

Obtendo incentivos diretos para a assistência primária à saúde

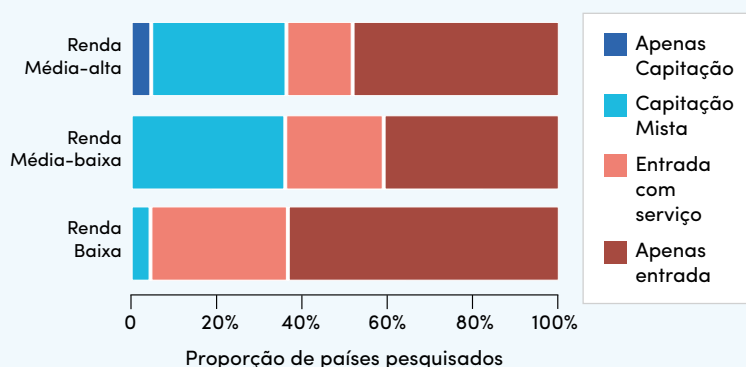
Os acordos de financiamento da saúde fornecem o combustível para a assistência primária à saúde (APS), funcionando como o mecanismo para alcançar boa saúde e cobertura universal da saúde. Esses acordos devem ser adequados para orientar o fornecimento eficaz, eficiente e igualitário dos serviços da APS.

A Lancet Commission on Financing Primary Health Care (Comissão Lancet sobre Financiamento da Assistência Primária à Saúde) identificou os melhores indicadores para fortalecer os acordos de financiamento para a APS e pretende estabelecer uma nova perspectiva de como colocar as pessoas no centro do financiamento da APS. Este é o terceiro resumo técnico de uma série que foca os diferentes elementos dos acordos de financiamento da saúde. Este resumo trata dos mecanismos e incentivos de pagamento dos provedores.

A necessidade de obter incentivos diretos

O modo como os provedores de assistência médica são pagos frequentemente funciona contra os objetivos da APS, por exemplo, criando incentivos financeiros que priorizam os cuidados curativos em vez dos preventivos. Estudos de países de baixa e média renda (PBMR) documentaram que um provedor típico de APS recebe fundos de vários pagadores utilizando diferentes sistemas de pagamento de grupos populacionais diferentes. O *status quo* de muitos países, como mostrado na Figura 1, consiste de orçamentos de acordo com as contribuições (ex., orçamentos de itens individuais ou globais) que não são somente rígidos, mas também falham em prover o ambiente de incentivo necessário para a prestação de APS centrada nas pessoas e focada na equidade.

Figura 1: Meios de pagamento para provedores públicos de APS de acordo com o nível de renda, 2020



A caminho do modelo de pagamento misto para a APS com capitação no seu núcleo

Os sistemas de pagamento com base na população, ou na capitação, estão longe de estarem difundidos nos países de baixa renda. No entanto, este sistema de pagamento é o que provavelmente criará incentivos para que os provedores prestem APS centrada nas pessoas. Capitação é o único método de pagamento com base no princípio de equidade, visto que seu ponto de partida consiste em um pagamento fixo igual por pessoa, o qual pode ser ajustado com base nas necessidades de saúde. Também é o único método que paga aos provedores

MENSAGENS-CHAVE

- As políticas de incentivo para os provedores e usuários de assistência médica estão inextricavelmente ligadas: as políticas de pagamento dos provedores são parte integrante para a eliminação das taxas de utilização e de pagamentos informais para os serviços de APS.
- Incentivos por si só não resolvem todos os problemas de financiamento da APS mas, ao menos, não trabalhariam na direção contrária aos objetivos de prestação de serviços da APS.
- Os países devem direcionar-se para um modelo de pagamento misto específico do contexto, com capitação no seu âmago, porque isto está mais alinhado com os princípios e objetivos da APS.
- O modelo de pagamento misto combina propositalmente a capitação com elementos de outros métodos de pagamento para maximizar incentivos benéficos e compensar incentivos adversos de cada método de pagamento, ao mesmo tempo que assegura que vários outros objetivos da prestação de serviços, tais como o acesso, sejam atendidos.
- Os países deveriam embarcar na reforma de pagamento dos provedores somente quando estiverem prontos. A transformação do sistema de pagamento dos provedores de APS é um processo complexo com desafios de política econômica distintos. O objetivo é fazer progresso incremental que envolva o fortalecimento contínuo dos sistemas de apoio à medida que o modelo de pagamento evolui.

de APS para priorizar a preservação de boa saúde por meio da promoção e prevenção da saúde. Fornece um fluxo de receita previsível e estável para os provedores de APS, que pode ser utilizado para prestar serviços de modos responsivos que gerenciem a assistência de modo otimizado para indivíduos e populações.

Os países deveriam trabalhar na direção de usar um modelo de **pagamento misto** para a APS com enfoque central na capitação. Os modelos de pagamento misto trazem os benefícios de capitação como ponto inicial e depois usam elementos de outros mecanismos de pagamento para compensar deliberadamente os pontos fracos da capitação e dar suporte para alcançar outros objetivos específicos do sistema de saúde. Isto inclui tipicamente: pagamento orçamental para cobrir custos fixos inevitáveis, especialmente em áreas com grupo populacional reduzido ou de difícil acesso; algumas taxas por serviço determinadas por condições de saúde ou serviços de alta prioridade ou com maior risco de serem desconsiderados na capitação; e, em alguns casos, pagamento com base no desempenho para incentivar o alcance das metas de cobertura para serviços prioritários e para melhorar a qualidade da assistência.

Fazendo progresso de modo incremental

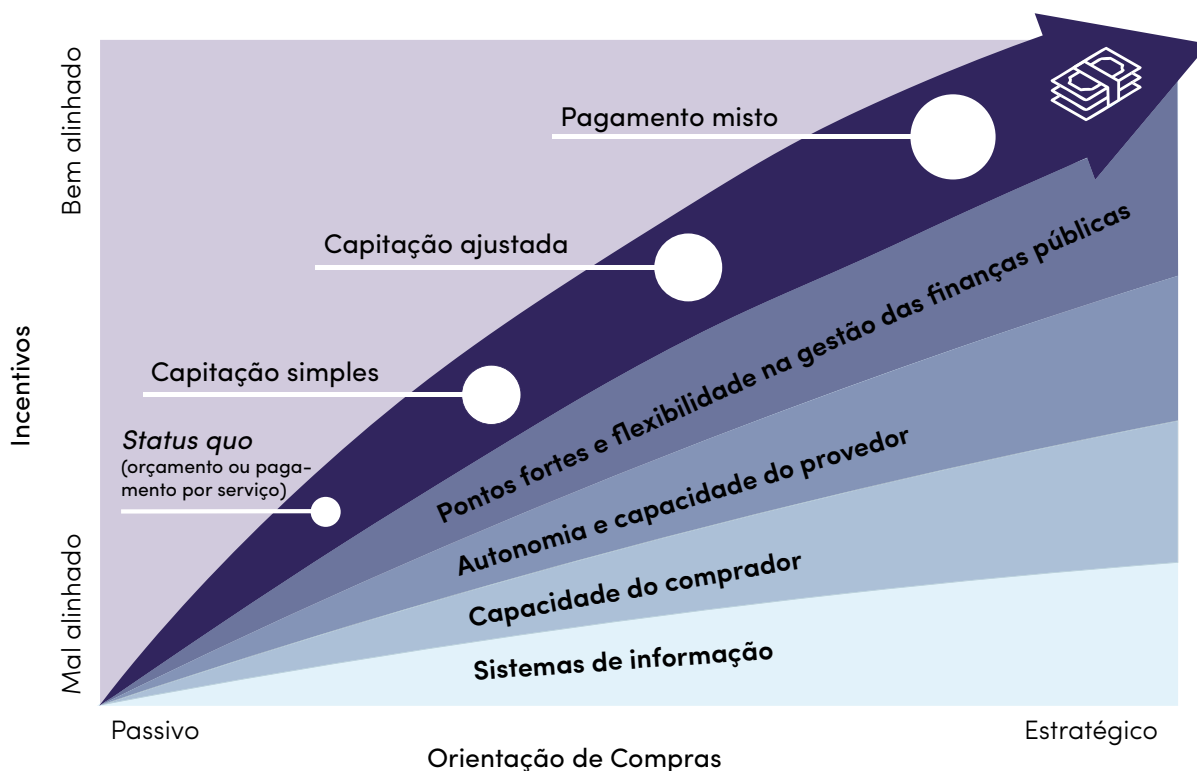
As escolhas certas de quando e como transformar o modelo de pagamento da APS dependem do contexto do país. Reformar o sistema de pagamento requer uma visão clara sustentada por um comprometimento político forte, gestão hábil de grupos de interesse concorrentes, tempo significativo e investimento consistente. A Figura 2 apresenta o trajeto de como os países podem estabelecer um sistema de pagamento misto, mostrando os passos intermediários na evolução. A introdução das reformas do sistema de pagamento orientadas para eficiência e

igualdade começa com um modelo básico de capitação, envolvendo pagamentos simples per capita. Posteriormente, a maioria dos sistemas de pagamento introduzirá os ajustes dos riscos. A complexidade continua a crescer ao longo do tempo conforme são acrescentados métodos de pagamento adicionais. Os países quase sempre verificam que a combinação meticulosa de pagamentos muda conforme o amadurecimento do sistema. Nem mesmo um sistema de pagamento bem planejado pode funcionar sem as funções básicas de suporte em vigor. Estas funções precisarão ser desenvolvidas e evoluir conforme o sistema de pagamentos se torne mais sofisticado.

Abordando a questão das taxas de utilização

A política de pagamento dos provedores anda de mãos dadas com a eliminação das taxas de utilização e dos pagamentos informais para a APS. O universalismo progressivo – no qual os consórcios deveriam primeiramente ser utilizados para cobrir a APS de maneira a reduzir os pagamentos do próprio bolso e substituir o financiamento perdido – requer ação em todas as funções do financiamento da saúde. Em particular, a remoção das barreiras financeiras para a APS envolve mais do que apenas modificar a política das taxas de utilização. Significa assegurar que os pacientes não precisem lidar com taxas informais e nem serem encaminhados a farmácias para comprar remédios porque os provedores de saúde pública estão com escassez de remédios. As tarifas de pagamento dos provedores e os salários dos servidores de saúde devem ser altos o suficiente para eliminar a necessidade de taxas de utilização e pagamentos informais. Pode haver um papel para o compartilhamento de custos em alguns contextos, mas seu impacto nos menos favorecidos deveria ser cuidadosamente considerado e medidas de mitigação colocadas em prática.

Figura 2: O caminho estratégico em direção ao pagamento misto com base na capitação



IMPLICAÇÕES PARA TOMADA DE AÇÃO

- **Desenvolver uma visão clara do modelo de pagamento dos provedores para a APS.** Um modelo de pagamento misto, específico do contexto, elaborado na capitação, congrega princípios que deveriam constituir-se o cerne da APS.
- **Fazer progresso incremental para realizar esta visão.** Envolve o estabelecimento de um sistema de pagamento de capitação básico, a definição de um pacote de APS, o gerenciamento do cadastramento, o ajuste dos níveis de risco para compensar os provedores de saúde apropriadamente e os métodos mistos de pagamento.
- **Fortalecer as funções básicas de apoio à reforma.** Em antecipação e durante a implementação das reformas, continuamente fortalecer os sistemas de informação, a capacidade do comprador, a autonomia e a capacidade dos provedores e os sistemas de gerenciamento das finanças públicas.
- **Gerenciar as políticas da reforma do pagamento dos provedores.** Significa antecipar o efeito da nova reforma sobre as partes interessadas influentes e envolver-se com aqueles que provavelmente serão os mais afetados. Os provedores de saúde devem estar intimamente envolvidos na elaboração das reformas de pagamento dos provedores.

LEITURAS ADICIONAIS

Cashin C, Ankhbayar B, Phuong HT, et al. Assessing health provider payment systems: a practical guide for countries working toward universal health coverage. Joint Learning Network.

Langenbrunner, John C.; Cashin, Cheryl; O'Dougherty, Sheila. 2009. Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems : How To Manuals. Washington, DC: World Bank.

Tan SY, Melendez Torres GJ. Do prospective payment systems lead to desirable providers' incentives and patients' outcomes? A systematic review of evidence from developing countries. *Health Policy Plan* 2018; 1;33(1):137-153.

RELATÓRIO COMPLETO: Hanson K, Brikci N, Erlangga D, et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *Lancet Glob Health* 2022; <https://www.thelancet.com/commissions/financing-primary-health-care>

FINANCIAMENTO: Este trabalho foi financiado por uma bolsa da Fundação Bill & Melinda Gates. No entanto, as opiniões expressas no relatório são dos autores e não refletem necessariamente as opiniões ou políticas da BMGF.

AGRADECIMENTOS: Resumo técnico editado e formatado por Becky Wolfe.