

Artigo Traduzido

Editoriais

Financiamento para medicina de família na próxima década: vida após o QOF

Mark Ashworth^a, Martin Gulliford^b

Traduzido por Ananyr Porto Fajardo

As placas tectônicas da atenção primária parecem estar se deslocando. Em abril de 2016, a Escócia abandonou o *Quality and Outcomes Framework* (QOF) [Modelo de Desfecho de Qualidade]. Em seguida, em outubro de 2016, Simon Stevens, Diretor Executivo do NHS, foi muito franco ao indicar que um destino semelhante espera pelo QOF na Inglaterra. Enquanto isto, o País de Gales e a Irlanda do Norte continuam usando o modelo - por enquanto.

Mudanças maiores estão em curso. A *Five Year Forward View* (5YFV) [<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>], uma iniciativa que elenca os atuais e os futuros desafios enfrentados pelo NHS, detalhando o que é necessário fazer para superá-los até 2019, tem acompanhado a formação de dois modelos de atenção primária modificados de maneira radical, denominados *Multi-Specialty Community Providers* (MCPs) [Profissionais Multiespecialistas em Saúde Comunitária] e *Primary and Acute Care Systems* (PACS) [Sistemas de Atenção Primária e Aguda].¹ No primeiro, as federações de Médicos de Família (MFs) [<http://www.southwarwickshiregps.nhs.uk/what-is-a-gp-federation/>] formarão organizações comunitárias únicas, somando forças com a atenção à saúde mental e em serviço social, maximizando o montante de atenção ambulatorial. O modelo alternativo do PACS é uma forma de arranjo vertical na

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
Mark Ashworth é integrante do National Network of Quality in Primary Care Measures and Indicators group (NHSE).

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Como citar: Ashworth M, Gulliford M. Financiamento para medicina de família na próxima década: vida após o QOF. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-6. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1575](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1575)

“Artigo traduzido do BJGP, publicado pela RBMFC”

Fonte original: Ashworth M, Gulliford M. Funding for general practice in the next decade: life after QOF. Br J Gen Pract, 67(654):4-5, January 2017. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp17X688477>

qual a atenção primária ou a secundária assume o comando na vinculação de serviços hospitalares com serviços comunitários e de saúde mental. É provável que ambos os “novos modelos de atenção” tenham implicações fundamentais em financiamento para os MFs. Igualmente abrangente é a restrição feita pela 5YFV sobre o Ministério da Saúde, assegurando que, no futuro, apenas arranjos alinhados com a prestação dos objetivos da 5YFV sejam apoiados.

Em Manchester, o ‘Devo Manc’ [<http://www.gmhsc.org.uk/assets/GM-Strategic-Plan-Summary.pdf>], um plano projetado e implementado por organizações do NHS e autoridades locais na grande Manchester, noroeste da Inglaterra, em conjunto com o governo do Reino Unido para assumir as despesas e os cuidados em saúde e serviço social na região metropolitana, tornou-se o primeiro exemplo nacional de uma autoridade local assumindo controle de seu próprio orçamento para saúde e serviço social. A perspectiva era alcançar ‘o maior e mais rápido aperfeiçoamento para a saúde e o bem-estar do povo de Manchester’.² Em abril de 2016, 12 *clinical commissioning groups* (CCGs) [grupos de autorização de procedimentos clínicos] e 15 consórcios de fundações ou fundos reuniram-se para prestar atendimento à saúde. Na prática, é provável que este modelo de delegação assegure um maior poder de decisão às autoridades locais na contratação de serviços de MFs. Novamente, as implicações do financiamento para os MFs não estão claras neste estágio, mas é provável que sejam substanciais.

Enquanto isto, na Escócia, as mudanças envolvem o completo desmantelamento do QOF. A partir de abril de 2016, a Escócia adotou um enfoque denominado ‘qualidade baseada em valores’, representando um distanciamento do ‘pagamento por desempenho’. Ao invés disto, será esperado que os MFs promovam melhoria da qualidade, continuidade da atenção, avaliação crítica do raciocínio clínico, desenvolvimento de liderança, habilidades de generalista, sendo todos estes valores intimamente alinhados com profissionalismo.³ O que não está tão claro é como isto será refletido em financiamento futuro, embora, por enquanto, o financiamento da medicina de família seja baseado no financiamento histórico dos atendimentos, calculando uma média dos três anos anteriores. Igualmente pouco claros são os detalhes de monitoramento e responsabilização pelo alcance de metas clínicas e de saúde pública que já estavam acordadas.

A importância da avaliação

Estão ocorrendo três experimentos naturais e cada um precisa ser cuidadosamente avaliado a partir da perspectiva da atenção primária antes que soluções não testadas sejam impostas em uma escala ampliada. Foram planejadas avaliações detalhadas da experiência escocesa pós-QOF, dos assim chamados ‘sítios de vanguarda’ implementando modelos de atenção PACS e MCP na Inglaterra e do Devo Manc. Estas avaliações serão vitais se quisermos evitar alguns dos erros que acompanharam a introdução do QOF em 2004. Uma crítica inicial era que tinha sido imposto sem que tivesse sido submetido a qualquer estudo-piloto. As avaliações do QOF, agora em seu 13^o ano, vêm oferecendo uma maior compreensão do que funciona e do que não funciona.

¹ N. T.: *Quality and Outcomes Framework* (QOF) é um bônus anual e um programa de incentivo para o médico de família ao conseguir atingir resultados. Quando estes resultados representam aumento da qualidade do atendimento, os profissionais são recompensados financeiramente.

Lições aprendidas com o QOF

Atualmente o QOF consiste de 77 indicadores, representando uma mescla de metas clínicas e em saúde pública. As metas organizacionais referentes à experiência do paciente e ao local de atendimento foram removidas nos últimos anos.

Durante vários anos, o QOF foi aclamado como o impulso para melhoria da qualidade em atenção primária. A avaliação formal não conseguiu corroborar esta impressão, especialmente quando foi descoberto que muitas das mudanças antecederam a introdução do QOF. A conclusão final, mais comedida, parece ser que resultou em mudanças modestas em indicadores de processo, pode ter contribuído para alguns desfechos relacionados ao paciente que sejam clinicamente úteis, mas fez pouca ou nenhuma diferença significativa para a mortalidade geral.⁴

O QOF teve êxito em melhorar a imagem da medicina baseada em evidência e reorientou o foco da atenção primária para o manejo de condições de longa duração (CLD) pela atenção primária. Para alguns médicos, os 'lembretes do QOF' eram uma intrusão irritante na intimidade da consulta. Para outros, funcionavam apenas como tal: lembretes úteis de alguns dos requisitos clínicos fundamentais para monitoramento de condições de saúde de longa duração e oferta de um auxílio à memória que era útil para atendimento do paciente. Pareceria perverso se o abandono do QOF resultasse no desaparecimento de todos os lembretes para consulta.

Uma acusação contra o QOF é que se desviava da atenção centrada no paciente. Ao invés disto, poderia ser encarado como promotor de um modelo estreito de atenção orientado por diretriz. Desde sua concepção, o QOF continha uma cláusula referente ao 'relato de exceção', o que assegurava que alguns pacientes poderiam ser dispensados do alcance da meta se fossem considerados inapropriados, de difícil engajamento ou em 'terapia máxima tolerada'. No entanto, muitos consideravam que o 'relato de exceção' enfraquecia as metas do QOF em saúde pública e, possivelmente, seria suscetível a fraudes. Por outro lado, a regulação estrita do 'relato de exceção' dava a aparência de refrear a escolha do paciente. Versões iniciais do QOF incluíam medidas de 'experiência do paciente'. Consequências indesejadas finalmente levaram ao seu abandono quando ficou claro que as clínicas em áreas carentes e etnicamente mistas tinham dificuldade para alcançar altos escores de experiência do paciente, penalizando financeiramente as clínicas em áreas com as maiores necessidades em saúde.

Desigualdades em saúde

No seu auge, o NHS deveria ser um dos sistemas com mais equidade, sendo gratuito no local de atendimento com acesso universal. À primeira vista, o QOF parecia estar associado a reduções em desigualdades, particularmente para clínicas de baixo desempenho em áreas carentes.⁵ Achados de pesquisa posteriores demonstraram que as metas clínicas podem limitar o alcance da equidade devido a poucos esforços para exceder as metas pré-definidas, falta de incentivo para atingir metas em pacientes de difícil acesso (como os sem-teto ou aqueles com transtornos mentais graves), e, em contrapartida, metas alcançadas com maior rapidez em pacientes e populações menos carentes.⁶

O relato de exceção¹¹ pode contribuir para a atenção centrada no paciente, porém há evidências de que as 'exceções' são aplicadas de modo desigual, sendo mais provável que seja aplicado a pacientes com multimorbidade, diminuindo o potencial do QOF de contribuir para reduções em desigualdades na saúde.⁷ A multimorbidade tornou-se um aspecto central na atenção primária, está fortemente presente na 5YFV e ainda é pouco abordada pela resposta atual de incentivar metas referentes a condições únicas, o que pode promover o sobretratamento e a polifarmácia em pacientes idosos frágeis com multimorbidade.

Metade da lacuna na expectativa de vida entre os quintis mais elevados e mais baixos é atribuível ao tabagismo.⁸ Atualmente o QOF incentiva o registro da situação de tabagismo e 'uma oferta de apoio e tratamento' para todos os fumantes, com incentivos adicionais para pacientes com condições de saúde de longa duração. Não houve estímulo a um enfoque mais vigoroso que incluísse a oferta de clínicas de cessação do tabagismo para pacientes com as maiores necessidades de saúde (por exemplo, pacientes com DPOC, insuficiência cardíaca ou esquizofrenia).

O QOF incentivava uma abordagem populacional à prevenção primária e secundária, particularmente da doença cardiovascular, com o grande potencial de aumentar o alcance de intervenções comprovadas em atenção à saúde, resultando tanto em redução da desigualdade como em avanços em saúde pública. Sempre pareceu anômalo que outras intervenções em atenção à saúde oferecidas pelo NHS como imunizações, diversos tipos de rastreamento, avaliação periódica de saúde em indivíduos assintomáticos e redução de danos pelo consumo de álcool, para mencionar apenas algumas, não estivessem incluídas em um sistema mais holístico de métrica da qualidade.

Necessidade de mais financiamento

A resposta simples à pergunta referente ao financiamento da medicina de família na próxima década é que ela precisa de mais recursos financeiros. O financiamento está em uma espiral descendente desde os maravilhosos dias de uma década atrás, quando o QOF foi implementado. O financiamento do NHS foi redistribuído, tendo diminuído a parcela alocada para a atenção primária; nos 8 anos após 2005/2006, houve uma queda de 6% nos gastos em termos reais em atenção primária.⁹ Isto ocorreu em um cenário de mudança demográfica substancial, maior demanda de pacientes e mudança do atendimento hospitalar para a comunidade, sendo que todos estes fatores desafiam a atenção primária. Independente da nova proposta de sistema de saúde que está sendo planejada para a atenção primária, é provável que esteja fadado ao fracasso, a menos que sejam acompanhados de financiamento adequado.

Uma força de trabalho de Médicos de Família assalariados

A defesa de uma força de trabalho assalariada e de alternativas ao assalariamento para associados de clínicas de MFs vem se fortalecendo. A contratação formal de MFs pode se tornar um componente integral de diversos modelos novos de atenção, inclusive os novos esquemas MCP/PACS, sendo os contratos mantidos por CCGs, consórcios ou autoridades locais. Com isto, é provável que os antigos incentivos de pagamento por desempenho irão operar de maneira diferente se uma minoria da força de trabalho for

¹¹ N. T.: O QOF *exception report* aplica-se quando o serviço de saúde não atinge os indicadores clínicos esperados em função do não comparecimento do paciente ou quando a medicação não pode ser prescrita devido a contraindicação ou efeito colateral (<http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB02057/qual-outc-fram-exce-rep-09-10-apx.pdf>).

composta por contratados autônomos independentes. No seu lugar, é provável que surjam maneiras mais empresariais de remuneração por desempenho, em troca de prestação de serviços alinhados com as prioridades organizacionais, dos pacientes e de saúde pública do novo empregador. A incerteza em relação ao emprego tem seu preço. Até que haja maior clareza ou concordância com medidas provisórias, como incentivo ao adiamento da aposentadoria, a falta de uma estrutura de carreira e de cláusulas empregatícias claras pode constituir um obstáculo ao recrutamento de MFs.

Financiamento da Medicina de Família

Então, onde nos encontramos? Precisamos de um sistema promotor da qualidade que conserve alguns dos pontos fortes do QOF e que apoie a gestão de alguns de nossos pacientes com multimorbidades mais desafiadoras. Deve ser explicitamente centrado no paciente e almejar reduzir as desigualdades em saúde negligenciadas pelo QOF. O novo sistema deveria funcionar tanto com uma força de trabalho autônoma como assalariada. Também precisa ser baseada em evidências e aprender com os três experimentos atuais ocorrendo na Escócia, em Manchester e nos esquemas *English Vanguard* [www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/11/new_care_models.pdf]. A retórica em torno do fim da era do QOF tem sido muito positiva, porém a vinculação proposta em um novo contrato de médicos de família envolvendo recompensas financeiras e reduções em internações hospitalares por condições agudas pode ser um retrocesso. As evidências atuais são de que a atenção integrada^{III} na comunidade não reduz significativamente as internações por condições agudas.¹⁰ O futuro financiamento deveria ser vinculado com maior clareza com aqueles aspectos da atenção primária que demonstraram ser mais eficazes.

Referências

1. NHS England. Five year forward view. 2014. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf> (accessed 5 Dec 2016).
2. King's Fund. Briefing. Devolution: what it means for health and social care in England. https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/devolution-briefing-nov15.pdf (accessed 5 Dec 2016).
3. RCGP Scotland. Setting the strategy for quality in Scotland's general practices. 2016. <http://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/RCGP-Faculties-and-Devolved-Nations/Scotland/RCGP-Scotland/Setting-the-Strategy-for-Quality-for-Scotlands-general-practices--Final.ashx?la=en> (accessed 5 Dec 2016).
4. Ryan A, Krinsky S, Kontopantelis E, Doran T. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. *Lancet* 2016; 388(10041): 268-274.
5. Ashworth M, Medina J, Morgan M. Effect of social deprivation on blood pressure monitoring and control in England: a survey of data from the 'quality and outcomes framework'. *BMJ* 2008; 337: a2030.
6. Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D. Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. *Lancet* 2008; 372(9640): 728-736.
7. Roland M. Should doctors be able to exclude patients from pay-for-performance schemes? *BMJ Qual Saf* 2015; DOI:10.1136/bmjqs-2015-005003.
8. Leon D. Trends in European life expectancy: a salutary view. *Int J Epidemiol* 2011; 40(2): 271-277.
9. Appleby J. Is general practice in trouble? *BMJ* 2014; 349: g6814.
10. Wallace E, Smith SM, Fahey T, Roland M. Reducing emergency admissions through community based interventions. *BMJ* 2016; 352:h6817.

^{III} Conforme o WHO European Office for Integrated Health Care Services, *Integrated care* é "um conceito que reúne insumos, prestação, gestão e organização de serviços relacionados a diagnóstico, tratamento, atenção, reabilitação e promoção de saúde. A integração é um meio para aprimorar os serviços em relação a acesso, qualidade, satisfação do usuário e eficiência." (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525335/pdf/ijic2001-200121.pdf>).

Comentários

Refletindo sobre a realidade acima apresentada, gostaríamos de desencadear junto aos leitores as reflexões que seguem.

O *Quality and Outcomes Framework* é um bônus anual e um programa de incentivo ao médico de família ao conseguir atingir resultados. No Brasil, o PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) seria uma estratégia semelhante a esta? Qual seria sua efetividade?

A Escócia, por sua vez, está desenvolvendo uma nova estratégia, denominada 'qualidade baseada em valores'. Você acha esta discussão apropriada para o contexto brasileiro?

Finalmente, a atenção integrada (*integrated care*) não reduziu a internação por problemas agudos no Reino Unido. Quais as justificativas que você considera mais relevantes para que isto tenha ocorrido naquele contexto e como deve ocorrer no Brasil?

Airton Tetelbom Stein - Médico de Família e Comunidade, Doutor em Clínica Médica, Professor da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Coordenador do Núcleo e Avaliação de Tecnologias do Grupo Hospitalar Conceição (NATS/GHC) e Docente Permanente do Mestrado Profissional Avaliação e Produção de Tecnologias em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (AT SUS GHC)

Ananyr Porto Fajardo - Odontóloga, Doutora em Educação, Coordenadora Adjunta e Docente Permanente do Mestrado Profissional Avaliação e Produção de Tecnologias em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (AT SUS GHC), Tradutora Inglês/Português

^a Reader in Primary Care, Department of Primary Care and Public Health Sciences, King's College London. London. mark.ashworth@kcl.ac.uk (*Autor correspondente*)

^b Professor of Public Health, Department of Primary Care and Public Health Sciences, King's College London. London. martin@naotem.com.br