

# A contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional<sup>1</sup>

ANA ESCOVAL  
RUTE SIMÕES RIBEIRO  
TÂNIA TERCITANO MATOS

A temática da contratualização no contexto da reforma dos cuidados de saúde primários tem suscitado grande contro-  
vérsia, sendo certo, porém, que se tornou também uma  
questão incontornável na organização dos serviços de  
saúde. Por outro lado, o aperfeiçoamento dos processos de  
contratualização e o desenvolvimento de ferramentas ade-  
quadas ao bom desempenho das unidades prestadoras  
constituem, nos dias de hoje, um assunto prioritário nas  
organizações de saúde de todo o mundo. Através de uma  
revisão bibliográfica extensiva, pretendeu-se conhecer as  
experiências de contratualização, em contexto de cuidados  
de saúde primários, desenvolvidas e/ou em curso em alguns

países, tendo em vista, em última análise, contribuir para  
uma reflexão sobre os modelos implementados ou sustentar  
a adopção de novas abordagens para este nível de cuidados  
em Portugal, tendo por base a evidência internacional.

**Palavras-chave:** contratualização; cuidados de saúde pri-  
mários; sistemas de saúde; incentivos; qualidade; financia-  
mento.

## Introdução

A globalização tem implicado vários desafios e colo-  
cado sob pressão a coesão social de vários países, e  
os sistemas de saúde, como elementos determinantes  
da arquitectura das sociedades contemporâneas, não  
estão a responder a essas exigências tão bem quanto  
deveriam. Com efeito, os cidadãos estão impacientes  
com a incapacidade de resposta dos serviços de  
saúde para prestarem os níveis de cobertura exigíveis  
e adequados às necessidades e que satisfaçam as suas  
expectativas. Poucos discordarão que os sistemas de  
saúde precisam responder melhor e mais rapidamente  
aos desafios de um mundo em mudança. Os cuidados  
de saúde primários podem consegui-lo (WHO,  
2008).

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) assumem  
hoje, de forma indiscutível, uma importância vital  
para a melhoria do nível de saúde das populações e,  
simultaneamente, para a sustentabilidade dos siste-  
mas de saúde, pelo que devem ser objecto de uma

<sup>1</sup> O presente artigo constitui um resumo e decorre de um projecto  
de investigação sobre Contratualização em Cuidados de Saúde  
Primários em curso na Escola Nacional de Saúde Pública, uma  
parceria com a Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

□ Ana Escoval é economista, administradora hospitalar no Centro  
Hospitalar Lisboa Norte, professora convidada na Escola Nacional  
de Saúde Pública/UNL e presidente da Associação Portuguesa  
para o Desenvolvimento Hospitalar. É ainda investigadora funda-  
dora do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS).  
Rute Simões Ribeiro é administradora hospitalar, jurista e inves-  
tigadora na Escola Nacional de Saúde Pública/UNL. É ainda  
investigadora do Observatório Português dos Sistemas de Saúde.  
Tânia Tercitano Matos é administradora hospitalar, jurista e inves-  
tigadora na Escola Nacional de Saúde Pública/UNL. É ainda  
investigadora do Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

Entregue em Março de 2010

atenção particular no âmbito das reformas em curso. A maioria dos países tem vindo a adoptar uma política de saúde que incorpora um papel articulado com os CSP, sendo evidenciado que os pontos fracos não são tanto o 'que fazer' mas 'como fazer', ou seja, a capacidade de gerir a mudança, o que implica necessariamente ter em conta as diferenças históricas, sociais, culturais, profissionais e outras questões importantes considerando os diferentes futuros.

Mas a questão que se coloca nos dias de hoje também passa por perceber qual o peso e relevância dos CSP no desempenho do sistema. Em geral, países com melhor desenvolvimento nos CSP tendem a ter uma melhor saúde das populações a um menor custo, permitindo, por exemplo, uma utilização mais restrita das tecnologias de base hospitalar ou a gestão de problemas de saúde a longo prazo (Starfield e Shi, 2002; Starfield, Shi e Macinko, 2005). Constituem-se, ainda, altamente significativos na modelação das opções de investimento futuro dos Governos.

Embora estes sejam os benefícios potenciais de um sistema de CSP bem desenvolvido, a sua realização exige recursos, uma equipa bem treinada, a aplicação de um sistema de incentivos adequado, mecanismos institucionais apropriados e novas relações entre organizações e profissionais médicos.

Por seu turno, a evidência internacional demonstra também que os modelos de organização e gestão dos CSP, bem como as estratégias de financiamento adoptadas e a forma de articulação com os restantes níveis de cuidados podem potenciar, ou ao contrário, comprometer o cumprimento dos princípios basilares dos sistemas de saúde, bem como das metas definidas pela política de saúde ao nível da equidade, acesso, eficiência e qualidade dos cuidados. Neste contexto, a contratualização enquanto instrumento de suporte à aquisição estratégica de cuidados tem vindo a constituir-se como um elemento central das políticas reformistas encetadas em vários países.

A contratualização de serviços de saúde apresenta-se, actualmente, como um recurso potencialmente atractivo, incluindo a possibilidade de garantir um maior enfoque na realização dos resultados mensuráveis, para superar as restrições que impedem governos de alocar, de forma eficiente, os recursos colocados à sua disposição, aumentar a autonomia de gestão e descentralização na tomada de decisões, potenciar a concorrência no sentido de aumentar a eficácia e a eficiência e permitindo, ainda, que os governos se concentrem mais naquelas outras funções que lhes cabe de forma exclusiva, tais como o planeamento, financiamento, regulação e várias funções de saúde pública.

A aquisição estratégica de serviços pode ser, assim, considerada sinónimo de compra prudente: obter um

bom valor para o dinheiro, especificando com alguma precisão os termos de uma transacção, gestão do risco e negociando bons preços. A questão, porém, passa de quem deve financiar cuidados para quem deve prestá-los (Deber, 2004; Figueras, Robinson e Jacubowski, 2005; Marchildon, McIntosh e Forest, 2004; Mossialos *et al.*, 2002 citado por Deber e Lewis, 2007), contemplando, ainda, uma abordagem aos incentivos inerentes aos diversos mecanismos de pagamento.

O principal objectivo deste artigo consistiu em caracterizar, de forma sucinta, as experiências de contratualização desenvolvidas e/ou em curso em contexto de CSP, em alguns países, visando contribuir para uma reflexão sobre os modelos implementados ou sustentar a adopção de novas abordagens em Portugal, tendo por base a evidência internacional.

De forma resumida, alguns aspectos a destacar da análise efectuada e comuns ao sucesso dos vários processos de contratualização desenvolvidos nos CSP assentam na criação de equipas multidisciplinares, envolvimento e motivação dos profissionais e na delegação dos processos decisórios e de gestão dos recursos nos profissionais da «linha da frente», por se encontrarem mais próximos dos doentes e melhor conhecerem as suas reais necessidades e expectativas.

Outra questão subjacente às diferentes leituras, salienta uma preocupação acrescida em utilizar o instrumento da contratualização para potenciar uma melhor articulação de cuidados, onde se atribui particular relevância ao ciclo da doença em substituição do tradicional paradigma da prestação de actos, acompanhado de modelos de incentivos especificamente construídos para esse efeito.

A análise reflectida no presente artigo decorre de pesquisa documental extensiva que assentou, primeiramente, em torno dos diferentes tipos de sistemas de saúde: beveridgiano, bismarckiano e os de livre escolha e competição. Com sistemas de saúde de tipo beveridgiano, foram estudados a Austrália, o Canadá, a Espanha e o Reino Unido. Com sistemas de saúde de tipo bismarckiano, foram objecto de estudo a Alemanha, a França e a Holanda. Foi ainda atendido o caso particular dos Estados Unidos da América, com um sistema de saúde de livre escolha e de competição e uma cobertura que até ao momento era limitada a um determinado tipo de população, atentas as profundas reestruturações em curso.

Pretende-se com o estudo compreender as várias experiências, para além daquelas que se aproximam do modelo de sistema de saúde do nosso país, visando-se obter uma maior compreensão da problemática em análise e colher os ensinamentos em curso em diferentes países.

## Sistemas de Saúde tipo Beveridgiano

### Austrália

O sistema de saúde na Austrália caracteriza-se por um serviço nacional de saúde desde 1984 (Australian Government. Medicare Australia, 2009a), tendo por base um seguro de saúde universal e compulsório (Ron, 2004) denominado *Medicare*, que tem por objectivo prestar aos residentes australianos elegíveis cuidados de saúde financeiramente comportáveis, acessíveis e de elevada qualidade<sup>2</sup>. Os serviços de saúde são prestados por uma complexa rede de prestadores públicos autónomos e de prestadores privados. Existem, actualmente, mais de 1000 hospitais do sector público e privado (Australian Government. Department of Health and Ageing, 2008) e o número de médicos (de clínica geral e de outras especialidades) ascende aos 26 000<sup>3</sup> (Australian Government. National Health and Hospitals Reform Commission, 2009).

As práticas de medicina familiar<sup>4</sup> são maioritariamente privadas, da propriedade de médicos de clínica geral ou de entidades empresariais, constituindo uma parte importante da prestação de cuidados de saúde primários (Australian Government. National Health and Hospitals Reform Commission, 2009). Designa-

das por *Divisions of General Practice* e financiadas com base no modelo de capitação (Richardson *et al.*, 2006, citado por McDonald *et al.*, 2006)<sup>5</sup>, constituem organizações voluntárias de médicos de família que têm vindo a apresentar resultados significativamente positivos na prestação de cuidados primários. Os médicos de família funcionam como *gatekeepers* no sistema de saúde.

Na sequência do novo Governo eleito em 2007, foram ainda criadas as *GP Super Clinics* que, coexistindo com o sector da saúde pública e dos hospitais públicos e dos seguros privados (Sprogis, 2007), constituem um modelo de prestação inovador no país, que tem como objectivo prestar aos australianos acesso a cuidados primários multidisciplinares de qualidade e custo-efectivos, adaptado às necessidades e às prioridades das populações abrangidas (Australian Government. Department of Health and Ageing, 2008).

Muito recentemente, no âmbito de programas especiais para o desenvolvimento dos CSP no país, designadamente na componente da coordenação de cuidados e registos de saúde electrónicos, estão a ser implementadas, ao longo de quatro anos e através do programa nacional, mais 31 *GP super clinics*. O NSW Government está a configurar a implementação de 26 unidades *Health One NSW* e o *South*

<sup>2</sup> A *Medicare* é administrada pela *Health Insurance Commission* (HIC), a entidade responsável pelas políticas de saúde, planeamento e supervisão do seguro de saúde universal compulsório na Austrália (Ron, 2004).

<sup>3</sup> Dados referentes a 2007/2008.

<sup>4</sup> Os cuidados de saúde primários neste país envolvem quatro áreas: Clínica geral, serviços na comunidade, Parceiros privados, Serviços de saúde a comunidade Indígena.

<sup>5</sup> A *Australian General Practice Network* congratula-se pelo facto de o Orçamento Federal 2009 incluir algumas das suas propostas, como é exemplo, o novo sistema de classificação a aplicar desde 1 de Janeiro de 2010 para o financiamento do *Divisions of General Practice Program*, estabelecido numa base de «nenhum perdedor», tendo em conta as alterações demográficas (Australian General Practice Network, 2009).

**Quadro I**  
**Organização dos CSP na Austrália**

|                                                 | Sector                   | Source of funds                                                               | Mode of payment                 | Budget type                                    |
|-------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|
| General practice                                | Private                  | Commonwealth, some co-payments                                                | Fee for service                 | Uncapped                                       |
| Community health                                | Public or non-government | State/territory, no co-payments                                               | Salary/capped budget            | Capped                                         |
| Private allied health                           | Private                  | Patient payment, private health insurance/some commonwealth, with co-payments | Fee for service/uncapped budget | Uncapped<br>Salary budget capped, FFS uncapped |
| Aboriginal community Controlled health services | Non-government           | Commonwealth and state fund specific programs, no co-payments                 | Salary except FFS for GPs       |                                                |

Fonte: DAVIES, G. *et al.*, 2009

*Australian Government*, 14 GP Plus Centres na área metropolitana (Davies *et al.*, 2009).

No estado australiano de Victoria existem, ainda, os chamados *Primary Care Partnerships*, estabelecidos em 2000, como parcerias entre agências para os cuidados de saúde primários financiados predominantemente pelo estado que têm como objectivo contornar a fragmentação no sistema de saúde a este nível de cuidados e reduzir a hospitalização por meio de um melhor planeamento e coordenação dos serviços. Em 2006, existiam 31 no estado de Victoria (McDonald *et al.*, 2006).

Naquilo que se refere aos mecanismos de contratualização, em 2005, foi estabelecido o *National Quality & Performance System* e foram introduzidos contratos com base no desempenho, a celebrar com as *Divisions of General Practice* (Australian Government Department of Health and Ageing, 2005, citado por McDonald *et al.*, 2006). Estes novos contratos vieram substituir os anteriores contratos de financiamento com base nos resultados, introduzidos em 1998/1999. As *Divisions of General Practice* são financiadas de acordo com uma fórmula de capitação ajustada. Estas organizações são ainda responsáveis por gerir orçamentos destinados à realização de iniciativas de carácter nacional, por exemplo, melhorar o acesso dos médicos de família a outros prestadores de cuidados primários (McDonald *et al.*, 2006) mediante a celebração de especiais acordos de financiamento, que explicitarão em detalhe todos os termos e condições (Australian Government. Department of Health and Ageing, 2008).

Estas organizações actuarão durante o período de 20 anos e no âmbito de uma particular governança organizacional. Com efeito, a *Commonwealth* não será sua proprietária nem será responsável pela sua gestão, esperando-se que cada clínica apresente uma estrutura directiva robusta, capaz de cumprir os objectivos do programa (Australian Government. Department of Health and Ageing, 2008).

Por seu turno, a aplicação de um sistema de incentivos dirigidos aos médicos de família durante o período 1998-2003 teve como objectivo promover a extensão do leque e da qualidade dos serviços prestados, particularmente no que respeitava à prevenção e gestão da doença crónica e à melhoria do acesso a cuidados multidisciplinares (McDonald *et al.*, 2006). Actualmente, existe o *Practice Incentives Program* (PIP) que distribui incentivos financeiros com o objectivo de reconhecer as práticas de clínica geral que prestam cuidados compreensivos e de qualidade e que se encontram acreditadas ou em processo de acreditação no âmbito dos *Royal Australian College of General Practitioners' (RACGP) Standards for General Practices*. Este programa faz parte de um conjunto de

outros pagamentos destinados à medicina familiar, como os pagamentos directos ou os abatimentos da *Medicare*. O PIP pretende, fundamentalmente, compensar as limitações dos sistemas *fee-for-service*, que podem ser perversos, no sentido de premiarem médicos que levam menos tempo por consulta e não aqueles que passam mais tempo com os doentes, atendendo às suas necessidades em saúde (Australian Government. Medicare Australia, 2009b).

Existe, ainda, o sistema de *General Practice Immunisation Incentives* (GPII) que entrega incentivos financeiros aos médicos de clínica geral em virtude da monitorização, promoção e prestação de serviços de vacinação a crianças com menos de sete anos de idade (Australian Government. Medicare Australia, 2009c).

Os três desafios actuais dos CSP na Austrália são, de acordo com Davies *et al.*, 2009: *i)* Falta de medidas claras e consistentes no sector devido, em parte, à separação de responsabilidades para os CSP; *ii)* Fraco planeamento ao nível da integração de cuidados, em consequência de sistemas de financiamento e responsabilização inadequados e falta de estruturas regionais de acompanhamento efectivas; *iii)* Dificuldades no acesso a coordenação multidisciplinar e cuidados multisectoriais, especialmente para doentes crónicos, reflectindo fracos vínculos entre a clínica geral e os cuidados privados na comunidade. O actual processo de reforma vai no sentido da adopção de modelos mais integrados de cuidados em que as diferentes estruturas se articulam entre si numa visão sistémica. As recomendações do relatório intercalar do NHHRC (Australian Government. National Health and Hospitals Reform Commission, 2008) e da *Primary Care Taskforce* sugerem: a adopção de uma gestão num nível único de Governo, a consolidação de uma estratégia nacional de cuidados de saúde primários, a existência de uma coordenação e planeamento de serviços através de organizações regionais que, em conjunto com os cuidados primários, efectuam um registo voluntário de doentes tendente a reforçar a relação utente-médico, abordagens mais flexíveis para o programa de financiamento, novas modalidades de remuneração que incentivem uma melhor abordagem na doença crónica e estados complexos, em vez de episódios únicos, e, ainda, uma melhor infra-estrutura de apoio à coordenação de cuidados, tais como sistemas de informação que facilitem a adopção de modelos de prestação de cuidados mais integrados.

## Canadá

O sistema de saúde do Canadá tem por base um seguro de saúde nacional (*Medicare*) que não é,

porém, único, mas composto por tantos seguros quantas as províncias (10) e territórios (3) do país, que deverão reunir cinco princípios fundamentais, nomeadamente a administração pública, a compreensão, a universalidade, a transferabilidade e a acessibilidade, aspectos reforçados pela redacção de 2009 do *Canada Health Act*, diploma que legitima o sistema de saúde canadiano.

Os CSP são a porta de entrada para o sistema de saúde canadiano, muitas vezes, associados à função de referência e coordenação para outros serviços de saúde especializados.

Naquilo que respeita ao processo de contratualização podemos identificar, essencialmente, três fases. A primeira teve lugar com o *Health Transition Fund* (de 1997 a 2001), que acompanhou a tendência de obter um maior custo-efectividade e qualidade na prestação. O projecto tinha como finalidade a promoção e a sustentação com base na evidência dos processos decisórios no âmbito da reforma dos cuidados primários.

No período compreendido entre o ano 2000 a 2006, surgiu um outro projecto designado por *Primary Health Care Transition Fund*, utilizado para financiamento numa base capitolacional, e à avaliação da efectividade de diversos projectos de cuidados primários ao longo do país. O programa estabeleceu um modelo para os cuidados primários que incluía, entre outros, o reforço de equipas interdisciplinares, com maior participação dos enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais de saúde, reflectindo o consenso sobre como deveriam ser os serviços de saúde a este nível de cuidados, permitindo-se, ainda, que as províncias e os territórios canadianos concebessem e implementassem outras abordagens consistentes, circunscritas ao modelo global preconizado.

No âmbito do apoio à criação de novos modelos de prestação de cuidados distinguem-se (Canada. Primary Health Care Transition Fund, 2007) ainda quatro categorias, nomeadamente, modelos e redes de práticas clínicas, prestação partilhada de cuidados, envolvimento dos médicos e tecnologia. As metas estabelecidas foram a promoção de uma abordagem interdisciplinar, a melhoria do acesso a dados clínicos dos doentes, o estabelecimento de mecanismos para assegurar a qualidade, um acesso 24 horas/dia e sete dias por semana, a educação e o desenvolvimento profissional e a integração dos cuidados de saúde com os serviços comunitários.

Durante o período de aplicação do projecto, foram desenvolvidos ou melhorados 92 modelos de prática clínica, enquanto 26 práticas melhoraram a estrutura ou a prestação dos cuidados. Predomina, actualmente, um movimento que vai de encontro à presta-

ção de cuidados em equipa e à utilização das tecnologias de registo electrónico de dados, tendo sido já introduzido em 85% das práticas. A maioria encontra-se também a desenvolver actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, ainda que poucas participem no programa de apoio na província (Canada. Primary Health Care Transition Fund, 2007).

Desde a década de 90, a evolução dos cuidados primários neste país denota um claro ênfase na flexibilização de responsabilidades, na importância das equipas multidisciplinares e das redes de prestadores que trabalham em parceria para dar resposta às múltiplas necessidades dos seus doentes (Romanow, 2002). Este movimento tem constituído uma oportunidade para a gestão da mudança, permitindo a descentralização dos processos decisórios atribuídos actualmente às organizações de saúde locais e uma melhor adaptação dos serviços e dos objectivos estabelecidos às necessidades e características da população abrangida.

Considerando que este nível de cuidados é essencial para a transformação do sistema de saúde canadiano, o intitulado relatório de Romanow de 2002 propôs o *Primary Health Care Transfer* (Recomendação 19), entre outras recomendações, para que se disseminasse a mudança e a expansão das abordagens aos cuidados de saúde primários ao longo do Canadá, tendo em vista uma verdadeira renovação na prestação destes cuidados (Romanow, 2002).

Este terceiro momento na evolução da contratualização neste país pretende contornar a fragmentação e a lentidão dos avanços alcançados até ao momento, instigando e acelerando um processo que se afasta das diversas experiências nos cuidados primários, geralmente breves e dispersas. Assim, o *Primary Health Care Transfer* constitui um projecto que ambiciona promover uma reforma sustentada e duradoura, pelo que o financiamento entregue numa base capitolacional às províncias e territórios canadianos deve ter em consideração quatro pilares fundamentais (Romanow, 2002): i) Prestação contínua de cuidados, ii) Detecção e acção precoces, iii) Melhor informação sobre as necessidades e resultados, e iv) Novos e mais adequados incentivos. Paralelamente, pretendia-se que estas experiências fossem alvo de avaliação e que um *National Primary Health Care Summit* concertasse esforços, no sentido de identificar e remover obstáculos à implementação dos cuidados de saúde primários nos novos moldes.

Apesar da importância dada aos CSP no sistema de saúde canadiano, desde há pelo menos uma década, é uma área onde faltam dados comparáveis e estandardizados para servirem de apoio a uma análise sis-



temática que, por sua vez, permita compreender melhor e sustentar a prestação dos serviços de saúde (Canadian Institute for Health Information, 2009). Para fazer face a essa fragilidade, o *Canadian Institute for Health Information* construiu (Canadian Institute for Health Information, 2009), muito recentemente, uma base de 12 indicadores de qualidade clínica que têm como finalidade, entre outras, a monitorização do desempenho nas áreas da prevenção, segurança do doente, qualidade e resultados e a promoção de um entendimento das variações sócio-demográficas e das particulares necessidades da população, o que sustentará, a longo prazo, o planeamento dos serviços.

## Espanha

Desde 1986, assiste-se à transição para um Sistema Nacional de Saúde acompanhado por uma reforma no financiamento que determinou a evolução para um sistema financiado por impostos com cobertura quase universal. Paralelamente, o sistema de saúde espanhol sofreu um processo de descentralização que determinou a transferência da gestão do *Instituto Nacional de la Salud* (INSALUD) para as 17 Comunidades Autónomas que exercem, actualmente, competências na planificação da saúde, saúde pública e assistência à saúde.

Os serviços de saúde de nível primário encontram-se organizados com base num critério territorial, estando definidas diversas *Áreas Básicas de Salud* (ABS) ou *Zonas Básicas de Salud* (ZBS), que compreendem actividades de promoção da saúde e prevenção da doença e se caracterizam pela grande acessibilidade e suficiente capacidade de resolução técnica dos problemas de saúde mais frequentes. Nas ABS ou ZBS os serviços de saúde são desenvolvidos pelos *Equipos de Atención Primaria* (EAP) que prestam cuidados de saúde nos *Centros de Atención Primaria* (CAP). Na Andaluzia e Catalunha, por exemplo, os CAP compreende também, para além dos centros de saúde, os consultórios locais e os consultórios auxiliares, oferecendo uma maior acessibilidade para as populações das localidades mais distantes ou pequenas (España. Instituto de Información Sanitaria, 2008).

A *atención primaria* representa a porta de acesso ao sistema, assumindo a função de gestão e coordenação de casos, e é apoiada pela *atención especializada*. Estes dois níveis de assistência foram reformulados e colocados no mesmo plano assistencial, ainda que sendo facilitada a permeabilidade e complementaridade entre ambos desde a *Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003* (Ley 8/2007). Este novo modelo organizativo que impulsionou uma

actuação em torno de cuidados assistenciais integrados, contínuos e de qualidade, não estava isento de algumas fragilidades, desde logo, a rigidez normativa laboral e de gestão, deficiências estruturais e ao nível de recursos humanos, sistema retributivo uniforme ou escassa implementação de incentivos. Por essa razão, foram surgindo, desde a década de 90, principalmente após o chamado *Informe Abril* de 1991, modelos alternativos de gestão, como é o caso da «direcção participativa por objectivos» (DPO), os Contratos-Programa com estabelecimento de objectivos e incentivos associados ao desempenho e de contratos de gestão para a aquisição de serviços.

O Contrato-Programa surgiu no seguimento da introdução do conceito de «direcção participativa por objectivos», da melhoria contínua dos sistemas de informação e desenvolvimento de uma contabilidade de custos, tendo sido definido como um instrumento que permite relacionar e vincular a utilização e o consumo de recursos aos resultados obtidos, procedimento que implicava a negociação da fixação de objectivos, o estabelecimento de metodologias de monitorização, a valoração do grau de cumprimento dos objectivos e a compensação pelo cumprimento dos mesmos (Aguirre, 2002).

A partir de 1999, os Contratos-Programa passaram a designar-se *Contratos de Gestión*, ainda que sem alterações muito significativas nas cláusulas que lhes davam corpo (Aguirre, 2002).

Após as reformas no modelo organizativo do sistema de saúde espanhol, registaram-se (España. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005) duas tendências diferenciadas. A primeira apoiava-se na gestão pública directa de natureza administrativa que, sem beneficiar de uma das novas formas jurídicas de gestão, descentraliza e transfere a responsabilidade da gestão nos *Equipos* e/ou caminha para um maior grau de coordenação com os cuidados especializados, incluindo experiências de gestão única.

Desta tendência, o *Ministerio de la Sanidad y Consumo* destaca (España. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005) a Comunidade de Navarra que, desde 1998, aplica o *Plan de Gestión Clínica de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud*, apoiado na descentralização da gestão dos *Equipos de Atención Primaria*, a fixação de incentivos associados aos resultados obtidos e a avaliação anual, conduzida pela direcção das *Zonas Básicas de Salud*. Da avaliação do período 1998-2000, depreendeu-se a garantia e a melhoria da oferta dos serviços e a afectação de recursos entre as *Zonas Básicas de Salud* de modo mais equitativo, na medida em que se têm introduzido critérios que não os custos históricos (Carnicero *et al.*, citado por España. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005).

Também na linha desta tendência, o *Ministerio de la Sanidad y Consumo* destacou na Andaluzia, em 2003, as *Unidades Clínicas de Gestión*, um caso de estratégia de gestão por processos orientada para a continuidade dos cuidados, enformada pelo *Plan de Calidad*. Neste contexto, a gestão dos recursos materiais corresponde aos distritos de cuidados primários, de maneira que, a partir de uma dotação orçamental com base numa capitação ponderada em função da idade dos doentes, os profissionais podem orientar-se no sentido de prosseguirem o objectivo de prestarem um melhor serviço aos cidadãos (Gálvez, 2002, citado por España. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005). Destaca-se (Espanha. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005) também a experiência piloto da Área de Saúde de Puertollano, na *Comunidad de Castilla-La Mancha*, como um exemplo de gestão única.

A segunda linha de tendência já beneficia das novas formas jurídicas de gestão, sendo a Catalunha a região pioneira que, em 2003, contava com 22% dos *Equipos* geridos por 37 entidades prestadoras de diferentes tipos, destacando-se as chamadas *Entidades de Base Asociativa* (EBA), associações de médicos de família que se responsabilizam também pela aquisição de serviços especializados, e os consórcios, que disponibilizam uma oferta integrada de serviços de cuidados primários e especializados (Espanha. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005). Em 2008, cerca de 23% dos *Equipos* eram já geridos por 49 entidades.

Em 2007, no *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007* conclui-se que os esforços em matéria de qualidade assistencial têm sido incorporados na gestão dos serviços de saúde das comunidades autónomas, tendo a maioria delas disponível um plano de qualidade com objectivos estratégicos e com definição de tarefas para períodos de dois ou três anos. Estes planos contêm frequentemente elementos comuns às restantes comunidades autónomas e às estratégias em desenvolvimento na União Europeia (Espanha. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). Muitas das comunidades autónomas dizem também utilizar como âmbito de referência para as actividades de gestão da qualidade o modelo EFQM (*European Foundation for Quality Management*), ainda que, exceptuando o caso do País Basco, onde já se recorre a este modelo há bastante tempo, a sua utilização se encontre ainda numa fase inicial (Espanha. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

Actualmente, convivem diversas formas jurídicas de organização dos cuidados nas diferentes Comunidades Autónomas, com delegação na responsabilidade da gestão dos serviços, como, por exemplo, as «uni-

dades de gestão clínica» da Andaluzia e das Astúrias, as «unidades de contrato» de Castilha-La Mancha, as «*uniones temporales de empresas*» de Valença, ou os novos modelos de autonomia de gestão da Catalunha, com maior autonomia e flexibilidade. Neste último caso, são estabelecidos contratos-programa com os EAPs, que configuram verdadeiros contratos de gestão, com estabelecimento de objectivos e metas e uma maior descentralização dos processos decisórios e de gestão do risco.

## Reino Unido

O sistema de saúde britânico tem por base um sistema nacional de saúde (*National Health Service* — NHS). Os cuidados de saúde primários são uma forte componente do sistema e funcionam como serviços de *frontline*.

O Reino Unido presenciou um percurso de contratualização ao longo de 30 anos, marcado pelo experimentalismo, distinguindo-se, essencialmente, seis fases:

- *General Practitioner Fundholding* (GPFH) — 1990-1997: eram livremente estabelecidos contratos (Chalkley e McVicar, 2008) entre o NHS e prestadores que se voluntariavam para a gestão de um orçamento para a saúde, com atribuição de incentivos institucionais à eficiência (Mannion, 2008).
- *Total Purchasing Pilots* (TPP) — 1994-1998: coincidente com a determinação de um «*practice-led NHS*» (SNS orientado para os CSP) (Smith *et al.*, 2004), eram atribuídos a grupos pioneiros orçamentos para aquisição de serviços hospitalares e na comunidade (Mannion, 2008).
- *Locality/General Practitioner Commissioning Pilots* — 1998-2000: coincidentes com a publicação do «*White Paper: the new NHS — modern, dependable*», um programa de 10 anos para a renovação do NHS (UK, 1997), consistiam em 40 grupos de práticas que colaboram para uma maior influência colectiva sobre a contratualização, tornando as autoridades de saúde mais sensíveis às necessidades locais e à visão do doente (NHS Executive, 1997, citado por Lewis, 2004; Mannion, 2008).
- *Primary Care Groups* (PCG) — 1999-2002: os PCGs passam a ser os responsáveis pela aquisição de serviços de saúde na rede de cuidados de saúde primários (Mannion, 2008).
- *Primary Care Trusts* (PCT) — 2004: Os *Primary Care Groups* extinguem-se e dão lugar aos PCT (actualmente cerca de 150) (Smith *et al.*, 2004).

- *Practice Based Commissioning* (PBC) — 2004: actual modelo de contratualização, que apresenta como principais características a centralização dos contratos, a aproximação dos processos decisórios à comunidade, o desenvolvimento de modelos informais, a aprendizagem com base na experimentação, o empoderamento dos prestadores de cuidados, a inovação e a co-existência de modelos diversificados, com diferentes níveis de responsabilidade, incentivos e âmbito (UK. Department of Health, 2004).

Com vista a uma adequada organização dos serviços de saúde, o *Department of Health* compele os prestadores de cuidados contratualizadores a apresentar planos estratégicos e operacionais, incluindo a apresentação das parcerias a estabelecer, de forma a assegurar que as necessidades em saúde e bem-estar locais estão a ser devidamente percebidas e atendidas (Darzi, 2008). É também aconselhado o estabelecimento, como ponto de partida, do mapeamento das circunstâncias actuais («*mapping the baseline*»), que deverá ultrapassar três etapas fundamentais: a avaliação de necessidades, o levantamento dos serviços existentes e a identificação do que é preciso mudar (UK. Department of Health, 2009a).

Existem, actualmente, quatro vias de contratualização de cuidados de saúde primários (UK. Department of Health, 2010):

- *General Medical Services* (GMS) — via de contratualização estabelecida com os médicos de clínica geral (desde 2004).
- *Personal Medical Services* (PMS) — os contratos com PMS constituem uma alternativa aos GMS e distinguem-se destes pelo seu carácter localista e por serem estabelecidos entre a prática clínica e a respectiva *Primary Care Organization*, não estando sujeitos às negociações do *Department of Health* com a *General Practitioners Committee* da *British Medical Association*, contrariamente ao que acontece com os GMS.
- *Specialist Provider Medical Services* (SPMS) — são acordos PMS, com a diferença de não ser necessário que os doentes, para receberem os cuidados, se encontrem inscritos junto do prestador.
- *Alternative Provider Medical Services* (APMS) — trata-se de uma via de contratualização em que os PCT podem contratualizar com um leque alargado de prestadores para a entrega de serviços adaptados às necessidades locais. Constitui uma ferramenta importante para responder às necessidades em saúde em áreas de sub-prestação histórica, para permitir a nova prestação de serviços onde outras práticas exerceram o direito a exclu-

rem-nos da sua acção («*opt outs*») e para a melhoria do acesso em áreas com problemas ao nível do recrutamento e da retenção de GP.

- *Primary Care Trust Medical Services* (PCTMS) — os PCT podem também prestar serviços, empregando directamente funcionários a tempo inteiro para a prestação de um conjunto completo de serviços, a tempo parcial ou apenas pontualmente.

Tem também sido atribuída uma grande importância à formação e ao apoio aos prestadores de cuidados contratualizados. Algumas das vias disponibilizadas pelas diversas entidades britânicas para a formação e apoio dos *practice-based commissioners* são as seguintes:

- *World Class Commissioning* (WCC) — uma nova abordagem para a realização do *commissioning*, que aproveita as melhores práticas do país e dos sistemas de saúde do resto do mundo para melhorar a forma como os PCT contratualizam serviços. O *Department of Health* entende que um WCC efectivo e um forte PBC aumentam de modo infinito o potencial para a excelência da saúde da população, dos cuidados de saúde e do valor (UK. Department of Health. Commissioning. Commissioning and System Management, 2009).
- *Leadership for Clinical Service Improvement*, desenvolvido pela *Improvement Foundation* para o ano 2009/2010 — destina-se aos gestores de cuidados de saúde para que adquiram competências para liderar as mudanças desejadas no sistema de saúde, através de um efectivo processo de contratualização (UK. Improvement Foundation, 2009).
- *Framework for Procuring External Support for Commissioners* e *PCT Board Development Framework* — lançados ao nível nacional, dirigem-se aos PCT para colmatarem as suas deficiências no que respeita a capacidades e competências para o processo de contratualização (UK. Department of Health. Commissioning & System Management. FESC, 2009).
- Construção de *business cases* — concebidos tanto para construir a conjectura de mudança como para demonstrar que os GP e os *practice-based commissioners* têm um plano claro e robusto para a concretização da mudança na prática, a partir da utilização dos recursos. Parte-se da compreensão firme da oportunidade, com base na análise dos dados e na avaliação da prestação dos serviços. Os GP e os *practice-based commissioners* deverão estar actualmente em posição de desenvolver



um *business case* para a mudança (UK. Department of Health, 2009a).

- *Primary Care Management Development Programme* (PCMDPO) — Programa para o Desenvolvimento da Gestão dos Cuidados Primários — desenvolvido como um piloto para apoiar os gestores na construção das suas competências e capacidades individuais (UK. Department of Health. NHS. Clinical Governance Support Team, 2007).
- *Knowledge Based Commissioning Programme* — com o objectivo de contribuir para a prática com o melhor conhecimento actual procedente da investigação, experiência e análise de dados, com vista a assegurar que a afectação de recursos reflecte as necessidades, assim como a utilização de recursos maximiza os benefícios enquanto minimiza prejuízos e custos (Gray, 2007).
- *Practice-based Commissioning* (PBC) *Development Framework* — estabelecido pelo *Department of Health*, pode ser utilizado pelas SHAs, pelos PCT e pelos *Practice-based Commissioners* (PBC) para indicarem organizações apropriadamente capazes da prestação de um determinado âmbito de apoio ao desenvolvimento das competências para o PBC. Este conceito parte da ideia de que a contratualização é mais forte e mais efectiva quando resulta de uma parceria entre clínicos locais e gestores de serviços de saúde que trabalham lado a lado (UK. Department of Health, 2009b).

O PBC surge, de acordo com o *Department of Health*, como a única via através da qual o NHS conseguirá envolver e capacitar os GPs para a mudança estratégica na prestação dos serviços e permitir a partilha de responsabilidade pela actividade. Este envolvimento com o «lado da procura» é um elemento necessário ao NHS e, em última análise, aos doentes que serve. O *Department of Health* reconhece que o PBC não perdeu apoio como conceito, sendo, no entanto, necessário perceber qual será a melhor forma de o implementar. Considera-se, de todo o modo, que a delegação do *commissioning* e da configuração dos serviços poderá contribuir para alcançar o «localismo», que passa por alocar mais recursos para junto dos doentes e incentivar o envolvimento das equipas de cuidados primários na configuração activa e na gestão de circuitos de cuidados, bem como para a quebra da fronteira entre os cuidados primários e os cuidados secundários (UK. Department of Health, 2009c).

Actualmente, começa a existir alguma pressão sobre o modelo *practice-based commissioning*, no sentido de melhor se adaptar e reflectir o *continuum* de cui-

dados prestados aos utentes, especialmente entre os cuidados primários e os cuidados secundários (Cole, 2009). Neste sentido, a criação de uma rede de «parcerias clínicas locais», constituídas por médicos de família, outras entidades comunitárias e especialistas de cuidados secundários, poderá constituir, eventualmente, a nova tendência no sistema de saúde britânico. Estas novas entidades seriam responsáveis pela prestação e contratualização de serviços, com total responsabilização pela saúde das suas populações.

## Sistemas de Saúde tipo Bismarckiano

### Alemanha

O sistema de saúde alemão assenta, desde 1883, no modelo bismarckiano, ainda que tenha sofrido ao longo do tempo diversas modificações. Em 1 de Abril de 2007, iniciou-se uma reforma significativa, com a introdução da «Lei para o Fortalecimento da Competição no Sistema de Seguro de Saúde Estatutário» (GKV-WSG). Esta reforma incluiu alterações em quatro áreas principais, nomeadamente, a introdução da cobertura universal, a reforma das estruturas de saúde e a reorganização do fundo de seguro de saúde, a reforma das estruturas financeiras e a reforma dos seguros de saúde privados.

Na sequência da reforma de 2007 e da consequente reorganização do fundo de solidariedade, os cidadãos alemães subscrevem, actualmente, um seguro de saúde compulsório, beneficiando da cobertura das despesas com serviços preventivos, cuidados hospitalares em regime de internamento ou em ambulatório, consultas, cuidados de saúde mental, saúde oral, prescrição de medicamentos, reabilitação e subsídio de doença. Os cuidados continuados estão, por sua vez, desde 1995, cobertos por um regime autónomo, imperativo também para toda a população (Busse, 2008).

Os cuidados primários são prestados por médicos de clínica geral que não têm, porém, historicamente uma função de *gatekeepers*. Tem sido, no entanto, notada uma tendência para a prestação de cuidados de nível primário por meio de grupos de médicos de família que coordenam as referências dos doentes para especialistas, tendo em 2000 sido finalmente introduzido o *gatekeeping*.

Os médicos de família que queiram fazer parte destes esquemas de *gatekeeping* devem preencher alguns requisitos, como a participação em grupos de qualidade, o acompanhamento de *guidelines* com base na evidência e a participação em acções de formação (KBV, s.d., citado por Schlette, Lisac e Blum, 2009). Deverão, ainda, utilizar um sistema de gestão da qualidade (Busse, 2008).

Outra inovação foi a introdução em 2004 dos centros médicos (MVZ), instituições multidisciplinares, presididas por médicos que contratam outros médicos, também designados de policlínicas, que apenas podem prestar cuidados em ambiente ambulatorio. Na senda da reforma da década de 90, o sistema de contratos veio responder à necessidade de impulsionar a inovação e a criatividade dos compradores de cuidados de saúde, no sentido de se procurarem novas formas de prestação e de remuneração, tendo surgido com a introdução da segunda legislação reformadora, em 1997, duas formas distintas de contrato e alternativas ao formato generalizante: os contratos experimentais (*Modellversuche*) e os contratos estruturais (*Strukturverträge*). Tendo por objectivo a melhoria da qualidade e eficiência dos serviços prestados em ambulatorio, estas duas novas modalidades constituíam formas alternativas de conceder maior flexibilidade às negociações contratuais. Por outro lado, a principal diferença entre estes dois tipos de contratos e os contratos universais *standards* consistia no facto de se poder optar, através dos primeiros, por diferentes regras de pagamento aos prestadores assim como por criar redes com os prestadores de cuidados de saúde primários, com o propósito de *gatekeeping*.

Em consequência da elevada fragmentação na prestação de cuidados de saúde na Alemanha, eminentemente focalizada no tratamento individualizado de doenças, o Governo Federal alemão alterou, no ano 2000, as regras para a contratualização entre os fundos de seguros de saúde e os prestadores, permitindo uma contratualização selectiva dos médicos com as seguradoras, em esquemas de cuidados integrados, modelos de *gatekeeping* e programas de gestão de doença, suportados por modelos de incentivos financeiros (Schlette, Lisac e Blum, 2009).

Actualmente, a prestação integrada de cuidados na Alemanha é (Schlette, Lisac e Blum, 2009) orientada para a população, reforçando o papel dos cuidados primários como coordenadores do ciclo de cuidados do doente e implicando cuidados mais compreensivos, prestados por uma equipa multidisciplinar não apenas responsável pelo tratamento da doença, mas também pela manutenção e promoção da saúde da população abrangida.

Por outro lado, a competição introduzida com a reforma de 2007 veio conceder às seguradoras novas possibilidades na configuração dos contratos, sendo possível, por exemplo, contratualizar directamente com os médicos que prestam cuidados de saúde em consultórios privados (Germany. The Federal Ministry of Health, 2009).

Muitas das reformas encontram-se, porém, ainda em fase de implementação (Schlette, Lisac e Blum, 2009), dada a sua introdução ainda tão recente, não

sendo possível por enquanto uma avaliação sistemática.

## França

Inspirado inicialmente no sistema bismarckiano, o sistema de saúde francês (*l'Assurance Maladie*, criada em 1945) combina, nos dias de hoje, elementos decorrentes dos modelos de Bismarck e de Beveridge, tendo por base seguros de saúde enquadrados num sistema de segurança social, sob uma forte intervenção estatal.

Com a reforma da *Couverture Maladie Universelle* (CMU) em 2000, o seguro de saúde obrigatório, base do actual sistema de saúde francês, passou a cobrir toda a população (Sandier, Paris e Polton, 2004). Actualmente, estão presentes três regimes principais no sistema de *l'Assurance Maladie*: o regime geral (*Assurance Maladie — Régime Général*), o regime agrícola, garantido pela *Mutualité Sociale Agricole* (MSA), e o regime social dos independentes (*Régime Social des Indépendants — RSI*).

O sistema de saúde francês caracteriza-se pela liberdade de escolha e pelo fácil e livre acesso dos doentes, incluindo o acesso directo a especialistas, e pela liberdade de prática e de prescrição pelos profissionais de saúde. Os cuidados de ambulatorio encontram-se, por isso, largamente desenvolvidos em França, oferecendo um leque variado de serviços, por meio de uma organização não hierárquica, ainda que, de certo modo, com iniquidades regionais.

Actualmente, e desde 2004, existe um sistema voluntário de *gatekeeping*, através da figura do *médecin traitant*, um médico generalista ou especialista escolhido pelo doente que coordenará todo o ciclo de cuidados, assumindo o papel central na orientação do paciente ao longo de toda a prestação de cuidados, incluindo referências para outros níveis de cuidados (France. L'Assurance Maladie, 2006).

O processo de contratualização em França sofreu a influência dos grandes conflitos existentes entre médicos e seguradoras. Em 1971, foi implementado o *conventionnement*, em que os contratos de serviços de saúde com os médicos eram estabelecidos numa base uniforme nacional. Em contrapartida, os médicos beneficiavam de vantagens sociais e fiscais e tinham garantidos os princípios da prática médica independente: livre escolha do médico, liberdade de prescrição, sigilo profissional e pagamentos directos pelos doentes. Estas convenções nacionais foram subscritas, subsequentemente, em 1976, 1980, 1985, 1990, 1993 e para o período 1997-1998.

A reforma de Juppé de 1996 veio dar abertura à celebração de acordos autónomos com os médicos de

família e outros especialistas. Paralelamente, muitos acordos estabelecidos entre os sindicatos e as seguradoras foram, porém, anulados, por não se encontrarem em conformidade com a lei, o que resultou numa deterioração acrescida das relações entre os médicos e entre o Governo e as seguradoras.

Em 2001, o Governo promoveu um processo de consulta visando o dar reinício ao diálogo com os profissionais do sector privado e, na sequência deste processo, foi reformado, em 2002, o sistema dos acordos entre os profissionais e as seguradoras. O novo sistema compreende, actualmente, três níveis (Sandier, Paris e Polton, 2004): *i*) a fixação de regras comuns para todos os profissionais a nível regional e nacional, *ii*) a especificação de cláusulas de boas práticas a nível regional e nacional para cada área profissional, *iii*) e, no caso de falta de aceitação por uma categoria profissional, a celebração de contratos (*public health contracts*) entre as seguradoras e os profissionais individualmente para o desenvolvimento de cuidados preventivos ou a integração em redes, em troca de pagamentos adicionais.

Em 2004, o sistema de saúde francês iniciou o desenvolvimento de uma forma de contratualização com base na cooperação (Perrot, 2004). Este movimento resultou da necessidade de sedimentar políticas de contratualização, na medida em que acordos específicos poderiam contribuir para a melhoria da eficiência do sistema, assim como para a flexibilização das relações entre os diferentes actores.

As seguradoras têm, ainda, no enquadramento legal permitido, promovido outras iniciativas (Sandier, Paris e Polton, 2004), como a contratualização selectiva, principalmente nos sectores onde há espaço para negociação, como na optometria, ou a cobertura de novos serviços que não fazem parte do pacote básico de cuidados abrangidos pelo regime estatutário de seguros de saúde.

Nos dias de hoje, o processo de contratualização é constituído essencialmente pela negociação, entre os profissionais de saúde e as seguradoras, de disposições referentes aos serviços prestados, enquadradas nos acordos de boas práticas estabelecidos ao nível nacional e regional para a respectiva área profissional. Estes acordos, com a duração de cerca de cinco anos, têm por objectivo essencial obter o compromisso individual dos profissionais na melhoria e na eficiência das suas práticas, em troca de incentivos financeiros. Os médicos podem, no entanto, aceitá-los ou rejeitá-los.

## Holanda

O sistema de saúde holandês apresenta uma mistura de elementos dos modelos bismarckianos e

beveridgianos, com uma longa tradição na prestação privada de cuidados de saúde e no financiamento e regulação públicos.

A Holanda apresentava, até 2006, um sistema de saúde assente, essencialmente, em seguros de dois tipos, os «fundos de doença», sem fins lucrativos e financiados a partir de contribuições com base nos rendimentos, e os seguros privados, subscritos maioritariamente pela população com rendimentos mais elevados (Leu *et al.*, 2009).

A reforma introduzida na Holanda, com o novo diploma referente aos seguros de saúde — o *Zorgverzekeringswet* (ZvW) —, uniformizou a protecção dos cidadãos holandeses e, a partir de 1 de Janeiro de 2006, o sistema de saúde holandês contempla uma cobertura universal, por meio de um mercado regulado e competitivo de seguros privados<sup>6</sup>, com ou sem fins lucrativos (Leu *et al.*, 2009). Actualmente, o cidadão escolherá a seguradora com base no preço, na qualidade e âmbito dos serviços de saúde prestados (De Nederlandsche Bank, 2007).

O ajustamento pelo risco é utilizado pelo Governo holandês para prevenir uma selecção dos segurados com base no risco, permitindo o pagamento do mesmo valor por todos (The Netherlands. Ministry of Health, Welfare and Sport, 2008). Nesta medida, as seguradoras poderão focalizar a sua actuação na qualidade e no controlo de custos (Leu *et al.*, 2009).

Os cuidados de saúde primários encontram-se bem desenvolvidos (Exter *et al.*, 2004; Leu *et al.*, 2009) e são prestados, fundamentalmente, por médicos de clínica geral, figura dominante no sistema de saúde ao nível primário (Exter *et al.*, 2004). Cada cidadão, tendo subscrito o seguro de saúde obrigatório, deve consultar um só médico de clínica geral que autoriza o acesso e coordena os cuidados prestados por todos os médicos especialistas.

Os médicos de clínica geral actuam como *gatekeepers*, referenciando os doentes para outras especialidades e cuidados hospitalares (Schabloski, 2008), inviabilizando-se, assim, um acesso directo a cuidados especializados (Leu *et al.*, 2009)<sup>7</sup>. O médico de família assume, por isso, um papel central, conduzindo o doente ao longo da linha de cuidados (The Netherlands. Ministry of Health, Welfare and Sport, 2005). Alguns médicos de família trabalham em parceria com colegas, as chamadas práticas *Huisartsen Onder Een Dak* (HOED), ou num centro de saúde,

<sup>6</sup> O mercado encontra-se muito concentrado, sendo que cinco planos de seguro estão associados a 82% dos subscritores (Leu *et al.*, 2009).

<sup>7</sup> Existe uma taxa reduzida de referências e de prescrição de medicamentos, atribuída às capacidades de comunicação e aconselhamento, desenvolvidas, pelos médicos de clínica geral, ao longo da sua formação (Exter *et al.*, 2004).

conjuntamente com outros profissionais de saúde, como dentistas, fisiatras, enfermeiros e assistentes sociais (The Netherlands. Ministry of Health, Welfare and Sport, 2005).

Durante muitas décadas, a contratualização de cuidados de saúde na Holanda teve como base a divisão entre financiador e prestador. Seguradoras sociais e privadas independentes actuavam como um terceiro pagador, contratualizando mais de 80% de todos os cuidados de saúde (The Netherlands. Ministry of Health, Welfare and Sport, 2001).

O conceito da contratualização selectiva foi introduzido na década de 80, com o chamado «Relatório de Dekker», que já invocava este mecanismo como o instrumento ideal para a criação de um mercado do lado da oferta, que incrementaria a eficiência e aumentaria os padrões de qualidade (Ham e Brommels, 1994). No entanto, a sua implementação não foi, nessa altura, concretizada por razões políticas (The Netherlands. Ministry of Health, Welfare and Sport, 2002), sendo, no entanto, nos dias de hoje, uma característica predominante do sistema de saúde holandês e das relações entre as seguradoras e os prestadores de cuidados de saúde, permitindo negociar uma relação mais favorável entre qualidade e preço para os subscritores (Greß, Manouguian e Wasem, 2007).

O Governo holandês previa que o actual modelo de mercado de saúde regulado fosse orientado pela procura e pelas expectativas e necessidades da população (The Netherlands. Ministry of Health, Welfare and Sport, 2005). Porém, segundo Greß, Manouguian e Wasem (2007), a competição tem sido estabelecida unicamente com base no preço, sendo a qualidade uma arma pouco determinante na atracção de subscritores.

O sistema robusto de cuidados primários que caracteriza o sistema de saúde holandês tem, com efeito, permitido a contratualização selectiva e variações no pagamento em função da melhoria do desempenho nos resultados e nos custos (Leu *et al.*, 2009), com introdução inclusivamente de *benchmarking* (The Netherlands. Ministry of Health, Welfare and Sport, 2006).

Os contratos são estabelecidos para que os doentes não tenham que pagar directamente ao prestador de cuidados e incluem acordos quanto ao acesso, qualidade e efectividade dos cuidados prestados (The Netherlands. Ministry of Health, Welfare and Sport, 2005).

O pagamento dos médicos de clínica geral é constituído por um valor por cada doente inscrito e por um valor por consulta, sendo os incentivos oferecidos aos médicos de família limitados à remuneração por consulta (Ginneken, 2005). Os médicos de família

recebem ainda pagamentos adicionais por certos tipos de serviços, como a vacinação contra a gripe da população idosa (The Netherlands. Ministry of Health, Welfare and Sport, 2001).

Espera-se (Thewissen, 2008), no futuro, que os contratos colectivos sejam cada vez em maior número, que a competição sirva de motor nas negociações com os prestadores e que a contratualização selectiva se faça com base tanto no preço como na qualidade, na sequência do que já se tem vindo a verificar desde 2006.

## Sistema de Saúde de livre escolha e competição

### Estados Unidos da América

Anteriormente condicionados a planos de saúde privados, à *Medicare* e à *Medicaid*, os Americanos viram no dia 23 de Março de 2010 ser finalmente atribuído carácter legislativo à reforma de Barack Obama, o *Patient Protection and Affordable Care Act*. Os congressistas americanos aprovaram de forma histórica o plano de saúde compreensivo ambicionado pelo Presidente eleito em 2008, após ter sido empreendida uma campanha que envolvia, desde Agosto de 2009, cerca de 2,5 milhões de voluntários que junto dos congressistas apelaram, com sucesso, ao apoio da reforma.

A reforma compreensiva do sistema de saúde americano de Obama consistia essencialmente em cinco estratégias fundamentais (Davis, 2009): *i*) cobertura universal financeiramente comportável, *ii*) o alinhamento dos incentivos com valor em saúde e um efectivo controlo de custos, *iii*) cuidados coordenados, acessíveis e centrados no doente, com prestação de contas, *iv*) fixação elevada de objectivos no sentido da melhoria da qualidade, resultados em saúde e eficiência, e *v*) liderança com prestação de contas e colaboração para estabelecer e alcançar metas nacionais.

A cobertura de serviços de saúde passa agora a abranger 32 milhões de americanos anteriormente desprotegidos, para além de configurar uma redução significativa no défice federal. As alterações serão feitas de modo faseado ao longo dos próximos anos. Com efeitos imediatos, a reforma sustenta o apoio a pequenas empresas para a aquisição de planos de saúde para os seus empregados, a redução no custo de medicamentos para a terceira idade, a cobertura de jovens até aos 26 anos do plano de saúde dos pais ou a protecção de crianças independentemente do historial clínico. Os americanos com seguro de saúde estarão protegidos da revogação do seu plano em



caso de doença, não podendo também ser aplicados limites máximos anuais de cobertura demasiado restritivos. No espaço de 90 dias, pretende-se ainda que os cidadãos não segurados possam participar de um plano de alto risco para obter a cobertura de que necessitam. A par de todas estas alterações será feito um grande investimento na formação de profissionais de saúde para a área dos cuidados primários e criados programas de apoio ao consumidor, dando voz ao utente (Sagrans, 2010).

A par da reforma de Obama, têm vindo a ser preconizados e implementados, com recurso a mecanismos de contratualização, novos modelos de organização dos serviços de saúde, mais próximos das populações:

- *Accountable Care Organizations* — conjunto de médicos de cuidados primários, um hospital e eventualmente outros especialistas, responsáveis voluntária e solidariamente pela qualidade e pelo custo dos cuidados prestados a uma população determinada. O conceito admite a atribuição de bónus por cuidados de elevada qualidade e pela contenção de custos e a aplicação de possíveis penalidades no caso de se verificar o contrário.
- *Patient-Centered Medical Home* — modelo de cuidados de saúde que integra o conceito «medical home», correspondendo a uma forma de prestar cuidados primários acessíveis, centrados nas famílias, coordenados, compreensivos, contínuos, humanizados e efectivos.
- *Geisinger Clinic* (do sistema de saúde Geisinger) — grupo multidisciplinar de práticas clínicas com aproximadamente 650 médicos e cerca de 55 centros de cuidados primários e especializados. É um dos programas de cuidados ambulatoriais de maior dimensão do estado da Pennsylvania, prestando serviços de elevada qualidade em locais mais próximos dos doentes.
- *Permanente Medical Groups* (do sistema de saúde Kaiser Permanente) — grupos clínicos multidisciplinares que contratualizam exclusivamente com o Plano de Saúde Kaiser para a prestação de praticamente todos os serviços de saúde dirigidos aos membros da Kaiser Permanente.
- Cobertura público-privada do Estado de Massachusetts — após três anos de reforma, no sentido de tornar o acesso a cuidados de saúde mais abrangente, o Estado de Massachusetts tem obtido resultados muito positivos com a adopção de uma abordagem mista de carácter público-privado. Quase metade dos recém-segurados passaram a estar abrangidos por uma cobertura de natureza privada, por via do seguro laboral ou de cobertura individual.

Cada vez mais são apresentadas alternativas ao actual sistema de saúde americano, pretendendo-se alargar a cobertura de serviços de saúde, por meio de sistemas integrados. Estas soluções têm sido, no entanto, empreendidas por sistemas de saúde privados e geograficamente limitados. Vive-se, porém, um ambiente de mudança, em que o país vai finalmente conseguir proteger na saúde todos os seus cidadãos, independentemente de contingências financeiras.

## Conclusões

A revisão de práticas internacionais realizada no âmbito do projecto de investigação que serviu de base ao presente artigo permitiu evidenciar a existência de numerosos exemplos de processos de contratualização em contexto de cuidados de saúde primários, tendentes à melhoria da efectividade dos cuidados de saúde e a uma maior eficiência na utilização dos recursos, tendo-se verificado ainda uma tendência generalizada para a utilização deste instrumento para promover melhorias ao nível da articulação e *continuum* de cuidados.

Na Austrália, foi estabelecido em 2005 o *National Quality & Performance System* e introduzidos contratos com base no desempenho, a celebrar com as *Divisions of General Practice*. Por outro lado, as recentes *GP Super Clinics* recebem os seus orçamentos com base em especiais acordos de financiamento que explicitarão em detalhe todos os seus termos e condições.

O sistema canadiano mostra igualmente projectos interessantes, destacando-se o *Health Transition Fund*, que tinha um financiamento limitado no tempo, o que significava que um projecto tinha de ser concebido, financiado, implementado e avaliado em quatro anos. Também o estabelecimento do *Primary Health Care Transition Fund* promoveu o aparecimento de diversas abordagens, financiando e avaliando a efectividade de diversos projectos de cuidados primários ao longo do país. Mais tarde, o *Primary Health Care Transfer* veio contornar a fragmentação e a lentidão dos avanços alcançados até à altura, instigando e acelerando um processo que se afastava das diversas, isoladas e breves experiências nos cuidados primários. O projecto ambiciona, assim, promover uma reforma sustentada e duradoura.

Em Espanha, e coincidindo com a introdução do conceito de gestão participativa por objectivos, surge o Contrato-Programa, como a necessidade de relacionar e vincular a utilização e o consumo de recursos aos resultados obtidos, procedimento que implicava a negociação da fixação de objectivos, o estabelecimento de metodologias de monitorização, a

valoração do grau de cumprimento dos objectivos e a compensação pela prossecução dos mesmos. Por outro lado, a Lei 15/1997, de 25 de Abril, de *Habilitación de Nuevas Formas de Gestión en el Sistema Nacional de Salud*, estabeleceu que os serviços de saúde podiam ser prestados e geridos mediante acordos, convénios ou contratos com pessoas ou entidades públicas ou privadas, nos termos previstos na *Ley General de Sanidad*. Na sequência deste diploma, registaram-se diversas experiências de autogestão em diferentes comunidades autónomas, com recurso aos processos de contratualização.

No Reino Unido, assume particular importância o conceito de *practice-based commissioning*, que evidencia o *empowerment* dos médicos de clínica geral e de outros profissionais de saúde, visando a introdução de uma melhor configuração dos serviços e cuidados de saúde prestados às populações locais, no contexto dos contratos estabelecidos com os *General Medical Services*. O processo de contratualização neste país, principalmente, em Inglaterra, encontra-se claramente instalado, tendo tido importantes e profundos desenvolvimentos, nas mais diversas áreas.

A Holanda e Alemanha caracterizam-se por terem presentes no sistema de saúde um quase-mercado de seguros de saúde e destacam-se também pelos diferentes processos de contratualização, estabelecidos entre as seguradoras e os prestadores de cuidados médicos.

Na Holanda, predomina a contratualização selectiva que, já na década de 80, era defendida no «Relatório de Dekker», como um mecanismo ideal para a criação de um mercado do lado da oferta, o qual incrementaria a eficiência e aumentaria os padrões de qualidade. Embora não tenha sido concretizada nessa altura, a contratualização selectiva é actualmente utilizada no sistema de saúde holandês e nas relações entre as seguradoras e os prestadores de cuidados de saúde.

Na França, o processo de contratualização é constituído essencialmente pela negociação de disposições referentes aos serviços prestados entre os profissionais de saúde e as seguradoras, enquadradas nos acordos de boas práticas estabelecidos ao nível nacional e regional para a respectiva área profissional, que visam obter o compromisso individual dos profissionais na melhoria e na eficiência das suas práticas, promovendo incentivos financeiros.

No caso particular dos Estados Unidos da América, caracterizado pela recente existência de uma protecção praticamente universal na saúde, espera-se actualmente uma mudança no sistema de seguros que passe a oferecer um conjunto de escolhas alargado de planos de seguros privados e, simultanea-

mente, a opção por um novo plano de seguro público.

Os sistemas de saúde, na sua generalidade, apontam os processos de contratualização como o instrumento necessário para alcançar uma maior eficiência dos recursos utilizados, um acesso mais alargado e facilitado aos serviços de saúde, uma prestação de cuidados de elevada qualidade e maior enfoque na promoção da saúde e prevenção da doença.

Por outro lado, alguns elementos comuns ao sucesso dos vários processos de contratualização desenvolvidos, compreendem a criação de equipas multidisciplinares, o envolvimento e a motivação dos profissionais e a descentralização dos processos decisórios e da gestão dos recursos nos profissionais da «linha da frente», por se encontrarem mais próximos dos doentes e melhor conhecerem as suas necessidades e expectativas.

Um outro importante factor consiste na atenção dada à promoção de uma articulação entre níveis de cuidados que potencie um acompanhamento do doente ao longo do ciclo de doença, em esquemas de cuidados integrados e programas de gestão de doença, devidamente sustentados por modelos de incentivos financeiros.

Saliente-se, no entanto, que quaisquer alterações contratuais precisam ser parte de uma abordagem compreensiva que encerra um número de dimensões em paralelo, incluindo, mas não limitado a: *i)* Alterar as expectativas públicas sobre aquilo que os cuidados de saúde primários devem fornecer; *ii)* Reforçar a escolha e qualidade das informações sobre o desempenho de todo o sistema; *iii)* Promover uma governação clínica mais forte e partilhar informações; *iv)* Desenvolver um maior poder analítico e ampliar as capacidades de aquisição estratégica de cuidados; *v)* Promover a investigação em respeito de modelos de cuidados mais custo efectivos e inovadores; *vi)* Fomentar uma estratégia clara de força de trabalho com novas funções clínicas e um percurso de formação; *vii)* Consolidar um sistema de pagamento em cuidados primários que incentive e recompense o melhor desempenho e, simultaneamente, coloque o foco na saúde da população, considerando uma abordagem em função de *outcomes*.

Em suma, ainda que ressaltem diferenças significativas em termos de modelos de planeamento, contratualização e financiamento de serviços de saúde entre os diversos países em análise, parece indiscutível o papel fundamental que os cuidados de saúde primários representam nos sistemas de saúde, constituindo a peça fundamental e o elemento chave das reformas tendentes à obtenção dos desejáveis níveis de equidade, acesso, eficiência e qualidade dos cuidados.

## □ Referências bibliográficas

AGUIRRE, J. G. — Contrato de gestión. In INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD). SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA — Atención primaria en el INSALUD : 17 años de experiencia. Madrid : Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), 2002. 480-499.

AUSTRALIAN GENERAL PRACTICE NETWORK — Federal budget 2009 : brief overview and analysis of measures of interest to the network. Forrest : Australian General Practice Network, 2009. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.agpn.com.au/\\_\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0015/12561/budget-analysis-2009.pdf](http://www.agpn.com.au/___data/assets/pdf_file/0015/12561/budget-analysis-2009.pdf).

AUSTRALIAN GOVERNMENT. DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING — Towards a national primary health care strategy : a discussion paper from the Australian government. Barton : Commonwealth of Australia, 2008. ISBN: 1-74186-751-7. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/D66FEE14F736A789CA2574E3001783C0/\\$File/DiscussionPaper.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/D66FEE14F736A789CA2574E3001783C0/$File/DiscussionPaper.pdf).

AUSTRALIAN GOVERNMENT. MEDICARE AUSTRALIA — Agency resources and planned performance. [Canberra] : Medicare Australia, 2009a. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em <http://www.humanservices.gov.au/dhs/resources/publications/budget-0910/2009-10-pbs-medicare-aust.pdf>.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. MEDICARE AUSTRALIA — Medicare. (18 February 2009b). [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [www.medicareaustralia.gov.au/about/whatwedo/medicare.jsp](http://www.medicareaustralia.gov.au/about/whatwedo/medicare.jsp).

AUSTRALIAN GOVERNMENT. MEDICARE AUSTRALIA — Practice incentives program (PIP). (1 April 2009c). [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em <http://www.medicareaustralia.gov.au/provider/incentives/pip/index.jsp>.

AUSTRALIA GOVERNMENT. NATIONAL HEALTH AND HOSPITALS REFORM COMMISSION — A healthier future for all Australians : interim report : December 2008. [Canberra] : Commonwealth of Australia, 2008. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em <http://www.nhhrc.org.au/internet/nhhrc/publishing.nsf/content/interim-report-december-2008>.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. NATIONAL HEALTH AND HOSPITALS REFORM COMMISSION — A healthier future for all Australians : final report : June 2009. [Canberra] : Commonwealth of Australia, 2009. ISBN: 1-74186-940-4. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/83FD34219759A8EDCA2576000009A6C3/\\$File/Final\\_Report\\_of\\_the%20nhhrc\\_June\\_2009.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/83FD34219759A8EDCA2576000009A6C3/$File/Final_Report_of_the%20nhhrc_June_2009.pdf).

AUSTRALIAN HEALTH MINISTERS' CONFERENCE, 30<sup>th</sup> September 2008 — National e-health strategy. [Canberra] : National e-Health and Information Principal Committee, 2008. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/604CF066BE48789DCA25751D000C15C7/\\$File/National%20eHealth%20Strategy%20final.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/604CF066BE48789DCA25751D000C15C7/$File/National%20eHealth%20Strategy%20final.pdf).

BUSSE, R. — The German health care system. In VRANGBAEK, K., *et al.* — Health care systems profiles : Denmark, France, Germany, The Netherlands, Sweden, and the United Kingdom. New York : The Commonwealth Fund, Feb. 2008. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em <http://www.commonwealthfund.org/Content/Resources/2008/Mar/Health-Care-System-Profiles.aspx>.

CANADA. PRIMARY HEALTH CARE TRANSITION FUND — Summary of initiatives : final edition. Ottawa : Her Majesty The Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Health Canada, March 2007. ISBN 978-0-662-42356-0. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/phctf-fassp-initiatives-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/phctf-fassp-initiatives-eng.pdf).

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION — Experiences with primary health care in Canada. *Analysis in Brief*. (July 2009) 1-23. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse\\_phc\\_aib\\_en.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_en.pdf).

CHALKLEY, M.; MCVICAR, D. — Choice of contracts in the British National Health Service : an empirical study. *Journal of Health Economics*. 27 : 5 (2008) 1155-1167.

COLE, A. — Report proposes alternative to practice based commissioning. *BMJ*. 339 (24 Nov 2009) 5045.

COLLINS, C. D.; GREEN, A. T. — NHS reforms in the United Kingdom and learning from developing country experience. *Journal of Management in Medicine*. ISSN 0268-9235. 14 : 2 (2000) 87-99.

DARZI, A. W. — High quality care for all : NHS next stage review final report. London : The Stationery Office, 2008. ISBN 978-0-10-174322-8.

DAVIES, G. *et al.* — Integrated primary health care in Australia. Special Series : Integrated Primary Health Care. *International Journal of Integrated Care*. 9 (Oct. 2009) 1-9 [Em linha]. [Consult. 23 Mar. 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2787230/pdf/ijic2009-200995.pdf>.

DAVIS, K. — Health care 2009 : investing in health care reform. *The New England Journal of Medicine*. 360 : 9 (Feb. 2009) 852-855. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em <http://content.nejm.org/cgi/reprint/360/9/852.pdf>.

DEBER, R. — Delivering health care services : public, not-for-profit, or private? In MARCHILDON, G. P.; MCINTOSH, T.; FOREST, P.-G. ed. lit. — The fiscal sustainability of health care in Canada. Volume 1. Toronto : University of Toronto Press, 2004. (Romanow Papers).

DEBER, R.; LEWIS, S. — Thoughts on the day : strategic purchasing and equity. *HealthcarePapers*. 8 : Sp (2007) 114-123.

DE NEDERLANDSCHE BANK — Health care system 2007. Amsterdam : De Nederlandsche Bank, 2009. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em <http://www.dnb.nl/openboek/extern/id/en/vz/41-116994.html>.

ESPAÑA. INSTITUTO DE INFORMACIÓN SANITARIA. SUBCOMISIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL SNS — Organización general de la atención primaria. [Madrid] : Subcomisión de Sistemas de Información del SNS, 2008. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/03-Organizacion\\_General\\_de\\_la\\_AP-2008.pdf](http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/03-Organizacion_General_de_la_AP-2008.pdf).

ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO — Informe anual del sistema nacional de salud 2005. Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em <http://www.msc.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/informe2005.htm>.

ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO — Informe anual del sistema nacional de salud 2007. Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.mats-madrid.com/PDF/informe\\_anual\\_SNS\\_2007.pdf](http://www.mats-madrid.com/PDF/informe_anual_SNS_2007.pdf).

EXTER, A. *et al.* — Health care systems in transition : Netherlands. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em <http://www.euro.who.int/document/e84949.pdf>.

FIGUERAS, J.; ROBINSON, R.; JACUBOWSKI, E. — European Observatory of Health Systems : purchasing to improve health systems performance. [New York] : McGraw-Hill International, 2005.

FRANCE. L'ASSURANCE MALADIE — Le médecin traitant. (le 14 Décembre 2006). [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gérer-votre-activité/le-medecin-traitant/le-dispositif-du-medecin-traitant.php>.

GERMANY. THE FEDERAL MINISTRY OF HEALTH — Health care system and health care reform in Germany. Bonn : The Federal Ministry of Health, 15 April 2009. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.bmg.bund.de/cln\\_091/nn\\_1169696/EN/Gesundheit/gesundheit\\_node.html?\\_nnn=true](http://www.bmg.bund.de/cln_091/nn_1169696/EN/Gesundheit/gesundheit_node.html?_nnn=true).

GINNEKEN, E. van — Health insurance reform in the Netherlands. *Health Policy Monitor*. March 2005. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.hpm.org/en/Surveys/TU\\_Berlin\\_-\\_D/06/Health\\_Insurance\\_Reform\\_in\\_the\\_Netherlands.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/TU_Berlin_-_D/06/Health_Insurance_Reform_in_the_Netherlands.html)

GRAY, J. A. Muir — Knowledge-based commissioning. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 137 : 4 Suppl (2007) 78-79.

GREB, S.; MANOUGUIAN, M.; WASEM, J. — Health insurance reform in the Netherlands. CESifo DICE Report 1 (2007) 63-67. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em <http://www.cesifo-group.de/pls/guestci/download/CESifo%20DICE%20Report%202007/CESifo%20DICE%20Report%201/2007/dicereport107-rm1.pdf>.

HAM, C.; BROMMELS, M. — Health care reform in the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom. *Health Affairs*. 13 : 5 (Winter 1994) 106-119. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/13/5/106.pdf> [http://nhs.uk/clickpages.co.uk/next\\_stage\\_review/](http://nhs.uk/clickpages.co.uk/next_stage_review/).

LEY 8/2007. Boletín Oficial del Estado. 197 (2007-08-17) 35069-35080 — Ley del Instituto Catalán de la Salud. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em <http://www.boe.es/boe/dias/2007/08/17/pdfs/A35069-35080.pdf#>.

LEU, R. E. *et al.* — The Swiss and Dutch health insurance systems : universal coverage and regulated competitive insurance markets. New York : The Commonwealth Fund, January 2009. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2009/Jan/The%20Swiss%20and%20Dutch%20Health%20Insurance%20Systems%20%20Universal%20Coverage%20and%20Regulated%20Competitive%20Insurance/Leu\\_swissdutchhltinsystems\\_1220%20pdf.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2009/Jan/The%20Swiss%20and%20Dutch%20Health%20Insurance%20Systems%20%20Universal%20Coverage%20and%20Regulated%20Competitive%20Insurance/Leu_swissdutchhltinsystems_1220%20pdf.pdf).

LEWIS, R. — Practice-led commissioning : harnessing the power of the primary care frontline. London : King's Fund, 2004. [Em linha]. [Consult. 25 Mar. 2010]. Disponível em <http://www.kingsfund.org.uk/research/publications/practicedled.html>.

MANNION, R. — General practitioner commissioning in the English National Health Service : continuity, change, and future challenges. *International Journal of Health Services*. 38 : 4 (2008) 717-730.

MARCHILDON, G. P.; MCINTOSH, T.; FOREST, P.G. ed. lit. — The fiscal sustainability of health care in Canada. Volume 1. Toronto : University of Toronto Press, 2004. (Romanow papers).

MCDONALD, J. *et al.* — Systematic review of comprehensive primary health care models. Canberra : Research Centre for Primary Health Care & Equity. School of Public Health and Community Medicine. University of New South Wales. The Australian National University, September 2006. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.anu.edu.au/aphcri/Domain/PHCModels/Final\\_25\\_McDonald.pdf](http://www.anu.edu.au/aphcri/Domain/PHCModels/Final_25_McDonald.pdf).

RON, A. — Social insurance and health promotion : health promotion in social health insurance : current involvement and future needs to prevent disability. In CONSULTATIVE MEETING on Social Insurance and Health Promotion, Helsinki, Finland, 27-28 May 2004 — Health promotion in social health insurance : current involvement and future needs to prevent

disability. Geneva : International Social Security Association. World Health Organization, 2004. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em <http://www.issa.int/aiss/content/download/54758/1002763/file/2ron.pdf>.

PERROT, J. — The role of contracting in improving health systems performance. Geneva : WHO, 2004. (Discussion Paper; 1). [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.who.int/contracting/the\\_role\\_of\\_contract\\_dp\\_e\\_04\\_1.pdf](http://www.who.int/contracting/the_role_of_contract_dp_e_04_1.pdf).

ROMANOW, R. J., coord. — Building on values : the future of health care in Canada : final report. Saskatoon : Commission on the Future of Health Care in Canada, November 2002. ISBN 0-662-33043-9. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-85-2002E.pdf>.

SAGRANS, E. — Message from the President : «add your name to mine». *Organizing for America blog*. (23 March 2010). [Em linha]. [Consult. 25 Mar. 2010]. Disponível em <http://my.barackobama.com/page/content/hqblog>.

SANDIER, S.; PARIS, V.; POLTON, D. — Health care systems in transition : France. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em <http://www.euro.who.int/document/e83126.pdf>.

SCHABLOSKI, A. K. — Health care systems around the world : Canada, Denmark, France, Germany, Israel, Japan, The Netherlands, Sweden, Switzerland, United Kingdom. [S. l.] : Insure the Uninsured Project, 2008. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.scribd.com/doc/7983921/Health-Care-Systems-Around-World#document\\_metadata](http://www.scribd.com/doc/7983921/Health-Care-Systems-Around-World#document_metadata).

SCHLETTE, S.; LISAC, M.; BLUM, K. — Integrated primary care in Germany : the road ahead. *International Journal of Integrated Care*. ISSN 1568-4156. 9 : 20 (April 2009). [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=2691944&blobtype=pdf>.

SMITH, J. *et al.* — A review of the effectiveness of primary care-led commissioning and its place in the NHS. London : The Health Foundation, 2004. ISBN 0 9548968 0 7. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em <http://www.health.org.uk/document.rm?id=31>.

SPROGIS, A. — Whither the divisions of general practice? *The Medical Journal of Australia*. 187 : 2 (2007) 68-69. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.mja.com.au/public/issues/187\\_02\\_160707/spr10674\\_fm.html](http://www.mja.com.au/public/issues/187_02_160707/spr10674_fm.html).

STARFIELD, B. M.; SHI, L. — Policy relevant determinants of health : an international perspective. *Health Policy*. 60 : 3 (2002) 201-218.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. — Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*. 83 : 3 (2005) 457-502. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118657287/PDFSTART>.

THE NETHERLANDS. MINISTRY OF HEALTH, WELFARE AND SPORT — Choosing care : the equipping of patients and consumers in a demand driven care sector. The Hague : Ministry of Health, Welfare and Sport, 2002. (International Publication Series. Health, Welfare and Sport; 13). [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.minvws.nl/includes/dl/openbestand.asp?File=/images/Choosing-care\\_tcm20-108318.pdf](http://www.minvws.nl/includes/dl/openbestand.asp?File=/images/Choosing-care_tcm20-108318.pdf).

THE NETHERLANDS. MINISTRY OF HEALTH, WELFARE AND SPORT — Health care, health policies and health reforms in the Netherlands. The Hague : Ministry of Health, Welfare and Sport, May 2001. (International Publication Series. Health, Welfare and Sport; 7). [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.minvws.nl/includes/dl/openbestand.asp?File=/images/Healthcare07\\_tcm20-107911.pdf](http://www.minvws.nl/includes/dl/openbestand.asp?File=/images/Healthcare07_tcm20-107911.pdf).

THE NETHERLANDS. MINISTRY OF HEALTH, WELFARE AND SPORT — Primary health care in the Netherlands : the



nature, structure, financing, regulation, supply of, and training and demand for primary health care in the Netherlands. The Hague : Ministry of Health, Welfare and Sport, January 2005. (International Publication Series. Health, Welfare and Sport; 20). [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.minvws.nl/includes/dl/openbestand.asp?File=/images/vws-051686-primary-20\\_tcm20-107946.pdf](http://www.minvws.nl/includes/dl/openbestand.asp?File=/images/vws-051686-primary-20_tcm20-107946.pdf).

THE NETHERLANDS. MINISTRY OF HEALTH, WELFARE AND SPORT — Risk adjustment under the health insurance act in the Netherlands. The Hague : Ministry of Health, Welfare and Sport, June 2008. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.minvws.nl/includes/dl/openbestand.asp?File=/images/ra-risicoverevening-engels\\_tcm20-169252.pdf](http://www.minvws.nl/includes/dl/openbestand.asp?File=/images/ra-risicoverevening-engels_tcm20-169252.pdf).

THE NETHERLANDS. MINISTRY OF HEALTH, WELFARE AND SPORT — The new care system in the Netherlands : durability, solidarity, choice, quality, efficiency. The Hague : Ministry of Health, Welfare and Sport, May 2006. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.minvws.nl/includes/dl/openbestand.asp?File=/images/boekje-zorgstelsel-engels\\_tcm20-107938.pdf](http://www.minvws.nl/includes/dl/openbestand.asp?File=/images/boekje-zorgstelsel-engels_tcm20-107938.pdf).

THEWISSEN, P. — Health care reform in the Netherlands : role of the employer. March 2008. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [www.americanbenefitscouncil.org/documents/dutch\\_healthcare\\_reform\\_03-2008.ppt](http://www.americanbenefitscouncil.org/documents/dutch_healthcare_reform_03-2008.ppt).

UK. DEPARTMENT OF HEALTH — Clinical commissioning : our vision for practice-based commissioning. London : Department of Health, 2009a. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_095692?IdcService=GET\\_FILE&dID=186994&Rendition=Web](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_095692?IdcService=GET_FILE&dID=186994&Rendition=Web).

UK. DEPARTMENT OF HEALTH — Practice based commissioning : promoting clinical engagement. London : Department of Health, 15 December 2004. [Em linha]. [Consult. 25 Mar. 2010]. Disponível em [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4098564?IdcService=GET\\_FILE&dID=16269&Rendition=Web](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4098564?IdcService=GET_FILE&dID=16269&Rendition=Web).

UK. DEPARTMENT OF HEALTH — Practice based commissioning : PBC development framework. London : Department of Health, 30 June 2009b. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Commissioning/Practice-basedcommissioning/DH\\_091296](http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Commissioning/Practice-basedcommissioning/DH_091296).

UK. DEPARTMENT OF HEALTH — Practice based commissioning gp practice survey : wave 1-7 results (July 2009). London : Department of Health, 2009c.

UK. DEPARTMENT OF HEALTH — Primary care contracting. London : Department of Health, 2010. [Em linha]. [Consult. 25 Mar. 2010]. Disponível em <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Primarycare/Primarycarecontracting/index.htm>.

UK. DEPARTMENT OF HEALTH. COMMISSIONING & SYSTEM MANAGEMENT. FESC — The framework for procuring external support for commissioners (FESC) : a practical guide. London : Department of Health, 1 June 2009. [Em linha]. [Consult. 25 Mar. 2010]. Disponível em <http://www.northwestroadmap.org.uk/docs/FESC.pdf>.

UK. DEPARTMENT OF HEALTH. COMMISSIONING. COMMISSIONING AND SYSTEM MANAGEMENT — Practice-based commissioning in action: a guide for GPs. London : Department of Health, 11 June 2009. [Em linha]. [Consult. em 25 Mar. 2010]. Disponível em [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Browsable/DH\\_100416?IdcService=GET\\_FILE&dID=196771&Rendition=Web](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Browsable/DH_100416?IdcService=GET_FILE&dID=196771&Rendition=Web).

UK. DEPARTMENT OF HEALTH. NHS — Primary care & community services : improving GP services. London : Department of Health, January 2009. [Em linha]. [Consult. 25

Mar. 2010]. Disponível em [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_093830](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_093830).

UK. DEPARTMENT OF HEALTH. NHS — The new NHS : modern : dependable. London : The Stationery Office, 1997. [Em linha]. [Consult. 25 Mar. 2010]. Disponível em [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4010326?IdcService=GET\\_FILE&dID=20676&Rendition=Web](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4010326?IdcService=GET_FILE&dID=20676&Rendition=Web).

UK. DEPARTMENT OF HEALTH. NHS. CLINICAL GOVERNANCE SUPPORT TEAM — Primary care management development programme : quality management at the heart of primary care. NATIONAL HEALTH SERVICE 2007. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.wipp.nhs.uk/uploads/wipp\\_modules\\_1to9\\_final.pdf](http://www.wipp.nhs.uk/uploads/wipp_modules_1to9_final.pdf).

UK. IMPROVEMENT FOUNDATION — 2009/10 advanced commissioning course : developing capability for world class commissioning. London : Improvement Foundation, 2009. [Em linha]. [Consult. 25 Mar. 2010]. Disponível em <http://www.improvementfoundation.org/files/file/Programme%20Leaflets/AC%20Programme%202009%2010%20new%20Teesside%20logo.pdf>.

WHO — The world health report 2008 : primary health care : now more than ever. Geneva : World Health Organization, 2008. [Em linha]. [Consult. 31 Jul. 2009]. Disponível em [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf).

## □ Abstract

### PRIMARY HEALTH CARE CONTRACTING IN AN INTERNATIONAL CONTEXT

The contracting of health services in the context of primary health care reform has aroused heated debate, however, it became definitively a key element in the organization of health services. Furthermore, the continuous improvement of the contracting process and development of suitable tools to develop the performance of health care providers are considered, today, a matter of the highest importance in healthcare organizations throughout the world. Following an extensive bibliographic review, we identified and characterized some contracting experiences in the primary health care context, which were developed and/or are still going on in some countries, in order to contribute to the reflection on the current models and eventually support the adoption of new approaches in Portugal, based on international evidence.

Keywords: contracting; commissioning; primary health care; health systems; incentives; quality; financing.



Preço de capa, 24 €