado pelo contrato de trabalho estabelecido. Esta modalidade de pagamento está, quase sempre, dependente da qualificação profissional e é vinculadora de um grau de segurança superior em relação ao rendimento (GreB ; Delnoij ; Groenewegen, 2006).

De acordo com Gosden, Pedersen e Torgerson (1998) espera-se que o pagamento por salário seja mais eficiente do que o pagamento por acto ou capitação. Este sistema pode ser também mais equitativo se os médicos atribuírem prioridade aos doentes com necessidades de saúde mais elevadas. Contudo, a revisão sistemática realizada não permitiu aferir da responsabilidade do pagamento por salário sobre a eficiência ou a equidade. Os resultados demonstraram que o pagamento por salário induz a diminuição do nível de actividade, em comparação com o pagamento por acto e que a capitação é geradora de um efeito similar; em relação à contenção de custos este sistema de pagamento é sem dúvida o mais efectivo comparativamente ao pagamento por acto ou à capitação, mas, *per si*, pode ser gerador de ineficiência, se os resultados obtidos forem sub-óptimos.

3 Pagamento em Função do Desempenho - P4P

A utilização de incentivos financeiros em função do desempenho tem uma longa história no sector industrial, tendo sempre estado relacionada com o aumento da produtividade e a concretização de metas específicas de melhoria da qualidade. A sua utilização na medicina ocorreu mais recentemente com a introdução dos métodos de gestão industrial (Gavagan *et al.*, 2010).

O P4P, tem sido alvo de considerável atenção no decorrer dos últimos anos (Berenson ; Rich, 2010 ; Fagan *et al.*, 2010 ; Gavagan *et al.*, 2010 ; Custers *et al.*, 2008). Tem-se assistido a um interesse crescente na aplicação desta metodologia à optimização do desempenho dos médicos, no sentido de serem alcançadas metas específicas de qualidade, na maioria das vezes no âmbito da prevenção e da gestão das doenças crónicas (Gavagan *et al.*, 2010). Contudo, a redução das disparidades e desigualdades em saúde é igualmente um importante objectivo do P4P (Friedberg *et al.*, 2010), o qual pretende também corrigir os défices dos sistemas de pagamento aos prestadores (Walker *et al.*, 2010) e promover a diminuição das despesas em saúde (Rowe, 2006).

O P4P utiliza incentivos financeiros para recompensar (ou penalizar) os médicos e outros prestadores de cuidados, pelo cumprimento (ou incumprimento) de metas de desempenho pré-definidas e que se reflectem em medidas específicas de desempenho que pretendem medir a qualidade (processos e resultados), os custos e a experiência do doente (Berenson ; Rich, 2010).

De acordo com GreB, Delnoij e Groenewegen (2006) o impacto dos incentivos financeiros depende do contexto dos sistemas de saúde e do sistema de valores dos médicos. Os mesmos autores referem que não só os incentivos financeiros são relevantes. Todavia, estes captam maior atenção, não porque são mais importantes, como instrumentos direccionadores, do comportamento médico, mas sim porque podem ser, mais facilmente manipuláveis (Gravelle, Sutton e Ma, 2010).

Os incentivos financeiros e os comportamentos dos prestadores têm sido analisados à luz de diversas disciplinas. Para os psicólogos a resposta aos incentivos financeiros pode ser influenciada pela motivação intrínseca, pelo profissionalismo e pelo altruísmo. Para os economistas, a resposta aos incentivos financeiros relaciona-se com a receita marginal ganha perante o custo associado à mudança de comportamento. Os economistas referem também, que as características do mercado onde os prestadores exercem a sua actividade determinam a resposta aos incentivos financeiros (competição/monopólio) (Frolich *et al.*, 2007).

Segundo Rowe (2006), na concepção de esquemas de P4P são consideradas três medidas de desempenho clínico, a qualidade clínica, a eficiência e a satisfação do doente. O desempenho como uma medida de qualidade depende dos próprios padrões de desempenho e de como são medidos, o que é particularmente importante no âmbito do P4P (Peckham ; Wallace , 2010). De acordo com Hogg *et al.* (2008) o domínio do desempenho, em tais esquemas, divide-se em dois principais componentes: prestação de cuidados de saúde e qualidade técnica dos cuidados clínicos. Scott (2007) enumera como medidas de desempenho, a qualidade clínica, a eficiência, a utilização, o acesso, a segurança, a satisfação do doente e a gestão da equipa; e a cada uma destas medidas de desempenho correspondem inovações. Seguidamente serão enunciados alguns exemplos dessas inovações:

- Qualidade clínica – protocolos, *guidelines*, auditorias clínicas e revisões de procedimentos;
- Eficiência – planeamento das altas, cuidados garantidos pela comunidade;
- Utilização – sistemas de alerta para prescrições duplicadas, testes de custo-eficácia;
- Acesso – sistemas de triagem para os encaminhamentos;
- Segurança – comunicação de incidentes, procedimentos normalizados para medicamentos;

- Satisfação do doente – envolvimento do doente, formação, consentimento para a realização de procedimentos;
- Gestão da equipa – registos clínicos electrónicos.

As considerações adjacentes à concepção dos programas de P4P incluem a configuração da prática clínica, a população de doentes, os incentivos específicos, a definição de metas a serem recompensadas; a quantia definida para as recompensas e os padrões de desempenho (Rosenthal *et al.* cit. por Rowe, 2006).

Os programas de P4P devem reflectir os valores e os objectivos dos sistemas de saúde, estar bem adaptados aos objectivos do desempenho e reflectir os factores contextuais que podem influenciar a eficácia do programa. Deste modo torna-se irrelevante a existência de uma única recomendação política sobre os incentivos, sendo portanto necessário criar uma ferramenta que suporte a selecção do modelo de incentivos mais apropriado à melhoria das metas de desempenho (Custers *et al.*, 2008).

Rosenthal e Dudley cit. por McDonald, White e Marmor (2009) identificam os cinco aspectos do programa de P4P que tendem a ser importantes determinantes e os mais consequentes: ter incentivos individuais ou de grupo; pagar a quantia certa; seleccionar as medidas de desempenho de elevado impacto; fazer o pagamento das recompensas financeiras a todos os cuidados de elevada qualidade; e priorizar a melhoria da qualidade para as populações mais carentes. A influência destes aspectos pode ser perigosa, na medida em que, valoriza a teoria económica e os dados quantitativos, podendo ignorar a complexidade do comportamento humano, das estruturas organizacionais e do contexto da prestação de cuidados.

Rowe (2006) enuncia três aspectos que devem ser tidos em conta pelos programas de P4P: a meta dos incentivos, a sua forma e o montante financeiro que preenchem. Em relação ao primeiro, a atribuição de incentivos financeiros deve considerar não só melhorias de desempenho, mas sim melhorias de desempenho que signifiquem melhorias de qualidade. Em relação ao segundo, os incentivos podem ter diversas formas. A selecção do incentivo considerado mais eficaz é influenciada por diversos factores, incluindo a magnitude da mudança que o P4P pretende vincular. Em relação ao terceiro aspecto coloca-se a questão de quanto se deve pagar? Considerando uma revisão da experiência americana – onde a maioria dos incentivos são moderados, não se conseguiu identificar uma relação consistente entre a magnitude do incentivo e a resposta que gerou. A maioria dos planos de saúde inclui incentivos financeiros inferiores a 10% do rendimento dos médicos. Contudo, o *National Health Service* (NHS) implementou através do *Quality Outcomes Framework* (QOF) um incentivo substancial,

capaz de aumentar entre 25-30% o rendimento dos médicos de família (Doran *et al.* cit. por Corand ; Perry, 2009).

A evidência demonstra que os programas de P4P podem ter efeitos positivos (Institute of Medicine ; Petersen *et al.*, cit. por Walker *et al.*, 2010 ; Scott, 2007), mas também consequências indesejadas (Institute of Medicine ; Petersen *et al.*, cit. por Walker *et al.*, 2010).

Em relação aos efeitos positivos, de acordo com Campbell *et al.* (2007), Epstein, Lee e Hamel (2004) e Chung *et al.* (2010), o uso explícito de incentivos financeiros pode ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. De acordo com Rowe (2006) ao longo dos últimos cinco anos o esforço para melhorar a qualidade dos cuidados através de incentivos financeiros (e outros) aumentou dramaticamente. De acordo com a evidência, os benefícios dos primeiros esquemas de P4P foram modestos e fortemente influenciados pelas características dos projectos; todavia experiências mais recentes e com incentivos de maiores dimensões sugerem um impacto positivo maior sobre o desempenho. As práticas médicas reflectem um esforço para controlar os custos e melhorar a qualidade através do P4P.

De acordo com Chaix-Couturier *et al.* (2000) a utilização de incentivos financeiros em associação com outras medidas, tais como, educação ou mudanças organizacionais objectivam reduzir a utilização dos recursos nos cuidados de saúde, transformar a prática clínica, melhorar a qualidade dos cuidados e maximizar os resultados em saúde.

Os principais riscos dos programas de P4P relacionam-se com o facto de a sua instituição e gestão poder ser muito dispendiosa. Nenhum dos programas de P4P está adequadamente concebido para trabalhar as teorias da motivação no âmbito da forma de atribuição de incentivos externos de modo a suportar objectivos intrínsecos como a competência e a autonomia profissional. Os programas de P4P podem desencorajar a inovação, gerar insatisfação e stresse nos locais de trabalho. Associa-se ainda o facto de os elementos pessoais e holísticos do cuidado não serem fáceis de medir ou de recompensar financeiramente (Buetow, 2008). Destaca-se também a possibilidade de ocorrer marginalização das actividades e indicadores não incentivados financeiramente (Peckham ; Wallace, 2010) e a existência de *gaming*, com manipulação de informações ou selecção adversa, com o único objectivo de maximizar a obtenção de lucros (Gravelle ; Sutton ; Ma, 2010).

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

O presente capítulo descreve o método e a técnica de recolha e análise dos dados utilizados.

1 Método

O método de investigação envolve essencialmente dois tipos de desenho ou estratégias de investigação: experimentais ou não experimentais. A principal diferença entre ambas é que o método experimental implica manipulação da variável independente (Graça, 2009).

“A investigação não experimental pode dividir-se em exploratória e descritiva (...) Os estudos exploratórios são essencialmente qualitativos, não visando descrever nem explicar mas apenas compreender um dado fenómeno” (Graça, 2009). Os métodos qualitativos são particularmente importantes no âmbito das ciências sociais e na investigação em saúde (Pope e Mays cit. por Escoval ; Matos ; Ribeiro, 2009a).

Para Bogdan e Biklen (1994) a investigação qualitativa contém cinco características: a fonte directa dos dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal; é descritiva; os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos; os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva; o significado é de importância vital na abordagem qualitativa. Uma das principais limitações da investigação qualitativa prende-se com a subjectividade do investigador, influenciada pelas suas percepções, interesses e referenciais ideológicos.

A realização de uma comparação internacional sobre o impacto do P4P nos CSP, entre países idênticos, em relação à tipologia do seu sistema de saúde circunscreve o presente trabalho num estudo comparativo, o qual procura estabelecer comparações explícitas.

Segundo Colino (2002) em ciências sociais encontramos duas acepções do conceito de comparação: uma geral que se refere à actividade mental lógica (observar semelhanças e diferenças em dois ou mais objectos) – comparação implícita; e uma mais restrita que se refere ao procedimento sistemático e ordenado para examinar relações, semelhanças e diferenças entre dois ou mais objectos ou fenómenos, com a intenção de tirar determinadas conclusões – comparação explícita. A segunda acepção é sinónima de método comparativo ou análise comparativa.

Santamaria (1990) enuncia um conjunto de características específicas do método comparativo: toda a comparação pressupõe uma concepção apriorística de desigualdade ou diferença; qualquer comparação deve conter critérios sejam eles de ordem qualitativa ou quantitativa ou ambos; a comparação tem por finalidade descobrir semelhanças ou diferenças; a comparação

pode aplicar-se a pequenas variações ou modificações de uma mesma estrutura; a comparação é uma acção de pensar relacionando; a comparação supõe uma afinidade ou proximidade geográfica e histórica; toda a comparação deve distinguir com clareza o posicionamento estrutural ou teórico e a aplicação real dos mesmos; a comparação pode ser objecto de estudo em várias ciências; a comparação tem tendência a fazer unificações e generalizações; a comparação é também entendida como um conjunto de relações específicas ou inter-relações.

O presente trabalho constitui um:

Estudo Não Experimental Qualitativo e Comparativo

2 Técnica de Recolha de Dados

A técnica de recolha de dados adoptada é:

Pesquisa Documental

A pesquisa documental foi realizada em bases de dados electrónicas internacionais: *Medline*, *Web of Science* e *B-On*, com recurso ao motor de busca *Google* para extrair alguns artigos indisponíveis nas bases de dados supracitadas. Para as pesquisas efectuadas foram utilizadas diversas combinações entre um conjunto de palavras-chave, em que se destaca *pay-for-performance*, *pay to the quality*, *primary health care*, *quality incentives*, *primary care*, *payment methods*, *quality*, *quality of care* e *quality improvement*. Foram também identificados artigos relevantes através das bibliografias dos artigos recuperados. A pesquisa engloba igualmente os sítios da OMS, do Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde, da Direcção Geral de Saúde, do Alto Comissariado da Saúde, da Missão dos CSP (MCSP), do Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP, os sítios institucionais dos diversos países, os recursos disponíveis na Escola Nacional de Saúde Pública, entre outros.

3 Análise dos Dados

A técnica de tratamento e análise dos dados adoptada é:

Revisão Bibliográfica

A análise documental realizada consubstanciou-se na revisão bibliográfica. “A revisão bibliográfica compreende a análise de estudos e documentos relevantes sobre a matéria em causa, sendo, por isso, um método adequado à identificação do estado de arte e explicitação daquilo que se faz, por que se faz, em que circunstâncias e com que resultados” (Escoval ; Matos ; Ribeiro, 2009a).

CAPÍTULO III – Caracterização da Implementação do P4P: Reino Unido, Nova Zelândia e Portugal

1 Reino Unido

1.1 Caracterização do Sistema de Saúde

O Serviço Nacional de Saúde Inglês – NHS foi estabelecido em 1948. O NHS tem como princípio fundamental a prestação de serviços de saúde globais, universais e gratuitos no momento de acesso (WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011 ; Portugal. Ministério da Saúde. CSFSNS, 2007).

1.1.1 Financiamento

Os impostos gerais constituem a principal fonte de financiamento do sistema de saúde Inglês. Em 2006/2007 76.2% do financiamento do NHS teve origem nos impostos gerais (WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011).

Constituem fontes complementares de financiamento os seguros privados e os pagamentos directos, cuja aplicação coexiste no NHS e no sector privado e social/voluntário. Os seguros privados podem ser adquiridos de forma individual (contratos tendem a abranger os dependentes) ou em grupo – pacotes de benefícios adquiridos no âmbito dos serviços de saúde, geralmente pelos empregadores para os seus empregados, aos quais, pode ou não, ser exigido o pagamento de uma contribuição financeira (WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011); em 2006 tiveram uma cobertura de 13% (Laing e Buisson cit. por WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011). Os pagamentos directos aplicam-se aos serviços de saúde que não estão cobertos pelo NHS e os co-pagamentos, aos serviços de saúde que exigem a participação do utente na partilha de custos. Os pagamentos directos financiam os tratamentos privados nas instalações do NHS ou hospitais/clínicas privadas, os medicamentos de venda livre (cerca de 41% dos pagamentos) e os serviços de oftalmologia; os co-pagamentos financiam as prescrições geradas pelo NHS e os cuidados dentários integrados no NHS (WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011).

1.1.2 Despesa

No Reino Unido, a despesa associada aos cuidados de saúde tem aumentado de forma significativa nos últimos anos. Considerando a despesa total em proporção do Produto Interno Bruto (PIB) verificou-se um aumento de 5.6% em 1980 para 8.7% em 2008 (entre 1997 e 2008, o aumento foi rápido e substancial, de 6.6% para 8.7%). Relativamente à origem das despesas, em 2008, cerca de 83% da despesa efectiva correspondeu a despesa pública (apesar do seu

declínio de 89.4% para 79.3% entre 1980 e 2000, ano a partir do qual quase duplicou), sendo a maior componente de despesa atribuída aos produtos farmacêuticos. Em relação à despesa privada, esta aumentou pouco mais de 50% a partir do ano 2000. Face à despesa total em saúde em 2008, a percentagem de despesa privada foi de 17%, sendo que a percentagem de despesa associada aos pagamentos directos foi de 11.1% e a percentagem da despesa correspondente aos seguros privados foi de 1.2% (WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011).

1.1.3 Contratualização

A contratação dos serviços de saúde a nível local (incluindo o sector voluntário) e o respectivo pagamento aos prestadores (NHS *Trusts* e *foundation trusts* (FT), *general practitioners* (GPs) e prestadores privados) é da responsabilidade das organizações de CSP, principalmente dos cerca de 150 *Primary Care Trusts* (PCT), responsáveis pela cobertura de populações definidas geograficamente e, em média, com cerca de 340 000 pessoas e cuja actividade é monitorizada pelas *Strategic Health Authority* (SHA). Desde 1999, tem havido mudanças significativas na maneira como os PCT pagam os serviços de saúde, particularmente no sector hospitalar, com a introdução em 2003/2004, do financiamento baseado no desempenho – P4P. Desde 2005, os GPs começaram a desempenhar um importante papel no processo de contratualização através do desenvolvimento das *practice-based commissioning* (PBC). Em cada ano, o Departamento da Saúde imputa 80% do orçamento do NHS aos PCT, com base numa fórmula de capitação ponderada que considera o tamanho da população, a distribuição de idades e vários indicadores de necessidades de cuidados de saúde, bem como, as inevitáveis diferenças de custos nas diversas áreas geográficas (WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011 ; Portugal. Ministério da Saúde. CSFSNS, 2007). Actualmente assiste-se a um processo de pressão sobre o modelo PBC, com o objectivo de otimizar a adequação dos cuidados prestados aos doentes. “A criação de uma rede de «parcerias clínicas locais» revela-se uma nova tendência no sistema de saúde britânico, instituições constituídas por médicos de família, outras entidades comunitárias e especialistas de cuidados secundários, que serão responsáveis pela prestação e contratualização de serviços com total responsabilização pela saúde das suas populações” (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2010).

1.1.4 Prestadores

Os CSP Ingleses constituem o primeiro ponto de contacto com a pessoa que procura cuidados de saúde e desempenham o papel de *gatekeepers* no processo de referenciação para os cuidados secundários (WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011). A sua abordagem será realizada de forma mais detalhada seguidamente.

Os cuidados hospitalares são prestados por médicos especialistas, enfermeiros, e outros profissionais de saúde, que trabalham nos hospitais estatais conhecidos como “*trusts*” e/ou mais recentemente, NHS FT – corporações independentes de benefício público, às quais é conferida maior liberdade e independência na gestão dos seus recursos financeiros, na actividade de recrutar e empregar, bem como, maior flexibilidade nas condições de trabalho e nos métodos de remuneração e ainda maior responsabilidade pelos seus doentes; introduzidos em 2004 no âmbito da implementação de uma nova forma de governação em alguns “*trusts*”. Paralelamente ao NHS existe um pequeno sector privado, financiado através de seguros privados, pagamentos directos e contratos estabelecidos com o NHS (WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011).

As instituições da comunidade sempre desempenharam um importante papel no sistema de saúde Inglês. O seu envolvimento consubstancia-se à prestação de cuidados de saúde e de serviços sociais, financiados em cerca de metade por verbas públicas e às quais se associam taxas e doações (WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011).

1.1.5 Pagamento dos Prestadores

Antes de 2003, os hospitais eram essencialmente pagos através de uma quantia orçamental de valor fixo associada a um sistema anual de contratos e os preços eram negociados localmente. Em 2002, o Governo propôs os *Healthcare resource group* (HRG), o equivalente aos *diagnosis-related groups* (DRG), com o intuito de estabelecer um tarifário padrão para os mesmos tratamentos, independentemente do prestador (WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011).

Tradicionalmente, os médicos especialistas que trabalhavam no NHS eram pagos através de salários e usufruíam de autorização para exercer no sector privado, desde que, o valor recebido não ultrapassasse os 10% da remuneração do NHS; a possibilidade de exercer actividade no sector privado sem qualquer restrição implicaria ter de prescindir de um décimo do ordenado. No sector privado, os serviços de saúde prestados, eram normalmente pagos ao acto. Em 2003 foi estabelecido um novo contrato com os médicos do NHS – salientando-se a existência de prémios de excelência clínica com carácter suplementar aos salários; o salário base; e a isenção de restrições à actividade privada, embora sendo necessário informar a entidade pública empregadora e proibido utilizar instalações/equipamentos do hospital público na actividade privada (WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011).

Em relação aos GPs, antes de 1998, a grande maioria eram trabalhadores independentes em vínculo contratual com o NHS. O contrato estabelecido previa a atribuição de determinados pagamentos, em função do cumprimento de certos serviços e do alcance de determinadas metas e ainda a atribuição de subsídios consagrados a custos operacionais. Adicionalmente existia uma

taxa de capitação ajustada alocada aos doentes registados e que correspondia a cerca de 50% do rendimento dos GPs. Em 1998, os GPs tiveram a possibilidade de negociar de forma mais flexível com os PCT, contratos locais, baseados no cumprimento de medidas particulares de qualidade das respectivas populações locais. Em 2000 foi definida a necessidade de um contrato para os GPs capaz de melhorar o acesso dos doentes aos cuidados e garantir pagamentos baseados no desempenho. Após as devidas negociações entre o NHS *Confederation* e a *British Medical Association* (BMA), um novo contrato foi estabelecido em 2003, tendo entrado em vigor em Abril de 2004 (WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011) e o qual será posteriormente abordado.

1.1.6 Liberdade de Escolha do Cidadão

A forma como os cidadãos exercem o seu poder de escolha no NHS tem sofrido diversas modificações desde o ano 2000. Teoricamente, todos os cidadãos, dentro da sua área de residência podem sempre, escolher livremente, o seu *general practitioner* (GP) (todos devem estar registados num GP) e o hospital onde querem ser tratados, desde que o GP esteja disposto a fazer a devida referenciação. Todavia, na prática, o espectro de escolha existente não tem sido tão grande como o que seria ideal. Muitas vezes, em diversas áreas tem sido difícil proceder à escolha de um GP, para além de que, a maioria dos doentes aceita o hospital de referência escolhido pelo GP. A introdução do mercado interno do NHS em 1991 imputou limitações à liberdade na escolha dos serviços de saúde, restringindo os doentes aos hospitais contratados pelos *district health authority* (WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011).

1.2 Cuidados de Saúde Primários

Os CSP abrangem uma rede de médicos de clínica geral – os GPs, médicos dentistas, médicos oftalmologistas, optometristas, farmacêuticos, NHS *Walk-in Centres* e o serviço telefónico NHS *Direct* (Escoval ; Matos ; Ribeiro, 2009b). A maioria dos CSP são prestados através do sistema público do NHS, embora exista também, um considerável sector privado, financiado por seguros privados ou pagamentos directos (WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011).

Os GPs constituem, geralmente, o primeiro ponto de contacto da pessoa com o sistema de saúde, desempenhando a função de *gatekeepers* para os cuidados secundários e especializados, quer em contexto de ambulatório, ou hospitalar. Não obstante, qualquer pessoa pode recorrer ao serviço de urgência dos hospitais de agudos, sempre que a sua condição de saúde o justifique. A actividade dos GPs pode ser desenvolvida de forma individual ou em grupo. A maioria dos GPs

são trabalhadores independentes, em exercício de funções no NHS (WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011 ; Portugal. Ministério da Saúde. CSFSNS, 2007) e estão organizados em parcerias, com um tamanho médio de 4.4 GPs e cerca de 5,200 doentes registados (Gravelle ; Sutton ; Ma, 2010). Os GPs com vínculo contratual com o NHS podem também exercer actividade no sector privado, contudo não lhes é permitido consultar os doentes do NHS que integram a sua lista, em consultório privado, bem como emitir prescrições do NHS para os seus doentes do sector privado. (WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011 ; Portugal. Ministério da Saúde. CSFSNS, 2007).

Os GPs sempre tiveram liberdade para rejeitar qualquer cidadão que desejasse ingressar nas suas listas de utentes do NHS, a menos que, tenha havido uma atribuição formal efectuada pela *health authority* ou pela PCT. No entanto, no âmbito dos contratos actuais, a possibilidade do GP recusar a ingressão de um novo utente na sua lista, só poderá ser aceite sob fundamentação credível e, claro está, que não esteja relacionada com a raça, o género, a idade, a classe social, a religião, a orientação sexual, a condição médica e a aparência. O tamanho médio das listas dos GPs em 2009 era de 1432 doentes registados, considerando as variações geográficas (UK. British Medical Association. General Practitioners Committee, 2004 cit. por WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011).

Antes de 1990, os GPs operavam como prestadores independentes de CSP e eram pagos separadamente, através das *Family Practitioner Committees*. Com o estabelecimento do mercado interno, adjacente à divisão entre o papel de comprador e de prestador, foram estabelecidos os GP *fundholding*, os quais concentraram na sua actividade, a contratualização de serviços de saúde (incluindo cuidados hospitalares), em nome dos seus doentes, continuando porém, a garantir concomitantemente a prestação de CSP. Em 1999, o Departamento da Saúde introduziu os *primary care groups* (PCG), compreendendo os GPs e outros profissionais de saúde, os quais foram transformados em 2002 em PCT, com o intuito de substituir as *health authorities* e assumir o controlo da gestão orçamental do NHS, mediante um processo de tomada de decisão local (WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011). “Os PCTs tornaram-se a principal organização promotora da saúde pública, da contratualização (...) e do desenvolvimento dos cuidados de saúde primários no NHS de Reino Unido” (Smith *et al.* ; Mannion cit. por Escoval ; Matos ; Ribeiro, 2009b).

1.3 Contexto de Implementação do P4P

Em Abril de 2004 os GPs integraram um contrato, estabelecido com o Governo, que previa a atribuição de pagamentos adicionais – incentivos financeiros, associados à prestação de

cuidados de saúde de elevada qualidade e adjacente ao cumprimento das metas dos indicadores contratualizados (Roland, 2004 ; Campbell *et. al*, 2010 ; Campbell *et. al*, 2009 ; Doran *et. al*, 2008 ; Checkland *et. al*, 2008).

Já anteriormente (meados dos anos 1980) a iniciativa *Good Practice Allowance* tentou introduzir incentivos financeiros no âmbito de objectivos de qualidade, contudo foi rejeitada pela BMA, ao ser considerada a noção de que a qualidade não poderia ser medida. Não obstante, em 1990 existiram alguns elementos contratuais relacionados com o pagamento em função do desempenho, que previam a atribuição de incentivos financeiros aos GPs que detinham elevadas proporções de doentes imunizados ou que tinham realizado com regularidade o exame Papanicolau (Roland, 2004). E embora esta situação tenha sido impopular perante a opinião da profissão médica, na altura verificou-se um aumento na cobertura das imunizações e dos exames Papanicolau, bem como, um aumento da equidade na prestação destes serviços em diferentes partes do país (Baker ; Middleton ; Middleton ; Baker cit. por Roland, 2004). Também em 1990, foi introduzido um incentivo financeiro para os GPs que estabelecessem clínicas de promoção da saúde, no sentido de encorajar estilos de vida saudáveis e a realização de rastreios. Contudo a falta de evidência no âmbito da efectividade destas clínicas associada à manipulação realizada pelos GPs para seu próprio interesse levou à eliminação destes pagamentos (Roland, 2004).

As mudanças que se começaram a registar na cultura profissional médica (a partir dos anos 1990), especificamente com a disponibilização de instrumentos destinados à avaliação da qualidade dos cuidados, e por outro lado, o facto de o Governo ter decidido, em 2000, aumentar substancialmente o financiamento dos cuidados de saúde, constituíram situações que convergiram para um despertar de interesses sobre a qualidade dos serviços de saúde públicos (Roland, 2004).

De acordo com Shekelle (2003) a introdução do *new General Medical Services* (GMS) prendeu-se com a evidência de que certos aspectos dos CSP não estavam a alcançar níveis óptimos. Isto, apesar da educação médica contínua, da publicação de *guidelines* e dos efeitos das sociedades profissionais. Paralelamente, os GPs pediam a imputação de mais recursos à prestação de cuidados, para que, fossem mais facilmente alcançados cuidados com mais qualidade e ainda recompensas financeiras pelos resultados de saúde alcançados. A pedra angular deste contrato foi o QOF (McDonald ; Harrison ; Checkland, 2008). Paralelamente ao *new GMS*, uma minoria substancial de GPs desenvolve a sua actividade assistencial com base num contrato diferente (Roland, 2004).

O *new GMS contract* mudou os regimes de *out-of-hours*, alargando a responsabilidade no âmbito dos cuidados a 24 horas (Campbell *et al.*, 2010 ; McDonald ; White ; Marmor, 2009).

No âmbito do *new GMS*, os GPs são pagos de forma mista através de capitação, subsídios fixos, taxas inerentes à realização de determinados serviços e incentivos baseados no cumprimento de metas, com destaque para o QOF. O pagamento por capitação varia com a idade dos doentes e com o nível de privação da área onde residem (Gravelle ; Sutton ; Ma, 2010).

1.4 Implementação do P4P

No âmbito das negociações que ocorreram entre a BMA, a Confederação do NHS e um pequeno grupo de peritos foram concebidos os indicadores do QOF como instrumento integrante do *new GMS* (Roland, 2004 ; UK. BMA. NHS Employers, 2011).

Quality and Outcomes Framework (QOF)

O QOF, introduzido em 2004 no NHS para todos os médicos de CSP (McDonald ; Roland, 2009 ; Schoen *et al.*, 2006) é possivelmente o esquema de P4P mais elaborado e caro; consubstancia-se em 146 indicadores de qualidade (Gravelle ; Sutton ; Ma, 2010 ; McDonald ; White ; Marmor, 2009 ; Checkland *et al.*, 2009) aos quais está associada uma pontuação que representa um montante financeiro específico. Os médicos não são obrigados a participar, embora a maioria o faça (Information Centre 2009e cit. por WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011).

O QOF recompensa financeiramente os GPs pela qualidade alcançada em quatro domínios (NHS Employers and General Practitioners Committee of the British Medical Association 2009 cit. por WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011 ; Roland, 2004 ; Peckham ; Wallace, 2010 ; UK. BMA. NHS Employers, 2011): Indicadores Clínicos, Indicadores Organizacionais, Experiência dos Doentes e Serviços Adicionais.

Os Indicadores Clínicos estão organizados por categoria de doença e são seleccionados no âmbito dos resultados em saúde e da responsabilidade da actual gestão de doenças, que reside principalmente nos GPs e nas equipas de CSP (Simon, 2008).

Existem 87 indicadores clínicos referentes a 20 áreas clínicas (UK. BMA. NHS Employers, 2011). Em 2009/2010, os indicadores clínicos corresponderam a 69.7% do total das pontuações (NHS Employers and General Practitioners Committee of the BMA 2009 cit. por WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011).

Os 45 Indicadores Organizacionais são referentes aos registos e informação sobre os doentes, informação para os doentes, educação e formação, gestão das práticas, gestão dos medicamentos e qualidade e produtividade (UK. BMA. NHS Employers, 2011) e corresponderam a 16.8% do total da pontuação em 2009/2010 (NHS Employers and General Practitioners Committee of the British Medical Association 2009 cit. por WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011).

Segue-se uma breve descrição de cada uma das categorias dos indicadores organizacionais: registos e informação sobre os doentes – conjunto de indicadores que abrange aspectos de boas práticas em torno da gestão de registos e informações sobre os doentes; informação aos doentes – conjunto de indicadores que abrange aspectos de boas práticas no âmbito da comunicação de informações aos doentes; educação e formação – conjunto de indicadores que abrange aspectos de boas práticas no âmbito da educação, formação e desenvolvimento pessoal; gestão da prática – conjunto de indicadores que abrange aspectos de boas práticas no âmbito da gestão; gestão de medicamentos - conjunto de indicadores que abrange aspectos de boas práticas no âmbito da gestão de medicamentos (UK. NHS. The information Centre, 2011); qualidade e produtividade – conjunto de indicadores que têm como objectivo assegurar uma utilização mais eficaz dos recursos do NHS através da melhoria da qualidade dos CSP recompensando a prescrição clínica custo-efectiva, reduzindo as admissões de emergência através de vias alternativas de cuidados e reduzindo os encaminhamentos para o hospital (UK. BMA. NHS Employers, 2011).

O domínio da Experiência dos Doentes tem 1 indicador relacionado com a duração das consultas (UK. BMA. NHS Employers, 2011) e correspondeu a 9.2% do total da pontuação em 2009/2010 (NHS Employers and General Practitioners Committee of the British Medical Association 2009 cit. por WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2011). Neste âmbito aplicam-se questionários aos doentes com mais de 16 anos (*The Improving Patient Questionnaire* e *The General Practice Assessment Questionnaire*) (Simon, 2008). Existe um incentivo adicional para os GPs, sempre que estes envolvem os doentes nas discussões sobre a elaboração dos planos de actuação em conformidade com os inquéritos (Roland, 2004).

Os Serviços Adicionais são constituídos por 9 indicadores relacionados com quatro áreas de serviços incluindo o rastreio do cancro do colo do útero, a saúde infantil, os serviços de maternidade e planeamento familiar (UK. BMA. NHS Employers, 2011). Estes indicadores corresponderam a 4.4% da pontuação total em 2009/2010 (NHS Employers and General Practitioners Committee of the British Medical Association 2009 cit. por WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011).

Em todos os domínios, a definição de cada conjunto de indicadores tem por base padrões de qualidade e/ou *guidelines*. Os indicadores foram desenvolvidos por um grupo de peritos, que se baseou na melhor evidência e que os revê e actualiza com regularidade. Os indicadores dividem-se em indicadores de estrutura (exemplo - o registo de uma doença), indicadores de processo (exemplo - uma medida específica a ser registada/uma acção a ser tomada quando necessário) e indicadores de resultado (exemplo - como é que uma doença pode ser controlada) (Simon, 2008).

No âmbito do QOF, as equipas são recompensadas mediante a atribuição de pontos (Doran *et al.*, 2008 ; Peckham ; Wallace, 2010 ; Checkland *et al.*, 2008 ; Simon, 2008) através de uma escala e com base na proporção de doentes elegíveis, para os quais as metas foram alcançadas (Doran *et al.*, 2008). O limite mínimo estabelecido para a concretização das metas e consequente atribuição de pontos é de 25% (Doran *et al.*, 2008 ; Gravelle ; Sutton ; Ma, 2010) e o limite máximo – isto é, o número máximo de pontos atribuídos varia com cada indicador, entre 50 e 90% (Gravelle ; Sutton ; Ma, 2010). O cumprimento de cada indicador associa-se a um número específico de pontos (McDonald ; White ; Marmor, 2009).

Para cada equipa estão disponíveis um total de 1050 pontos, posteriormente convertíveis em libras (Department of Health 2009e cit. por WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011 ; Roland, 2004 ; Checkland *et al.*, 2008). Estão disponíveis 50 pontos para atribuir mediante o rápido acesso aos serviços. Existem também 130 pontos a atribuir às práticas com elevadas pontuações em todas as áreas (Roland, 2004). Em 2006/2007 e 2007/2008 a média nacional do valor de cada ponto foi de 141.4 € (Simon, 2008) e é de 148.7 € por ponto em 2011/2012 (UK. NHS Employers, 2011). O processo de atribuição do valor dos pontos envolve o aconselhamento académico, a utilização de uma fórmula de alocação (*Carr-Hill*) e da prevalência da doença (Roland, 2004 ; Simon, 2008). O número de pontos das práticas realizadas é totalizado a 2 de Abril de cada ano. A prevalência da doença é calculada para todas as práticas, todos os anos, a 14 de Fevereiro (Simon, 2008).

As equipas são usualmente recompensadas de acordo com critérios definidos localmente com o respectivo PCT. As pontuações do QOF são registadas electronicamente e submetidas ao respectivo PCT; uma amostra é auditada para assegurar a sua integridade (Information Centre 2009e cit. por WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011).

Estes incentivos financeiros podem constituir até cerca de 30% do rendimento dos médicos de CSP (McDonald ; Roland, 2009 ; Peckham ; Wallace, 2010), o que corresponde a cerca de 30,261.27€ (Perkins ; Seddon, 2006).

O preço por ponto aumentou em 75% entre o primeiro e o segundo anos do QOF. Neste âmbito, as equipas que estavam abaixo do limite superior para um determinado indicador aumentaram os doentes elegíveis, o que conseqüentemente gerou um aumento considerável ao nível das recompensas financeiras. Em relação às práticas que se posicionavam acima do limite superior das recompensas financeiras, o aumento do *ratio* de qualidade foi de zero em ambos os anos (Gravelle ; Sutton ; Ma, 2010).

Os GPs obtêm um maior número de pontos se elevadas proporções dos seus doentes tiverem sido submetidas a medidas de processo (como avaliar a pressão sanguínea ou o colesterol) ou mediante a obtenção de resultados intermédios (gestão de factores de risco dentro de certos limites). Geralmente estão mais pontos disponíveis para os resultados intermédios do que para as medidas de processo, o que reflecte a dificuldade relacionada com o alcance destas metas. No processo de atribuição de pontos está também previsto que seja considerado o esforço que a prática profissional exige para que as metas sejam alcançadas (Roland, 2004).

Com o intuito de prevenir uma prestação de cuidados desajustada, os GPs podem excluir os seus doentes de qualquer indicador, sempre que, se verifica pelo menos, um dos seguintes critérios de exclusão: doentes que não comparecem a uma consulta médica apesar da advertência por escrito, pelo menos, por três vezes nos últimos 12 meses; doentes portadores de condições médicas diagnosticadas recentemente ou registados recentemente (uma vez que se exige determinadas medições e padrões clínicos); doentes que recusam um tratamento ou intervenção; doentes que são intolerantes a um medicamento; doentes que já receberam as doses máximas de um determinado medicamento, mas que mantêm níveis sub-óptimos; doentes portadores de uma condição de saúde para a qual a intervenção não é apropriada; doentes portadores de uma condição incidental devido a tratamento inapropriado. Não existe um limite em relação ao número de doentes que os GPs podem excluir, embora as decisões tomadas por estes possam ser questionadas no âmbito das inspecções anuais realizadas pelos PCT (Roland, 2004 ; Simon, 2008 ; UK. BMA. NHS Employers, 2011). O P4P permite excluir os doentes se estes recusarem o tratamento (McDonald ; Roland, 2009 ; McDonal ; White ; Marmor, 2009).

Seguidamente são enunciados alguns exemplos de indicadores do QOF (UK. BMA. NHS Employers, 2011).

Os indicadores clínicos são 87 e encontram-se organizados em 20 domínios/categorias de doenças:

Tabela 2 - Indicadores Clínicos do QOF

Categorias de Doenças	Exemplos de Indicadores	Pontos	Níveis de Pagamento
Prevenção secundária de doença cardíaca coronária (DCC) (8 indicadores)	Percentagem de doentes com doença cardíaca coronária em que a última avaliação da pressão arterial (últimos 15 meses) foi de 150/90mmHg ou menos	17	40-71%
Doença cardiovascular – prevenção primária (2 indicadores)	Percentagem de pessoas com diagnóstico de hipertensão (depois de 1 de Abril de 2009) que tiveram aconselhamento sobre o estilo de vida nos últimos 15 meses, para aumentar a actividade física, parar de fumar, ter um consumo de álcool seguro e uma dieta saudável	5	40-70%
Falha cardíaca (4 indicadores)	Percentagem de doentes com diagnóstico de falha cardíaca (depois de 1 de Abril de 2006) que foi confirmada por ecocardiograma ou avaliação realizada por especialista	6	40-90%
Acidente vascular cerebral (AVC) e acidente isquémico transitório (AIT) (7 indicadores)	Percentagem de doentes com AIT ou AVC que têm registo do colesterol total nos últimos 15 meses	2	40-90 %
Hipertensão (3 indicadores)	Registo de doentes com hipertensão	6	
Diabetes <i>mellitus</i> (15 indicadores)	Percentagem de doentes com diabetes cuja última avaliação da pressão arterial foi de 140/80mmHg ou menos	10	40-60%
Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) (5 indicadores)	Percentagem de doentes com DPOC que fizeram imunização para influenza entre o anterior 1 de Setembro e 31 de Março	6	40-85%
Epilepsia (4 indicadores)	Registo de doentes com 18 anos ou mais que recebem medicamentos para o tratamento da epilepsia	1	
Hipotiroidismo (2 indicadores)	Percentagem de doentes com hipotiroidismo com registo de testes da função tiroideia nos últimos 15 meses	6	40-90%
Cancro (2 indicadores)	Registo de todos os doentes com cancro definido	5	

	como o registo de doentes com diagnóstico de cancro excluindo os cancros de pele não melanodérmicos		
Cuidados paliativos (2 indicadores)	Registo completo de todos os doentes que precisam de cuidados paliativos/apoio, independentemente da idade	3	
Saúde mental (10 indicadores)	Percentagem de doentes com esquizofrenia, distúrbios bipolares e outras psicoses com um registo de pressão arterial nos últimos 15 meses	4	40-90%
Asma (4 indicadores)	Percentagem de doentes com asma sujeitos a uma revisão relacionada com a asma nos últimos 15 meses	20	40-70%
Demência (3 indicadores)	Percentagem de doentes com diagnóstico de demência cujos cuidados foram revistos nos últimos 15 meses	15	25-60%
Depressão (3 indicadores)	Percentagem de doentes registados como diabéticos e/ou registados como tendo DCC com depressão identificada nos últimos 15 meses mediante a utilização de duas perguntas padrão	6	40-90%
Doença renal crónica (DRC) (5 indicadores)	Percentagem de doentes com DRC registados para quem o último valor da pressão arterial avaliado nos últimos 15 meses foi de 140/85mmHg ou menos	11	40-70%
Fibrilhação auricular (3 indicadores)	Percentagem de doentes com fibrilhação auricular diagnosticada depois de 1 de Abril de 2008 com confirmação de electrocardiograma ou especialista	10	40-90%
Obesidade (1 indicador)	Registo de doentes com 16 anos ou mais com índice de massa corporal maior ou igual a 30 nos últimos 15 meses	8	
Dificuldades na aprendizagem (2 indicador)	Registo de doentes com 18 anos ou mais com dificuldades na aprendizagem	4	
Consumo de tabaco (2 indicadores)	Percentagem de doentes com qualquer ou qualquer uma das seguintes combinações de doenças: DCC, AVC ou AIT, hipertensão, diabetes, DPOC, DRC, asma, esquizofrenia, doença bipolar ou outra psicose com registo de tabagismo nos últimos 15 meses	30	40-90%

Fonte: UK. BMA. NHS Employers (2011)

Os indicadores organizacionais são 45 e encontram-se organizados da seguinte forma:

Tabela 3 - Indicadores Organizacionais do QOF

Categorias	Exemplos de Indicadores	Pontos
Registos e informação sobre os doentes (11 indicadores)	Registo da pressão sanguínea dos doentes com 45 anos ou mais, nos últimos 5 anos, para pelo menos 65% dos doentes	10
Informação aos doentes (1 indicadores)	Suporte para os fumadores deixarem de fumar através de uma estratégia que inclui disponibilização de literatura e a oferta de terapia apropriada	2
Educação e formação (7 indicadores)	Revisão anual das queixas e sugestões dos doentes para verificar os pontos da aprendizagem geral que são partilhados com a equipa	3
Gestão da prática (7 indicadores)	Protocolo para identificação dos cuidadores e mecanismo para fazer a referenciação dos cuidadores para avaliação pelos serviços sociais	3
Gestão de medicamentos (8 indicadores)	Sistema para verificar a validade dos medicamentos de emergência, pelo menos uma vez por ano	2
Qualidade e produtividade (11 indicadores)	Revisão da informação sobre a referenciação das PCO para os cuidados secundários	5

Fonte: UK. BMA. NHS Employers (2011)

Para a experiência do doente é descrito 1 indicador:

Tabela 4 - Indicador da Experiência do Doente do QOF

Experiência do Doente	Indicador	Pontos
Duração das consultas	A duração das consultas de rotina marcadas não pode ser inferior a 10 minutos. Para as consultas relacionadas com cirurgia não programada, o tempo médio dispendido, tem de ser no mínimo de 8 minutos.	33

Fonte: UK. BMA. NHS Employers (2011)

No âmbito dos serviços adicionais são enunciados 9 indicadores:

Tabela 5 - Indicadores dos Serviços Adicionais do QOF

Serviços Adicionais	Exemplo de Indicadores	Pontos
Rastreio do colo do útero (4 indicadores)	Sistema que informe todas as mulheres dos resultados do rastreio do colo do útero	2
Vigilância da saúde infantil (1 indicador)	Verificar o desenvolvimento infantil nos intervalos de tempo consistentes com a política e as <i>guidelines</i> nacionais	6
Obstetrícia (1 indicador)	Cuidados pré-natais e rastreios realizados em função das actuais <i>guidelines</i> locais	6
Planeamento familiar (3)	O registo de mulheres a quem foi prescrito qualquer método contraceptivo, pelo menos uma vez, durante o último ano, ou noutra	4

indicadores)	intervalo apropriado (últimos 5 anos para o dispositivo intra-uterino)	
---------------------	--	--

Fonte: UK. BMA. NHS Employers (2011)

Seguidamente apresenta-se uma breve caracterização dos incentivos financeiros:

Tabela 6 - Caracterização dos Incentivos Financeiros do QOF

Caracterização dos Incentivos Financeiros	
Recompensas ou Penalizações?	Recompensas/Penalizações Os médicos são recompensados financeiramente mediante o cumprimento dos indicadores contratualizados e com base na conversão monetária dos pontos atribuídos a cada indicador. Existem também penalizações associadas ao mau desempenho. Todavia, os programas que as integram aplicam-nas de forma excepcional. Na prática, o <i>GMS contract</i> é um dos poucos programas que as incorporam (Dudley ; Rosenthal, 2006). De acordo com Roland (2004) as penalizações são severas mas não se conhece a abrangência e a eficácia das inspeções realizadas.
Incentivos Individuais ou de Grupo?	Grupo Os incentivos são atribuídos às equipas, que entre si, os distribuem mediante um processo de negociação interna.
Incentivos Sempre Selectivos?	Sim Os incentivos prendem-se com o cumprimento de indicadores pré-definidos garantindo uma percentagem mínima de concretização para cada um (25%).
Valores Absolutos ou Comparações entre Prestadores?	Valores Absolutos O QOF define o valor a atribuir por cada ponto alcançado dos diversos indicadores.
Dimensão do Incentivo?	A média nacional do valor de cada ponto foi de 141.4 € em 2006/2007 e 2007/2008 (Simon, 2008) e é de 148.7 € por ponto em 2011/2012 (UK. NHS Employers, 2011). Os pagamentos estão sujeitos a limites/metras: limite mínimo de 25%, e máximo a variar entre os 50 e os 90%, para cada indicador.
Frequência e Duração de Incentivos “Payoffs”?	Considerando o período de 2011/2012: até 31 de Março as práticas são pagas retrospectivamente, pelos pontos alcançados no ano anterior. Cada prática é paga em média em 148.7 € por cada ponto alcançado. No final de Junho os pagamentos são completados, embora possam ser também efectuados antes, em função do acordo previamente estabelecido com a organização de CSP (UK. NHS Employers, 2011).

1.5 Monitorização da Implementação do P4P

O QOF é submetido a uma negociação anual entre o *General Practitioners Committes* da BMA e o *NHS Employers*, da qual têm surgido unicamente pequenas revisões. Não houve qualquer mudança no QOF em 2010/2011 (UK. Department of Health 2009e cit. por WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011). Foi dada responsabilidade ao *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) (organização independente que decide quais os medicamentos e tratamentos devem estar disponíveis no NHS), desde Abril de 2009, para definir prioridades, desenvolver, seleccionar e rever os indicadores do QOF, os quais são posteriormente sujeitos à consideração do *General Practitioners Committee* da BMA e do *NHS Employers* durante as negociações do contrato (Department of Health 2009e cit. por WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011 ; UK. BMA. NHS Employers, 2011). Futuramente, os PCTs poderão também ser capazes de seleccionar indicadores adicionais que reflectam as prioridades locais (Department of Health 2009e cit. por WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011).

Em 2006/2007, as metas de qualidade foram monitorizadas pelo *Information Centre* e foram utilizadas para fins de avaliação pela *Healthcare Commission* (Department of Health 2009e cit. por WHO. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2011). A *Care Quality Commission* substituiu a *Healthcare Commission* e disponibiliza num website a verificação e comparação do desempenho entre as diversas organizações do NHS, nomeadamente os PCT que integram os GPs (Escoval ; Matos ; Ribeiro, 2009b).

Todos os anos, cada equipa elabora um relatório alusivo ao nível de concretização dos indicadores, em relação ao ano anterior e àquilo que é expectável para o ano em curso. Com base no cumprimento dos indicadores e no relatório adjacente à visita de revisão anual da qualidade alcançada pelas equipas, as organizações de CSP confirmam o montante financeiro a receber e discutem os pontos que aspiram alcançar no ano seguinte. *The Healthcare Commission* controla a qualidade das organizações de CSP de todo o país (Simon, 2008).

2 Nova Zelândia

2.1 Caracterização do Sistema de Saúde

A Nova Zelândia detém um sistema de saúde do tipo Beveridgiano. O Governo detém em si a responsabilidade global pelo funcionamento do sistema de saúde, e garante a todos os cidadãos, a prestação de serviços de saúde, os quais, são principalmente financiados por tributação fiscal (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001).

2.1.1 Financiamento

O sistema de saúde Neozelandês é essencialmente financiado pelos impostos gerais dos seus contribuintes (*Pay as You Earn* (PAYE) *income tax and Goods and Services Tax*), os quais têm sido definidos em função da idade, do rendimento e do tamanho da família (Ministry of Health, 2001). São igualmente fontes adicionais de financiamento, embora em percentagens inferiores, os pagamentos directos dos cidadãos e o pagamento de seguros de saúde privados (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001 ; 2002). Em 2005/06, 77.9% do financiamento do sector da saúde provinha da tributação fiscal e 22.1% de fontes privadas (16.5% dos pagamentos directos, 4.7% dos seguros privados e 0.9% de organizações sem fins lucrativos) (New Zealand. Ministry of Health, 2008).

Os pagamentos directos são, na sua maioria, co-pagamentos. Os cuidados de saúde prestados em contexto de internamento ou urgência em hospitais públicos (incluindo o consumo de produtos farmacêuticos) estão desprovidos de qualquer co-pagamento no momento da sua utilização. Nos seguros de saúde privados, as seguradoras são, geralmente responsáveis, por cerca de 80% dos custos, havendo sempre uma fracção do custo que é paga pelo segurado. Nos

CSP vigoram os pagamentos directos, essencialmente através de taxas associadas aos serviços prestados; existem ainda co-pagamentos associados aos medicamentos (os cidadãos pagam um co-pagamento de, no máximo, 8,34 € por medicamento), com a possibilidade de usufruto de cartões de concessão para cidadãos com baixo rendimento. Em farmácias comunitárias as crianças com menos de 6 anos de idade estão isentas de quaisquer pagamentos. (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001 ; 2002).

O Governo Neozelandês tem exigido que a maioria das pessoas seja responsável por parte ou pela totalidade das despesas inerentes aos CSP, garantindo contudo, a protecção de doentes com baixo rendimento, mediante a definição de benefícios e a utilização de cartões de concessão, em detrimento da oferta universal de cuidados e de serviços pagos por tributação fiscal e gratuitos no momento da utilização. Mais de 40% da população Neozelandesa usufrui de cartões de concessão, contudo; no entanto, as estimativas sugerem que talvez ¼ de pessoas elegíveis não tenham direito; 5-10% da população apresenta rendimentos ligeiramente superiores aos que conferem direito ao usufruto de cartões de concessão, pelo que, enfrentam barreiras financeiras no acesso aos CSP. Em 1999, dos titulares dos cartões, 43% eram *Pakeha*, 64% *Māori* e 68% pessoas do *Pacific* (populações com maiores índices de pobreza e doença e pior estado de saúde). Todavia, a restante população efectua mais pagamentos directos no âmbito dos CSP, do que no Reino Unido

(SNS financiado por impostos) ou na Austrália (sistema nacional de seguros de saúde) (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001). Os seguros de saúde privados são voluntários e em grande parte não regulados. Os esquemas de seguros garantem cuidados complementares e promovem respostas em áreas em que se verifica falta de recursos, não oferecendo, contudo, cuidados de saúde globais. Cerca de 33-37% da população tem um seguro de saúde privado, um valor inferior ao estimado em 1990, de 51% (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001 ; 2002).

2.1.2 Despesa

A participação pública na totalidade da despesa em saúde tem diminuído desde 1979/1980 devido, principalmente, aos pagamentos directos que por sua vez, têm vindo a aumentar (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001). A totalidade da despesa, como percentagem do PIB cresceu de 5.2% em 1970, para 7.1% em 1978; em seguida diminuiu progressivamente atingindo os 5.2% em 1987 (tempo de depressão económica); entre 1990 e 1997, apesar dos esforços exercidos no âmbito da contenção de custos, a percentagem da despesa em função do PIB aumentou lentamente mas de forma constante, alcançando em 1997/1998 os 8.2% (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001 ; 2002), em 2004 os 8.5% e em 2006 os 9.4%. A despesa total em saúde entre 1925 e 2006 tem crescido a

uma taxa média anual de 5.1%. De forma parcelar, a despesa pública tem aumentado a uma taxa média anual de 5.9% e a despesa privada a uma taxa média anual de 3.9% (New Zealand. Ministry of Health, 2008).

2.1.3 Contratualização

Os *District Health Boards* (DHB) são responsáveis pela gestão dos recursos públicos atribuídos pelo Ministério da Saúde e pela aquisição de cuidados de saúde para as suas populações: públicos, privados e comunitários (Ettelt *et al.* cit. por Nolte *et al.*, 2011). Os DHB adquirem uma parte significativa de CSP através do estabelecimento de contratos com as *Primary Health Organizations* (PHO) (New Zealand. Ministry of Health. Primary health care cit. por Nolte *et al.*, 2011).

2.1.4 Prestadores

Os CSP são essencialmente prestados por médicos de clínica geral que exercem a sua actividade de forma independente/privada. O mesmo se aplica às consultas de especialidade em ambulatório (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001 ; 2002). Os CSP Neozelandeses serão, *a posteriori*, explanados com maior detalhe.

Os hospitais públicos promovem a maioria dos cuidados de saúde secundários e terciários. O pequeno número de hospitais do sector privado está essencialmente especializado em cirurgia electiva e em cuidados de longa duração, nomeadamente os geriátricos (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001 ; 2002).

O “*Third sector*” refere-se às organizações não governamentais e sem fins lucrativos e cuja expansão tem sido evidente desde meados dos anos 1980 (Crampton *et al.* cit. por WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001). A sua actividade incorre em serviços de saúde e complementares, geralmente subsidiados por dinheiros públicos e pela captação de recursos adjacente à actividade da própria organização (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001).

2.1.5 Pagamento dos Prestadores

Os hospitais Neozelandeses têm sido pagos de diferentes formas: orçamentos históricos; preço limitado/volume de contratos por procedimentos; e índice de *case-mix*. Actualmente os hospitais são pagos de forma prospectiva, através de um orçamento operacional fixo anual, definido em função do seu índice de *case-mix* (em que se estabelece uma lista de preços/volume com base no ano anterior) (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001 ; 2002 ; Nolte *et al.*, 2011).

A maioria dos médicos especialistas do sector público (hospitais e organizações de base comunitária) são pagos com salário, enquanto os médicos do sector privado são essencialmente pagos por acto realizado (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001 ; 2002). O pagamento dos CSP e dos médicos de clínica geral advém de diversas fontes de financiamento: pagamento por acto, capitação e pagamentos directos (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001).

2.1.6 Liberdade de Escolha do Cidadão

Os cidadãos detêm a opção de escolher livremente o seu médico de clínica geral. Contudo, o acesso público aos cuidados secundários e/ou terciários depende de um processo de referenciação (obrigatória), da responsabilidade do médico de clínica geral (com excepção para acidentes e situações de emergência). Esta é também a prática corrente no sector privado, uma vez que, a maioria dos especialistas só aceita consultar um doente, se tiver sido referenciado pelo seu médico de clínica geral (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001).

2.2 Cuidados de Saúde Primários

Historicamente, a responsabilidade pela prestação da maioria dos CSP pertence aos médicos de clínica geral, cuja actividade era exercida de forma liberal (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001).

Todavia, a prática dos CSP tem sofrido grandes alterações desde 1993, data em que os médicos de clínica geral se organizaram em associações de médicos independentes - *Independent Practitioner Associations* (IPAs), também designadas de *GP fundholding groups*, às quais era atribuído um orçamento e simultaneamente competências de gestão no âmbito dos produtos farmacêuticos, testes de diagnóstico e contenção de custos. Em 1999, mais de 80% dos médicos de clínica geral integravam estas associações, cujo número de médicos era variável (de 6-8 a mais de 300) (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001 ; 2002). As IPAs são entidades com fins lucrativos e que actuam como corpos profissionais que procuram melhorar a qualidade dos cuidados (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001).

Mais recentemente, com a *Primary Health Care Strategy* em 2001, foram criadas as PHO - estruturas locais e entidades sem fins lucrativos, responsáveis pela gestão do financiamento público que lhes é atribuído (podem contratualizar serviços com prestadores privados) e às quais os prestadores aderem de forma voluntária (New Zealand. Ministry of Health, 2001). Contudo, o Governo criou incentivos financeiros para os profissionais de CSP, cuja atribuição depende da concretização de actividades que veiculem o alcance de metas que signifiquem a diminuição das

desigualdades em saúde, quer no âmbito da prestação, quer no âmbito da utilização (Ettelt *et al* cit. por Nolte *et al.*, 2011).

As PHO deverão envolver a comunidade nos seus processos de governação e ser capazes de mostrar que são responsáveis pelas suas necessidades e prioridades (New Zealand. Ministry of Health, 2001 ; 2002) - a participação da comunidade detém um grande valor estratégico para a organização (New Zealand. Ministry of Health, 2010); deverão ainda englobar os seus profissionais nos processos de tomada de decisão (New Zealand. Ministry of Health, 2001 ; 2002), bem como utilizar os seus contributos no planeamento anual e estratégico do DHB (New Zealand. Ministry of Health, 2010).

A inscrição nas PHO é de carácter voluntário e extensível a toda a população. A maioria das pessoas inscreve-se através da sua equipa de saúde local ou de uma clínica de saúde que integre a rede de CSP e procede à nomeação do médico de referência que deseja. As pessoas são encorajadas a integrar as PHO, em prol do usufruto de benefícios no âmbito da melhoria da continuidade e da coordenação dos serviços. Prevê-se que as PHO direccionem a sua actuação para as populações que abrangem. A livre opção de não ingressar numa PHO e o direito a recorrer a outros prestadores podem conduzir a uma perda de serviços de saúde preventivos pela condição de exclusão face à população identificada (New Zealand. Ministry of Health, 2001).

As PHO coordenam os processos de saúde da população que abrangem e estabelecem, sempre que necessário, o seu encaminhamento para outros serviços (New Zealand. Ministry of Health, 2001). Cada pessoa pode estar apenas inscrita numa única PHO, contudo a sua inscrição não restringe o seu direito individual de procurar outros profissionais de saúde, dentro ou fora das PHOs. Existem regras que regulamentam as mudanças de prestadores de referência dentro das PHOs (New Zealand. Ministry of Health, 2010).

As PHO tiveram origem em grupos direccionados para a comunidade e em *GP organisations*, como sejam as IPAs (New Zealand. Ministry of Health, 2010), sendo que a maioria se constituiu a partir dos primeiros e especificamente de *Charitable Trusts* e das *Non-profit Companies*, o que deu origem a uma diversidade de PHO no que respeita a tamanho, estrutura, diplomas legais e processos de governação (New Zealand. Ministry of Health, 2007a).

A primeira PHO foi estabelecida em Julho de 2002 (New Zealand Ministry of Health, 2007b). Em 2011 existem 82 PHO em todo o país, o correspondente a 95% da população (Nolte *et al.*, 2011). Cerca de $\frac{3}{4}$ dos médicos de clínica geral pertencem a IPAs e outras organizações que

procuraram integrar as PHO ou envolver-se na sua criação (New Zealand. Ministry of Health, 2002).

Os DHB financiam as PHO, mediante a aplicação de uma fórmula nacional que considera a população inscrita e as variáveis idade, género, etnia e condição socioeconómica – financiamento ajustado às necessidades; monitorizam a sua actividade; e verificam se a proposta de alocação de recursos financeiros é compatível com a missão da estratégia para os CSP (New Zealand. Ministry of Health, 2010). Isto aplica-se exclusivamente às PHO sem fins lucrativos, de forma a garantir, que os fundos públicos não são desviados do cumprimento do objectivo a que se destinam (New Zealand. Minister of Health, 2001). Os DHB negociam acordos anuais com as PHO não estatais (New Zealand. Ministry of Health cit. por Nolte *et al.*, 2011).

Os médicos de clínica geral detêm a função de *gatekeepers*, efectuando a referenciação de doentes, sempre que necessário, para os serviços públicos de cuidados secundários ou terciários. Os doentes podem escolher livremente o seu médico, ou mudar de médico. A cada consulta está associada uma taxa definida pelo médico, embora cerca de 70% das consultas sejam subsidiadas em parte ou na totalidade (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001 ; 2002).

As PHO são livres na escolha da modalidade de pagamento aos seus prestadores: salário, capitação, acto, pagamentos em função do cumprimento de metas, subsídios e métodos mistos de pagamentos (New Zealand. Ministry of Health, 2002 ; 2010).

Os subsídios atribuídos pelo Governo para as consultas de CSP têm uma taxa fixa. Em 2001 os subsídios foram os seguintes: 17,6€ por visita a todas as crianças com menos de 6 anos de idade; 8,1€ por visita a crianças entre os 6-18 anos (famílias sem cartão de concessão); 10,8€ por visita a crianças entre os 6-18 anos (famílias com cartão de concessão); 8,1€ por visita para adultos (mais de 18 anos) com cartão de concessão (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2002).

A elegibilidade para o *Very Low Cost Access Payment* (introduzido em Outubro de 2006) está limitada às PHO que exercem determinadas taxas padronizadas com os seguintes valores: zero para as crianças entre os 0-5 anos; 5,97€ no máximo para as crianças entre os 6-17 anos; 8,96€ no máximo para todos os adultos com 18 ou mais anos. Por outro lado, as PHO têm de cumprir os seguintes requisitos: participar nos programas de desempenho e estar na versão mais actual do acordo estabelecido para as PHO (New Zealand. Ministry of Health, 2011).

2.3 Contexto de implementação do P4P

The New Zealand Health Strategy veiculou a estratégia de saúde definida para os CSP, a qual introduziu abordagens baseadas na população (King cit. por Buetow, 2008), nomeadamente o estabelecimento, em 2002, das PHO (Buetow, 2008). *The Primary Health Care Strategy 2001* pretendia melhorar a saúde dos Neozelandeses e reduzir as desigualdades, atribuindo especial ênfase à eliminação das barreiras financeiras em que incorriam os grupos populacionais com mais necessidades em saúde (onde se encontram as populações *Māori* e *Pacific*). Para tal, era essencial atribuir especial relevo ao nível de saúde da população e ao papel da comunidade e repensar os modelos de financiamento (New Zealand. Ministry of Health, 2001 ; Cumming ; Mays ; Gribben, 2008).

Neste âmbito, salientam-se as recentes mudanças relacionadas com o financiamento e a organização dos cuidados, especificamente as modalidades de financiamento por capitação com necessidades ponderadas e os programas de gestão do desempenho das PHO (Buetow, 2008).

Os programas de gestão do desempenho das PHO foram introduzidos em 2006 (Nolte *et al.*, 2011). Representantes dos CSP, DHB e Ministério da Saúde conceberam o programa de gestão do desempenho das PHO, com o objectivo de melhorar os níveis de saúde da população, gerir o crescimento das despesas (não planeadas) em saúde (DHBNZ cit. por Buetow, 2008) e reduzir as desigualdades nos resultados em saúde (Nolte *et al.*, 2011).

O programa de gestão do desempenho das PHO foi construído a partir do relatório do *Referred Services Group* em 2002. Os indicadores de desempenho das PHO têm sido desenvolvidos pela *PHO Clinical Performance Advisory Group* e por uma equipa estabelecida entre as DHB e o Ministério orientada pelo *Referred Services Management* (New Zealand. Ministry of Health. PHO, 2007).

2.4 Implementação do P4P

Na Nova Zelândia, o desenvolvimento do P4P como componente dos programas de gestão do desempenho das PHO complementa iniciativas políticas similares decorridas no Reino Unido (Doran *et al.* ; Roland ; Smith and York, cit. por Buetow, 2008) e nos Estados Unidos da América (EUA) (Epstein ; Epstein *et al.* ; Rosenthal, cit. por Buetow, 2008) e que incorporam a atribuição de incentivos aos prestadores mediante o alcance de metas de qualidade pré-definidas. Distinguem-se o número e o tipo de medidas de qualidade e a dimensão dos incentivos (Buetow, 2008).

A participação das PHO no programa de gestão do desempenho é voluntária. As PHO que o desejam fazer são responsáveis pelo cumprimento das condições do programa, nomeadamente o estabelecimento de estruturas e processos de governação clínica que envolvam os profissionais e permitam alcançar melhorias. Embora os clínicos gerais que integram as PHO que participam no programa estejam contratualmente obrigados a fornecer informações relativas ao seu desempenho, esta situação nem sempre acontece. Há até evidência, de que, por vezes, modificam as suas práticas individuais para alterar o seu desempenho em relação aos indicadores (Buetow, 2008).

Para que as PHO possam participar nos programas de gestão do desempenho e ser elegíveis para a atribuição de incentivos têm de cumprir uma série de pré-requisitos que demonstram a sua intenção em implementar o programa (New Zealand. Ministry of Health. PHO, 2011):

- Registo da etnia, em, pelo menos 85% dos doentes registados - Para medir a etnicidade da PHO o registo tem que assegurar um nível suficiente para que sejam garantidas intervenções significativas para grupos com elevadas necessidades;
- Mínimo de 70% de registos de *National Health Index Number* (NHI) válidos - Permite que o programa monitorize eventos de saúde para as pessoas inscritas e seja capaz de remover os doentes em duplicado, para que possa ser calculado um denominador de confiança;
- Cumprimento das taxas acordadas - A PHO tem de cumprir com as taxas acordadas e definidas no contrato;
- Contrato assinado do actual acordo da PHO - Para assegurar que a PHO e o seu DHB assinaram a última versão do PHO/DHB do contrato de serviços;
- Relatórios médicos completos - A informação é utilizada para auxiliar os níveis de financiamento atribuídos pelos DHB e a despesa laboratorial e farmacêutica;
- Relatórios completos das PHO - Para habilitar o programa a fontes de informação que têm como finalidade medir os indicadores de desempenho;
- Aprovação do plano de desempenho da PHO - Permite saber como foi implementado o programa.

Relativamente ao processo de pagamento, este concretiza-se semestralmente e engloba todas as PHO que entraram no programa e que continuam a cumprir os seus pré-requisitos e com progressos alcançados em relação às metas (New Zealand. Ministry of Health. PHO, 2009). As PHO são pagas de acordo com critérios de elegibilidade, recebidos pelo DHB, que aprova o estabelecimento de um plano, um plano de desempenho global da PHO e a realização de metas (Buetow, 2008).

O progresso no cumprimento das metas é actualmente calculado utilizando informações das bases de dados nacionais. Para aumentar a equidade no acesso, tratamento e resultados em saúde, algumas metas de indicadores clínicos são medidas em relação às elevadas necessidades de saúde das PHO. Para reduzir as desigualdades em saúde, os pagamentos em função do desempenho têm de ser ponderados na direcção das elevadas necessidades da população. Os pagamentos em relação às metas são no máximo até 3,62€ por membro inscrito se todas as metas forem alcançadas. Cada meta é avaliada de forma independente para uma fracção pré-determinada do pagamento total de 3,62€, valor que não pode ser ultrapassado para compensar o insucesso de outro (Buetow, 2008).

Os actuais incentivos financeiros concebidos para o P4P são pequenos em relação ao total do rendimento das PHO. As redes de CSP acreditam que é improvável que se consiga alcançar todas as metas. As projecções sugerem que as PHO vão ganhar pouco mais de 50% do dinheiro disponível, cerca de 813,712.35€, tendo de financiar os seus próprios recursos. Apenas menos de metade do financiamento recebido será necessário para executar o programa (Buetow, 2008). Os pagamentos advêm da ponderação atribuída a cada indicador. As quantias atribuídas em função do desempenho baseiam-se na população inscrita no período de desempenho medido (como determinado com base no sistema de financiamento baseado na capitação), nos progressos alcançados para cada indicador em relação às metas estipuladas, no valor do pagamento definido no acordo da PHO por pessoa inscrita, para o período de desempenho em vigor e na quantia mínima garantida, também definida no acordo da PHO (New Zealand. Ministry of Health. PHO, 2009).

As PHO têm o poder de decidir como aplicar os incentivos financeiros que recebem (New Zealand. Ministry of Health. PHO, 2007). O Governo espera que as PHO utilizem os seus incentivos financeiros na melhoria dos serviços disponíveis, para que cumpram os objectivos da *Primary Health Care Strategy*, em vez de aumentarem o rendimento dos seus membros (excepto se for para ajudar a recrutar ou a reter os prestadores de cuidados). Adicionalmente, os prestadores que integram as PHO recebem, de forma individualizada, um relatório referente ao seu desempenho em relação aos indicadores e numa lógica de *benchmarks*; materiais de educação personalizados às suas necessidades; e outros serviços que possam ser considerados facilitadores clínicos (Buetow, 2008).

Para calcular as metas a atingir, o programa utiliza como referencial a meta nacional padronizada (Buetow, 2008) e os valores de desempenho alcançados e referenciados no anterior relatório sobre o desempenho de cada PHO. Estes valores constituem a informação base, sobre a

qual é aplicada a metodologia que determina o valor de cada indicador. Os DHB procedem ao envio das metas definidas para cada um dos indicadores para as diversas PHO. As metas são sujeitas a um processo de negociação estabelecido entre o DHB e a PHO, para que os factores locais possam ser considerados. Os indicadores baseiam-se em metas semestrais, definidas em função da melhoria esperada para esse período de tempo (New Zealand. Ministry of Health. PHO, 2011).

Excepcionalmente, o indicador influenza constitui-se numa meta anual única. A cobertura da vacina da gripe é medida sazonalmente (1 de Janeiro a 30 de Junho de cada ano) e a sua linha de base é redefinida (colocada a zero) em cada ano, pelo que detém uma meta anual determinada com base nos resultados que a PHO obteve na última campanha de vacinação. Independentemente da definição da meta, o P4P não será efectuado, a menos que, a PHO tenha atingido o limite mínimo requerido (40%). Para o indicador referente à vacinação apropriada em crianças de 2 anos, o pagamento em função do desempenho não é efectuado, se o indicador não atingir o mínimo de 50%, independentemente da meta definida (New Zealand. Ministry of Health. PHO, 2011).

As metas dos indicadores são determinadas com os dois períodos de desempenho de 6 meses (de 1 Janeiro a 30 de Junho e de 1 de Julho a 31 de Dezembro). As metas do segundo período podem ser renegociadas entre as PHO e os DHB ao ser completado o primeiro semestre, sempre que se tiver registado um cumprimento incompleto das metas (New Zealand. Ministry of Health. PHO, 2009).

Seguidamente encontram-se enunciados os indicadores de desempenho financiados pelo programa de gestão do desempenho das PHO para 2011. A primeira coluna refere-se aos indicadores - categorizados em doenças crónicas, prevenção de doenças infecciosas e indicadores financeiros, categorias já em vigor em anos anteriores; a segunda coluna refere-se à população em relação à qual os indicadores são medidos; a terceira coluna refere-se à ponderação do pagamento aplicada a cada indicador; a quarta coluna diz respeito aos objectivos que o programa pretende atingir; e a quinta coluna enuncia as metas que são expectáveis de alcançar mediante os níveis percentuais em que se encontram os diversos indicadores (New Zealand. Ministry of Health. PHO, 2011).

São consideradas populações com elevadas necessidades a *Maori*, a *Pacific* ou outras populações com uma privação socioeconómica classificado no décile 9 ou 10; para o indicador relacionado com a vacinação apropriada aos 2 anos de idade, as populações consideradas com elevadas necessidades são exclusivamente a *Maori* e *Pacific*. O indicador relacionado com a avaliação do risco de doença cardíaca integra excepcionalmente, como população com elevadas

necessidades: os homens *Maori, Pacific* ou de etnia do sub-continente Indiano com idades entre os 35 e os 74 anos; as mulheres *Maori, Pacific* ou de etnia do sub-continente Indiano com idades entre os 45 e os 74; os homens de outra qualquer etnia com idades entre os 35 e os 74 anos e as mulheres de outra qualquer etnia com idades entre os 55 e os 74 anos (New Zealand. Ministry of Health. PHO, 2011):

Tabela 7 - Indicadores de Doenças Crónicas das PHO

Indicadores de Doenças Crónicas		% Ponderação Anual	Objectivo do Programa	Metas	
Cobertura do rastreio do cancro do colo do útero (Clínico)	População Total	3.00	75%	Linha base:	Aumento esperado:
	Necessidades Elevadas	6.00		< 35%	10% (limite mínimo 38% para se alcançar incentivo)
				≥35% a <60%	4% a Max 60%
				≥60% a <70%	1.5% a Max 70%
				≥70% a <75%	1% a Max 75%
				≥75%	Sem alterações
Cobertura do rastreio do cancro da mama (50-69 anos) (Clínico)	Necessidades Elevadas	6.00	≥ 70%	Linha base:	Aumento esperado:
				< 20%	10%
				≥20% a <60%	4% a Max 60%
				≥60% a <70%	2% a Max 70%
				≥ 70%	Sem alterações
Deteção de doença isquémica cardiovascular (Clínico)	População Total	3.00	90%	Linha base:	Aumento anual esperado:
	Necessidades Elevadas	6.00		0% a <60%	20%
				60% a <80%	15%
				80% a <90%	10%
				≥ 90%	Sem alterações
Avaliação do risco de doença cardíaca	População Total	8.00	80% após 5 anos	Aumento de 16% por ano (negociável se o numerador)	

(Clínico)	Necessidades Elevadas	12.00		>65%) > 80% sem alterações	
Detecção da diabetes (Clínico)	População Total	3.00	90%	Linha base:	Aumento anual esperado:
	Necessidades Elevadas	6.00		0 a <50%	20%
				50% a <70%	15%
				70% a <90%	10%
				≥ 90%	Sem alterações
Follow Up da diabetes após detecção (Clínico)	População Total	3.00	80%	Linha base:	Aumento anual esperado:
	Necessidades Elevadas	6.00		0% a <40%	10%
				40% a <50%	7.5%
				50% a <60%	5%
				60% a <70%	2.5%
				70% a < 80%	1%
				≥ 80%	Sem alterações
Registo de tabagismo (Clínico)	Outras	2.00	90%	Linha base:	Melhoria anual esperada:
	Necessidades Elevadas	5.00		x < 40%	20% de pontos ganhos até um máximo de 48%
				40 ≤ x < 70%	10% de pontos ganhos até um máximo de 77%
				70 ≤ x < 90%	5% de pontos ganhos até um máximo de 94.5%

Fonte: New Zealand. Ministry of Health. PHO (2011)

Tabela 8 - Indicadores de Prevenção de Doenças Infecciosas das PHO

Indicadores de Prevenção de Doenças Infecciosas		% Ponderação Anual	Objectivo do Programa	Metas	
Cobertura de imunizações de influenza a partir dos 65 anos (Clínico)	População Total	3.00	≥ 75%	Linha base:	Aumento esperado:
	Necessidades Elevadas	6.00		< 40%	10% (limite mínimo para se alcançar incentivo)
				≥40% a <60%	5% a Max 60%
				≥60% a <65%	2.5% a Max 65%

				≥65% a <75%	1% a Max 75%
				≥75%	Sem alterações
Vacinação apropriada aos 2 anos de idade (Clínico)	População Total	3.00	≥ 90%	Linha base:	Aumento esperado:
	Necessidades Elevadas	6.00		< 51%	15% a um Máximo de 51% (limite mínimo de 50% para se alcançar incentivo)
				≥51% a <60%	10% a Max 60%
				≥60% a <70%	10% a Max 70%
				≥70% a <85%	5% a Max 85%
				≥85% a <90%	2.5% a Max 90%
				≥ 90%	Sem alterações

Fonte: New Zealand. Ministry of Health. PHO (2011)

Tabela 9 - Indicadores Financeiros das PHO

Indicadores Financeiros		% Ponderação Anual	Objectivo Programa	Metas	
Despesas de laboratório referidas pelos médicos de clínica geral (Clínico)	População Total	6.50	≤ 100%	Linha de base: $x \leq 100\%$ da despesa de Benchmarking $100\% \leq x \leq 102\%$ $102\% \leq x \leq 120\%$ $x \geq 120\%$	Aumento Esperado: Permanece como $x \leq 100\%$ de despesa de Benchmarking Diminuição para um mínimo de 100% Redução de 4% para um mínimo de 100% Redução de 6% para um mínimo de 116%
Despesas farmacêuticas referidas pelos	População Total	6.50	≤ 100%	Linha de base: $x \leq 100\%$ da despesa de	Aumento Esperado: Permanece como $x \leq 100\%$ de despesa de

médicos de clínica geral (Financeiro)				Benchmarking	Benchmarking
				$100\% \leq x \leq 102\%$	Diminuição para um mínimo de 100%
				$102\% \leq x \leq 120\%$	Redução de 4% para um mínimo de 100%
				$x \geq 120\%$	Redução de 6% para um mínimo de 116%

Fonte: New Zealand. Ministry of Health. PHO (2011)

Seguidamente segue-se uma breve caracterização dos incentivos financeiros:

Tabela 10 - Caracterização dos Incentivos Financeiros das PHO

Caracterização dos Incentivos Financeiros	
Recompensas ou Penalizações?	Recompensas Atribuição de incentivos financeiros mediante o cumprimento das metas de qualidade previamente definidas
Incentivos Individuais ou de Grupo?	Grupo Os incentivos são atribuídos às equipas, que entre si, os distribuem mediante um processo de negociação interna.
Incentivos Sempre Selectivos?	Sim
Valores Absolutos ou Comparações entre Prestadores?	Valores Absolutos
Dimensão do Incentivo?	Cada meta poderá alcançar o valor máximo de 3,62€ (cada membro envolvido recebe no máximo 3,62€ por cada meta).
Frequência e Duração dos Incentivos “Payoffs”?	2 Pagamentos anuais (excepção para o indicador da vacina da gripe que é pago anualmente).

2.5 Monitorização da Implementação do P4P

Os DHB são responsáveis por supervisionar a participação das PHO no programa de gestão do desempenho, por assegurar o cumprimento dos pré-requisitos de participação no programa e ainda pela aprovação dos planos de desempenho das PHO. Os DHB recebem relatórios das PHO referentes ao seu desempenho em relação aos indicadores contratualizados e avaliam o seu progresso em relação ao seu plano de desempenho. Os DHB são ainda responsáveis pela aprovação do tipo de utilização dos incentivos financeiros por parte das PHO. Os DHB têm também a opção de disponibilizar e aplicar um financiamento adicional às PHO, com o

objectivo de reforçar indicadores nacionais ou suportar outros indicadores que estejam em conformidade com necessidades locais (New Zealand. Ministry of Health. PHO, 2007).

3 Portugal

3.1 Caracterização do Sistema de Saúde

O SNS foi criado pela Lei n.º 56/79, que o definiu como universal, geral e gratuito e o constituiu o primeiro modelo de regulamentação do artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, que detém como pedra basilar o direito à protecção da saúde. Com a segunda revisão constitucional, em 1989, o artigo 64º é alterado e o SNS apesar de conservar as suas duas primeiras características fundamentais, adquire o estatuto de tendencialmente gratuito, em função das condições socioeconómicas dos cidadãos (Portugal. Ministério da Saúde. CSFSNS, 2007 ; Novais, 2010). A solidariedade, em destaque na Lei de Bases da Saúde é um dos valores que estrutura o SNS (protecção dos mais pobres e doentes) (WHO, 2010).

3.1.1 Financiamento

O sistema de saúde português é essencialmente financiado pelos impostos gerais dos contribuintes. Contudo, constituem fontes adicionais de financiamento, os pagamentos directos, os seguros de saúde privados e os subsistemas públicos e privados de saúde (Portugal. Ministério da Saúde. CSFSNS, 2007 ; WHO. European Observatory on Health Systems and Policies, 2007 ; WHO, 2010).

Relativamente aos pagamentos directos, as despesas dos cidadãos para com as entidades privadas constituem cerca de 23,67% da despesa total em saúde, em 2004. Neste contexto, as consultas médicas consomem uma parte significativa dos recursos. Contudo é aos medicamentos que se atribui a maior parcela da despesa. Já em relação aos co-pagamentos exigidos pelas entidades públicas, estes adquirem um carácter pouco significativo e expressivo e constituíam cerca de 0,77%, em 2004 - o que confere às taxas moderadoras, introduzidas no SNS em 1980, no âmbito das consultas médicas, dos cuidados domiciliários e dos Métodos Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), um papel reduzido enquanto instrumentos de financiamento. As taxas moderadoras visam, fundamentalmente, moderar o consumo, prevenir consumos excessivos e desadequados (Portugal. Ministério da Saúde. CSFSNS, 2007) e racionalizar o funcionamento do SNS (Novais, 2010).

Ainda em relação às taxas moderadoras, em 1989, a introdução do conceito de SNS “tendencialmente gratuito” abriu a possibilidade de implementação de taxas moderadoras diferenciadas, em função do rendimento familiar (Portugal. Ministério da Saúde. CSFSNS, 2007 ; Novais, 2010). Contudo, o Decreto-Lei n.º 54/92 manteve a opção por taxas de valor fixo e um regime de isenção total a aplicar mediante as condições socioeconómicas. Este diploma definiu

taxas para os serviços considerados em 1989 e adicionalmente para os episódios de urgência e outros serviços de saúde públicos ou privados convencionados (Portugal. Ministério da Saúde. CSFSNS, 2007).

Em 2007, as taxas moderadoras foram alargadas ao internamento dos hospitais do SNS (no valor de 5€ por dia, até 10 dias) e aos actos cirúrgicos em ambulatório (no valor de 10€ por acto) (Portugal. Ministério da Saúde. CSFSNS, 2007 ; WHO. European Observatory on Health Systems and Policies, 2007), embora actualmente estas taxas estejam extintas.

Os seguros de saúde privados são adquiridos de forma voluntária, baseiam-se no pagamento de um prémio de seguro determinado em função do risco (individual ou de grupo) e detêm um papel complementar em relação à prestação de cuidados de saúde garantida pelo SNS (Portugal. Ministério da Saúde. CSFSNS, 2007). Aproximadamente 10% da população tem um seguro de saúde privado (WHO. European Observatory on Health Systems and Policies, 2007).

Os subsistemas de saúde que existem são responsáveis pelo financiamento e prestação de cuidados de saúde a cerca de 20% da população. É exemplo de um subsistema público de saúde a ADSE (Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado). Os subsistemas públicos recebem contribuições obrigatórias dos seus beneficiários, que em 2007, constituíam cerca de 1.5% do seu salário bruto (WHO. European Observatory on Health Systems and Policies, 2007) e introduzem uma dupla cobertura no que se refere ao financiamento e ao acesso privilegiado a determinados serviços de saúde, pelo que, podem ser considerados geradores de iniquidade, situação não evidenciada pelos subsistemas privados, como é o caso da Portugal Telecom (Portugal. Ministério da Saúde. CSFSNS, 2007). Os subsistemas privados também recebem contribuições obrigatórias dos trabalhadores e as suas evoluções recentes sugerem que se estão a tornar semelhantes aos seguros de saúde privados (WHO. European Observatory on Health Systems and Policies, 2007).

3.1.2 Despesa

A percentagem dos gastos com a saúde em função do PIB tem aumentado de forma significativa. Em 1980, Portugal gastava cerca de 5,6% do seu PIB com a saúde, enquanto em 2004 esse valor era já de 10%, superior ao valor médio da União Europeia dos 15 - 9% e da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) - 8,9%. Neste contexto do aumento significativo na alocação de recursos financeiros ao sector da saúde, a componente de gastos públicos é de extrema relevância face à despesa total (Portugal. Ministério da Saúde. CSFSNS, 2007), constituindo em 2006 71,5% da despesa total com a saúde (Silva, 2010); já em relação à percentagem da despesa privada implicada ao sector da saúde em função da despesa total oscilou os 27% e os 29% em 2008 (WHO, 2010).

3.1.3 Contratualização

As Adiministrações Regionais de Saúde (ARS) desempenham um papel essencial na contratualização de profissionais de saúde para trabalhar no SNS, sendo responsáveis pela criação de convenções (contratos celebrados com prestadores do sector privado, com o objectivo de garantir a prestação de determinados serviços de saúde) e pelo estabelecimento de contratos-programa (CP) com os hospitais. Em relação aos CSP prevê-se, que em cada região sejam identificadas as necessidades de saúde das populações, para que possam ser também negociados CP (WHO. European Observatory on Health Systems and Policies, 2007).

3.1.4 Prestadores

Os médicos de clínica geral exercem o papel de *gatekeepers* no sistema de saúde (WHO. European Observatory on Health Systems and Policies, 2007) e os CSP constituem o primeiro ponto de contacto do cidadão com o SNS, salvo em situações de urgência. Idealmente o acesso aos cuidados hospitalares só deveria acontecer mediante referência do médico de família, o que nem sempre se verifica, uma vez que, os doentes recorrem muitas vezes e indevidamente aos hospitais (Silva, 2010). Os CSP serão abordados com maior detalhe mais à frente.

Os cuidados hospitalares são essencialmente prestados por hospitais que integram o SNS. Todavia, uma parte desses cuidados é também garantida pelo sector privado (com ou sem fins lucrativos). De acordo com Barros (2009) cerca de 70% dos hospitais portugueses são públicos e tratam entre 80% e 90% dos doentes. O ano de 1995 marcou o início do processo da empresarialização hospitalar, com a concessão da gestão hospitalar a um grupo privado de saúde. Para além desta, outras experiências foram desenvolvidas, como em 1996 a implementação de regras de gestão privada em hospitais públicos. Em 1999 foi criada a primeira unidade local de saúde (ULS) – espaço que congrega CPS e hospitalares; também em 1999 foram criados os centros de responsabilidade integrada (CRI) – com o objectivo de serem constituídos órgãos de gestão intermédia, com autonomia financeira e poder decisório e com regras de financiamento e remuneração directamente relacionadas com o volume da actividade realizada, os níveis de produtividade e a qualidade dos resultados. Em 2002 o novo regime jurídico da gestão hospitalar gerou a possibilidade de os hospitais públicos serem sociedades anónimas (SA) de capitais exclusivamente públicos e em 2005, após nova alteração legislativa, estes hospitais foram transformados em entidades públicas empresariais (EPE) estando igualmente a ser transformados os hospitais do sector público administrativo. Também em 2002 teve início o Programa de Parcerias Público Privadas (PPP) com o intuito de renovar e modernizar a rede hospitalar do SNS, prevendo a concessão da construção e também da gestão a grupos privados de saúde (Silva, 2010 ; Barros, 2009).

As convenções estabelecidas entre o SNS e entidades privadas com ou sem fins lucrativos assumem um papel, cada vez mais significativo, na prestação de cuidados. Existem convenções para cirurgia, diálise, MCDT (Silva, 2010).

Historicamente o Estado tem tido um papel pouco interventivo como prestador e financiador no âmbito dos cuidados comunitários, incluindo os cuidados de longa-duração e os serviços sociais para pessoas idosas, portadoras de doença crónica ou com necessidades especiais. Neste contexto, as Misericórdias - organizações independentes de caridade e outras organizações não governamentais têm desempenhado um papel muito importante. Como principal reforma e resposta do SNS surge em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (WHO. European Observatory on Health Systems and Policies, 2007).

3.1.5 Pagamento dos Prestadores

Tradicionalmente os hospitais eram pagos com base em orçamentos determinados pelos seus custos históricos – mediante um sistema de reembolso de custos, não promotor de eficiência e sem incerteza financeira para o hospital. Contudo, a insustentabilidade deste modelo de pagamento, reflectida no aumento crescente dos custos esteve na origem da necessidade de implementar outro sistema de pagamento hospitalar (Barros, 2009). Actualmente, os hospitais portugueses possuem um sistema de pagamento misto – são financiados através de um CP (atribuição de um orçamento global mediante um conjunto de actividades pré-determinadas) e uma componente prospectiva (indutora eficiência) por doente tratado ou episódio de internamento calculada com base nos DRG (implementação dos DRG em Portugal ocorreu em 1989), ajustada ao *case-mix* dos hospitais. Por outro lado, os subsistemas de saúde e os seguros de saúde privados pagam aos hospitais do SNS retrospectivamente, com base no número de casos de internamento e de cirurgia ambulatória (de acordo com a lista de preços dos DRG) e ao acto pelos serviços de ambulatório (WHO. European Observatory on Health Systems and Policies, 2007).

Os médicos do SNS são pagos através de salários. Os médicos que exercem actividade nas clínicas e hospitais do sector privado são pagos ao acto (WHO. European Observatory on Health Systems and Policies, 2007).

Tradicionalmente os centros de saúde não detinham autonomia administrativa e financeira e o Ministério da Saúde, por intermédio das ARS financiava os centros de saúde em função da actividade global desenvolvida. No ano 2000 foi conduzida uma experiência na ARS de Lisboa e Vale do Tejo, que preconizava implementar um modelo de financiamento semelhante ao dos hospitais. Mais recentemente com a implementação das USF em 2006, os CSP começaram a ser pagos por capitação e mediante a aplicação de esquemas de incentivos adicionais em função do desempenho (WHO. European Observatory on Health Systems and Policies, 2007).

Os médicos de clínica geral, tradicionalmente pagos, através de salários, usufruem actualmente de pagamentos adicionais associados ao desempenho em função de actividades contratualizadas, isto no âmbito das USF (WHO. European Observatory on Health Systems and Policies, 2007).

3.1.6 Liberdade de Escolha do Cidadão

No SNS é expectável que o cidadão se movimente em função do processo de *gatekeeping* estabelecido com o seu médico de clínica geral – que pode ser escolhido mediante os que se encontram disponíveis na região, podendo sempre que considerar conveniente, recorrer a serviços de urgência (WHO. European Observatory on Health Systems and Policies, 2007). Na verdade, este cenário não se verifica e 25% dos cidadãos atendidos em serviços de urgência não reflectem quaisquer necessidades de cuidados imediatos (Bentes *et al.* cit. por WHO. European Observatory on Health Systems and Policies, 2007). Os doentes podem mudar de médico de família se explicarem por escrito os seus motivos à respectiva ARS (WHO. European Observatory on Health Systems and Policies, 2007).

Cidadãos beneficiários de subsistemas de saúde podem dirigir-se directamente a hospitais privados e especialistas com acordos com o respectivo subsistema. Os médicos do sector privado podem também referenciar os seus doentes para os hospitais do SNS (WHO. European Observatory on Health Systems and Policies, 2007).

De acordo com a Lei da Gestão Hospitalar, um dos seus princípios gerais é a liberdade de escolha do estabelecimento hospitalar – exercício da responsabilidade do médico de família em conjunto com o doente. Todavia, na prática há redes de referência e percursos definidos, o que limita a escolha, mas objectiva aumentar a eficiência (Silva, 2010).

3.2 Cuidados de Saúde Primários

Os centros de saúde, cuja existência é anterior à do SNS (Miguel, 2010), tendo sido criados pelo Decreto-Lei n.º 413/71, constituem o espaço destinado à prestação de CSP. Desde a sua criação, os centros de saúde têm sofrido diversas mudanças orgânicas e estruturais. O Despacho Normativo n.º 97/83 constituiu os centros de saúde de segunda geração (fusão dos postos das caixas de previdência com os centros de saúde de primeira geração), que apesar de terem introduzido alguma eficiência não conseguiram melhorar objectivos essenciais – o acesso e a concretização de objectivos de saúde. As mudanças legislativas de 1999 previam a criação de centros de saúde de terceira geração, vinculadores de uma matriz organizativa com base em USF (Silva, 2010) e dotados de autonomia administrativa e financeira. No entanto esta reforma nunca chegou a ser implementada (Campos cit. por Miguel, 2010). O ano de 2005 marca o início da grande Reforma dos CSP, que previa a reconfiguração dos centros de saúde e a implementação das USF (Silva, 2010 ; Miguel, 2010).

Os CSP concretizam-se através de uma rede de prestação mista, garantida por profissionais de saúde do SNS e por profissionais de saúde que integram serviços de saúde privados. Esta rede prestadora engloba os centros de saúde do SNS, profissionais de CSP do sector privado (com ou sem fins lucrativos) e profissionais ou grupos de profissionais que exercem actividade de forma liberal e que estabelecem contratos ou acordos com o SNS (WHO. European Observatory on Health Systems and Policies, 2007).

A maioria dos CSP é garantida por médicos de clínica geral e enfermeiros. Contudo, alguns centros de saúde disponibilizam algumas consultas de especialidade. Os especialistas que trabalham nos centros de saúde pertencem às chamadas especialidades de ambulatório, tais como, a psiquiatria, a pediatria, a dermatologia, a ginecologia e obstetrícia e a cirurgia (WHO. European Observatory on Health Systems and Policies, 2007).

No sistema de saúde português há uma componente de prestação privada bastante significativa financiada pelo SNS, através do estabelecimento de convenções – dispensa de medicamentos em ambulatório, hemodiálise e diversos MCDT (Portugal. Ministério da Saúde. CSFSNS, 2007 ; WHO. European Observatory on Health Systems and Policies, 2007).

3.3 Contexto de Implementação do P4P

“De acordo com o n.º1 da base XIII da Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, o «sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades».” (Despacho Normativo n.º9/2006). Partilhando esta linha de pensamento, conscientes da importância dos CSP, os programas dos XVII e XVIII Governos Constitucionais Portugueses incluem o processo de reforma em que incorrem os CSP como uma prioridade de saúde nacional. Neste âmbito, é de ressaltar experiências anteriores a 2005, com expressão entre 1996 e 1999 e que constituíram “motor de arranque” (Portugal. Ministério da Saúde. MCSP. Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primário, 2009) para a reforma dos CSP.

O período entre 2005-2010 correspondeu à fase conduzida pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) e que se caracterizou pela implementação das USF, seguida da reorganização dos centros de saúde em agrupamentos de centros de saúde (ACES) e respectiva implementação de órgãos de governação (directores executivos, conselhos clínicos, conselhos da comunidade e conselhos executivos), bem como o processo de candidaturas das unidades de cuidados na comunidade (UCC) e o início da constituição das restantes unidades funcionais – cuidados de saúde personalizados (UCSP), de saúde pública (USP) e de recursos assistenciais partilhados (URAP), englobando a criação das unidades de apoio à gestão (UAG) e os gabinetes

do cidadão. Destaca-se também a definição dos modelos de contratualização (Portugal. Ministério da Saúde. CE-CSP, 2011b).

O regime remuneratório experimental (RRE) foi uma das experiências inovadoras que constituiu alavanca para a Reforma dos CSP e que tinha como finalidade premiar o desempenho dos médicos de clínica geral, através de incentivos financeiros associados à prestação de determinadas actividades assistenciais (Silva, 2010). O RRE foi aprovado em Portugal nos centros de saúde de segunda geração em 1998 após a resistência dos mecanismos burocráticos da tutela (Branco ; Ramos, 2001) e foi a consequência dos “projectos «Alfa», iniciados em 1996-1997 (...) primeiro impulso para descongelar o monopólio burocrático do SNS e libertar as ideias e iniciativas já latentes no terreno. (...) A avaliação dos projectos «Alfa» apontou para a necessidade de estudar formas retributivas mais justas” (Branco ; Ramos, 2001). Os profissionais que integravam o RRE previsto no Decreto-Lei n.º 117/98 dispuseram de 30 dias após a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º298/2007 para se candidatarem às USF. (artigo 44.º, n.º 1, Decreto-Lei n.º298/07).

Equipas constituídas por profissionais motivados que trabalham de forma interdependente e partilham uma cultura de responsabilização são um factor crítico de sucesso para as USF e a respectiva concretização da reforma dos CSP, pelo que seria imperativo alargar o modelo de incentivos dos médicos a todos os profissionais das USF (Decreto-Lei n.º298/07).

No que respeita ao desenvolvimento organizacional nem todas as USF estão em semelhante condição. “A diferenciação entre os vários modelos de USF (A, B e C) é resultante do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo, dos incentivos dos profissionais e do modelo de financiamento, bem como do respectivo estatuto jurídico” (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. MCSP, 2009). Os incentivos financeiros seguidamente abordados foram concebidos para as USF Modelo B “o indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efectiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigentes” (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. MCSP, 2009).

3.4 Implementação do P4P

“O Serviço Nacional de Saúde, inicialmente do tipo comando-controlo, evoluiu em diferentes fases e de diferentes formas, para um modelo aproximado de contratualização, ocorrendo uma separação organizacional entre o pagador e os prestadores. Esta separação tem permitido a reafecção de recursos (...), a sua re-alocação para intervenções mais custo-efectivas e tem

melhorado o desempenho dos prestadores, através da atribuição de incentivos financeiros e da criação de instrumentos de monitorização” (Portugal. Ministério da Saúde. GTDCCSP, 2009).

Na Reforma dos CSP em curso, identificou-se o processo de contratualização com as USF como gerador de responsabilização e exigência, condições necessárias à conquista de melhores e mais eficientes resultados em saúde; não obstante o processo de contratualização coloca claros desafios à administração em saúde, intrinsecamente relacionados com a identificação das necessidades e prioridades em saúde e com a definição e promoção das boas práticas (Portugal. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde, 2006 ; Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. MCSP, 2009); a contratualização é um instrumento estratégico essencial que potencia bom desempenho clínico e económico (Portugal. Ministério da Saúde. GTDCCSP, 2009).

O Plano de Desempenho (PD) e o CP são os dois principais instrumentos do processo de contratualização que foram implementados experimentalmente em 2010 (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. CE-CSP, 2010). “O Plano de Desempenho é um documento estratégico que é negociado anualmente com os ACES, no qual será caracterizada a actividade a desenvolver por estes, se definem as prioridades assistenciais para determinado período e se explicitam os recursos materiais, humanos e financeiros que o ACES terá ao dispor para cumprir a sua missão assistencial. Trata-se de uma ferramenta de monitorização e acompanhamento muito importante para todos os profissionais que trabalham no ACES (...), o Contrato-Programa será o documento que os ACES deverão assinar com a ARS, estará alinhado com o definido no Plano de Desempenho e concretizará o compromisso assumido entre as partes ao identificar claramente as obrigações e as contrapartidas de ambas as partes e as regras de avaliação e de controlo das actividades a desenvolver pelo ACES” (Portugal. Ministério da Saúde. GTDCCSP, 2009).

Metodologia de Contratualização para 2011

A contratualização inicia-se com a definição das prioridades assistenciais, as quais se consubstanciam nas necessidades em saúde particulares de cada região e no Plano Nacional de Saúde e devem complementar as iniciativas da Direcção Geral de Saúde e do Alto Comissariado da Saúde (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. CE-CSP, 2010).

As prioridades assistenciais e as linhas estratégicas permitem aos ACES definir o seu Plano de Actividades, em conjunto com as suas diversas unidades funcionais (UF) – parte integrante do seu PD (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. CE-CSP, 2010).

O processo de contratualização constitui-se em dois momentos, a contratualização Externa – assinatura do CP; e a contratualização Interna – assinatura das Cartas de Compromisso. (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. CE-CSP, 2010).

A contratualização interna “consiste na definição da actividade que será desenvolvida pelas várias unidades funcionais dentro do ACES, tendo em vista envolver os profissionais de saúde, responder às necessidades em saúde da população e às prioridades assistenciais definidas pelo director executivo (DE) e pelo conselho clínico (CC) do ACES. A contratualização interna deve considerar, para além dos indicadores específicos de cada UF, os indicadores constantes do PD e CP do ACES (...) com o objectivo de sinalizar que do trabalho de cada equipa dependem os resultados assistenciais alcançados pelos ACES” (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. CE-CSP, 2010).

Do processo de contratualização interna advém uma proposta de PD, que *a posteriori* é negociada entre o DE/ Presidente do CC do ACES e a ARS – contratualização externa. A assinatura do CP marca o momento final do processo negocial (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. CE-CSP, 2010).

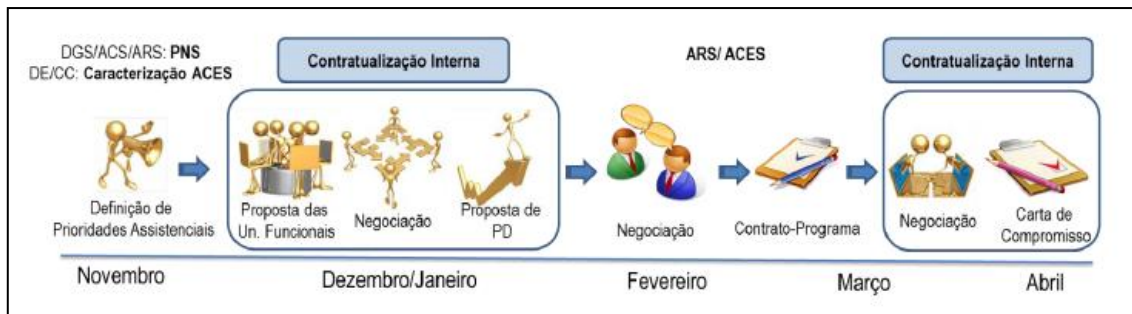
O dinamismo adjacente ao processo de contratualização interna permite que após a assinatura do CP entre o ACES e a ARS sejam reajustados e renegociados eventuais objectivos e actividades com as diversas UF; a disponibilidade dos dados finais da actividade do ano transacto reitera a importância deste momento. Neste contexto pretende-se criar as condições para finalizar o processo de contratualização interna, através da assinatura da carta de compromisso com cada USF (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. CE-CSP, 2010).

Pretende-se que em 2011 os departamentos de contratualização das ARS (DCARS) devam apoiar o processo de contratualização interna entre os ACES e as USF/UCSP. Todavia há consciência de que existem ACES com as competências necessárias ao desenvolvimento autónomo do seu processo de contratualização interna. Os DCARS são responsáveis pela realização de uma análise crítica com os responsáveis do ACES no final de cada reunião em que participem, bem como, pela elaboração de um relatório para o Conselho Directivo da ARS até 30 dias após a última reunião de contratualização com as USF/ECSP (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. CE-CSP, 2010).

Preconiza-se a adaptação do modelo de contratualização dos ACES às ULS na sua vertente de prestação de CSP (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. CE-CSP, 2010).

O processo de contratualização enunciado anteriormente encontra-se agora retratado esquematicamente:

Figura 1 - Metodologia de Contratualização dos ACES



Fonte: Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. CE-CSP (2010)

Considerando “a natureza técnica do modelo de contratualização e acompanhamento, será necessário continuar a capacitar as UAG dos ACES, de forma a prestarem o melhor serviço de apoio à decisão do DE e ao necessário acompanhamento da actividade pelo CC”. Nos próximos dois anos os DCARS continuarão a trabalhar com as UAG com o objectivo de transmitir competências de contratualização aos ACES (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. CE-CSP, 2010).

No âmbito da atribuição dos incentivos financeiros às USF de Modelo B segue-se a descrição das remunerações dos médicos. Salienta-se que não serão aqui abordados os incentivos institucionais atribuídos às USF.

Nas USF de Modelo B “Os incentivos atribuídos aos médicos são aferidos pela compensação das actividades específicas e os dos restantes profissionais – enfermeiros e pessoal administrativo – integrados na compensação pelo desempenho” (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. MCSP, 2009).

“A remuneração mensal dos médicos das USF integra uma remuneração base (remuneração da respectiva categoria e escalão, em regime de trabalho de dedicação exclusiva e horário de trinta e cinco horas semanais, relativa à responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde aos utentes da respectiva lista, com a dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas (UP)), suplementos e compensações pelo desempenho. São considerados os seguintes suplementos: (1) suplemento associado ao aumento das unidades ponderadas; (2) suplemento da realização de cuidados domiciliários; (3) suplemento associado às unidades contratualizadas do alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial. Acresce ainda um suplemento remuneratório para o Coordenador da USF, no valor de 910€, e um suplemento para o

orientador de formação do internato complementar de medicina geral e familiar, no valor de 520€” (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. MCSP, 2010).

Compensações pelo desempenho - “A compensação pelo desempenho integra a compensação associada ao desenvolvimento das actividades específicas (...) e a compensação associada à carteira adicional de serviços, quando contratualizada. Sempre que não exista base para o cálculo das unidades ponderadas das actividades específicas (24 meses de histórico) dos médicos associados ao desempenho, e respectiva qualidade assistencial, deve ser considerada a atribuição de oito unidades contratualizadas (UC) por médico. Ou seja, o equivalente a um máximo de 1.040€/médico” (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. MCSP, 2010).

A seguinte tabela apresenta as actividades específicas (Portugal. Ministério da Saúde. MCSP, 2008 ; Portugal. Ministério da Saúde. MCSP. CE-CSP, 2011):

Tabela 11 - Compensações pelo Desempenho: Actividades Específicas

1. Vigilância, em planeamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano
2. Vigilância de uma gravidez
3. Vigilância de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano
4. Vigilância de uma criança, no segundo ano de vida, por ano
5. Vigilância de uma pessoa diabética, por ano
6. Vigilância de uma pessoa hipertensa, por ano

Fonte: Portugal. Ministério da Saúde. MCSP. CE-CSP (2011)

Como se pode observar na seguinte tabela, a primeira coluna refere-se ao número de UP para cada actividade específica, o qual corresponde a um número concreto de utentes aos quais foram executadas as diversas actividades; a segunda coluna integra o número de unidades contratualizadas a receber por médico mediante o volume de actividades específicas desenvolvidas e que tem uma conversão monetária específica (terceira coluna) (Portugal. Ministério da Saúde. MCSP, 2008a):

Tabela 12 - Remuneração Associada às Actividades Específicas

Dimensão ponderada resultante das Actividades Específicas		Nº de Unidades Contratualizadas a receber	Valor Mensal a receber (Euros)
De...	Até...		
	54	+ 0	
55	109	+ 1	130
110	164	+ 2	260

165	219	+ 3	390
220	274	+ 4	520
275	329	+ 5	650
330	384	+ 6	780
385	439	+ 7	910
440	494	+ 8	1.040
495	549	+ 9	1.170
550	604	+ 10	1.300
605	659	+ 11	1.430
660	714	+ 12	1.560
715	769	+ 13	1.690
770	824	+ 14	1.820
825	879	+ 15	1.950
880	934	+ 16	2.080
935	989	+ 17	2.210
990	1.044	+ 18	2.340
1.045	1.099	+ 19	2.470
1.100		+ 20	2.600

Fonte: Portugal. Ministério da Saúde. MCSP (2008)

Por exemplo, “Numa USF com seis médicos em que o número de unidades ponderadas resultante das actividades específicas de toda a equipa é de 3300 UP: cada médico irá receber mensalmente 1300,00€” (Portugal. Ministério da Saúde. MCSP, 2008a).

Suplemento associado ao aumento das unidades ponderadas - “A lista de utentes inscritos por cada médico tem uma dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas, a que correspondem, em média, 1550 utentes de uma lista padrão nacional. As unidades ponderadas referidas no número anterior obtêm-se pela aplicação dos seguintes factores:

- a) O número de crianças dos 0 aos 6 anos de idade é multiplicado pelo factor 1,5;
- b) O número de adultos entre os 65 e os 74 anos de idade é multiplicado pelo factor 2;
- c) O número de adultos com idade igual ou superior a 75 anos é multiplicado pelo factor 2,5” (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. MCSP, 2010).

A seguinte tabela enuncia os valores que a dimensão ponderada da lista por médico pode adquirir, com as respectivas unidades contratualizadas correspondentes e o valor mensal a receber:

Tabela 13 - Lista de Ponderação de Utentes

Dimensão ponderada da lista por médico		Nº de Unidades Contratualizadas a receber	Valor Mensal a receber (Euros)
De...	Até...		
	1917	+ 0	
1918	1972	+ 1	234
1973	2027	+ 2	468
2028	2028	+ 3	702
2083	2137	+ 4	936
2138	2192	+ 5	1170
2193	2247	+ 6	1404
2248	2302	+ 7	1534
2303	2357	+ 8	1664
2358		+ 9	1794

Fonte: Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. MCSP (2010)

“A dimensão ponderada dos utentes inscritos na USF e da lista de utentes por médico é actualizada trimestralmente no primeiro ano de actividade na USF e anualmente nos anos seguintes. Os médicos, cuja lista não atinja a dimensão mínima de unidades ponderadas de 1917, têm direito à remuneração da respectiva categoria e escalão do seu regime de trabalho durante os primeiros seis meses de actividade nas USF” (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. MCSP, 2010).

Suplemento associado à realização de cuidados domiciliários - “O cálculo considera a realização de menos de 20 domicílios mensais ou mais de 20 domicílios inclusive:

- a) <20 Domicílios/mês/médico, cada visita domiciliária é remunerada a 30€;
- b) >20 Domicílios/mês/médico, é estabelecido um tecto máximo de 600€/mês/médico”

(Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. MCSP, 2010).

Suplemento associado ao alargamento do período de funcionamento - “O suplemento associado ao alargamento do período de funcionamento é devido ao grupo de médicos, dividido igualmente por todos, sendo paga, mensalmente, a cada médico a respectiva quota-parte, segundo exemplos da seguinte tabela” (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. MCSP, 2010).

Tabela 14 - Suplemento Associado ao Alargamento do Período de Funcionamento

	Dias Úteis 1 Hora de alargamento semanal = 1 UC	Sábados, Domingos	Feriados
Médicos	1 UC = 180,00€	1 UC = 235,00€	1 UC x 0,269 = 63,23€

Fonte: Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. MCSP (2010)

Exemplo: Numa USF com 6 médicos em que foi contratualizado o alargamento de horário: em dias úteis, entre as 20 horas e as 22 horas, de segunda a sexta-feira, ou seja, 10 horas semanais – 10 horas x 180,00€ = 1.800,00€ mensais, em que cada médico recebe 1800€: 6; aos sábados e domingos, entre as 8 horas e as 12 horas, isto é, 8 horas – 8 horas x 235,00€ = 1880,00€ mensais, em que cada médico recebe mensalmente 313,33€; em dias de feriados entre as 8 horas e as 12 horas, ou seja, 4 horas por feriado – 4 horas x 235,00€ = 252,86€ mensais, em que cada médico recebe mensalmente 42,14€ (Portugal. Ministério da Saúde. MCSP, 2008a).

“Caso haja lugar à atribuição de incentivos financeiros, a ARS procede ao cálculo até 31 de Março de 2011 e a respectiva entrega (...) até 30 de Abril de 2011 (datas ajustadas caso a USF seja alvo de auditoria por parte da ARS)” (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. MCSP, 2010).

Seguidamente segue-se uma breve caracterização dos incentivos financeiros:

Tabela 15 - Caracterização dos Incentivos Financeiros das USF

Caracterização dos Incentivos Financeiros	
	<p>Recompensas/Penalizações Compensações pelo desempenho, associadas ao cumprimento de actividades específicas; Suplementos: (1) suplemento associado ao aumento das unidades ponderadas; (2) suplemento da realização de cuidados domiciliários; (3) suplemento associado às unidades contratualizadas do alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial;</p>
Recompensas ou Penalizações?	<p>Existe um suplemento remuneratório para o Coordenador da USF e o orientador de formação do internato complementar de medicina geral e familiar (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. MCSP, 2010). Existem também penalizações associadas ao mau desempenho. O não cumprimento dos indicadores propostos poderá, de acordo com regulamentação futura, implicar a passagem de USF Modelo B para Modelo A, ou em último recurso a extinção da USF”. (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. MCSP, 2009).</p>
Incentivos Individuais ou de Grupo?	<p>Grupo Os incentivos são individuais. Há regras de atribuição de incentivos individuais por classe profissional (médicos, enfermeiros e administrativos).</p>
Incentivos Selectivos?	<p>Sim Os incentivos prendem-se com o cumprimento de requisitos/actividades definidas.</p>
Valores Absolutos ou Comparações entre Prestadores?	<p>Valores Absolutos A fórmula de cálculo e atribuição dos incentivos foi previamente definida e não implica a comparação do desempenho entre prestadores.</p>
Dimensão do Incentivo?	<p>Compensações pelo desempenho – até um máximo de 1.040€/médico; Os diversos suplementos são variáveis, em função das unidades contratualizadas</p>

	recebidas e do número de visitas domiciliárias (como se observa em tabelas anteriores); Existe um suplemento remuneratório para o Coordenador da USF - 910€ e para o orientador de formação do internato complementar de medicina geral e familiar - 520€ (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. MCSP, 2010).
Frequência e Duração Incentivos “Payoffs”?	Anual. Caso existam incentivos financeiros a atribuir, a ARS fá-lo-á até 30 de Abril de 2012 (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. CE-CSP, 2010).

3.5 Monitorização da Implementação do P4P

“A monitorização da actividade de cada ACES envolve o controlo (interno) e o acompanhamento (externo). O controlo interno é permanente e da responsabilidade da UAG, devendo debruçar-se sobre os compromissos assumidos pelas diversas UF, por um lado, e sobre os compromissos assumidos com a assinatura do CP por outro.” (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. CE-CSP, 2010). Desta forma a UAG deve apresentar mensalmente, relatórios de execução do CP e das Cartas de Compromisso ao DE/CC e concomitantemente às UF. Posteriormente será o DE/CC a discutir com os diversos coordenadores de UF determinadas medidas correctivas (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. CE-CSP, 2010).

A monitorização do CP é realizada pelos DCARS. Sempre que se justifique a ARS convoca o ACES para reunião de acompanhamento da execução do CP. Em relação à monitorização da execução das Cartas de Compromisso, os ACES devem apresentar semestralmente um relatório à ARS (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. CE-CSP, 2010).

A implementação das USF e dos seus regimes remuneratórios em função do desempenho exigem um processo de acompanhamento e de monitorização de procedimentos e avaliação de resultados (Silva, 2010).

A monitorização dos indicadores deverá ser feita trimestralmente através do sistema de informação disponível em cada USF. Os indicadores referentes à medição do tempo de resposta dos profissionais de saúde, assim como, os referentes à satisfação (profissionais de saúde e utilizadores) prevêm a aplicação de um questionário (modelo nacional). A USF deve disponibilizar-se para colaborar em auditorias e acções de acompanhamento que possam ser propostas pela ARS e elaborar um Relatório de Actividades com base no compromisso assistencial contratualizado, a entregar à AC. Este Relatório deve demonstrar claramente as razões que motivaram o não cumprimento ou a superação das diversas metas. O resultado final das pontuações dos diversos indicadores contratualizados traduz-se num Incentivo Institucional (Portugal. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde, 2006).

CAPÍTULO IV – Impacto do P4P: Reino Unido, Nova Zelândia e Portugal

O presente capítulo desenvolve-se em torno do impacto do P4P em cada um dos países.

1 Reino Unido

Segundo Nolte *et al.* (2011), a avaliação global do impacto do P4P vincula a ideia de que este não deve ser visto como a “*magic bullet*” no âmbito da melhoria da qualidade. A qualidade dos CSP aumentou de forma significativa na última década, especialmente com os programas de gestão de doenças. As conquistas alcançadas reflectem um conjunto de políticas, de auditorias locais, da avaliação anual do trabalho dos médicos do NHS e do lançamento público da informação sobre qualidade dos cuidados.

Em 2004, o Reino Unido utilizou 2.02068 biliões de € no P4P (Campbell *et al.*, 2007).

A participação neste esquema de incentivos ultrapassou as expectativas no seu primeiro ano de existência, com uma média de cerca de 83.4% de pagamentos de incentivos disponíveis (Campbell *et al.*, 2007 ; Crosson *et al.*, 2009).

Como referem Doran *et al.* (2006) cit. por Doran *et al.* (2008) no primeiro ano completo do programa do P4P as equipas alcançaram elevados níveis de concretização para os indicadores clínicos.

De acordo com Gravelle, Sutton e Ma (2010), embora o Departamento da Saúde tenha previsto para o primeiro ano do P4P a obtenção de 75% dos pontos adjacentes às metas contratualizadas no QOF, a pontuação média alcançada ultrapassou os 90% e em 2005/2006 aumentou até 97.5%, com 15% das equipas a atingirem a máxima pontuação. Muitas equipas trataram mais doentes do que o necessário, com o intuito de maximizar a pontuação alcançada. A percentagem de casos onde as equipas estavam abaixo do limiar superior preconizado aumentou de 75.5% em 2004/2005 para 91.8% em 2005/2006; as equipas acima do limite superior em 2005/2006 poderiam ter reduzido o número de doentes tratados em 2005/2006 para 11.8% sem redução das receitas adjacentes ao QOF.

Neste âmbito os padrões do QOF têm sido criticados por serem demasiado baixos e os GPs têm sido condenados pelo aumento do rendimento. Tendo em conta os recursos financeiros imputados ao QOF, este programa foi responsabilizado pelas despesas excessivas em que os CSP incorreram. Desta conjectura surgiu a definição de metas mais exigentes. Perante tal, os médicos têm pensado cada vez mais sobre a forma de alcançar o máximo de pontos por prática dispensando o mínimo de trabalho e recursos financeiros (Simon, 2008).

Segundo Gravelle, Sutton e Ma (2010) cerca de metade das potenciais receitas oriundas do QOF foram obtidas com base no *ratio* de 65 indicadores de qualidade, em onze domínios de doença - o *ratio* dos doentes tratados em relação ao número de doentes reportados (elegíveis para o indicador).

1.1 Ganhos em Saúde

As avaliações realizadas ao QOF sugerem que este programa de P4P foi responsável por uma melhoria modesta na qualidade dos cuidados (Campbell *et al.*, 2007).

Nolte *et al.* (2011) refere a existência de melhorias no processo de tratamento das principais doenças crónicas e efeitos positivos na redução das desigualdades em saúde.

Também Doran *et al.* (2008) mencionam que a utilização de incentivos financeiros parece ter potencial para contribuir de forma substancial para a redução das desigualdades na saúde (mais de 60% do *gap* entre a esperança média de vida das áreas com maior privação de recursos e pior saúde e o resto do país atribui-se às doenças que integram o programa P4P, particularmente a doença cardíaca coronária, o cancro e a doença pulmonar obstrutiva crónica).

Todavia, a inexistência de diferenças significativas em relação às taxas de melhoria entre os indicadores clínicos aos quais se atribuem incentivos financeiros e aqueles aos quais não se atribuem sugere que o P4P pode não ser necessariamente responsável pela melhoria da qualidade notificada entre 2003 e 2005 (Campbell *et al.*, 2007).

Por outro lado, a evidência demonstra que a qualidade clínica começou a aumentar antes da introdução do QOF em 2004, assim como, manteve a mesma tendência, após a implementação deste esquema de incentivos financeiros (Campbell ; *et al.*, 2009 ; Campbell ; *et al.*, 2007).

Diversos estudos comparam a qualidade antes e depois da introdução do QOF (Sutton *et al.*, 2009).

Campbell *et al.* (2007) enunciam a seguinte questão – será que o aumento da taxa de melhoria da qualidade dos cuidados após a introdução do *new* GMS poderá ser atribuído ao P4P? Ou a outros factores? Uma vez que, a melhoria da qualidade começou a ser observada em dois momentos antes da implementação do P4P, no âmbito da doença coronária cardíaca, da diabetes *mellitus* e da asma, não é possível saber exactamente o nível de influência do P4P sobre as taxas de melhoria da qualidade. Não obstante verificou-se a inexistência de grupos de controlo, dado que os incentivos financeiros foram aplicados simultaneamente em todo o Reino Unido.

Campbell *et al.* (2009) realizaram um estudo que pretendeu avaliar a qualidade dos cuidados em 42 equipas representativas, no contexto de doentes com asma, diabetes *mellitus* e doença cardíaca coronária, através de informação dos processos clínicos recolhida em dois momentos distintos - antes e após, a implementação do P4P. Entre 2003 e 2005 verificou-se um aumento da taxa de melhoria no âmbito da qualidade dos cuidados para a asma e para a diabetes *mellitus*, embora o mesmo não se tenha verificado para a doença cardíaca, (doença que anteriormente ao P4P, tinha as mais elevadas taxas de melhoria). A partir de 2007 a mesma taxa sofreu um abrandamento para as três patologias e a qualidade dos cuidados que não estavam associados aos incentivos diminuiu para os doentes com asma e doença cardíaca. Comparativamente ao período de tempo antes do P4P ter sido introduzido, a taxa de melhoria depois de 2005 não sofreu quaisquer alterações para a asma e a diabetes e sofreu uma redução na doença cardíaca.

A implementação do P4P acelerou o processo de melhoria associado à qualidade dos cuidados para as três doenças em estudo. Contudo demonstrou-se que a melhoria da qualidade alcançada com o P4P atingiu um *plateau* em cerca de um ano após a sua implementação, tendo, *a posteriori* começado a abrandar. Não obstante, a qualidade dos cuidados declinou nas situações onde os incentivos financeiros eram inexistentes. Neste âmbito existem diferenças estatisticamente significativas entre as abordagens incentivadas financeiramente e aquelas que não são alvo de incentivos. Por exemplo, para a asma e a doença cardíaca existem diferenças significativas em relação ao efeito do P4P sobre os indicadores de qualidade verificando-se uma queda das pontuações no âmbito da qualidade (entre 2005 e 2007) em todos os aspectos do tratamento que não contemplam incentivos, e por outro lado, o aumento das pontuações de todos os indicadores aos quais se atribuem incentivos. De qualquer forma e independentemente do P4P as taxas de melhoria da qualidade, para as doenças referidas anteriormente, abrandaram consideravelmente depois de 2005 (Campbell *et al.*, 2009).

Há evidência de que, entre 1998 e 2007 se verificaram melhorias significativas no âmbito da qualidade, para as três maiores doenças crónicas. Todavia, a tendência da taxa de melhoria da qualidade após a implementação do P4P não foi sustentável. Considerando o objectivo do P4P – atribuir incentivos financeiros em função do alcance de determinadas metas adjacentes aos indicadores contratualizados, pode dizer-se que o P4P concretizou o seu objectivo (Campbell *et al.*, 2009).

O estudo de Campbell *et al.* (2009) é sugestivo de que os incentivos financeiros resultam em pequenas melhorias de qualidade.

De acordo com Crosson *et al.* (2009) o QOF contribuiu para uma modesta melhoria no âmbito da qualidade dos cuidados a doentes com doença crónica; sendo que, as melhorias conquistadas tiveram na sua base influências de importantes investimentos imputados aos CSP antes da implementação do QOF.

Khunti *et al.* (2007) demonstraram, na sua revisão sistemática que os incentivos financeiros introduzidos pelo QOF tiveram repercussões positivas na melhoria dos cuidados prestados aos doentes diabéticos.

Também Alshamsan *et al.* (2010) evidenciaram no seu estudo que a introdução do QOF acelerou as melhorias imputadas à gestão da diabetes *mellitus* nos CSP, as quais, não se reflectiram de igual forma entre os diversos grupos populacionais. Todavia, é difícil distinguir o impacto do QOF e de outras medidas anteriormente implementadas com o intuito de melhorar os resultados de saúde dos doentes com diabetes.

1.2 Satisfação

Com a introdução do QOF e as respectivas mudanças implementadas verificou-se uma mudança na opinião dos doentes sobre a qualidade dos cuidados (Campbell *et al.*, 2010).

O estudo realizado por Campbell *et al.* (2010) pretendeu analisar o impacto das mudanças imputadas pelos incentivos financeiros, introduzidos em 2004 pelo QOF, na opinião dos doentes. Não foram encontradas mudanças significativas no âmbito da qualidade dos cuidados, na opinião dos grupos de doentes entre 2003 e 2007, no que diz respeito à comunicação, cuidados de enfermagem, coordenação e satisfação global. Alguns aspectos inerentes ao acesso melhoraram de forma expressiva para os doentes com doença crónica, mas não para a amostra aleatória de doentes. Em ambas as amostras, os doentes referiram ver o seu médico com menos frequência e deter taxas de satisfação mais baixas para a continuidade dos cuidados. O estudo demonstra uma melhoria modesta no acesso aos cuidados para doentes com doença crónica, embora todos os doentes sintam que é mais difícil garantir a continuidade de cuidados. Este resultado pode advir dos incentivos associados à promoção de consultas mais rápidas.

Campbell *et al.* (2009) demonstraram a inexistência de mudanças estatisticamente significativas nas opiniões dos doentes em relação ao acesso aos cuidados ou aos aspectos interpessoais dos cuidados; relativamente ao nível da continuidade dos cuidados, que apresentava uma tendência constante antes da implementação do P4P sofreu uma redução imediata após a introdução do P4P.

1.3 Comportamento dos Médicos

De acordo com Roland (2004) e Shekelle (2003), considerando a dimensão dos incentivos financeiros oferecidos no Reino Unido, não há dúvida, que vão provocar uma resposta nos GPs – mudança comportamental no sentido do cumprimento das metas dos indicadores contratualizados. Peckham e Wallace (2010) referem que o P4P afecta o comportamento dos médicos e aumenta o número de serviços de CSP prestados.

No estudo realizado por McDonald *et al.* (2007), no âmbito do impacto dos incentivos financeiros sobre a autonomia clínica e a motivação interna dos profissionais dos CSP emergem três tópicos centrais. Primeiro, o alinhamento dos incentivos financeiros com os valores profissionais – os médicos referiram que o QOF os ajudou a concretizar, o que consideravam ser cuidados clínicos de elevada qualidade. Segundo, a preocupação adjacente às mudanças da prática clínica – foram expressas preocupações sobre as mudanças que os cuidados poderiam sofrer com a introdução do QOF, nomeadamente no âmbito da fragmentação dos cuidados. Terceiro, a vigilância dos colegas - no contexto de monitorizar o desempenho clínico realizada por GPs nomeados. Apesar da vigilância de que são alvo, os médicos expressam atitudes positivas em relação ao QOF. O estudo de McDonald *et al.* (2007) sugere que a implementação do esquema de incentivos não é vista como uma ameaça à motivação interna dos GPs.

McDonald, Harrison e Checkland (2008) realizaram um estudo que pretendeu investigar os mecanismos e percepções de controlo após a implementação do P4P, no âmbito do *new* GMS. Os seus resultados evidenciaram um novo regime de supervisão dos clínicos, caracterizado por maior vigilância e escrutínio do desempenho - motivo de descontentamento, que os GPs tentaram contornar, resistindo às tentativas de controlo e/ou deixando os colegas exercerem funções de gestão. Por outro lado, em relação ao conteúdo do contrato, os GPs expressaram opiniões amplamente positivas e não sentiram que a sua autonomia profissional tivesse sido afectada - facto sustentado por alguns GPs terem sido capazes de utilizar o contrato para exercer ou impor sobre os outros, os seus próprios pontos de vista sobre a prestação de cuidados. Esta dualidade evidenciada contribuiu para níveis elevados de desempenho e rendimento.

De acordo com McDonald e Roland (2009), os potenciais efeitos adversos dos incentivos externos sobre a motivação são mais facilmente contornáveis e reprimidos, quando os médicos se identificam com as metas e os valores dos programas de P4P e sentem que a sua autonomia se mantém preservada.

De acordo com Christianson, Leatherman e Sutherland (2008) cit. por Peckham e Wallace (2010) existe evidência de que se pretende que os médicos que trabalham com sistemas de incentivos reduzam as taxas de referenciação para os cuidados secundários, situação descrita como geradora de ansiedade e pressão psicológica e que faz com que os GPs questionem a sua capacidade de prestar cuidados de qualidade.

Peckham e Wallace (2010) referem que as actividades não incentivadas financeiramente podem ser marginalizadas; situação conducente a *gaming*, devido à criação de um conflito de interesses entre a maximização das receitas e a manutenção da qualidade dos cuidados.

De acordo com Gravelle, Sutton e Ma (2010) o *ratio* dos indicadores de desempenho do QOF tinha a intenção de incentivar os médicos a aumentar o numerador através do tratamento de mais doentes. Todavia, os *ratios* dos indicadores também criaram incentivos à manipulação dos denominadores. Os anteriores esquemas de incentivos financeiros não permitiam a notificação de excepções, pelo que, a única forma dos GPs tentarem reduzir os denominadores para alcançar as metas era remover os doentes da lista. Contudo, o QOF facilitou às equipas a manipulação do denominador (número de doentes elegíveis para tratamento), através da notificação de excepções, sem haver necessidade de remover doentes da lista e assim perder dinheiro adjacente aos pagamentos por capitação.

1.4 Oportunidades

McDonald, White e Marmor (2009) mencionam no seu estudo diversos pontos fortes no âmbito do P4P no Reino Unido: o facto dos médicos ingleses estarem cientes da adequação das metas, em relação às quais, se previa a medição do desempenho; a grande capacidade dos médicos responderem aos incentivos da forma desejada, apesar do elevado número de indicadores e metas (neste contexto a tecnologia de informação desempenha um papel fundamental); o apoio financeiro que tem sido concedido aos enfermeiros e outros profissionais de saúde e que tem encorajado o desenvolvimento de equipas de cuidados primários (no Reino Unido os enfermeiros contribuem em cerca de 1/3 das consultas); o facto da medição do desempenho ser realizada com base em informação precisa – aquela que vigora nos processos clínicos electrónicos dos médicos; a atribuição da responsabilidade adjacente ao cumprimento das obrigações contratuais às equipas de CSP (grupos com cerca de 1 a 6 médicos, enfermeiros, administrativos e outro pessoal de suporte); a possibilidade de excluir os doentes que recusam tratamentos, ou para os quais, os mesmos estão contra-indicados; a satisfação profissional e a aceitação legítima do P4P, reflexo do respeito sentido pela ética e autonomia profissional,

associada ao facto de, todos os médicos de CSP Ingleses terem estado, formalmente representados, nas negociações nacionais contratuais e no desenvolvimento das metas.

Roland (2004) define como “*Anticipated Consequences of the New incentives*”: rápida expansão dos sistemas clínicos computadorizados; expansão do papel dos enfermeiros na prática de saúde familiar; aumento de clínicas especializadas na gestão de doenças crónicas específicas; aumento de médicos e enfermeiros especializados em CSP; aumento da orientação biomédica dos médicos de família; melhoria dos resultados em saúde.

Nolte *et al.* (2011) enuncia a existência de evidência sobre o impacto do QOF no aumento e generalização dos ficheiros clínicos electrónicos.

1.5 Efeitos Adversos e Limitações

A possibilidade de consequências indesejadas no âmbito dos incentivos financeiros, como seja a desvalorização de indicadores e aspectos não incentivados financeiramente é uma realidade (Campbell *et al.*, 2009).

Como consequências indesejadas Roland (2004) refere a fragmentação dos cuidados e os défices adjacentes na coordenação dos mesmos, especialmente para os doentes com comorbilidades; a perda da abordagem holística ao cuidar do doente; a redução da qualidade dos cuidados para todas as condições que não estão incluídas no sistema de incentivos; e o aumento dos custos administrativos. Já Campbell *et al.* (2007) referem a negligência perante regiões geográficas onde os incentivos financeiros possam não ser pagos; o impacto negativo sobre o processo da continuidade dos cuidados; e também a fragmentação dos cuidados como resultado da especialização entre as práticas.

Apesar da implementação generalizada do P4P persistem ainda limitações na avaliação do seu impacto (Peckham ; Wallace, 2010 ; Alshamsan *et al.*, 2010) particularmente em relação à possibilidade de existência de consequências indesejadas, como seja, o impacto sobre as desigualdades em saúde (Alshamsan *et al.*, 2010).

Roland (2004) afirma ainda que o P4P pode despoletar o aumento das desigualdades na prestação de cuidados de saúde, devido ao facto de os GPs preferirem áreas do país onde os doentes são mais saudáveis e as metas são mais fáceis de alcançar.

McDonald e Roland (2009) apontam também como efeitos adversos dos programas de P4P as alterações inerentes às consultas médicas (elevado número de medidas de desempenho e uso intensivo do processo clínico electrónico).

McDonald e Roland (2009) sugerem ainda que as consequências indesejadas no âmbito dos programas de P4P são susceptíveis de variar com o tipo de concepção e implementação destes programas. Também McDonald, White e Marmor (2009) referem que os resultados adjacentes às iniciativas do P4P variam substancialmente com o contexto da sua implementação.

Tal como reflecte o estudo de Gravelle, Sutton e Ma (2010) a manipulação de informações, por parte dos médicos, com o intuito de maximizar a obtenção de incentivos financeiros, constitui também um efeito negativo adjacente ao P4P. As penalizações a serem atribuídas a situações de fraude são severas (Roland, 2004).

1.6 Ideia Conclusiva

É um facto que o P4P, concretizado no âmbito dos CSP Ingleses, através do QOF, imputou melhorias na qualidade e no acesso aos cuidados, mas também na diminuição das desigualdades em saúde. Contudo, devido à inexistência de diferenças significativas em relação às taxas de melhoria entre os indicadores clínicos aos que se atribuem incentivos financeiros e aqueles aos quais não se atribuem; e, por outro lado, devido a iniciativas implementadas antes do QOF, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados, não é possível determinar exactamente o seu impacto na qualidade e em que medida, determinados resultados em saúde são, exclusivamente, da sua responsabilidade. Não obstante, a alocação de recursos financeiros ao programa do P4P representou um esforço significativo para o NHS e uma medida capaz, de aumentar substancialmente, o rendimento dos médicos.

É também verdade que os médicos e outros profissionais de saúde são, de forma geral, sensíveis aos estímulos económicos. Perante tal facto é fácil constatar a adopção de um comportamento condicionado, que vincula a intenção de potenciar níveis superiores de rendimento. Situação reflectida nos elevados índices de concretização das metas dos indicadores contratualizados do QOF e que, por vezes é geradora de comportamentos desviantes e manipulativos que visam a maximização do lucro e dos interesses pessoais, em detrimento dos valores deontológicos.

Não obstante, o impacto que os incentivos financeiros podem provocar nos médicos apresenta, quase que genericamente, um carácter dual. Se, por um lado podem ser percebidos como um instrumento de controlo de desempenho, por outro, podem constituir importantes fontes de

reconhecimento. Do mesmo modo, se, por um lado podem ser sentidos como ímpeto de motivação e autonomia, por outro, podem ser percebidos como repressores das mesmas.

Relativamente à opinião dos doentes não foram encontradas mudanças significativas no âmbito da comunicação, cuidados de enfermagem, coordenação e satisfação global. Alguns aspectos relacionados com o acesso melhoraram significativamente para os doentes com doenças crónicas. Já em relação à continuidade dos cuidados é evidente a insatisfação manifestada.

O processo de continuidade dos cuidados juntamente com a sua maior fragmentação, a diminuição da duração das consultas médicas e o potencial aumento das desigualdades provocado pela selecção adversa de áreas geográficas onde as características da população são mais propícias ao mais rápido alcance das metas constituem algumas das principais consequências indesejadas do P4P.

O QOF veiculou também uma série de oportunidades e mais-valias, entre as quais, se destacam o desenvolvimento de sistemas clínicos computadorizados, o maior número de profissionais de saúde afectos à prestação de CSP e a redefinição de papéis dos profissionais.

2 Nova Zelândia

O programa de gestão do desempenho das PHO foi considerado positivo apesar das diversas limitações que integra, como é o caso da incompatibilidade entre os indicadores definidos nacionalmente e aqueles cuja importância é reconhecida pela prática clínica, bem como, a preocupação adjacente à sobrevalorização dos indicadores do programa em detrimento de outras componentes igualmente importantes mas que não financeiramente recompensadas (Nolte *et al.*, 2011).

Todavia, Buetow (2008) refere que, apesar das iniciativas de melhoria da qualidade que têm sido desenvolvidas e das novas modalidades de pagamento dos prestadores de cuidados persiste o *gap* entre o que poderia ser feito e o que efectivamente é.

É necessário reconhecer e aprender com os elevados níveis de desempenho das PHO; suportar a governação clínica das PHO com a política nacional; fortalecer o trabalho em equipa multidisciplinar; aumentar a transparência na gestão; difundir as tecnologias de informação e a inovação; e apoiar as PHO em relação aos custos em que incorrerem, de forma a contribuir para a melhoria dos seus sistemas de gestão, através de programas de gestão do desempenho (Buetow, 2008).

2.1 Ganhos em Saúde

De acordo com o documento *PHO Performance Programme: National Summary of PHO Performance* referente ao primeiro semestre de 2010 (New Zealand. Ministry of Health. DHBNZ. PHO, 2010) serão descritos alguns resultados adjacentes aos indicadores contratualizados que reflectem o impacto positivo do P4P:

Tabela 16 - Resultados dos Indicadores Constratualizados PHO 2010

<p>Continuou-se a verificar uma melhoria significativa em relação às taxas de rastreio do cancro da mama para as populações com elevadas necessidades e para a população total de mulheres entre os 50 e os 64 anos (a média nacional das taxas aumentou de 57.7% para 59.4% para os doentes com elevadas necessidades e de 65.7% para 66.6% para a população total; 13 PHO alcançaram o objectivo do programa (70%) para os doentes com elevadas necessidades).</p>
<p>O aumento das taxas de rastreio no âmbito do cancro do colo do útero gerou progressos significativos. As taxas alcançadas para a população total (74.3%) aproximaram-se da meta do programa (75%), a qual foi alcançada por 32 PHO para a população total. Já em relação à população com elevadas necessidades, as taxas alcançadas mantêm níveis inferiores na ordem dos 65.8%.</p>
<p>Em relação à detecção da doença isquémica cardiovascular verificou-se em todas as PHO melhorias significativas, sendo a maioria dos níveis de detecção reportados, superiores a 100%.</p>
<p>Relativamente à avaliação do risco de doença cardíaca foram realizados progressos significativos. As taxas de cobertura para a população com elevadas necessidades aumentaram de 30.8% para 36.3% e de 25.8% para 32.2% para a população total. Todavia, as taxas de cobertura mantêm-se muito abaixo da meta do programa.</p>
<p>O efeito da melhoria da detecção da diabetes associado ao aumento da prevalência da doença resultou num declínio de 112.1% para 110.6% para a população com elevadas necessidades e numa ligeira diminuição de 97.5% para 97.0% para a população geral. Salienta-se que 59 (76.6%) das PHO excederam a meta do programa de 90% para a população com elevadas necessidades e 43 (55.8%) das PHO excederam a meta do programa para a totalidade da população.</p>
<p>No âmbito do seguimento da diabetes verificou-se um declínio de 60.3% para 59.2% para a população com elevadas necessidades e um declínio de 55.7% para 55.4% para a população total. Apesar do aumento da prevalência da diabetes 23 (29.5%) das PHO registam elevadas revisões anuais para a população com elevadas necessidades e 29 (37.2%) das PHO registam um aumento na revisão anual da diabetes para a população total.</p>
<p>A cobertura da vacinação para a gripe para pessoas acima dos 65 anos, com elevadas necessidades continua a aumentar, com 64.1% de cobertura em 2010 comparativamente a 63.3% em 2009.</p>
<p>Em relação às imunizações na infância (até aos 2 anos) as taxas têm aumentado atingindo 83.8% entre a população com elevadas necessidades e 86.9% entre a população total, a qual excedeu a meta do programa de 85%.</p>

Fonte: New Zealand. Ministry of Health. DHBNZ. PHO (2010)

2.2 Comportamento dos Médicos

Perkins e Seddon (2006) enunciam um conjunto de possíveis consequências disfuncionais associadas ao P4P: concentração nos objectivos de curto prazo e negligência face à estratégia a longo prazo; concentração nas áreas cujo desempenho é medido em detrimento de outras áreas importantes; desejo de se ter um comportamento em conformidade com os pares e com as metas contratualizadas, em vez de se desejar ser um profissional excepcional; atitude de abstenção face à inovação pelo medo de falhar; alteração do comportamento com o intuito de adquirir vantagem estratégica (*gaming*); modificação indevida da informação sobre os doentes; atitude de evitar o tratamento de doentes com elevado risco de saúde sempre que se associem maus resultados, a ser publicados em relatórios públicos; e o desinteresse pelas iniciativas de melhoria da qualidade, se os indicadores de desempenho não parecem relevantes e são externamente impostos.

De acordo com Buetow (2008), a publicação dos relatórios públicos das PHO pode gerar nos prestadores uma atitude de desagrado, pelo facto, de reconhecerem aos padrões de desempenho um propósito de julgamento em nome da responsabilidade pública. Para este autor, os indicadores de processos limitam a autonomia profissional, uma vez que, condicionam a forma como os profissionais trabalham.

2.3 Oportunidades

Constituem oportunidades o aumento da importância atribuída à melhoria da qualidade, a inclusão de facilitadores clínicos, o desenvolvimento de bases de dados, informações de qualidade e *feedback* para com os prestadores e ainda grupos de governação clínica (Buetow, 2008).

2.4 Efeitos Adversos e Limitações

De acordo com Buetow (2008), o programa de gestão do desempenho das PHO desvia recursos públicos, que são na sua essência escassos, para outras áreas prioritárias do cuidar. Não é claro que o programa de gestão do desempenho das PHOs reflecta apropriadamente os valores e objectivos dos maiores grupos de interessados, incluindo os prestadores de CSP, que não controlam o programa. Por outro lado, os incentivos são tão pequenos em relação ao total do rendimento da PHO, que podem revelar-se ineficazes como motivação extrínseca e recompensa à melhoria do desempenho. O programa falha também em relação a outro critério, o elevado valor da equidade percebida.

Buetow (2008) refere também que algumas PHO condenam a justiça do programa de gestão do desempenho, por pelo menos duas razões. A primeira razão relaciona-se com a ausência de transparência, a gestão centralizada e a disposição do DHB para aprovar a forma como as PHO se propõem a utilizar os seus pagamentos em função do desempenho. Como consequência, diferentes PHO foram forçadas a operar segundo diferentes regras locais. Em segundo, como os incentivos financeiros não são lucro (mas, um reembolso de despesas e uma recompensa pelo serviço profissional), os membros podem ressentir-se de qualquer incapacidade da PHO face à alocação das recompensas de desempenho associadas ao comportamento dos próprios profissionais.

Buetow (2008) refere ainda que a métrica usada pode constituir uma ameaça à qualidade dos cuidados. O programa de gestão do desempenho das PHO pode desencorajar a inovação de determinados indicadores que foram indiscutivelmente escolhidos pela facilidade e pelos custos de medição e controlo, tanto quanto pela sua capacidade parcial para indicar o alcance ou a melhoria da qualidade. Para despiste destas limitações, de seis em seis meses, os relatórios das PHO estão publicamente disponíveis.

São também descritas como limitações do programa de gestão do desempenho das PHO a falta de transparência na alocação dos fundos – situação identificada como um possível desincentivo para os prestadores; e o fornecimento de informações em tempo útil foi - identificado como um desafio chave do programa (New Zealand. District Health Boards New cit. por Nolte *et al.*, 2011).

Perkins e Seddon (2006) descrevem um conjunto de formas de actuação, com potencialidade para reduzir as disfuncionalidades adjacentes aos indicadores de desempenho: antecipar e monitorizar consequências indesejadas (estar preparado para modificar indicadores); considerar a criação de uma agência tutelada pelo Ministério da Saúde para desenvolver e monitorizar o programa de desempenho; colocar o foco nos indicadores de desempenho sobre áreas clinicamente importantes; não definir incentivos financeiros a um nível que possa distorcer a prática clínica; empreender avaliações formativas da eficácia dos indicadores de desempenho e aprender com isto.

2.5 Ideia Conclusiva

As melhorias registadas nos resultados em saúde são incontornáveis, mas ainda insuficientes para estreitar as desigualdades em saúde existentes entre as populações da Nova Zelândia, facto evidenciado pelos resultados dos programas de gestão do desempenho das PHO.

No âmbito dos programas de gestão do desempenho das PHO, destacam-se como oportunidades a valorização da qualidade e o desenvolvimento de sistemas de informação.

No que respeita aos efeitos adversos, a evidência teórica enuncia uma panóplia de aspectos, entre os quais se destaca, a falta de adequação de determinados indicadores a contextos específicos; a sobrevalorização dos indicadores incentivados financeiramente; a falta de transparência na alocação dos fundos e na integração dos valores das diversas partes interessadas no programa, nomeadamente dos prestadores; a gestão centralizada do programa; a dimensão dos incentivos; e os critérios de escolha dos indicadores. Neste contexto, mas sob o ponto de vista do comportamento médico destaca-se a obtenção de vantagem estratégica e a maximização dos incentivos financeiros, através da manipulação da informação e da selecção adversa de doentes.

Contudo estes aspectos não adquirem sustentabilidade nos resultados alcançados pelos indicadores, os quais demonstram mais qualidade e menos desigualdades em saúde.

3 Portugal

“As USF e a Reforma dos CSP constituem um investimento e evolução, na inovação organizacional e de gestão, na qualidade técnico-científica (...), na participação e no desenvolvimento das pessoas, uma mudança humana, ímpar nos serviços públicos portugueses, na administração e na sociedade portuguesa, que esta não pode perder, que deve perseguir” (Portugal. USF-AN, 2011).

Para o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011), apesar dos enormes avanços alcançados, muito há ainda a fazer no sentido do desenvolvimento organizacional dos CSP. Neste âmbito destaca-se a autonomia de gestão dos ACES. É o que refere também a Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários (CSP-CE) (Portugal. Ministério da Saúde. CSP-CE, 2011b).

A reforma em curso é considerada um “acontecimento extraordinário” (Portugal. Ministério da Saúde. Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, 2009).

A lógica do P4P está vigente no Plano Estratégico proposto pela MCSP para o período de 2010-2011, no qual os prestadores de cuidados são percebidos como os recursos de maior valor e relevância para o cumprimento da missão dos CSP, pelo que se objectiva o desenvolvimento de

modelos retributivos ligados ao desempenho para todos os profissionais das UF (Portugal. Ministério da Saúde. MCSP, 2010).

3.1 Ganhos em Saúde

A experiência portuguesa no que diz respeito ao P4P vigente no processo de contratualização com as USF, tem permitido tirar conclusões positivas na aplicação desta estratégia, tendo-se verificado uma melhoria dos resultados no que respeita aos indicadores contratualizados na maioria dos prestadores de cuidados (Portugal. Ministério da Saúde. GTDCCSP, 2009).

De acordo com a USF-AN (2011) existem 291 USF, com 5755 profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde a cerca de 3 milhões e 620 mil utentes. As USF representam actualmente um ganho de 472.800 utentes que passaram a ter acesso a CSP.

De acordo com Miguel (2010) os estudos evidenciam que a reforma implementada tem melhorado o acesso dos doentes aos CSP e diminuído o número de doentes sem médico de família.

A reforma em curso tem “desempenhado um papel fundamental no aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde pelos cidadãos, na melhoria da qualidade e do desempenho e na sustentabilidade financeira do SNS” (Portugal. USF-AN USF cit. por Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2011).

De acordo com os relatórios da contratualização com as USF em 2009 destacam-se (i) “valores muito favoráveis das medianas dos indicadores de desempenho, com progressos na maioria deles entre 2008 e 2009 em acessibilidade, desempenho assistencial e outros indicadores de qualidade, com contenção de custo relativamente aos ACES no seu todo”; (ii) “menores custos por utilizador com medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, comparativamente aos ACES (mesmo beneficiando estes do efeito USF)” (Portugal. Ministério da Saúde. CE-CSP, 2010).

A eficiência e a eficácia das USF foram reconhecidas pelo Governo e pela Comissão Europeia em Maio de 2011, através da assinatura de um Memorando de Entendimento sobre as Condicionais de Política Económica, e que veicula a necessidade de constituir mais USF (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2011).

No que concerne aos indicadores de eficiência, a análise de 2009 evidenciou que as USF permitiram poupar 59,52€ com medicamentos (considerando preço de venda ao público) e menos 19,60€ com MCDT por utilizador, do que os restantes prestadores dos CSP (Portugal. Ministério da Saúde. CE-CSP, 2011a).

A USF-AN (2011) refere também que as USF estão a contribuir de forma qualificada para a sustentabilidade do SNS – “no ano de 2009 as USF induziram uma diminuição de custos de €120.000.000, calculando-se que o montante dos incentivos aos profissionais não tenha ultrapassado 10%. Apesar de, segundo a OCDE, o Serviço Nacional de Saúde ter resultados globais de saúde que colocam Portugal entre os primeiros dez países do mundo e apresentar uma despesa pública sem grandes desperdícios”.

3.2 Satisfação

“Os resultados de avaliação das USF mostram inequivocamente que aumentou a satisfação dos utentes e profissionais” (USF-AN, 2011).

Ferreira e Antunes (2009b) realizaram um estudo sobre a satisfação dos utilizadores das primeiras 146 USF. Os indicadores Europep de satisfação mediram (i) a relação e a comunicação; (ii) os cuidados médicos; (iii) a informação e apoio; (iv) a continuidade e cooperação; (v) a organização dos serviços. Em geral, em relação a estes indicadores verificou-se uma satisfação global de 73,2%.

Os utilizadores que responderam revelaram maior satisfação com a prestação dos profissionais, no que diz respeito “à relação e comunicação que conseguem manter com eles (76,5%), à qualidade dos cuidados prestados (74,5%) e à informação e apoio que recebem (73,1%). Por outro lado, é ainda a organização dos serviços a dimensão em que se mostram menos satisfeitos (69,2%)” (Ferreira ; Antunes, 2009b).

Especificamente no que respeita à “relação e comunicação”, a confidencialidade e o envolvimento nas decisões sobre os cuidados prestados, foram as facetas com avaliações mais positivas dos utilizadores; em relação aos “cuidados médicos” os utilizadores manifestaram-se mais satisfeitos com atenção dispensada e os exames realizados pelo médico de família: em relação à “informação e apoio” verificou-se um ligeiro défice no que respeita à ajuda que sentiram ter recebido, para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde; na dimensão “continuidade e cooperação” os utilizadores revelaram maiores níveis de satisfação em relação ao conhecimento dos médicos sobre consultas anteriores do que em relação a sentirem-se preparados sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados

hospitalares – a articulação entre os CSP e os especialistas/cuidados hospitalares tem sido algo difícil de estabelecer no nosso sistema de saúde; em relação à organização dos serviços de saúde os utilizadores estão mais satisfeitos com a organização geral dos serviços oferecidos e com o apoio que recebem do pessoal da USF, apresentando níveis de satisfação inferiores em relação ao tempo de espera (Ferreira ; Antunes, 2009b).

Ao serem comparados os resultados obtidos neste estudo relativamente aos indicadores Europep com os resultados obtidos para os mesmos indicadores, num estudo realizado em 2004/2005, a todos os centros de saúde tradicionais verificou-se um progresso significativo, com o valor da satisfação global a subir dos 56,9% para os 73,2% (Ferreira ; Antunes, 2009b).

Ferreira e Antunes (2009) referem também que foram analisados indicadores referentes a diversas áreas específicas: (i) oferta de serviços especiais; (ii) resposta às necessidades dos utilizadores; (iii) recursos humanos; (iv) instalações, em relação aos quais se verificou uma satisfação global de 75%. Verificou-se que os utilizadores ficaram mais satisfeitos com a forma como foram recebidos e tratados pelos profissionais do que com os domicílios ou outros serviços orientados para pessoas com necessidades especiais. Verificou-se também que o modelo de gestão (A ou B) não foi determinante para a satisfação dos utilizadores (Ferreira ; Antunes, 2009b).

Olhando com maior detalhe para os resultados de cada uma das áreas, evidenciou-se para a “oferta de serviços especiais”, que os utilizadores manifestaram níveis de satisfação mais elevados em relação à forma como as USF responderam às necessidades especiais dos utilizadores; relativamente “à resposta às necessidades” os utilizadores demonstraram maior satisfação pelo respeito com que são tratados pelos profissionais; relativamente aos “recursos humanos” as pessoas revelam maiores níveis de satisfação para com a competência, a cortesia e o carinho dos profissionais; por fim, relativamente às “instalações” é com a limpeza que os utilizadores manifestaram maior satisfação (Ferreira ; Antunes, 2009b).

“Em geral, constatou-se a existência de uma grande satisfação dos utilizadores com os cuidados prestados pelos profissionais destas USF, realçando-se as componentes relacionais e humanas. Detectou-se, por outro lado, uma menos alta satisfação em relação à organização dos serviços, nomeadamente em relação aos tempos de espera que os utilizadores continuam a sentir exagerados” (Ferreira ; Antunes, 2009b).

Também a análise de Ferreira e Antunes evidencia um impacto positivo no que respeita à satisfação dos profissionais, com a maioria dos profissionais a recomendar a USF a amigos (Miguel, 2010).

Este estudo evidenciou também a inexistência de qualquer relação significativa entre a qualidade percebida e o modelo de gestão (A ou B), a dimensão e a antiguidade da USF (Ferreira ; Antunes, 2009b).

Ferreira e Antunes (2009a) realizaram também um estudo para monitorizar a satisfação dos profissionais das UFS. A satisfação dos profissionais foi medida em relação a três dimensões: (i) satisfação com o local de trabalho; (ii) satisfação por trabalhar numa organização que presta cuidados de qualidade; (iii) satisfação por trabalhar numa organização empenhada na melhoria da qualidade.

Os maiores défices encontram-se na relação entre o vencimento e a responsabilidade, a experiência como profissional e o desempenho e nas instalações e equipamentos. É de realçar que os profissionais valorizam muito a qualidade dos cuidados prestados (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2010).

No âmbito da dimensão da política de recursos humanos, a planificação das actividades é o aspecto menos avaliado no contexto da coordenação. No que respeita aos recursos humanos, o aspecto mais negativo é a adequação entre o número de profissionais da USF e a quantidade de trabalho; por outro lado são destacadas, como aspectos positivos, a proporção hierárquica e a comunicação entre os profissionais (Ferreira ; Antunes, 2009a ; Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2010).

Relativamente à dimensão moral foi valorizada a forma como os profissionais encaram o facto de trabalhar nas USF e também a abertura, a liberdade e a responsabilidade concedida aos profissionais pelo superior hierárquico; a circulação da informação e falta de conhecimento e de uma atitude construtiva no âmbito da actividade desenvolvida constituem os aspectos mais negativos (Ferreira ; Antunes, 2009a ; Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2010).

Considerando os recursos tecnológicos e financeiros, a insatisfação é mais baixa em relação ao vencimento. Os profissionais demonstram-se satisfeitos com a sua prestação de cuidados, mas pouco satisfeitos com as instalações da USF e a sua capacidade em fornecer informações (Ferreira ; Antunes, 2009a ; Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2010).

“Em relação à atitude da USF face à melhoria contínua da qualidade, os profissionais estão orgulhosos da sua profissão e estão mais satisfeitos com o esforço que sentem estar a existir para melhorar a qualidade, assim como na compreensão da missão e dos objectivos da USF. Contudo, sentem falta de alguma preparação para melhorar a qualidade do que fazem e estão menos satisfeitos em relação ao esforço desenvolvido, no sentido de evitar desperdício e repetição de tarefas” (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2010).

A satisfação geral sentida pelos profissionais faz com que 98% recomendem os serviços das USF a familiares e amigos (Ferreira ; Antunes, 2009a).

A adesão dos profissionais às USF tem vindo a aumentar, como se pode perceber através da apresentação de novas candidaturas. Os ganhos de acessibilidade e de qualidade assistencial provocaram um número significativo de candidaturas ao modelo B (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2010).

De acordo com Miguel (2010) os estudos evidenciam que a implementação da reforma tem aumentado o nível de satisfação de doentes e profissionais.

3.3 Comportamento dos Médicos

Os incentivos institucionais e financeiros são promotores de motivação para os profissionais pelas recompensas que advêm para os próprios e pelas melhorias que incorrem nas USF (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. DCARS. MCSP, 2009).

“As USF e a Reforma dos CSP constituem um investimento e evolução (...) no empenho e motivação dos profissionais” (USF-AN, 2011).

3.4 Oportunidades

Em 2008, a MCSP publicou um estudo qualitativo sobre sucessos e problemas no processo de formação e actividade das USF a partir dos intervenientes mais directos no processo, os médicos, os enfermeiros e os administrativos. Foram identificados como principais sucessos, o aumento da acessibilidade, a autonomia organizacional, o trabalho em equipa, a satisfação e motivação profissional e os novos sistemas de informação (Portugal. Ministério da Saúde. MCSP, 2008b).

A proximidade da liderança aos profissionais de saúde que estão em contacto com os utilizadores dos CSP é uma oportunidade e um factor de sucesso desta reforma e a sua manutenção é essencial à sustentabilidade da mesma (Ferreira ; Antunes ; Portugal, 2010).

Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011) um estudo realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública, em parceria com o Grupo de Coordenação Estratégica sobre a percepção dos coordenadores das USF em relação ao processo de contratualização interna, demonstra resultados positivos face à forma como o processo se desenvolve, embora ainda aquém do que se considera ideal.

No âmbito dos recursos humanos e especificamente no que respeita à quantidade de recursos humanos disponível é nas USF que a avaliação é mais positiva, apesar de não ser ainda a ideal (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2011).

Os gabinetes do cidadão criados no decorrer da reforma e que, se dedicam, entre outras actividades à análise de reclamações e sugestões e à monitorização da satisfação dos cidadãos constituem estruturas com uma forte motivação (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2011).

A contratualização é considerada um “eixo fundamental da actual reforma” (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2011). Todavia, apesar da evolução que se tem registado nos últimos anos são enunciados alguns constrangimentos que lhe estão associados: “i) disparidades e deficiências nos processos de contratualização, por não existir diferenciação em relação ao contexto geodemográfico e a outras características e singularidades que possam existir entre unidades; ii) imposição arbitrária de valores das metas, em alguns casos” (USF-AN cit. por Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2011); e também a “inexistência ou insuficiência de instrumentos informáticos que permitam a monitorização permanente do desempenho das equipas” (Portugal. Ministério da Saúde. Administrações Regionais de Saúde ; Portugal. Ministério da Saúde. Grupo Coordenação Estratégica cit. por Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2011).

A integração das USF e das outras unidades funcionais em rede de competências complementares enfatiza a governação clínica, as estratégias locais de saúde e a descentralização (USF-AN, 2011).

Segundo a USF-AN (2011) desde a implementação destas unidades têm sido realizadas conquistas significativas em contexto de promoção de autonomia, de implementação de sistemas de avaliação, de informação, de contratualização, de auditoria e de acreditação.

3.5 Efeitos Adversos e Limitações

No âmbito do estudo realizado pela MCSP em 2008 sobre sucessos e problemas na implementação das USF, os principais problemas foram identificados nas seguintes áreas: recursos humanos, formação, sistemas de informação, comunicação intersectorial, incentivos e equipamentos e instalações (Portugal. Ministério da Saúde. MCSP, 2008b).

A insuficiência dos sistemas de informação existentes compromete as comparações entre os desempenhos das USF, das outras UF ou dos ACES. Neste contexto, os custos com medicamentos e MCDT constituem excepções pois detêm sistemas de informação próprios (Portugal. Ministério da Saúde. CE-CSP, 2010).

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010) no seu Relatório de Primavera, refere também como situações problemáticas inerentes ao processo de implementação da reforma, o facto de as assimetrias regionais não estarem a ser tidas em consideração no processo de contratualização e as metas e indicadores estarem desfasados das diferentes experiências vividas pelas equipas; por outro lado, o processo de contratualização tem sido pouco relacional, negocial e responsabilizante e existem, igualmente, défices de estratégias nacionais e regionais que comprometem o atendimento uniforme face às metas estabelecidas.

As grandes amplitudes de variação nos resultados conseguidos pelas USF das diversas regiões, relativamente aos diversos indicadores constituem um problema que apela a uma análise mais profunda das suas causas (Portugal. Ministério da Saúde. CE-CSP, 2010).

Ferreira, Antunes e Portugal (2010) referem que as desigualdades adjacentes às duas formas de organização e de prestação de cuidados implementadas entre as USF não têm sido compreendidas pelos profissionais e pelos utilizadores. Neste âmbito é importante que o sistema seja criativo na oferta e condições apresentadas aos profissionais.

3.6 Ideia Conclusiva

A Reforma dos CSP e especificamente a implementação das USF constituem uma marca evolutiva de valor incontornável para o SNS, com reflexos na governação clínica, na qualidade dos cuidados, na acessibilidade e na eficiência; esta última, vector fundamental para garantir a sustentabilidade económico-financeira do SNS. A eficiência e a eficácia das USF foram reconhecidas pelo Governo e pela Comissão Europeia em 2011.

A implementação das USF tem sido responsável pelo aumento significativo do acesso dos cidadãos aos CSP.

No âmbito da satisfação, os estudos mostram inequivocamente, a satisfação dos utilizadores e profissionais das USF. Para os utilizadores, os níveis de satisfação alcançam as percentagens mais elevadas nas componentes relacionais e humanas; e as menores no âmbito dos tempos de espera. Já em relação aos profissionais, os maiores défices de satisfação situam-se no equilíbrio relacional entre vencimento e responsabilidade, enquanto níveis mais elevados de satisfação se relacionam com o envolvimento na missão das USF, na qualidade dos cuidados prestados e na proximidade hierárquica. Acrescenta-se ainda que os incentivos financeiros promovem a motivação profissional.

Dentre as oportunidades adjacentes à Reforma e em especial às USF destaca-se a acessibilidade, a autonomia organizativa, o trabalho em equipa, a satisfação, a motivação profissional, os sistemas de informação, os gabinetes de cidadãos e a contratualização.

Os sistemas de informação constituem igualmente um “problema” à prossecução da reforma e, em especial, da contratualização devido às insuficiências que os caracterizam e que comprometem as comparações de desempenho entre as USF e as outras UF. Constituem também aspectos a melhorar a política de recursos humanos, a comunicação intersectorial, o plano de incentivos, os equipamentos e instalações, as assimetrias regionais associadas ao processo de contratualização e à grande amplitude dos resultados em saúde obtidos, o desfasamento entre as metas e os indicadores e as práticas das equipas e as desigualdades inerentes às duas formas de gestão das USF.

CAPÍTULO V – Discussão: Comparação Internacional do Impacto do P4P: Reino Unido, Nova Zelândia e Portugal

A comparação do impacto do P4P entre os diversos países desenvolve-se em torno dos principais eixos abordados para cada um deles, Ganhos em Saúde, Satisfação, Comportamento dos Médicos, Oportunidades e Efeitos Adversos e Limitações.

As diferenças existentes entre os programas de P4P abordados e a informação documental disponível para cada país são aspectos determinantes na comparação estabelecida conferindo-lhe um valor relativo. Também, todas as conquistas no âmbito da qualidade, dos resultados em saúde, do acesso, da equidade, da eficiência, da eficácia, entre outras, têm de ser perspectivadas individualmente para cada país, em função do seu sistema de saúde, da sua evolução, da forma de implementação destes programas e do tipo de incentivos.

Em relação aos incentivos financeiros, e antes de iniciar a comparação é oportuno referenciar, em jeito de síntese, alguns aspectos. Primeiro, o QOF do Reino Unido distingue-se indubitavelmente, pela magnitude dos seus incentivos, que preconizam alcançar melhorias radicais na qualidade e por ser possivelmente o esquema de P4P mais elaborado e caro, com 146 indicadores de qualidade. Os incentivos financeiros podem constituir até 30% do rendimento dos médicos de clínica geral e o valor médio a atribuir a cada ponto é de 148,7€ para 2011/2012. Segundo, em contrapartida, a Nova Zelândia destaca-se por apresentar os mais baixos incentivos financeiros, através do seu programa de gestão do desempenho das PHO, correndo o risco da ineficácia - em que cada meta pode alcançar no máximo um total de 3,62€. Terceiro, em Portugal, nas USF os incentivos são atribuídos aos médicos através de compensações e diversos subsídios, que no seu conjunto podem representar um incentivo significativo. Por exemplo, em relação às compensações pelo desempenho, a atribuição de 8 UC é o equivalente a um máximo de 1.040€ por médico. As USF contemplam também incentivos financeiros substanciais para actividades de coordenação (910€) e orientação de formação (520€).

1 Ganhos em Saúde

Todos os programas de P4P: o QOF, o programa de gestão do desempenho das PHO e os esquemas de incentivos financeiros das USF permitiram alcançar melhorias na qualidade do desempenho dos médicos e nos resultados de saúde alcançados, cuja dimensão se perspectiva.

Relativamente ao impacto do P4P sobre a qualidade dos cuidados de saúde e resultados de saúde alcançados considerando a experiência inglesa, a evidência demonstra a existência de melhoria, para as principais doenças crónicas (sobretudo diabetes e asma), mas com uma

estabilização dos ganhos cerca de um ano após a implementação do QOF. Os indicadores incentivados financeiramente apresentam taxas de melhoria superiores, mas não estatisticamente significativas. Para além de que, em 2004, no Reino Unido, aquando da implementação do QOF, já outras iniciativas eram responsáveis pelas consideráveis conquistas na qualidade clínica e nos resultados em saúde, por exemplo em relação às principais doenças crónicas (sobretudo a doença cardíaca). Deste modo permanecem dúvidas em relação à importância diferencial do contributo destas iniciativas/QOF. Já os programas de gestão do desempenho das PHO evidenciam as melhorias registadas nos resultados em saúde, como incontornáveis, mas ainda insuficientes para estreitar as desigualdades em saúde existentes entre as populações da Nova Zelândia com maiores necessidades de saúde (populações indígenas). Todos os indicadores contratualizados para a atribuição de incentivos financeiros obtiveram progressos significativos, de acordo com informação de 2010. Também em Portugal foi reconhecida a eficácia das USF e destaca-se a melhoria da qualidade e do desempenho assistencial com repercussão nos valores dos indicadores de desempenho.

Todos os programas de P4P permitiram melhorar o acesso dos doentes aos CSP.

O acesso aos cuidados foi melhorado com a introdução do QOF, que ultrapassou as expectativas no seu primeiro ano de existência, com cerca de 83.4% de pagamentos de incentivos disponíveis (Campbell *et al.*, 2007 ; Crosson *et al.*, 2009), e das USF, actualmente com um ganho de 472.800 utentes que passaram a ter acesso a CSP (Associação Nacional das USF, 2011). Para a Nova Zelândia, é através das referências que demonstram a diminuição das desigualdades e os progressos dos indicadores dos programas de gestão do desempenho das PHO que se depreende o aumento do acesso.

Todos os programas de P4P apresentam como objectivo a diminuição das desigualdades em saúde e a conquista de mais equidade.

No âmbito da diminuição das desigualdades em saúde distingue-se a intervenção da Nova Zelândia que considera na definição dos indicadores dos seus programas de gestão do desempenho das PHOs, metas específicas de intervenção para as populações com necessidades de saúde elevadas. Todavia, e apesar dos elevados níveis de desempenho das PHOs, a diminuição das desigualdades entre as populações é ainda uma preocupação do Governo Neozelandês. Também o QOF permitiu diminuir as desigualdades em saúde, intervindo em doenças com repercussões importantes na esperança média de vida (doença coronária cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica e cancro). De igual forma, em Portugal o aumento do acesso aos CSP e as melhorias ao nível do desempenho e da qualidade têm contribuído para a

diminuição das desigualdades; todavia co-existem grandes amplitudes na variação dos resultados entre as USF em relação aos seus indicadores.

Os programas de P4P preconizam, inadvertidamente, a eficiência. Contudo, a curto prazo, é por vezes difícil alcançá-la devido aos elevados custos de implementação dos programas.

A evidência relacionada com a experiência inglesa consultada, não afere directamente a eficiência do QOF, todavia o investimento financeiro exercido pelo NHS neste programa foi de tal ordem, que os incentivos destinados aos médicos têm o poder de aumentar os seus rendimentos em 30%; o QOF chegou mesmo a ser responsabilizado pelas despesas excessivas que alocou aos CSP. Portugal evidencia já a diminuição dos custos relacionados com os medicamentos e os MCDT, pela análise inerente aos indicadores de eficiência. Em relação à Nova Zelândia não é possível aferir da eficiência dos programas de gestão do desempenho das PHO; mas sim que há défices na falta de transparência no processo de alocação de custos.

2 Satisfação

Com excepção da Nova Zelândia, para a qual não foi encontrada informação que perspetive de forma directa a satisfação, todos os outros programas de P4P notificam o aumento da satisfação dos doentes. Todavia os motivos de maior/menor satisfação são diferentes entre os países.

Com a implementação do QOF, alguns aspectos relacionados com o acesso registaram melhorias expressivas para os doentes com doença crónica. Em relação à comunicação, aos cuidados de enfermagem, à coordenação e à satisfação global, as melhorias registadas não foram significativas. Por outro lado, os doentes sentem-se mais descontentes com a diminuição do número de consultas e a dificuldade adjacente à garantia da continuidade dos cuidados. Em Portugal, os resultados da avaliação das USF mostram, inequivocamente que aumentou a satisfação dos utentes, principalmente nas áreas de relação e comunicação; informação e apoio; e qualidade dos cuidados prestados. Por outro lado, os valores de satisfação mais baixos relacionam-se com a organização dos serviços (nomeadamente em relação aos tempos de espera).

3 Comportamento dos Médicos

Verifica-se para todos os programas de P4P, que os médicos são sensíveis aos incentivos financeiros e procuram maximizar o seu rendimento, havendo até evidência de comportamentos desviantes no Reino Unido e na Nova Zelândia.

A dimensão dos incentivos financeiros do QOF não deixa qualquer dúvida acerca da sua influência sobre o comportamento dos médicos, situação reflectida nos elevados índices de concretização das metas dos indicadores contratualizados e que por vezes é geradora de

comportamentos desviantes e manipulativos, que visam unicamente o lucro. A experiência inglesa demonstra, ainda, que o impacto dos incentivos financeiros sobre os médicos pode apresentar um carácter dual. Se por um lado, os incentivos financeiros podem ser interpretados como um instrumento de controlo de desempenho, por outro podem ser entendidos como importantes fontes de reconhecimento. Se por um lado podem ser vistos como estímulos à motivação e à autonomia profissionais, por outro podem ser percebidos como repressores das mesmas. Também na Nova Zelândia, a evidência demonstra a manipulação da informação e a selecção adversa de doentes, com o objectivo de maximizar a obtenção de incentivos financeiros, apesar da dimensão dos incentivos ser substancialmente inferior à dos incentivos consagrados no QOF. Em Portugal, em relação ao comportamento dos médicos destacam-se alguns aspectos relacionados com a satisfação: situando-se os maiores défices no equilíbrio entre a remuneração e a responsabilidade, e o número de profissionais e a quantidade de trabalho, e por outro lado, os níveis mais elevados, em relação ao envolvimento na partilha dos objectivos da USF, à qualidade dos cuidados e às relações hierárquicas; a adesão dos médicos e de outros prestadores às USF tem vindo a aumentar.

4 Oportunidades

Enumeram-se como oportunidades partilhadas por todos os programas de P4P, o aumento da importância atribuída à melhoria da qualidade, a normalização dos processos, o desenvolvimento de sistemas de informação e o consequente aumento da qualidade da informação disponível. Já Portugal e a Nova Zelândia partilham como oportunidades a governação clínica. Entre Portugal e o Reino Unido destaca-se a satisfação e a motivação profissional e o trabalho em equipa. Individualmente destaca-se em Portugal, o aumento da acessibilidade, a autonomia organizacional, a proximidade da liderança aos profissionais de saúde, o processo de contratualização, o maior envolvimento dos cidadãos e a implementação de sistemas de auditoria, acreditação e avaliação; já no Reino Unido destaca-se a gestão das doenças crónicas, a introdução de *guidelines* baseadas na evidência, a adequação das metas dos indicadores, a capacidade dos médicos responderem aos incentivos de forma desejada (apesar do elevado número de indicadores), a alocação de recursos para o desenvolvimento de equipas de CSP, a possibilidade de excluir utentes de intervenções que se revelam inadequadas, as melhorias dos resultados em saúde, a especialização em CSP e o aumento do número de profissionais afectos aos CSP.

5 Reacções Adversas e Limitações

Os sistemas de informação constituem uma oportunidade para os programas de P4P, sendo um elemento essencial à sua implementação e à prossecução dos seus objectivos. Contudo, o seu

nível de desenvolvimento, muitas vezes, está ainda longe do que seria ideal, o que faz com que sejam também considerados uma limitação no cumprimento dos objectivos destes programas, como acontece em Portugal e na Nova Zelândia. Também Portugal e a Nova Zelândia partilham a falta de transparência no alinhamento dos indicadores com os valores das partes interessadas e as experiências das equipas, assim como, a eficácia dos incentivos. Portugal e o Reino Unido partilham os défices na coordenação. Em Portugal vigoram também problemas/limitações relacionados com os recursos humanos, a formação, a comunicação intersectorial, os equipamentos e instalações, o processo de contratualização, os défices de estratégias regionais e nacionais que comprometem o atendimento uniforme face às metas estabelecidas e a incompreensão dos profissionais face às diferenças entre as USF de modelo A e B. Na Nova Zelândia distingue-se a falta de transparência no processo de alocação dos fundos, a gestão centralizada, a disposição dos DHB para aprovar a forma como as PHO se propõem a utilizar os seus pagamentos em função do desempenho e a escolha de indicadores baseada na facilidade da implementação e nos custos o que pode desencorajar a qualidade. No Reino Unido verifica-se a desvalorização dos indicadores não incentivados financeiramente, situação geradora de desigualdades (escolhidos os doentes mais saudáveis e as metas mais fáceis de alcançar), a fragmentação dos cuidados e a manipulação da informação.

CONCLUSÃO

Em suma considera-se que foram alcançados os objectivos definidos para o trabalho: conhecer o contexto e compreender o processo de implementação do P4P nos CSP no Reino Unido, na Nova Zelândia e em Portugal; determinar o impacto do P4P em cada um dos países e estabelecer uma comparação entre eles.

No âmbito da implementação do P4P são inequívocas as melhorias associadas à qualidade do desempenho assistencial (processos), aos resultados em saúde, à acessibilidade e à satisfação de utilizadores e prestadores. Já em relação à sustentabilidade económico-financeira, os custos de implementação dos programas, colocam muitas vezes, a eficiência como uma conquista mais distante, embora incontornável.

Torna-se evidente a relevância da introdução de modalidades de pagamento que promovam o desempenho pelo movimento de reforma dos CSP.

Verifica-se um alinhamento entre os objectivos destas três experiências de P4P e os desígnios fundamentais caracterizadores de um serviço nacional de saúde, a universalidade, a protecção social (apesar da existência de alguns pagamentos directos), a equidade e a solidariedade.

Contudo, permanecem incertezas acerca do impacto internacional do P4P, pelo facto de, a maioria dos programas estarem nos estádios iniciais da sua implementação. Por outro lado, é evidente a falta de pesquisa para suportar ou negar a eficácia destes programas na melhoria da qualidade e a relação custo-eficácia para os cuidados de saúde (Buetow, 2008).

No âmbito das políticas de saúde e em confronto com os resultados obtidos e com os desafios actuais do sistema de saúde português, nomeadamente garantir a sua sustentabilidade económico-financeira penso que seria importante alargar o P4P aos CSP em geral. A este nível destacam-se os resultados já alcançados nas USF. O desenvolvimento de uma rede de CSP eficaz é essencial ao desempenho do sistema de saúde. Se a evidência determina que face a incentivos financeiros os prestadores e nomeadamente os médicos aumentam o seu desempenho e consequentemente contribuem para melhores resultados em saúde, mais qualidade e mais acesso seria útil reflectir sobre a implementação desta forma de pagamento a outros níveis de cuidados.

A prossecução dos objectivos supra-citados foi condicionada por três principais razões. Primeira - a individualidade inerente ao sistema de saúde de cada país, o qual se desenvolve e constrói num contexto muito específico e implementa de forma diferente e com objectivos distintos, programas de P4P que detêm incentivos com diferentes magnitudes, situação que compromete e relativiza as comparações de impacto realizadas. Segunda, a subjectividade adjacente à metodologia utilizada. Terceira, o tempo disponível para a execução do trabalho. Contudo, apesar destas limitações a comparação permitiu destacar importantes diferenças e regularidades entre os países.

Considera-se importante a continuação deste trabalho em futuras investigações. A comparação realizada poderá ser continuada alargando o número de países, incluindo sistemas de saúde diferentes e determinando o impacto do P4P com base na análise de dados quantitativos adjacentes aos resultados em saúde obtidos. Seria interessante relacionar os resultados obtidos no âmbito do P4P e a forma como foi implementado, apurando as modalidades que tiveram mais sucesso. Seria igualmente interessante procurar relacionar os resultados obtidos no contexto do P4P e o tipo de sistema de saúde.

BIBLIOGRAFIA

- ALSHAMSAN, R. [et al.] – Has pay for performance improved the management of diabetes in the United Kingdom? **Primary Care Diabetes**. 4 (April 2010) 73-78. doi 10.1016/j.pcd.2010.02.003.
- BARROS, P.P. – Economia da saúde: conceitos e comportamentos. 2.^a ed. Coimbra: Almedina, 2009.
- BERENSON, R. A. ; RICH, E. C. – US approaches to physician payment: the deconstruction of primary care. **Journal of General Internal Medicine**. 25 (2010) 613-618. doi 10.1007/s116606-010-1295-z.
- BODENHEIMER, T. – Primary care : will it survive? **The New England Journal of Medicine**. 355 : 9 (August 2006) 861-864.
- BOGDAN, R. ; BIKLEN, S. – Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto : Porto Editora, 1994.
- BRANCO, A. G. ; RAMOS, V. – Cuidados de saúde primários em Portugal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 2 (2001) 5-12.
- BUETOW, S. – Pay-for-performance in New Zealand primary health care. **Journal of Health Organization and Management**. 22 : 1 (2008) 36-47. doi 10.1108/14777260810862399.
- CAMPBELL, S. [et al.] – Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. **The New England Journal of Medicine**. 357 : 2 (July 2007) 181-190.
- CAMPBELL, S. [et al.] – Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. **The New England Journal of Medicine**. 361 : 4 (July 2009) 368-378.
- CAMPBELL, S. [et al.] – Changes in patient experiences of primary care during health service reforms in England between 2003 and 2007. **Annals of Family Medicine**. 8 : 6 (November/December 2010) 499-506. doi 10.1370/afm.1145.
- CHAIX-COUTURIER, C. [et al.] –Effects of financial incentives on medical practice : results from a systematic review of the literature and methodological issues. **International Journal for Quality in Health Care**. 12 : 2 (2000) 133-142.
- CHECKLAND, K. [et al.] – Biomedicine, holism and general medical practice: responses to the 2004 general practitioner contract. **Sociology of Health & Illness**. 30 : 5 (2008) 788-803. doi 10.1111/j.1467-9566.2008.01081.x.
- CHUNG, S. [et al.] – Effect of physician-specific pay-of-performance incentives in a large group practice. **The American Journal of Managed Care**. 16 : 2 (February 2010) 35-42.
- CONRAD, A. ; PERRY, L. – Quality-based financial incentives in health care: can we improve quality by paying for it? **Annual Review of Public Health**. 30 (January, 2009) 357-371. doi 10.1146/031308.100243.
- COLINO, C. – Método Comparativo. In Dicionario Critico de Ciencias Sociales. [Em linha] Madrid: Instituto Juan March, 2002. [Consult. em 10-07-2010]. Disponível em http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/M/metodocomparativo_a.htm.
- CROSSON, J. [et al.] – A comparison of chronic illness care quality in US and UK family medicine practices prior to pay-for-performance initiatives. **Family Practice**. 26 : 6 (2009) 510-516. doi 10.1093/fampra/cmp056.
- CUMMING, J. ; MAYS, N. ; GRIBBEN, B. – Reforming primary health care: is New Zealand's primary health care strategy achieving its early goals? **Australia and New Zealand Health Policy**. 5 : 24 (November 2008) 1-11. doi 10.1186/1743-8462-5-24.
- CUSTERS, T. [et al.] – Selecting effective incentive structures in health care : a decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance. **Health Services Research**. 8 : 66 (March 2008) 1-14. doi 10.1186/1472-6963-8-66.
- DECRETO-LEI n.º 298/2007. D.R. I Série – 161 (2007-08-22) 5587-5596.

DESPACHO NORMATIVO n.º 9/2006. DR Iª Série-B. 34 (2006-02-16) 1256-1258. Estabelece a disciplina de lançamento e implementação das USF, criadas pelo Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, como unidades estruturantes dos centros de saúde a reconfigurar.

DORAN, T. [et al.] – Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England : analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. **The Lancet**. 372 : 9640 (August 2008) 728-736. doi 10.1016/50140-6736(08)61123-x.

DUDLEY, R. A. ; ROSENTHAL, M. B. – Pay for performance: a decision guide for purchasers. [Em linha]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. U.S. Department of Health and Human Services, Abril 2006. [Consult. em 22-12-2010]. Disponível em http://www.chcs.org/publications3960/publications_show.htm?doc_id=399110.

EMMERT, M. [et al.] – Economic evaluation of pay-for-performance in health care: a systematic review. **European Journal of Health Economic**. (May 2011). doi 10.1007/s10198-011-0329-8.

ESCOVAL, A. ; MATOS, T. ; RIBEIRO, R. – Contratualização em cuidados de saúde primários: horizonte 2015/20: Fase 1 : Estrutura do projecto de investigação. [Em linha]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, Abril 2009a. [Consult. em 14-11-2010]. Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_56/relatorio_fase1_vf.pdf.

ESCOVAL, A. ; MATOS, T. ; RIBEIRO, R. – Contratualização em cuidados de saúde primários: horizonte 2015/20: Fase 3 : Versão Preliminar. [Em linha] Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, Julho 2009b. [Consult. em 30-11-2010]. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/PI_RPI_Fase3-Revis%C3%A3o%20Pr%C3%A1ticas%20Internacionais.pdf.

ESPTAIN, A. ; LEE, T. ; HAMEL, M. – Paying physicians for high-quality care. **New England Journal of Medicine**. 350 : 4 (2004) 406-410.

FAGAN, P. J. [et al.] – Chronic care improvement in primary care: evaluation of an integrated pay-for-performance and practice-based care coordination program among elderly patients with diabetes. **Health Services Research**. 45 : 6 (December 2010) 1763-1782. doi 10.1111/j.1475-6773.2010.01166.x.

FERREIRA, A.S. [et al.] – A contratualização de cuidados de saúde. In SIMÕES, J. – 30 anos do serviço nacional de saúde: um percurso comentado. Coimbra: Almedina, 2010. 425-459.

FERREIRA, P. L. ; ANTUNES, P. - Monitorização da satisfação dos profissionais das USF – Sondagem às primeiras 143 USF. [Em linha]. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2009a. [Consult. em 26-03-2011]. Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_56/us_prof_rel.pdf.

FERREIRA, P.L. ; ANTUNES, P. – Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF – Sondagem às primeiras 146 USF. [Em linha]. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2009b. [Consult. em 26-03-2011]. Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_56/sondagem_usf.pdf.

FERREIRA, P.L. ; ANTUNES, P. ; PORTUGAL, S. – O valor dos cuidados primários: perspectiva dos utilizadores das USF 2009. 1.ª ed. Lisboa: Ministério da Saúde. Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2010.

FRIEDBERG, M. W. [et al.] – Paying for performance in primary care: potential impact on practices and disparities. **Health Affairs**. 29 : 5 (May 2010) 926-932. Doi 10.1377/hlthaff.2009.0985.

FRØLICH, A. [et al.] - A behavioral model of clinician responses to incentives to improve quality. **Health Policy**. 80 (2007) 179–193. doi 10.1016/j.healthpol.2006.03.001

GAVAGAN, T. F. [et al.] – Effect of financial incentives on improvement in medical quality indicators for primary care. **Journal of the American Board of Family Medicine**. 23 : 5 (September- October 2010) 622-631. doi 10.3122/jabfm.2010.05.070187.

GOSDEN, T. ; PEDERSEN, L. ; TORGERSON, D. – How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. **Quarterly Journal of Medicine**. 92 (November 1998) 47-55.

GRAÇA, L. – Guião para o desenho de um projecto de investigação. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais em Saúde, 2009. (Textos, T 834).

- GRAVELLE, H. ; SUTTON, M. ; MA, A. – Doctor behaviour under a pay for performance contract : treating, cheating and case finding? **The Economic Journal**. 120 (February 2010) 129-156. doi 10.1111.1468-0297. 02340
- GREB, S. ; DELNOIJ, D. ; GROENEWEGEN, P. – Managing primary care behaviour through payments systems and financial incentives. In SALTMAN, R. ; RICO, A. ; BOERMA, W. – Primary care in the driver’s seat? : organizational reform in European primary care. New York: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006. [Em linha]. [Consult. Em 30-01-2011]. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf.
- HOGG, W. [et al.] – Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. **International Journal for Quality in Health Care**. 20 : 5 (2008) 308–313. doi 10.1093/intqhc/mzm054
- KHUNTI, K. [et al.] – Quality of diabetes care in the UK: comparison of published quality-of-care reports with results of the quality and outcomes framework for diabetes. **Diabetic Medicine**. 24 : 12 (May 2007) 1436-1441. doi 10.1111/j.1464-5491.2007.02276.x.
- MCDONALD, R. [et al.] – Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study. **British Medical Journal**. (May 2007) 1-6. doi 10.1136/bmj.39238.890810.BE.
- MCDONALD, R. ; HARRISON, S. ; CHECKLAND, K. – Incentives and control in primary health care : findings from English pay-for-performance case studies. **Journal of Health Organization and Management**. 22 : 1 (2008) 48-62. doi 10.1108/14777260810862407.
- MCDONALD, R. ; ROLAND, M. – Pay for performance in primary care in England and California : comparison of unintended consequences. **Annals of Family Medicine**. 7 : 2 (March/April 2009) 121-127. doi 10.1370/afm.946.
- MCDONALD, R. ; WHITE, J. ; MARMOR, T. – Paying for performance in primary medical care: learning about and learning from “success” and “failure” in England and California. **Journal of Politics, Policy and Law**. 34 : 5 (October 2009) 747-776. doi 10.1215/03616878-2009-024.
- MIGUEL, L. - Modelos e gestão nos cuidados de saúde primários. In SIMÕES, J. – 30 anos do serviço nacional de saúde: um percurso comentado. Coimbra: Almedina, 2010. 355-387.
- MIGUEL, L. ; SÁ, A. – Cuidados de saúde primários em 2011-2016 : reforçar, expandir – contribuição para o plano nacional de saúde 2011-2016. [Em linha]. Lisboa : Alto Comissariado da Saúde, 2010. [Consult. em 05-06-2011]. Disponível em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSP1.pdf> .
- NEW ZEALAND. MINISTRY OF HEALTH – The primary health care strategy. [Em linha]. Wellington: Ministry of Health, February 2001. [Consult. 27-04-2011]. Disponível em [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/7bafad2531e04d92cc2569e600013d04/\\$file/phcstrat.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/7bafad2531e04d92cc2569e600013d04/$file/phcstrat.pdf)
- NEW ZEALAND. MINISTRY OF HEALTH – A guide for establishing primary health organizations. [Em linha]. Wellington: Ministry of Health, April 2002. [Consult. 27-03-2011]. Disponível em [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/f872666357c511eb4c25666d000c8888/42c2cc7f85058904cc256b95000e63f1/\\$FILE/PhoGuide29April2002.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/f872666357c511eb4c25666d000c8888/42c2cc7f85058904cc256b95000e63f1/$FILE/PhoGuide29April2002.pdf).
- NEW ZEALAND. MINISTRY OF HEALTH – Governance guide for primary health organizations. [Em linha]. Wellington: Ministry of Health, July 2007a. [Consult. em 20-02-2011]. Disponível em [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/6784/\\$File/pho-governance-guide-aug07.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/6784/$File/pho-governance-guide-aug07.pdf).
- [NEW ZEALAND. MINISTRY OF HEALTH – Primary health care : establishment.](#) [Em linha]. Wellington: Ministry of Health, January 2007b. [Consult. em 20-02-2011]. Disponível em <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/phcs-pho-establishment> .
- NEW ZEALAND. MINISTRY OF HEALTH – Health expenditure trends in New Zealand 1996-2006. [Em linha]. Wellington: Ministry of Health, September 2008. [Consult. 27-03-2011]. Disponível em [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/8393/\\$File/health-expenditure-trends-sep08.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/8393/$File/health-expenditure-trends-sep08.pdf).
- NEW ZEALAND. MINISTRY OF HEALTH – Implementing the New Zealand Health Strategy 2010. [Em linha]. Wellington: Ministry of Health, 2010. [Consult. 27-04-2011]. Disponível em http://www.health.govt.nz/webfm_send/24.

- NEW ZEALAND. MINISTRY OF HEALTH – Primary health care : very low costs access payments. [Em linha]. Wellington: Ministry of Health, July 2011a. [Consult. em 20-02-2011]. Disponível em <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/phcs-projects-lowcost> .
- NEW ZEALAND. MINISTRY OF HEALTH. PHO – PHO performance management programme: summary information for PHOs. [Em linha]. Wellington: Primary Health Organizations, January 2007. [Consult. em 20-02-2011]. Disponível em [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/5817/\\$File/PHOPerfmagmtsummaryinfo.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/5817/$File/PHOPerfmagmtsummaryinfo.pdf)
- NEW ZEALAND. MINISTRY OF HEALTH. PHO – PHO performance programme. Business processes, version 2.0. [Em linha]. [Wellington]: Primary Health Organizations, May 2009. [Consult. em 18-02-2011]. Disponível em <http://www.dhbnz.org.nz/Site/SIG/pho/Operational-Documents.aspx>.
- NEW ZEALAND. MINISTRY OF HEALTH. DHBNZ. PHO – National summary of PHO performance: 1 January 2010 – 30 June 2010. [Em linha]. Wellington: Primary Health Organizations. District Health Boards New Zealand, 2010. [Consult. 27-04-2011]. Disponível em <http://www.dhbnz.org.nz/Site/Current-Issues/Performance-Results.aspx>.
- NEW ZEALAND. MINISTRY OF HEALTH. PHO – PHO performance programme. Indicator definitions: as at 1 January 2011, version 5. [Em linha]. Wellington: Primary Health Organizations, January 2011b. [Consult. em 15-02-2011]. Disponível em <http://www.dhbnz.org.nz/Site/SIG/pho/Operational-Documents.aspx>.
- NOLTE, E. [et al.] – Informing the development of a resource allocation framework in the German healthcare system. [Em linha]. Santa Monica: Rand Europe, 2011. [Consult. em 12-12-2010]. Disponível em http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2011/RAND_TR946.pdf.
- NOVAIS, J.R. - Constituição e serviço nacional de saúde. In SIMÕES, J. – 30 anos do serviço nacional de saúde: um percurso comentado. Coimbra: Almedina, 2010. 239-270.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Sistema de saúde português: riscos e incertezas: relatório de Primavera 2008. [Em linha] Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 2008. [Consult. em 26-10-2010]. Disponível em http://paginaspessoais.parlamento.pt/Upload/Anexos/Anexo_301_419.pdf.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Desafios em tempos de crise: relatório de Primavera 2010. [Em linha] Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2010. [Consult. em 26-11-2010]. Disponível em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2010_OPSS-FT.pdf.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde: relatório de Primavera 2011. [Em linha]. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2011. [Consult. em 26-11-2010]. Disponível em http://www.fnam.pt/informacao/infromacao_files/RP2011_FINAL.pdf.
- OMS – Relatório Mundial da saúde: Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. [Em linha]. [Genebra]: Organização Mundial de Saúde, 2010. [Consult. em 26-03-2011]. Disponível em http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf.
- PECKHAM, S. ; WALLACE, A. – Pay for performance schemes in primary care : what have we learnt? **Quality in Primary Care**. 18 : 2 (February 2010) 111-116.
- PERKINS, R. ; SEDDON, M. – Quality improvement in New Zealand healthcare. Part 5: measurement for monitoring and controlling performance: the quest for external accountability. **The New Zealand Medical Journal**. 119 : 1241 (September 2006) 1-6.
- PETERSEN, L. A. [et al.] – Does pay-for-performance improve the quality of health care? **Annals of Internal Medicine**. 145 : 4 (August 2006) 265-272.
- PISCO, L. - Main lines of action for reforming primary health care in Portugal. **Primary Health Care**. 18 : 2 (2006) 62-65.
- PISCO, L. ; BISCAIA, J. – Qualidade de cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume Temático : 2 (2001) 43-51.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS. DCARS. CE-CSP – Metodologia de Contratualização: Cuidados de Saúde Primários. [Em linha]. Lisboa: Coordenação Estratégica Cuidados Saúde Primários.

Departamentos de Contratualização Administrações Regionais de Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde, Dezembro de 2010 [Consult. em 26-04-2011]. Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/article_5300/metodologiacontratualizaocsp_2011.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS. DCARS. MCSP - Metodologia de contratualização: USF- modelo A e modelo B. [Em linha]. Lisboa: Missão para Cuidados Saúde Primários. Departamentos de Contratualização Administrações Regionais de Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde, Janeiro 2009. [Consult. em 30-04-2011]. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MetodologiaContratualiza%C3%A7%C3%A3o_USF_2009.pdf.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS. DCARS. MCSP – Metodologia de Contratualização: Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. [Em linha]. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Departamentos de Contratualização Administrações Regionais de Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde, Janeiro 2010. [Consult. em 26-11-2010]. Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/metodologiacontratualizacousf_2010_publicada.pdf.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. CE-CSP – Progresso da reforma dos cuidados de saúde primários : relatório 1. [Em linha]. Lisboa: Coordenação Estratégica Cuidados Saúde Primários, Novembro 2010. [Consult. em 30-12-2010]. Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/relatorio_de_progressoversao03dez.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – CE-CSP : Áreas de trabalho e objectivos 2011. [Em linha]. Lisboa: Coordenação Estratégica Cuidados Saúde Primários, Março 2011a. [Consult. em 30-12-2010]. Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/article_7111/areasdetrabalhoobjectivoscsp_2011_v.2011.05.04.pdf.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CE-CSP – Reforma dos cuidados de saúde primários – relatório de progresso 2. [Em linha]. Lisboa: Coordenação Estratégica Cuidados Saúde Primários, Março 2011b. [Consult. em 30-12-2010]. Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/article_7111/relatorio_de_progresso_2_versao2011.05.04.pdf.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CSFSNS – Relatório final. [Em linha]. Lisboa : Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007. [Consult. em 15-02-2011]. Disponível em <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – Acontecimento extraordinário. [Em linha]. Lisboa: Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, 2009. [Consult. em 26-11-2010]. Disponível em http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/relatorio_Fev09_Final.pdf.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GTDCCSP – Plano de desempenho dos agrupamentos de centros de saúde: Despacho n.º 7816/2009 de 9 de Março de 2009 da Ministra da Saúde. [Em linha] Lisboa: Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contratualização com os Cuidados de Saúde Primários. Administração Central do Sistema de Saúde, 2009. [Consult. em 26-11-2010]. Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/planodedesempenhoaces_2010.pdf.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MCSP – Despacho (32-04-2008) – Proposta n.º 1 – MCSP / 2008a. Normas para cálculo das remunerações dos profissionais das USF – Mod. B.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MCSP – Sucessos e problemas das unidades de saúde familiar: um estudo qualitativo. [Em linha]. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários, Fevereiro 2008b. [Consult. em 26-11-2010]. Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/Sucessos_Problemas_USF_20080224.pdf.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MCSP – Reforma dos Cuidados de Saúde Primários : plano estratégico 2010-2011. [Em linha]. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2010. [Consult. em 30-04-2011]. Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_133/planomcsp2010_2011.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MCSP. CE-CSP - Despacho (10-03-2011) - Documento da Missão para os Cuidados de Saúde Primários, homologado pelo Secretário de Estado da Saúde, em 23 de Abril de 2008 – Revisão dos critérios para atribuição de actividades específicas.

- PORTUGAL. USF-AN – As USF e a reforma dos cuidados de saúde primários devem prosseguir. [Em linha]. Porto: Unidades de Saúde Familiar. Associação Nacional, 2011. [Consult. em 29-12-2010]. Disponível em <http://cogitare.forumenfermagem.org/wp-content/uploads/2011/05/Proposta-de-compromisso-da-USF-AN-aos-partidos-pol%C3%ADticos.pdf>
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Estado da Saúde. Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde – Contratualização com as unidades de saúde familiares para 2007. [Em linha]. Agências de contratualização dos Serviços de Saúde, 2006. [Consult. em 30-04-2011]. Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/Contratualizacao%20-%202007.pdf.
- RAMOS, V. – A interface entre cuidados de saúde primários e o hospital. In CAMPOS, L. ; BORGES, M. ; PORTUGAL, R. – **Governança dos hospitais**. 1.^a ed. Alfragide: Casa das Letras, 2009. 333-347.
- ROBISON, J. C. – Theory and practice in the design of physician payment incentives. **The Milbank Quarterly**. 79 : 2 (2001) 149-177.
- ROLAND, M. – Linking physicians’ pay to the quality of care – a major experiment in the United Kingdom. **The New England Journal of Medicine**. 351 : 14 (September 2004) 1448-1454.
- ROWE, J.W. – Pay-for-performance and accountability: related themes in improving health care. **Annals of Internal Medicine**. 145 : 9 (November 2006) 695-699.
- SAKELLARIDES, C. – De Alma a Harry: crónicas da democratização da saúde. 2.^a ed. Coimbra: Edições Almedina, 2006.
- SAKELLARIDES, C. – Novo contrato social da saúde: incluir as pessoas. 1.^a ed. Loures: Diário de Bordo, 2010.
- SANTAMARÍA, F. - Metodología comparativa y pedagogía comparada. Barcelona: Editorial Boixareu Universitaria, 1990.
- STARFIELD, B. ; SHI, L. ; MACINKO, J. – Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Quarterly**. 83 : 3 (2005) 457-502.
- SCHOEN, C. [et al.] – On the front lines of care: primary care doctors’ office systems, experiences, and views in seven countries. **Health Affairs**. 25 (November 2006) 555-571. doi 10.1377. 25. 555.
- SCOTT, I. A. – Pay for performance in health care: strategic issues for Australian experiments. **Medical Journal of Australia**. 187 : 1 (July) 2007) 31-35.
- SHEKELLE, P. – New contract for general practitioners: a bold initiative to improve quality of care, but implementation will be difficult. **British Medical Journal**. 326 (March 2003) 457-458.
- SILVA, S.N. - Gasto, financiamento e eficiência. In SIMÕES, J. – 30 anos do serviço nacional de saúde: um percurso comentado. Coimbra: Almedina, 2010. 113-143.
- SIMÕES, J. - DIAS, A. – Políticas e governação em saúde. In SIMÕES, J. – 30 anos do serviço nacional de saúde: um percurso comentado. Coimbra: Almedina, 2010. 175-193.
- SIMON, C. – The quality and outcomes framework. **Innovait**. 1 : 3 (2008) 206-213. doi 10.1093/innovait/inn023
- SUTTON, M. [et al.] – Record rewards : the effects of targeted quality incentives on the recording of risk factors by primary care providers. **Health Economics**. 19 : 1 (February 2009) 1-13. doi. 10.1002/hec.1440.
- UK. BMA. NHS EMPLOYERS. - Quality and outcomes Framework guidance for GMS contract 2011/12 : delivering investment in general practice. [Em linha]. London: National Health Services Confederation (Employers), April 2011. [Consult. em 22-12-2010]. Disponível em http://www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Documents/QOF_guidance_GMS_contract_2011_12.pdf.
- UK. NHS EMPLOYERS – Quality and outcomes framework. [Em linha]. [London]: NHS Employers, 2011. [Consult. em 06-06-2011]. Disponível em <http://www.nhsemployers.org/PayAndContracts/GeneralMedicalServicesContract/QOF/Pages/QualityOutcomesFramework.aspx>.

UK. NHS. THE INFORMATION CENTRE – Quality and outcomes framework : online GP practice results database. [Em linha]. London: The Information Centre, 2011 [Consult. em 06-06-2011]. Disponível em <http://www.qof.ic.nhs.uk/glossary/>.

WALKER, S. [et al.] – Value for money and the quality and outcomes framework in primary care in the UK NHS. **British Journal of General Practice**. (May 2010) 231-220. doi 10.3399/bjgp10x501859.

WHO. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS – Health care systems in transition: New Zealand. [Em linha]. Geneva : World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2001. [Consult. em 15-02-2011]. Disponível em <http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/743FE3DD99462B3CCC256B82007FE077?OpenDocument>.

WHO. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS – Health care systems in transition : New Zealand: hit summary. [Em linha]. Geneva : European Observatory on Health Care Systems, **2002**. [Consult. em 15-02-2011]. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98863/NEZsum112002.pdf

WHO. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES – Health systems in transition : Portugal, Health system review. [Em linha]. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, **2007**. [Consult. em 15-02-2011]. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/107842/E90670.pdf.

WHO.THE EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES – Health systems in transition : United Kingdom (England). [Em linha]. Copenhagen : World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2011. [Consult. em 15-02-2011]. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf.

WHO – The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever). [Em linha]. [Geneva]: World Health Organization, 2008. [Consult. Em 30-12-2010]. Disponível em <http://www.who.int/whr/2008/en/>.

WHO – Portugal health system performance assessment. [Em linha]. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2010. [Consult. em 22-12-2010]. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/files/2011/01/PortugalHSAP.pdf>.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Sumário de Reformas: Reino Unido, Nova Zelândia e Portugal

1 Reino Unido

O modelo de financiamento e organização do NHS manteve-se praticamente inalterado até finais dos anos oitenta (início das reformas de *Margaret Thatcher*) (PORTUGAL. MS. CSFSNS, 2007). A crescente pressão financeira registada constituiu um forte estímulo para a introdução do conceito de mercado interno, o qual veiculou a separação da responsabilidade em comprar e prestar serviços de saúde (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2011). A responsabilidade de comprar foi atribuída, na altura, às *health authorities* e aos GPs *fundholders*; a responsabilidade de prestar cuidados de saúde foi atribuída essencialmente aos hospitais (European Observatory on Health Systems and Policies, 1999 cit. por PORTUGAL. MS. CSFSNS, 2007). Esta reforma no âmbito do mecanismo de transferências financeiras não foi acompanhada por qualquer alteração no modelo de captação de fundos (PORTUGAL. MS. CSFSNS, 2007).

A partir de 1997 o sistema de saúde Inglês incorreu numa série de mudanças estruturais: criação dos PCT, responsáveis pela contratação dos serviços de saúde para populações definidas geograficamente (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2011) e abolição dos GPs *fundholders* (PORTUGAL. MS. CSFSNS, 2007); introdução de novos tipos de prestadores no NHS - FT com maior autonomia de gestão e financeira; maior utilização da capacidade do sector privado na prestação de cuidados de saúde publicamente financiados. A noção de mercado de cuidados de saúde foi rejeitada e simultaneamente enfatizados os cuidados integrados, baseados em parcerias e norteados pelo desempenho (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2011).

Em 2000, o NHS *Plan* delineou vários objectivos políticos que pretendiam modernizar os CSP e que enfatizavam esquemas baseados no pagamento em função do desempenho (McDonald ; White ; Marmor, 2008). O sistema de P4P foi introduzido em Reino Unido em 2003, constituindo a maior mudança no regime de financiamento do NHS. Pretendia-se, através de incentivos financeiros, melhorar o desempenho profissional e alcançar níveis de qualidade superiores nos cuidados prestados e melhores resultados em saúde (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2011).

2 Nova Zelândia

O sistema de saúde Neozelandês sofreu quatro grandes reformas desde o início da década de 1980. Durante a primeira fase da reforma (1983-1992), o financiamento e a gestão dos serviços

de saúde foram descentralizados em 14 *Area Health Boards*, responsáveis pelos cuidados secundários, terciários e pelos serviços de saúde pública, enquanto o *Department of Health* se manteve responsável pelo financiamento dos CSP. A segunda fase (1993-1996) caracterizou-se pela implementação de princípios de mercado com o intuito de estimular a competição e a redução de custos (criação das *Crown Health Enterprises* (CHE)) e veiculou como principal objectivo assegurar que todas as pessoas tivessem acesso a níveis aceitáveis de saúde. Na terceira fase (1996-1999) *New Zealand First Coalition Government* valorizou os princípios da cooperação e colaboração, em prol da competição, através dos quais, direccionou a política de saúde para a redução de custos administrativos e a eliminação de iniquidades geográficas; alterou o estatuto jurídico das CHE, convertendo-as em *Hospital and Health Services*, aliviados da obtenção de lucros (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001 ; 2002). A quarta e actual fase começou em 1999 com a *Labour/Alliance Coalition Government* que detinha como objectivos melhorar a condição global de saúde dos neozelandeses e assegurar o acesso a serviços de saúde globais e orientados para a comunidade; foram criados 21 DHB definidos geograficamente em função das populações e aos quais foram atribuídas competências no âmbito do financiamento e da prestação de cuidados de saúde (WHO. European Observatory on Health Care Systems, 2001 ; 2002 ; Buetow, 2008).

A implementação *The New Zealand Health Strategy 2010* evidencia a qualidade, como sendo a principal meta para o sistema de saúde Neozelandês, especificamente através de serviços de saúde centrados no doente e define como áreas prioritárias, a gestão e a sustentabilidade financeiras, os recursos humanos e a liderança, e a qualidade. (New Zealand. Minister of Health, 2010).

3 Portugal

Em função das políticas de saúde e das formas de financiamento identificam-se cinco principais períodos políticos a partir de 1976. O primeiro período político teve como principal finalidade a criação do SNS. Com início em 1979, o segundo período político pretendeu desenvolver uma alternativa ao SNS, norteadas por princípios de mercado e pela responsabilização individual no financiamento da saúde; é nesta altura que a eficiência e a sustentabilidade económico-financeira do SNS começam a ser tema central no debate político. No terceiro período, entre 1985 e 1995 verifica-se uma aproximação à ideologia de mercado; a Lei de Bases da Saúde e o Estatuto do SNS tornaram possível a privatização de sectores de financiamento de cuidados e promoveram os seguros de saúde privados. O quarto período político procurou contrariar as tendências ideológicas anteriores e restituir ao Estado o papel central de financiador, prestador e regulador dos cuidados de saúde. O quinto período político, com início em 2002 caracterizou-se

pela valorização do carácter misto do sistema de saúde (Portugal. Ministério da Saúde. CSFSNS, 2007 ; Simões ; Dias, 2010).

O ano de 2001 marca o início de um conjunto de alterações no sistema de saúde português, que embora operacionalizadas em diferentes contextos ideológicos, têm garantido a continuidade do modelo social do SNS. Descrevem-se como objectivos transversais às principais forças políticas, a contenção da despesa pública, a política do medicamento e o processo de empresariação dos hospitais (Portugal. Ministério da Saúde. CSFSNS, 2007).

Simões cit. pela CSFSNS (2007) refere que o “processo de progressiva aproximação ideológica, que tem caracterizado o sistema de saúde português, tem semelhante demonstração a nível internacional, com a doutrina expandida pela Organização Mundial de Saúde e pelo Banco Mundial na busca da estabilização do pêndulo entre dois extremos – a exaltação dos benefícios da intervenção do Estado e do mercado”.