

PROGRAMAS DE AVALIAÇÃO POR DESEMPENHO NA APS: distinções e similaridades entre países de renda alta e baixa & média debates e perspectivas

Silvia Bastos e Fabiana Saddi – mesa 1

Introdução

2

- Pagamento por Desempenho (P4P) é usado em todo o mundo visando à melhoria dos resultados em saúde.
- O pagamento por desempenho (*pay-for-performance*, P4P), ou financiamento baseado em resultados (*result-based-financing*, RFB), consiste na transferência de dinheiro, a provedores ou serviços de saúde, condicionada a resultados alcançados em face de ações ou metas mensuráveis e predeterminadas; em geral objetivam incentivar condutas individuais ou coletivas para a obtenção de melhores resultados ou de padrões de qualidade na provisão de serviços de saúde
- No Brasil o P4P tem como base o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), lançado pelo Ministério da Saúde, em 2011.

Objetivo

3

Apontar aspectos e desafios para P4P entre países de renda alta, média e baixa.



Método

4

Estudo de revisão

Revisou-se a literatura publicada entre 1998 a 2015, sobre a efetividade do P4P, para produzir resultados ou padrões de acesso e qualidade na saúde em países de renda alta media e baixa. Foram analisadas 22 produções (12 referentes a países de renda alta e 10 a países de renda média e baixa, desses quatro apresentaram estudos de revisão, seis estudos de caso, quatro estudos comparativos, dois etnográficos, Discussões).

Os estudos selecionado representam países como, Reino Unido, Canadá, Australia, Brasil, EUA, Holanda, Burundi, Congo, Tanzania, Coreia do Sul e Uganda.

Aspectos principais

5

Fundamentos do P4P

- Racionalização de custos
- Incentivo ao desempenho e melhoria da qualidade
- Estimulo para melhorar compromisso com os usuários
- Indicadores consistentes e sensíveis
- Indicadores baseados em evidencias e relacionados com resultado final (Inglaterra)
- Informação e transparência
- Avaliação-autoavaliação- para apoiar investimentos em educação, infraestrutura e avaliação tecnologica dentro dos princípios de APS.

Processos de P4P

6

- Implementação de estrutura de apoio para o aperfeiçoamento da atenção clínica individual e comunitária;
- Apoio de especialistas no monitoramento e avaliação de qualidade do atendimento das equipes

Riscos do P4P

7

- O P4P pode produzir efeitos e comportamentos indesejáveis (distorções, fraude, disparidades em saúde e dependência dos incentivos financeiros), inclusive sobre cuidados não incentivados
- O monitoramento dos programas de P4P é fundamental para determinar sua eficácia e seus efeitos indesejados
- Há evidência de redução das desigualdades entre os grupos socioeconômicos na gestão de doenças crônicas, mas outras desigualdades (idade, sexo e etnia) persistiram.
- Resistência de grupos profissionais e diferentes respostas ao estímulo para o atendimento

Desafios do P4P

8

Baixa e Media renda

- Profissionais de saúde que trabalham com sistema de remuneração por desempenho (P4P) em lugares de baixa renda estão preocupados com as restrições sistêmicos, escassez de recursos, infra-estrutura fraca e atitudes desfavoráveis e preferências divergentes da comunidade.

Alta renda

- O uso de incentivos financeiros para melhorar a qualidade da APS está crescendo. No entanto, ainda não há provas suficientes para apoiar seu uso para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. O P4P deve ser usado com cautela e esquemas de incentivos devem ser cuidadosamente estudados antes da implementação.

Desafios

9

- Sustentabilidade do P4P
- Definição de fontes de contribuintes para os recursos
- Aprender com as experiências de outros países
- Extrair lições de estudos de caso e discernir o que não pode ser aproveitado noutra realidade
- Produzir evidencias sobre o reais efeitos e impactos favoráveis ou contrários ao modelo de pagamento P4P
- Produzir estudos comparados entre países de variadas condições de renda e estruturas
- Transferir evidencias para formulação de políticas

✓ "Não é possível manter toda a estrutura do SUS com gastos públicos equivalentes a 3,6% do PIB, enquanto nos demais países com sistemas universais de saúde, a média é de 6,7%."

Diante desta realidade

11



- Várias mecanismos, normas, emendas e leis foram propostas no afã de garantir o orçamento da saúde

Decreto N° 7508/2011

12

- Busca promover a regionalização
- Cria a **Região de Saúde**- AB ordenadora
- **COAP** – Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde, que organiza e integra as ações e Serviços de saúde em rede, com definição de ... Recursos financeiros
- Transforma o Colegiado de Gestão Regional - a **Comissão Intergestores Regional**

A Questão de Financiamento no SUS...

13

Burocratização X
Precarização

Judicialização
da Saúde



Complexo
econômico-
produtivo da
saúde

Contratação de Recursos
Humanos para o SUS

Saúde Suplementar

Para pensar

14

“... Para que tenhamos alguma garantia de ser da mesma opinião, a propósito de uma ideia particular, é preciso pelo menos que não tenhamos sido da mesma opinião. Se querem compreender-se verdadeiramente, dois homens têm primeiramente que se contradizer. A verdade é filha da discussão e não da simpatia.”

Gaston Bachelard in La Filosofía del no. Buenos Aires: Amorrortu; 1973 apud Hoirisch A. ○
problema da identidade médica. Tese para professor titular de psicologia médica da Faculdade de Medicina da UFRJ. Rio de Janeiro ; 1976.

Referências

15

1. Guthrie B. *et al.* Do points mean prizes? Effects of Changing Incentives in Primary Health Care. ESRC Public Service Programme, 2009. Disponível em: <http://www.publicservices.ac.uk/wp-content/uploads/guthrie-poster-2009.pdf>
2. Barreto JOM. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1497-1514, May 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n5/1413-8123-csc-20-05-01497.pdf>
3. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, Young D. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; (9):CD008451.
4. Vertesi L. Mixing the oil with the water: pay-for-performance in Canadian healthcare. *Healthc Pap.* 2006;6(4):62-6.
5. Peckham S. The New General Practice Contract and Reform of Primary Care in the United Kingdom. *Healthcare Policy.* 2007;2(4):34-48.
6. Ugá, MA; Porto, SP; Piola, SF. Cap. 13. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. In: Giovanela, L e cols. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.
7. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Serv Res* 2010; 10:247. [Brasil. Decreto 7508 de 2011.

Referências

16

- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade. Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde; 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>
- Van Herck et al. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care BMC Health Services Research 2010, 10 :247. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/247>
- Harris, Matthew. (2012). Payment for performance in the Family Health Programme: lessons from the UK Quality and Outcomes Framework. *Revista de Saúde Pública*, 46(3), 577-582
- Wright M. Pay-for-performance programs. Do they improve the quality of primary care? *Australian Family Physician* v.41 n.12 Dec, 2012.
Krischner Kristen et al. Design choices made by target users for a pay-for-performance program in primary care: an action research approach. *BMC Family Practice*. 2012 13-25.
- Eijkenaar F. Pay for performance in health care: an international overview of initiatives. *Med Care Res Rev*. 2012 Jun;69(3):251-76.
- Olafsdottir et al Pay for performance: an analysis of the context of implementation in a pilot project in Tanzania. *BMC Health Research* 2014. 14:392

□