

# Editorial da Direção

## Limites e desafios éticos dos indicadores

José Augusto Simões\*

A forma de pagamento do médico de família é crucial para a sua prática clínica<sup>1</sup>. Com o salário pagam o seu tempo<sup>1</sup>. Com a capitação a saúde dos seus pacientes<sup>1</sup>. Com o pagamento por ato a sua atividade<sup>1</sup>. No entanto, nenhuma forma de pagamento é a ideal, mas parece que o pagamento por capitação, contendo os custos sem prejudicar a qualidade, pode ser o melhor sistema de pagamento<sup>1</sup>. De facto, nos países com melhores resultados de saúde e com bons cuidados de saúde primários (CSP), os médicos são pagos por capitação<sup>1,2</sup>. No entanto, esta é sempre combinada com outras formas de pagamento, porque normalmente não cobre mais do que metade da remuneração mensal dos médicos de família<sup>1</sup>. A característica da capitação é que esta está sempre associada a uma lista de pacientes, pela qual se paga um “*per capita*”<sup>1</sup>, e a função de filtro (“*gatekeeper*”<sup>1</sup>) dos CSP, no acesso dos pacientes a especialistas hospitalares através do médico de família<sup>1</sup>. Em qualquer caso, as três formas de pagamento referidas podem-se complementar.

O desenvolvimento da Medicina Geral e Familiar (MGF) em Portugal nos últimos vinte anos tem sido acompanhada pelo debate em torno da otimização dos modelos organizacionais e, conseqüentemente, dos sistemas retributivos com eles relacionados que permitam uma retribuição mais justa dos profissionais, ao mesmo tempo que se associam a uma melhoria da qualidade da prática clínica<sup>3</sup>.

O pagamento por desempenho (PpD), do termo inglês “*Pay for Performance (P4P)*”<sup>3</sup> é o modelo de retribuição dos profissionais de saúde em que estes auferem uma retribuição variável em função do atingimento de determinadas metas pré-estabelecidas para a prestação de cuidados de saúde<sup>3,4</sup>. Em muitos sistemas de saúde este método de remuneração correspondeu a uma evolução do modelo de pagamento por ato. O PpD pode coexistir com outras formas de retribuição dos profissionais, nomeadamente com pagamento ligado à capitação, algumas formas de pagamento ao ato e componentes de vencimento fixo<sup>3,5</sup>.

Apesar das diversas manifestações políticas de apoio ao desenvolvimento do PpD, existem na literatura diversos estudos que põem em causa as vantagens do sistema de PpD<sup>3,6,7</sup> ou levantam questões éticas pertinentes<sup>3,8,9</sup>.

\* José Augusto Simões, Médico de Família na USF Marquês de Marialva, ACeS Baixo Mondego. Mestre em Bioética. Doutor em Ciências da Saúde. Especialista em Medicina Geral e Familiar com a Competência em Gestão de Serviços de Saúde.

Entre os quais o perigo do aumento das “cascatas” diagnósticas e terapêuticas<sup>1</sup>. E o risco de que o trabalho clínico se passe a centrar no cumprimento de indicadores e que os doentes em cujo seguimento esse cumprimento se realize com dificuldade sejam afastados, modificando-se assim a relação médico-doente, por o ato clínico se centrar no cumprimento dos indicadores e não nas necessidades do paciente<sup>1</sup>.

Foi em 1994 que começou na Austrália uma nova forma de pagamento médico que incluía um incentivo para o desempenho<sup>1</sup>. Esta nova forma de pagamento espalhou-se rapidamente para o Canadá, EUA, Nova Zelândia e Reino Unido, entre outros países. Ela é um incentivo de qualidade, para que certos atos sejam feitos como é esperado que o sejam (agindo de acordo com certas regras), e não simplesmente pagar pelo ato. Com este pagamento, que combina qualidade e quantidade, “*pay for performance (P4P)*”<sup>1</sup>, são encorajadas as atividades selecionadas, consideradas como mais convenientes. Procura-se, assim, “*forçar*”<sup>1</sup> o médico, e no fundo expressa-se uma filosofia de profunda desconfiança no médico. Desconfiança fundada, já que em muitos casos os pacientes são muito inocentes, e de boa fé desconhecem que os médicos não fornecem os cuidados necessários em quase metade dos casos<sup>1</sup>. Com o pagamento por desempenho (PpD) já não se supõe uma boa qualidade, mas em alguns aspetos específicos ela é exigida<sup>1</sup>. No entanto, alguns autores referem que o PpD produz poucos ganhos em qualidade para o investimento que é feito e que irá apenas recompensar os que têm um elevado nível de desempenho<sup>3</sup>; outros mencionam que não é possível demonstrar a efetividade do sistema<sup>10</sup>. Mas, em todo o caso, nos estudos revistos parece haver algum efeito positivo do sistema PpD<sup>1,3,11</sup>.

A Cochrane Collaboration também publicou em 2011 uma revisão sobre o P4P<sup>12</sup> cuja principal conclusão foi que não havia provas suficientes para apoiar ou refutar o uso de incentivos financeiros para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde primários.

Concluindo existe uma ideia mais ou menos generalizada que a contratualização é um dos calcanhares de Aquiles da Reforma dos cuidados de saúde primários (CSP), muito centrada em indicadores, alguns de utilidade duvidosa, com “imposição” de metas utópicas. Esta postura tem o potencial de induzir numa prática de CSP centrada em Indicadores, com todos os prejuízos conhecidos.

Mas, também existe a ideia de que as USF não são apenas indicadores e o foco da sua atenção deve ser a prestação dos melhores cuidados de saúde para os cidadãos, assim a minha proposta de que se contratualize não 20 mas sim 200 indicadores, que abarquem toda a atividade do médico de família, que assim teria que se concentrar em prestar cuidados de excelência em todas as áreas e não apenas em algumas.

1. GÉRVAS, J. et al. Pago por desempenho («pay for performance» [P4P]). AMF. 2008; 4(6): 344-352.
2. MACINKO, J. et al. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. HSR. 2003; 38: 831-65.
3. MELO, M. et al. Os indicadores de desempenho contratualizados com as USF: Um ponto da situação no actual momento da Reforma. Rev Port Clin Geral. 2011; 27: 28-34.
4. ROSENTHAL, MB. et al. Paying For Quality: Providers' Incentives For Quality Improvement. Health Affairs. 2004; 23(2): 127-141.
5. GLASS, KP. et al. Incentive-Based Physician Compensation Models. J Ambulatory Care Manage. 1999; 22(3): 36-46.
6. ELDRIDGE, C. et al. Performance-based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions. Health Policy and Planning 2009; 24: 160-166.
7. CAMPBELL, S. et al. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. N Engl J Med. 2009; 361: 368-78.
8. NELSON, AR. Pay-for-performance programs: Ethical questions and unintended consequences. Current Clinical Practice. 2007; 1: 16-8.
9. SNYDER, L. et al. American College of Physicians. Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. Pay-for-performance principles that promote patient-centered care: an ethics manifesto. Ann Intern Med. 2007; 147(11): 792-4.
10. ROSENTHAL, MB. et al. Early experience with payfor-performance: from concept to practice. JAMA. 2005; 294(14): 1788-93.
11. PETERSEN, LA., et al. Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care? Ann Intern Med. 2006; 145: 265-272.
12. SCOTT, A. et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians (Review). Cochrane; 2011, Issue 9. Disponível em: <http://www.thecochranelibrary.com>.

José Augusto Simões,  
Presidente da Direção da ADSO