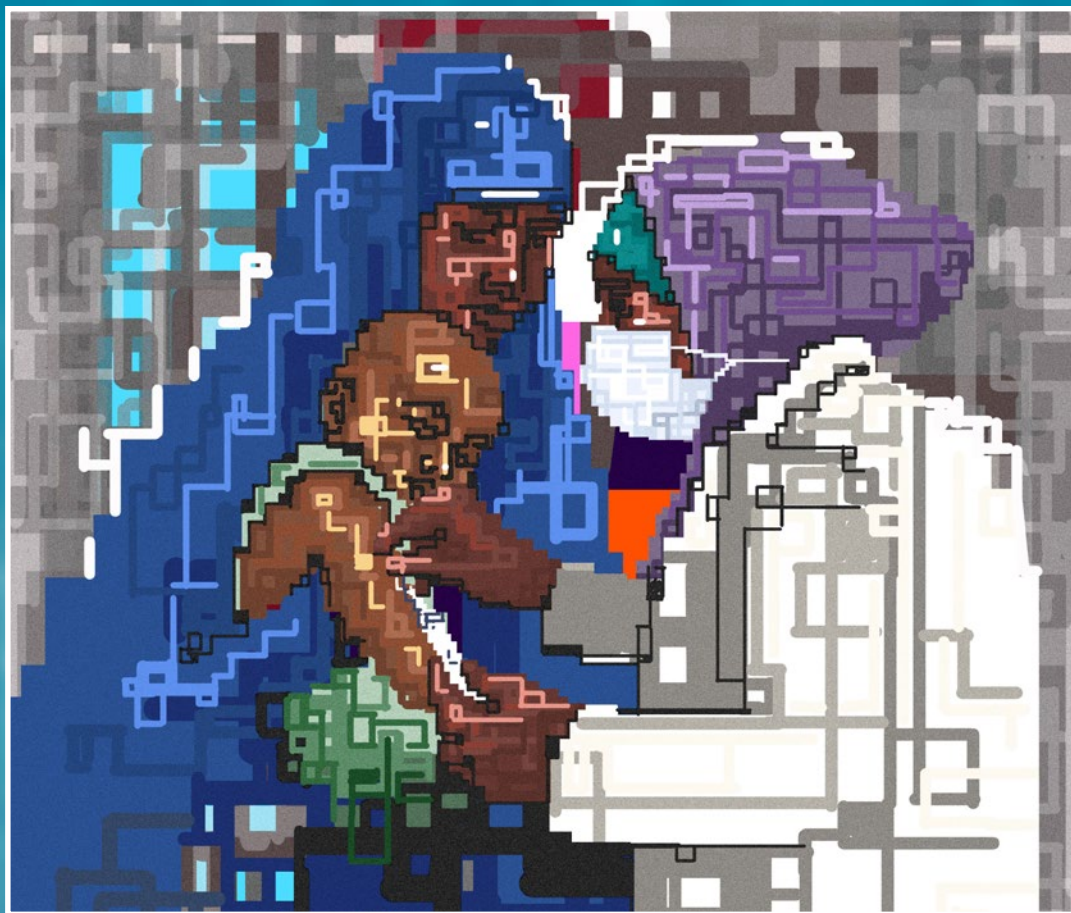


Melhorar a Cobertura Efectiva na Saúde

Os Incentivos Financeiros Funcionam?



Damien de Walque, Eeshani Kandpal, Adam Wagstaff

Jed Friedman, Sven Neelsen, Moritz Piatti-Fünfkirchen,
Anja Sautmann, Gil Shapira e Ellen Van de Poel



Visão Geral

MELHORAR A COBERTURA EFECTIVA NA SAÚDE: OS INCENTIVOS FINANCEIROS FUNCIONAM?

Damien de Walque, Eeshani Kandpal, Adam Wagstaff

Jed Friedman, Sven Neelsen, Moritz Piatti-Fünfkirchen,
Anja Sautmann, Gil Shapira e Ellen Van de Poel

Relatório sobre Investigação de Políticas



GRUPO BANCO MUNDIAL

Este folheto contém a Visão Geral, do *Improving Effective Coverage in Health: Do Financial Incentives Work?* (doi: 10.1596/978-1-4648-1825-7) A versão em PDF de todo o livro está disponível em <https://openknowledge.worldbank.org/> e <http://documents.worldbank.org/>, e exemplares impressos podem ser adquiridos em <http://Amazon.com>. Favor usar a versão final do livro para fins de citação, reprodução e adaptação.

© 2024 Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento/Banco Mundial
1818 H Street NW, Washington DC 20433
Telefone: 202-473-1000; Internet: www.worldbank.org

Alguns direitos reservados

Este trabalho foi publicado originalmente em inglês pelo Banco Mundial como *Improving Effective Coverage in Health: Do Financial Incentives Work?* em 2022. Em caso de discrepâncias, predomina o idioma original.

Este trabalho foi produzido pelo pessoal do Banco Mundial com contribuições externas. As apurações, interpretações e conclusões expressas neste trabalho não refletem necessariamente a opinião do Banco Mundial, de sua Diretoria Executiva nem dos governos dos países que representam. O Banco Mundial não garante a exatidão dos dados apresentados neste trabalho. As fronteiras, cores, denominações e outras informações apresentadas em qualquer mapa deste trabalho não indicam nenhum julgamento do Banco Mundial sobre a situação legal de qualquer território, nem o endosso ou a aceitação de tais fronteiras.

Nada aqui constitui ou pode ser considerado como constituindo uma limitação ou dispensa de privilégios e imunidades do Banco Mundial, os quais são especificamente reservados.

Direitos e permissões



Este trabalho está disponível na licença da Creative Commons Attribution 3.0 IGO (CC BY 3.0 IGO) <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0> IGO. Nos termos da licença Creative Commons Attribution, o usuário pode copiar, distribuir, transmitir e adaptar este trabalho, inclusive para fins comerciais, nas seguintes condições:

Atribuição — Favor citar o trabalho como segue: de Walque, Damien, Eeshani Kandpal, Adam Wagstaff, Jed Friedman, Sven Neelsen, Moritz Piatti-Fünfkirchen, Anja Sautmann, Gil Shapira e Ellen Van de Poel. 2024. “Melhorar a Cobertura Efectiva na Saúde: Os Incentivos Financeiros Funcionam?” Visão Geral. Relatório sobre Investigação de Políticas. Banco Mundial, Washington, DC. Licença: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO

Tradução — Se o usuário traduzir este trabalho, favor acrescentar o seguinte termo de isenção de responsabilidade juntamente com a atribuição: *Esta tradução não foi feita pelo Banco Mundial e não deve ser considerada tradução oficial do Banco Mundial. O Banco Mundial não se responsabiliza pelo conteúdo nem por qualquer erro da tradução.*

Adaptações — Se o usuário criar uma adaptação deste trabalho, favor acrescentar o seguinte termo de isenção de responsabilidade juntamente com a atribuição: *Esta é uma adaptação de um trabalho original do Banco Mundial. Pontos de vista e opiniões expressos na adaptação são de inteira responsabilidade do autor ou autores da adaptação e não são endossados pelo Banco Mundial.*

Conteúdo de terceiros — O Banco Mundial não é necessariamente proprietário de todos os componentes do conteúdo incluído no trabalho. Portanto, o Banco Mundial não garante que o uso de qualquer componente individual de terceiros ou parte do conteúdo do trabalho não infrinja direitos de terceiros. O risco de reivindicações resultantes de tal violação recai inteiramente sobre o usuário. Se o usuário desejar reutilizar um componente do trabalho, recairá sobre ele a responsabilidade de determinar se é necessária permissão para tal reutilização, bem como obter a referida permissão junto ao proprietário dos direitos autorais. Exemplos de componentes podem incluir, embora não de forma exclusiva, tabelas, figuras ou imagens.

Todas as consultas sobre direitos e licenças devem ser endereçadas a World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA; e-mail: pubrights@worldbank.org.

Imagem da capa: © Uchenna Ohagwu. Utilizada com a autorização de Uchenna Ohagwu. Necessária autorização adicional para a sua reutilização.

Índice

Prefácio v

Agradecimentos ix

Sobre os Autores xi

Siglas xv

Visão Geral 1

Linhas gerais do relatório	2
Introdução	3
Por que cobertura efectiva?	6
Foco regional e temático do relatório	8
Financiamento baseado no desempenho	9
Entender os constrangimentos à uma cobertura efectiva	12
Principais constatações relativamente a incentivos financeiros na prestação de cuidados de saúde primários em países de baixa renda	17
Financiamento baseado no desempenho e desafios importantes da procura e da oferta	21
Perspectivas: Investigação e implicações operacionais	28
Nota	31
Referências	31

Caixa

O.1 Em Foco: Itens de acção para as equipas de trabalho que participam na reforma do financiamento da saúde	24
---	----

Figuras

O.1	Contornos da cobertura efectiva nos cuidados pré-natais	8
O.2	Situação dos sistemas de saúde centralizados em países de baixa renda	11
O.3	Existência de medicamentos e consumíveis, de equipamento e de outros materiais para a prestação de cuidados pré-natais	14
O.4	Lacunas entre o saber e as competências na prestação de cuidados pré-natais	15
O.5	Fornecimento de cuidados desnecessários na prestação de cuidados pré-natais em cinco países da África Subariana	16
O.6	Impactos do financiamento com base no desempenho na capacidade física das instalações nos Camarões e Nigéria	18
O.7	Impactos do financiamento baseado no desempenho na capacidade não utilizada – ou as lacunas entre o saber e as competências – nos Camarões e Nigéria	19
O.8	Comparação do impacto combinado do financiamento com base no desempenho e o financiamento incondicional das instalações em cinco países da África Subariana (Camarões, Nigéria, Ruanda, Zâmbia e Zimbabué)	22
O.9	Impactos de PBF, cartões e transferências monetárias condicionais na utilização dos serviços de cuidados maternos e infantis. Resultados de uma meta-análise	23

Prefácio

Os países registaram anos de progresso significativo em termos de melhoria do acesso aos serviços de saúde. Contudo, permanecem lacunas importantes no acesso equitativo aos cuidados de saúde de alta qualidade devido aos sistemas de cuidados de saúde primários frágeis. E agora, a pandemia de COVID-19 (coronavírus) colocou em risco décadas de progresso. A questão que todos nós enfrentamos actualmente é como recuperar as conquistas da pré-pandemia e, ao mesmo tempo, acelerar a equidade e o progresso com vista a maiores impactos e melhor saúde para todos.

Foram implementados incentivos financeiros, ou financiamento com base no desempenho, destinados às instalações de saúde e trabalhadores da saúde da linha da frente, em muitos países, em meados dos anos 2000, como uma abordagem inovadora para combater o desafio dos fracos resultados da saúde em economias de baixa renda. Foi um desvio considerável de anteriores modelos de financiamento que tinham pouca ligação aos produtos e resultados obtidos. Os projectos de financiamento com base no desempenho (PBF) incluíam esse tipo de incentivos financeiros bem como outras reformas críticas relacionadas com a transparência e a responsabilização. Além disso, estes projectos foram acompanhados de um amplo portfólio de avaliações do impacto financiadas pelo Fundo Fiduciário para a Inovação nos Resultados de Saúde do Banco Mundial.

Estes programas e, na realidade, este relatório, não teriam sido possíveis sem a colaboração multidisciplinar única entre os governos clientes e os funcionários operacionais e de investigação do Banco Mundial, que cobriu cerca de 40 países durante 15 anos, movida pelo desejo de não apenas informar os programas dos países com evidências rigorosas, mas também de contribuir para o diálogo global sobre melhoria dos sistemas de saúde. *Melhorar a Cobertura Efectiva na Saúde: Os Incentivos*

Financeiros Funcionam? explora o investimento substancial em conhecimento e evidências nesta área crítica para examinar os resultados do PBF. Embora centrado em países de baixos rendimentos e em serviços primários, o âmbito dos estudos é notável. Os maiores programas aqui estudados, tais como os da Argentina, Camarões, Nigéria, Tajiquistão, Ruanda e Zimbabué, abrangiam, cada um deles, milhões de agregados familiares. O relatório organiza este trabalho e acrescenta análise adicional para fornecer uma avaliação das evidências especificamente em termos da remuneração com base no desempenho e também dos resultados mais amplos dos projectos de PBF.

Deste relatório resultam constatações relevantes e de alto nível. O relatório documenta que os projectos de PBF produziram ganhos nos resultados da saúde relativamente ao *status quo*, muito embora estes ganhos não sejam, necessariamente, resultado dos incentivos financeiros específicos e associadas às componentes de monitorização dos projectos. Quanto à transparência, responsabilização e resultados produzidos pelo financiamento directo de instalações da linha da frente, as evidências não revelam benefícios adicionais que superem os custos da remuneração baseada no desempenho aos trabalhadores da linha da frente. Especificamente, muitos dos aspectos das melhorias nos cuidados de qualidade estão fora do controlo dos trabalhadores da saúde. Nestas circunstâncias, uma reforma impactante do financiamento da saúde podia significar um afastamento do financiamento com base no desempenho, mantendo, no entanto, outros aspectos importantes dos projectos de PBF que produzem resultados semelhantes. O relatório também se debruça sobre o lado da procura, destacando que as transferências monetárias e os vouchers podem ser parte da solução para uma cobertura mais efectiva em situações de baixa procura.

As mensagens operacionais e de políticas neste relatório são convincentes, conforme se pormenoriza no capítulo final. As instalações de saúde podem obter melhores resultados quando têm autonomia orçamental, flexibilidade e sistemas de financiamentos unificados e quando os orçamentos das instalações de saúde são orientados para os resultados e para os impactos, mesmo sem um financiamento baseado no desempenho de forma explícita. Nos contextos em que o momento seja adequado para o financiamento com base no desempenho, podem utilizar-se tecnologias emergentes para reduzir os custos de execução da implementação e monitorização.

Apesar da análise feita neste relatório se basear em evidências anteriores à crise de COVID-19, as constatações são mais importantes do que nunca, quando o mundo embarca na recuperação e tem uma oportunidade única de repensar a forma como os países criam os sistemas de saúde, os financiam e prestam serviços com o objectivo de saúde para todos.

Carmen M. Reinhart
*Vice-Presidente Sênior
de Economia do Desenvolvimento
e Economista Chefe
Banco Mundial*

Mamta Murthi
*Vice-Presidente
Desenvolvimento Humano
Banco Mundial*

Março de 2022

Agradecimentos

Este relatório foi elaborado sob a liderança de Adam Wagstaff, que era o gestor da Equipa de Desenvolvimento Humano do Grupo de Investigação do Desenvolvimento quando morreu, com 61 anos de idade, em 10 de Maio de 2020. Adam dispensa apresentação como uma das figuras mais representativas do mundo em matéria de reforma do financiamento da saúde e do sistema de saúde.

Nas sessões de planeamento deste relatório, defendeu a ideia de uma atitude franca e factual sobre a difícil tarefa de conceber uma reforma do financiamento da saúde que seja sustentável e escalável. Estava particularmente interessado em documentar os impactos dessa reforma na qualidade dos cuidados prestados e na equidade. Adam orientou o foco deste relatório para a cobertura efectiva. Ao mesmo tempo que nos desafiava intelectualmente, Adam advogava também a necessidade de uma comunicação clara desta investigação e a tradução de constatações analíticas em itens de acção, que os decisores políticos possam consultar quando desenvolvem programas de financiamento da saúde. A sua curiosidade intelectual e rigor levaram a equipa a fazer perguntas relevantes em termos de políticas e a responder-lhes em função das evidências, sem se esquivar a admitir aquilo que não sabemos.

Estamos gratos pela oportunidade de ter conhecido Adam, de ter trabalhado com ele e de ter aprendido com ele. Sentindo profundamente a sua falta, recordamos o seu carinho, o seu sentido de humor e espírito colegial que nos inspiraram e motivaram ao longo do processo de trabalho neste relatório. Na sua ausência, esforçamo-nos por elaborar um relatório que o fizesse sentir feliz por nele ter o seu nome.

Este relatório foi elaborado por uma equipa chefiada por Damien de Walque, Eeshani Kandpal e Adam Wagstaff, com Jed Friedman, Sven Neelsen, Moritz Piatti-Fünfkirchen, Anja Sautmann, Gil Shapira e Ellen Van de Poel.

A equipa agradece imenso a Francisca Ayodeji Akala, Harold Alderman, Paulin Basinga, Sebastian Bauhoff, Kathleen Beegle, Mickey Chopra,

Mariam Claeson, Jishnu Das, Asli Demirgüç-Kunt, Shantayanan Devarajan, Tania Dmytraczenko, David Evans, Francisco Ferreira, Deon Filmer, Guenther Fink, Emanuela Galasso, Roberta Gatti, John Giles, Amanda Glassman, Michele Gagnolati, Stuti Khemani, Aart Kraay, Joe Kutzin, Ken Leonard, Magnus Lindelow, Benjamin Loevinsohn, Bruno Meessen, Manoj Mohanan, Mamta Murthi, Ayodeji Oluwole Odutolu, Berk Özler, Elina Pradhan, Carmen Reinhart, Daniel Rogger, Norbert Schady, Mahvish Shaukat, Gaston Sorgho, Juan Pablo Uribe, Petra Vergeer, Christel Vermeersch, Monique Vledder, David Wilson, Sophie Witter, Michael Woolcock e Feng Zhao pelos seus comentários em várias fases desta obra. Fozia Aman, Salome Drouard, Pablo Amor Fernandez, Diwakar Kishore, Sneha Lamba, Carolina Lopez, Mayra Saenz e Jeanette Walldorf prestaram uma excelente assistência na investigação. Agradecemos reconhecidos o apoio dos seguintes fundos fiduciários geridos pelo Banco Mundial: Fundo Fiduciário para a Inovação nos Resultados da Saúde; Financiamento Mundial para Mulheres, Crianças e Adolescentes; e o Programa do Conhecimento para a Mudança.

Sobre os Autores

Autores principais

Damien de Walque é um economista principal no Grupo de Investigação do Desenvolvimento (Equipa de Desenvolvimento Humano) no Banco Mundial. Os seus interesses na investigação incluem saúde e educação e as interações entre elas. O trabalho actual de de Walque está centrado na avaliação do impacto dos incentivos financeiros nos resultados da saúde e educação. Está a trabalhar na avaliação do impacto das políticas e intervenções na área de VIH/SIDA em vários países africanos. Relativamente ao lado da oferta de serviços de saúde, gere um considerável portfólio de avaliações de impacto do financiamento baseado em resultados no sector da saúde. Ele também editou um livro sobre comportamentos de risco para a saúde (fumar, drogas, álcool, obesidade e comportamento sexual de risco) nos países em desenvolvimento. Possui um Ph.D. em economia pela Universidade de Chicago.

Eeshani Kandpal é uma economista sénior do Grupo de Investigação do Desenvolvimento (Equipa de Pobreza e Desigualdade) no Banco Mundial. A sua investigação analisa dois tipos de incentivos financeiros: (1) transferências monetárias para as famílias pobres e (2) contratos de remuneração baseados no desempenho para os trabalhadores e instalações de saúde, com vista a melhorar a prestação de cuidados de saúde primários. Está particularmente interessada no desenho de elementos, como de mecanismos de fixação de objectivos para as transferências monetárias e regimes de fixação do preço óptimo para a prestação de serviços de saúde, bem como dos efeitos secundários provenientes de contratos incompletos ou de métodos de fixação de objectivos incompletos. Kandpal possui um Ph.D. em economia aplicada pela Universidade de Illinois em Urbana-Champaign.

Adam Wagstaff era gestor de investigação no Grupo de Investigação do Desenvolvimento (Equipa de Desenvolvimento Humano) desde 2009 até à sua morte em Maio de 2020. Recebeu um D.Phil. pela Universidade de York; antes de ingressar no Banco Mundial era Professor de Economia na Universidade de Sussex. Foi editor associado do *Journal of Health Economics* durante 20 anos e fez várias publicações sobre uma série de aspectos da área, incluindo financiamento da saúde e reforma dos sistemas de saúde; saúde, equidade e pobreza; valorização da saúde; a procura e a produção da saúde; medição da eficiência; e drogas ilegais e aplicação de legislação contra as drogas. Uma grande parte da sua obra recente foi sobre seguros de saúde, financiamento da saúde, vulnerabilidade e choques da saúde e reforma do pagamento ao prestador. Wagstaff tinha uma imensa experiência relacionada com a China e o Vietname, mas também desenvolveu trabalhos sobre países em África, Ásia Central, Europa, América Latina e Ásia do Sul bem como países na Ásia Oriental. Fora da economia da saúde, também publicou obras sobre medição da eficiência no sector público, medição do poder dos sindicatos, o efeito redistributivo e fontes de progressividade do imposto de rendimento das pessoas singulares e o efeito redistributivo do crescimento económico.

Autores participantes

Jed Friedman é economista principal do Grupo de Investigação do Desenvolvimento (Equipa da Pobreza e Desigualdades) no Banco Mundial. Os seus interesses na investigação incidem sobre a medição do bem-estar e da pobreza assim como a avaliação das políticas sociais e da saúde. O seu trabalho actual inclui a investigação da eficácia das reformas do financiamento da saúde, as conquistas no domínio da nutrição e do desenvolvimento resultantes de programas de investimento na primeira infância e a incorporação de novas abordagens à medição do bem-estar com base em inquéritos. Friedman tem um Ph.D. em economia pela Universidade de Michigan.

Sven Neelsen é economista na Prática Global de Saúde, Nutrição e População do Banco Mundial, onde se dedica especialmente à medição e rastreio do Objectivo de Desenvolvimento Sustentável 3.8 – Cobertura Universal dos Cuidados de Saúde – e participa na avaliação e implementação de reformas do financiamento da saúde em países de baixa e

média rendas. Estudou amplamente os impactos das extensões da cobertura de saúde e dos choques da saúde nos pagamentos directos de actos médicos, cobertura do serviço de saúde e consumo familiar entre os pobres no Peru e na Tailândia. Neelsen tem um Ph.D. em economia pela Universidade Ludwig Maximiliano de Munique.

Moritz Piatti-Fünfkirchen é economista sénior no Banco Mundial, que se ocupa da relação entre gestão das finanças públicas e saúde. Um dos seus interesses é o modo de equilibrar o controlo orçamental com as necessidades de prestação de serviços, tendo elaborado vários trabalhos sobre como utilizar os sistemas de informação da gestão financeira. Actualmente, o seu trabalho incide sobre reformas na região de África, onde dirige vários programas analíticos, incluindo os que incidem sobre o modo de utilizar soluções de tecnologia disruptiva. Antes de entrar para o Banco Mundial, Piatti-Fünfkirchen ocupou o cargo de consultor no Ministério da Saúde em Zanzibar/Tanzânia, tendo prestado apoio ao governo em gestão orçamental e introdução de reformas do financiamento da saúde. Tem um MSC em economia para o desenvolvimento pela Universidade de Oxford e um Mestrado em economia pela Universidade de Aberdeen.

Anja Sautmann é economista dedicada à investigação no Grupo de Investigação do Desenvolvimento (Equipa de Desenvolvimento Humano) do Banco Mundial. O seu trabalho investiga de que modo as famílias e os indivíduos tomam decisões, desde os cuidados de saúde para as crianças até ao consumo diário e casamento, e de que modo os incentivos e o comportamento individual moldam o melhor desenho das políticas. Muito do seu trabalho diz respeito à procura de cuidados de saúde primários no Mali. Antes de entrar para o Banco Mundial, Sautmann foi Professora Assistente na Universidade de Brown (2010–17) e directora de investigação, educação e formação profissional no Laboratório de Acção contra a Pobreza Abdul Latif Jameel no Instituto de Tecnologia de Massachusetts (2017–20). Recebeu um Ph.D. em economia pela Universidade de Nova Iorque e é membro da rede de investigação CESifo.

Gil Shapira é economista no Grupo de Investigação do Desenvolvimento (Equipa de Desenvolvimento Humano) do Banco Mundial. A sua investigação abrange a análise de questões demográficas e de saúde em países em desenvolvimento. O seu trabalho actual inclui a investigação da eficácia das reformas do financiamento da saúde, os impactos indirectos da pandemia

de COVID-19 e os factores impulsionadores e os factores impulsionadores de lacunas e desigualdades na qualidade dos serviços de saúde na África Subsariana. Shapira recebeu o grau de licenciado em economia pela Universidade de Columbia e o Ph.D. em economia pela Universidade de Pensilvânia.

Ellen Van de Poel lidera o programa de trabalho sobre Financiamento da Saúde do Mecanismo de Financiamento Global (GFF). A sua equipa apoia os países no desenvolvimento e execução de estratégias destinadas a aumentar os recursos internos para a saúde e a melhorar a eficiência dos gastos em saúde. Antes de fazer parte do GFF, Van de Poel foi professora associada de economia da saúde na Universidade Erasmo de Roterdão (Países Baixos). Realizou investigação centrada na avaliação de reformas do financiamento da saúde e na medição da equidade na saúde, tendo as suas obras sido publicadas em vários jornais de referência. Obteve um Ph.D. pela Escola Erasmo de Economia.

Siglas

ANC	Cuidados de saúde pré-natal
CCT	Transferências monetárias condicionadas
DFD	Financiamento directo das instalações
DHS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IHME	Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde
IPT	Tratamento preventivo intermitente
ITN	Redes mosquiteiras tratadas com insecticida
LMIC	Países de baixa e média rendas
MCH	Saúde materno-infantil
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBF	Financiamento baseado no desempenho
PNC	Cuidados pós-natais
RBF	Financiamento baseado nos resultados
VIH/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Visão Geral

Mensagens principais

1. Incentivos financeiros ou remuneração pelo desempenho aos trabalhadores e instalações de saúde da linha da frente surgiram como um meio inovador para melhorar a quantidade e a qualidade dos serviços de saúde prestados. Esta abordagem ao financiamento da saúde nasceu da situação frustrante dos fracos resultados da saúde nos países de baixa e média rendas, apesar do aumento da utilização dos serviços.
2. Este relatório apresenta novas evidências e revê a literatura existente para avaliar os resultados decorrentes da introdução desses incentivos financeiros.
 - a. O relatório presta uma especial atenção aos impactos na cobertura efectiva, uma medida que ajusta a simples cobertura dos cuidados de saúde à qualidade dos cuidados prestados.
 - b. Pergunta quais os constrangimentos responsáveis pela fraca qualidade dos cuidados que podem ser resolvidos por incentivos financeiros aos trabalhadores da saúde.
 - c. Pergunta ainda qual foi o impacto desses incentivos, em geral, na utilização e na qualidade dos cuidados.
 - d. Por último, pergunta como é que a oferta destes incentivos se compara a algumas alternativas de políticas importantes: transferências monetárias, vouchers e financiamento directo de instalações da linha da frente.
3. Uma série de estudos rigorosos mostra que projectos de financiamento baseado no desempenho (PBF), que incluem remuneração baseada no desempenho, entre outros aspectos importantes, como reformas da transparência e da responsabilização, resultaram em ganhos de cobertura, mas muito menos, caso existam, melhorias em termos da qualidade dos serviços de saúde prestados.

4. Em comparação às situações habituais, os projectos de PBF apresentam ganhos de magnitude idêntica aos das abordagens de financiamento directo às instalações (DFF), que transferem fundos equivalentes e têm reformas da transparência e da responsabilização como os projectos de PBF, mas não têm incentivos específicos para os trabalhadores da saúde e a monitorização associada.
5. Os fazedores de políticas podem considerar atractivo o PBF por causa da responsabilização que emana da sua associação aos resultados. As reformas DFF devem, portanto, incorporar medidas tais como portais ou painéis que rastreiem o fluxo dos fundos e prestem informações atempadas sobre a qualidade e a eficiência da prestação de cuidados de saúde. Além disso, a remuneração baseada no desempenho ou transferências monetárias para as famílias podem complementar o financiamento de melhorias em indicadores seleccionados.

Linhas gerais do relatório

Melhorar a Cobertura Efectiva na Saúde: Os Incentivos Financeiros Funcionam? está organizado da seguinte forma:

- **Visão Geral** — A Visão Geral fornece um resumo das principais constatações e mensagens do relatório.
- **Capítulo 1: Introdução** — O Capítulo 1 descreve a situação actual da prestação de serviços na saúde materno-infantil, com enfoque no modo como os cuidados de saúde são financiados, com e sem incentivos adicionais, à procura ou à oferta. Introduce também o enigma de um aumento da cobertura crescente, mas com persistentes fracos resultados na saúde, o que motiva a necessidade de se analisar uma cobertura eficaz e os incentivos financeiros para uma cobertura efectiva.
- **Capítulo 2: Cobertura Efectiva: Um enquadramento Estabelecendo a Ligação entre Cobertura e Qualidade** — O Capítulo 2 pretende responder à pergunta “O que é a cobertura efectiva, quais são as suas implicações na eficiência?”
- **Capítulo 3: Qualidade dos Cuidados: Um Enquadramento para a Medição** — O Capítulo 3 centra-se na questão “Como é que a qualidade dos cuidados está relacionada com a cobertura efectiva, como se mede e quais os constrangimentos existentes?”
- **Capítulo 4: Decomposição dos Constrangimentos à Qualidade dos Cuidados, Utilizando Dados sobre Consultas de Cuidados**

Pré-natais de Cinco Países da África Subariana — O Capítulo 4 apresenta novas evidências sobre os constrangimentos à qualidade de cuidados pré-natais.

- **Capítulo 5: O Financiamento Baseado no Desempenho Melhora a Cobertura das Intervenções no domínio da Saúde Reprodutiva, Materna e Infantil** — O Capítulo 5 apresenta evidências, até agora, sobre o impacto do financiamento baseado no desempenho na prestação de serviços, na qualidade dos cuidados, nos recursos humanos e na equidade.
- **Capítulo 6: Políticas Alternativas ao Financiamento Baseado no Desempenho** — O Capítulo 6 faz uma exposição sobre desafios importantes, incluindo incentivos baseados na procura e financiamento directo às instalações de saúde, utilizando uma revisão sistemática e análise agregada. Apresenta um estudo aprofundado do financiamento directo às instalações.
- **Capítulo 7: O Financiamento Baseado no Desempenho como uma Reforma do Sistema de Saúde e uma Evidência Cautelar em matéria de Remuneração baseada no Desempenho e de Cuidados Desnecessários** — O Capítulo 7 descreve o papel do financiamento baseado no desempenho no desenvolvimento de sistemas de saúde: evitar cuidados não indicados e o desperdício de recursos, integrar a medição da qualidade nos sistemas de saúde e medir os impactos mais vastos da reforma do financiamento da saúde.
- **Capítulo 8: Conclusão e Implicações Operacionais** — O Capítulo 8 operacionaliza aspectos principais do financiamento baseado no desempenho, face às evidências apresentadas.

Introdução

Incentivos financeiros ou remuneração baseada no desempenho associam os pagamentos feitos às instalações de saúde e aos trabalhadores com a quantidade e qualidade de serviços prestados. Estes incentivos ao desempenho surgiram no financiamento da saúde como uma consequência de um *status quo* frustrante: os resultados na saúde permaneceram deficientes nos países de baixa e média rendas (LMIC) apesar dos investimentos sustentados na prestação de serviços de saúde e dos aumentos concomitantes na utilização de serviços, ao longo das duas últimas décadas (Eichler and Levine 2009). Os projectos de financiamento baseado no desempenho – que incluem

remuneração baseada no desempenho, entre outras funcionalidades importantes, tais como reforma da gestão do financiamento público, autonomia das instalações de saúde, descentralização, supervisão de apoio às linhas da frente e envolvimento comunitário – atraíram a atenção das agências de desenvolvimento e dos doadores em virtude dos seus elos explícitos com a transparência e a responsabilização. A partir do fim da década de 2000, foram investidos mais de USD 2,5 mil milhões em projectos de PBF na área da prestação de cuidados de saúde primários em países de baixa renda. Este relatório analisa, especificamente, as evidências sobre o impacto da remuneração com base no desempenho e, em termos mais amplos, as evidências relativas aos projectos de PBF, na cobertura, cobertura efectiva, resultados da saúde, bem como na qualidade clínica e das infra-estruturas.

Uma grande parte deste relatório utiliza a cobertura efectiva como uma medida do desempenho. A cobertura efectiva é uma métrica que combina cobertura de saúde simples com conteúdo e qualidade mínimos. Ter em consideração o conteúdo e a qualidade dos cuidados é fundamental para se compreender por que razão o aumento da utilização dos serviços pode não significar melhores resultados da saúde. Embora o conteúdo e a qualidade dos cuidados possam aparentemente estar no locus de controlo das instalações e trabalhadores da saúde da linha da frente – afinal, cabe ao trabalhador da saúde prestar cuidados relevantes em qualquer interacção paciente/prestador – existem outros constrangimentos à qualidade, que não estão sob o controlo da instalação ou do trabalhador.

Para entender as razões que podem tornar inadequados o conteúdo e a qualidade dos cuidados, bem como a utilização da remuneração baseada no desempenho para os melhorar, o relatório analisa os constrangimentos ao conteúdo dos cuidados através de um enquadramento teórico e de uma aplicação empírica para os cuidados pré-natais (ANC) em cinco países da África Subsariana. Este enquadramento decompõe os constrangimentos à qualidade dos cuidados e descreve os vários níveis onde eles se encontram (Ibnat et al. 2019). Estes constrangimentos podem incluir capacidade física inadequada ao nível da instalação de saúde; fraco conhecimento pelo trabalhador da saúde, o que normalmente abrange todo o sistema de saúde, resultante da prática das escolas médicas; e o esforço dos trabalhadores da saúde que é a única componente que está directamente no locus do seu controlo e, portanto, potencialmente receptiva à remuneração com base no desempenho paga ao trabalhador. Por exemplo, num sistema de saúde centralizado em que as instalações de saúde da linha da frente não têm um orçamento de funcionamento adequado – o que é frequentemente a

realidade institucional em muitos países de baixa renda – se uma peça do equipamento se avariar ou se os medicamentos se esgotarem, um trabalhador da saúde pode não conseguir prestar os cuidados necessários, uma vez que lhe falta a infra-estrutura para tal. A remuneração baseada no desempenho pode ser um incentivo para as instalações e trabalhadores da saúde da linha da frente, mas apenas resolve constrangimentos à qualidade nesses níveis. Porém, os dados revelam que as deficiências nas infra-estruturas físicas e a falta de medicamentos e materiais são consideráveis. Por outras palavras, muitos dos constrangimentos à qualidade não estão no locus de controlo da instalação ou do trabalhador da saúde, sugerindo que a remuneração baseada no desempenho pode ter apenas um potencial limitado para melhorar a cobertura, a cobertura efectiva ou a qualidade dos cuidados.

Em seguida, o relatório faz uma análise alargada do impacto da remuneração baseada no desempenho, dos projectos de PBF e, em geral, nos sistemas de saúde de países de alta, baixa e média rendas e apresenta novas evidências de avaliações de impacto concebidas com todo o rigor. As evidências revelam que os projectos de PBF deram origem à conquistas na prestação de serviços de saúde primários, até mesmo em sistemas de saúde centralizados em países de baixos rendimentos. Contudo, levantam-se questões sobre a eficácia e a efectividade comparativa quando os projectos de PBF são combinados com outras intervenções relacionadas com incentivos financeiros à procura e à oferta. No lado da procura, o relatório tem em conta as transferências monetárias condicionadas (CCT) e vouchers, enquanto que pelo lado da oferta, estuda o financiamento directo às instalações (DFF), o qual partilha muitas das funcionalidades dos projectos de PBF no que concerne ao fornecimento de um orçamento de exploração às linhas da frente, bem como autonomia para desembolsar esse orçamento, mas não inclui a remuneração baseada em desempenho.

Os resultados indicam que os incentivos financeiros no lado da procura e no lado da oferta podem aumentar a cobertura. Contudo, estes incentivos geralmente funcionam com limites, enquanto os grandes ganhos em matéria de cobertura efectiva continuam a ser uma meta intangível. A discussão e interpretação destas constatações destacam a importância do contexto institucional. A remuneração com base no desempenho faz sentido em sistemas de saúde descentralizados e de alta qualidade, que já prevêm o financiamento às instalações e a autonomia, bem como a responsabilização e a transparência. Em contraste, o seu potencial pode ser mais reduzido em sistemas de saúde centralizados e com poucos recursos que têm deficiências

graves em vários pontos. O relatório mostra mais à frente que os incentivos à procura e à oferta podem funcionar em situações que se complementem, ao equacionarem constrangimentos diversos. Sublinha o papel de cobertura, conteúdo e qualidade básicos; a resposta do esforço do prestador ao preço; e a complementaridade da tarefa, enquanto determinantes-chave do impacto da remuneração baseada no desempenho em indicadores adquiridos. O relatório também apresenta evidências primárias prudentes de que a remuneração baseada no desempenho pode incentivar a prestação de cuidados inadequados, desnecessários ou irrelevantes. Defende a integração da medição da qualidade e da eficiência dos cuidados de saúde na reforma do sistema de saúde, prestando especial atenção tanto à falta de prestação de cuidados necessários como à prestação de cuidados desnecessários ou irrelevantes, o que pode tornar-se uma dimensão importante da qualidade, à medida que os sistemas de cuidados de saúde amadurecem. Em conjunto, estas constatações podem esclarecer de que forma as equipas de programas e os formuladores de políticas podem combinar de forma proveitosa o financiamento do lado da procura e do lado da oferta e destacam várias perguntas que se devem fazer quando se seleccionam os indicadores para os quais a remuneração com base no desempenho pode ser utilizada. O relatório remata com uma consideração sobre as implicações operacionais destas constatações, em especial no que diz respeito ao desenho de uma reforma sustentável e escalável do financiamento da saúde que visa uma melhoria substancial na cobertura efectiva.

Por que cobertura efectiva?

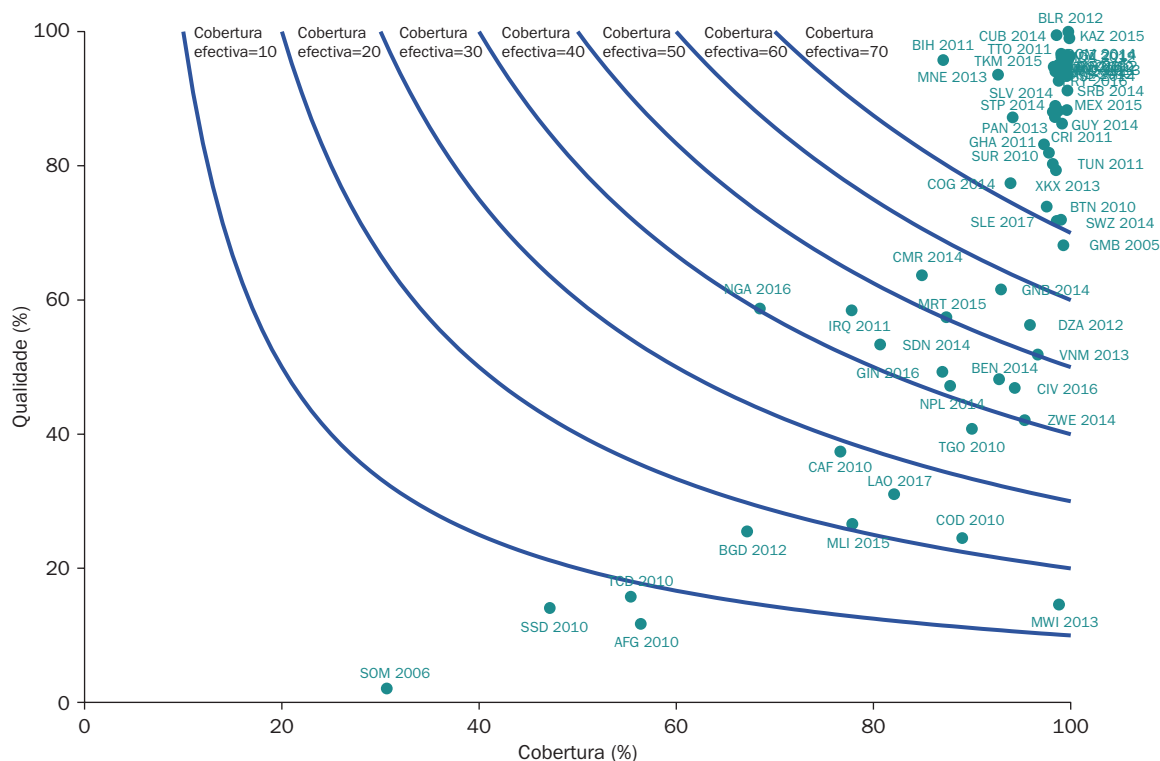
O objectivo último dos esforços de desenvolvimento na saúde é a produção de uma melhor saúde das populações nos LMIC. Esse investimento ainda é extremamente necessário porque, em todo o mundo em desenvolvimento, a cobertura dos serviços de saúde permanece baixa, especialmente entre os pobres, não obstante o progresso feito durante o arranque com vista aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (Wagstaff, Bredenkamp, and Buisman 2014). Por exemplo, o acesso equitativo a cuidados de saúde a preços compatíveis não é uma realidade para as muitas mulheres, homens, crianças e adolescentes no mundo em desenvolvimento, resultando em mais de 6 milhões de mortes por causas evitáveis todos os anos (OMS 2020). Isto aplica-se tanto para os serviços básicos, tais como saúde materna e infantil, como para os serviços que se destinam a prevenir e tratar a ameaça

emergente de doenças não transmissíveis. Na realidade, Kruk et al. (2018) demonstram que a maioria das mortes maternas e neonatais nos LMIC podem ser “geridas,” o que equivale a dizer que poderiam ser evitadas com uma melhoria da qualidade dos cuidados.

Esta avaliação é ainda mais impressionante se, para além dos serviços médicos, for considerada a cobertura efectiva, ou seja, cobertura com serviços efectivos, oferecendo nível mínimo de qualidade e conteúdo. Num enquadramento para cobertura efectiva apresenta-se o modo como este conceito pode ser decomposto no produto de cobertura (aqueles que têm necessidade de obter cuidados) e qualidade (tratamento correcto ou bem-sucedido entre os que estão a receber cuidados). As estimativas de cobertura efectiva e das suas duas componentes para seis condições (gravidez, malária infantil, diarreia infantil, hipertensão, tuberculose e VIH), utilizando dados dos inquéritos às famílias, estabelecem que a cobertura efectiva – e, por extensão, a qualidade dos cuidados – actualmente ainda é extraordinariamente deficiente para muitas das condições de saúde, em vários ambientes. Utilizando o exemplo de ANS, a figura O.1 ilustra a obtenção de uma perspectiva muito diferente, se olharmos para uma cobertura versus uma cobertura efectiva. Mostra os contornos da cobertura efectiva e das suas componentes, cobertura e qualidade de ANC para um amplo conjunto de LMIC, utilizando dados dos Estudos Agrupados de Indicadores Múltiplos. Cada ponto representa um estudo com o nome abreviado do país e o ano do estudo. A cobertura, no eixo horizontal, mede-se como uma percentagem das mulheres que dão à luz e que fizeram, no mínimo, uma visita de ANC. A qualidade é definida como a proporção entre aquelas que realizaram, no mínimo, quatro visitas de ANC, tendo havido, pelo menos uma consulta com um prestador de saúde especializado e às quais, durante as visitas de ANC, foi medida a pressão arterial e foram recolhidas amostras de sangue e de urina. Muitos países estão situados no canto direito superior da figura, indicando alta cobertura e qualidade e, conseqüentemente, cobertura efectiva elevada. Mas existe um outro grupo de países, no lado direito do gráfico, mais em baixo, onde a cobertura é alta mas a qualidade é mais baixa (20%-60%).

As estimativas neste relatório exploram, adicionalmente, se o estrangulamento a uma melhor cobertura efectiva está na cobertura ou na qualidade e se varia com as condições e o país. Utilizando o exemplo do tratamento do VIH, os resultados indicam uma variação substancial de acordo com a riqueza da família e que, embora nas últimas décadas se tenha registado um progresso considerável na cobertura dos pobres – muitas vezes mais do que nos lares mais ricos, mesmo que os níveis continuem muito baixos – graves deficiências de qualidade traduzem-se numa desigualdade acentuada na cobertura efectiva.

Figura 0.1 Contornos da cobertura efectiva nos cuidados pré-natais



Fonte: Banco Mundial, utilizando dados dos Estudos Agrupados de Indicadores Múltiplos (MICS).

Nota: Cobertura: percentagem de mulheres que dão à luz, que tiveram 1+ consulta pré-natal. Qualidade: de todas as que têm cobertura, a percentagem das que tiveram 4+ consultas, 1+ consulta com um prestador especializado, medida a pressão arterial e recolhidas amostras de sangue e urina (tratamento correcto). ISO 3166-1 códigos alfanuméricos com três posições são utilizados para abreviatura dos países (<https://unstats.un.org/wiki/display/comtrade/Country+codes+in+ISO+3166>).

Foco regional e temático do relatório

Tendo em consideração o ónus das doenças nos países de baixa renda e o facto de a maior parte dos cuidados nos LMIC ser prestada ao nível primário, a introdução de incentivos financeiros focalizou-se sobretudo nos trabalhadores da linha da frente – os trabalhadores do nível de cuidados primários – e particularmente nos serviços de cuidados maternos e infantis. Logo, este relatório centra-se nos serviços de cuidados maternos e infantis, com a maior parte das evidências a terem origem na África Subsaariana. Isto porque a evidência sugere que a fraca qualidade, para além do acesso, é o principal constrangimento a melhorias na mortalidade

materna e neonatal, incluindo nos cuidados pré-natais, conforme discutido na figura O.1. Para além da maior parte das mortes maternas e neonatais poderem ser “geridas” com melhorias da qualidade (Kruk et al. 2018), as doenças maternas e infantis estão entre as duas que mais contribuem para o ónus das doenças nos países de baixa renda (IHME 2020). Na verdade, os cinco países da África Subsariana, que são utilizados na análise detalhada deste relatório – Camarões, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Nigéria e República do Congo – contribuem para quase 20% do ónus global da mortalidade materna (Kassebaum et al. 2014). O relatório também analisa e focaliza-se em evidências relevantes de países de altos e médios rendimentos (por exemplo, Argentina, Arménia, Estados Unidos da América, Reino Unido, República do Quirguistão e Tajiquistão) e inclui evidências relativas ao impacto dos incentivos financeiros nos cuidados curativos, bem como na prevenção de doenças não transmissíveis.

Das 26 avaliações de impacto, concluídas ou em curso, de projectos-piloto de saúde PBF financiados pelo Banco Mundial, 19 incidem sobre a prestação de serviços de saúde materna e infantil na África Subsariana (RBFHealth website).¹ Este relatório contempla 22 destes 26 estudos, se bem que em graus variáveis. A análise focaliza-se num subconjunto de oito países, cuja selecção foi motivada pelas necessidades de dados. A análise dos constrangimentos à qualidade dos cuidados exige observações clínicas directas das interacções entre paciente/prestador na prestação de ANC. A maioria das avaliações de impacto não incluem estes dados mas, a análise apresentada neste relatório assenta em cinco que os contêm. Da mesma maneira, a comparação do PBF com o principal contrafactual de política do DFF recorre às avaliações de impacto dos cinco países (Camarões, Nigéria, Ruanda, Zâmbia e Zimbabué) no portfólio de avaliação de impacto que incluía esta alternativa. Assim, a análise e as evidências apresentadas aqui não apenas representam a maior parte das que são responsáveis pelos fracos resultados da saúde, mas também fornecem evidências relevantes para uma série de contextos de países de baixa renda.

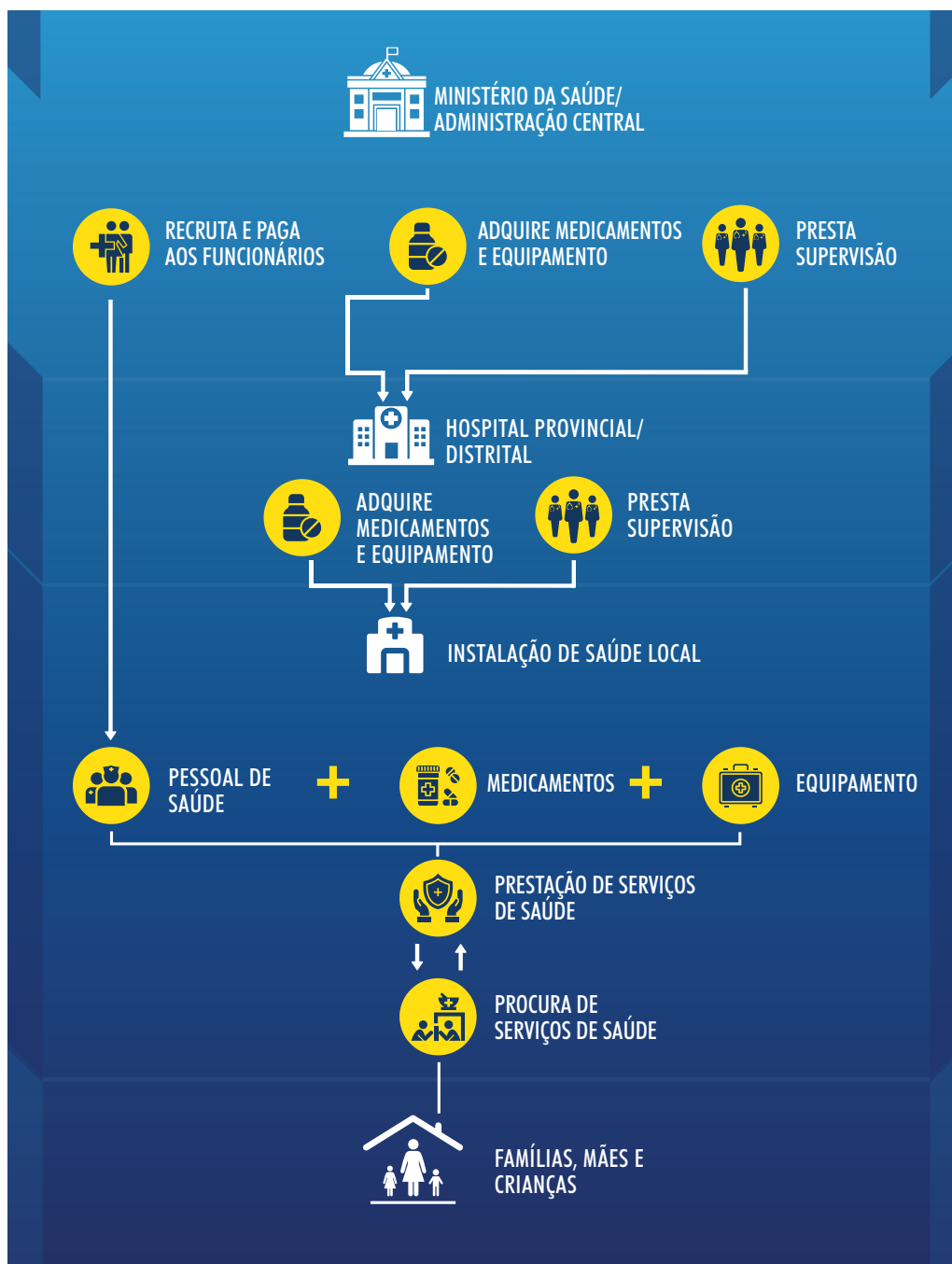
Financiamento baseado no desempenho

Foi proposta e executada uma série de intervenções para responder às questões duplas da baixa qualidade dos cuidados e do acesso inadequado a cuidados de alta qualidade em países de baixa renda. Mas pouco progresso se fez, em

particular em termos de resultados de saúde. Em virtude da frustração com o *status quo* dos ganhos substanciais registados na utilização dos serviços, mas com uma estagnação de um número persistentemente elevado de mortes evitáveis, o financiamento com base no desempenho ganhou cada vez mais importância (Eichler and Levine 2009). Evidências precoces promissoras da eficácia dos incentivos financeiros aos trabalhadores da saúde, na forma de remuneração baseada no desempenho, vieram dos países de alta renda, incluindo os Estados Unidos, Reino Unido e muitos outros países (Doran et al. 2006). Além disso, as evidências precoces sobre o pacote de PBF – financiamento baseado no desempenho combinado com a reforma da gestão das finanças públicas, a autonomia das instalações de saúde, descentralização, supervisão de apoio às linhas da frente e o envolvimento comunitário – de dois países de baixa renda, Burundi e Ruanda, também apresentaram sinais auspiciosos. Doadores e governos ficaram satisfeitos pela transparência, responsabilização e associação aos resultados dos programas de PBF (Fritsche, Soeters, and Meessen 2014), e investimentos significativos fluíram para projectos de PBF em cuidados de saúde primária, com financiamento da Associação Internacional de Desenvolvimento da ordem de USD 2,4 mil milhões (Gergen et al. 2017). De referir que estes fundos dos doadores incluíram igualmente um nível considerável de financiamento para avaliações rigorosas de impacto. Este relatório faz uma retrospectiva e analisa todas as evidências, dependendo fortemente das avaliações de impacto dos projectos-piloto de PBF em países de baixa renda, em especial no que concerne à prestação de cuidados primários de saúde materna e infantil na África Subsariana para avaliar o impacto do de PBF.

O relatório também sublinha a importância do contexto institucional. Muitas das evidências da eficácia do financiamento baseado no desempenho para a melhoria dos serviços e resultados da saúde provêm de países de alta renda. Concretamente, uma grande parte da experiência dos países de alta renda vem da implementação do financiamento baseado no desempenho de indicadores seleccionados, sem intervenções complementares. Os sistemas de saúde em questão já são de alta qualidade, descentralizados, transparentes e dispõem de medidas de responsabilização. Além do mais, todas as instalações de saúde, incluindo as da linha da frente, têm orçamentos de funcionamento e autonomia. Muitas das aplicações da remuneração baseada no desempenho, em contextos de baixa renda, são num tipo diferente de sistema de saúde. A figura O.2 ilustra o caso do sistema modal de saúde num contexto de baixa renda. Tipicamente, estes sistemas são centralizados, sem oferecer um orçamento de funcionamento para as

Figura 0.2 Situação dos sistemas de saúde centralizados em países de baixa renda



Fonte: Banco Mundial.

instalações de saúde da linha da frente e sem autonomia quanto à gestão das instalações, dotação de pessoal ou aquisição de equipamento, medicamentos ou materiais. O relatório faz recurso às evidências das avaliações de impacto, que analisaram a efectividade dos projectos PBF, que incluem financiamento baseado no desempenho e um conjunto de outras reformas na área da autonomia, transparência e responsabilização. Como tal, é difícil fazer uma comparação individual das intervenções com financiamento baseado no desempenho em países de alta renda, com os resultados de estudos dos projectos PBF.

Entender os constrangimentos à uma cobertura efectiva

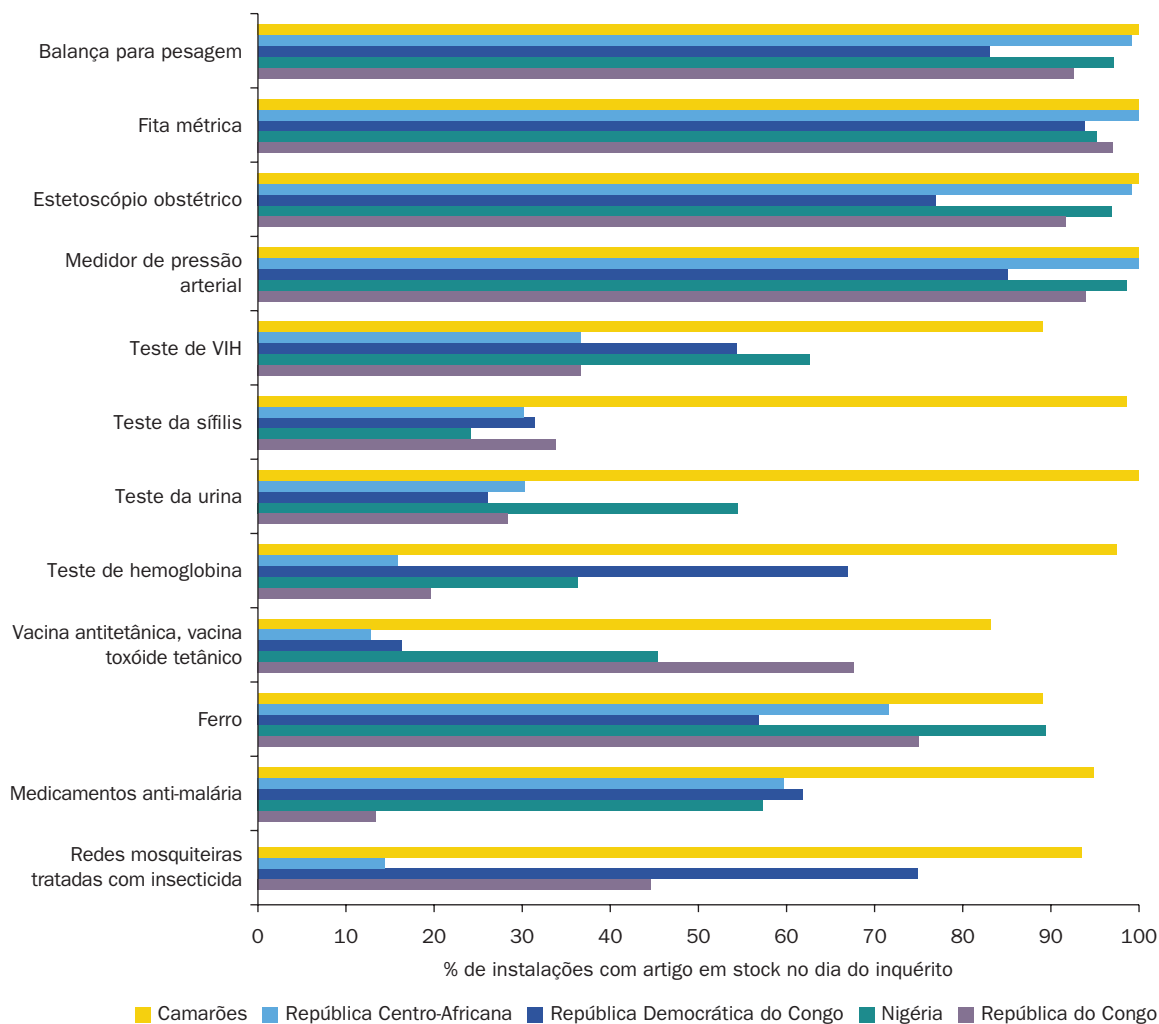
Há bastantes evidências que sugerem que a qualidade dos cuidados em muitos países LMIC é baixa, em especial para a população pobre (Kruk et al. 2018). Os incentivos com base no desempenho partem do princípio que as instalações ou prestadores conseguem responder aos incentivos relacionados com a qualidade, melhorando a qualidade. Compreender por que razão a cobertura efectiva está desfasada em relação à cobertura exige que se entenda por que motivo a taxa de tratamento relevante não é de 100%. Como este relatório mostra, as baixas taxas de cobertura efectiva podem ser fruto de uma variedade de razões, e nem todas elas estão sob o controlo das instalações de saúde ou dos trabalhadores de saúde. As taxas de utilização dos serviços ainda podem ser baixas, às vezes, nos países de baixa renda, especialmente em matéria de cuidados preventivos (Mills 2014). Acresce que as condições de saúde são muitas vezes mal diagnosticadas, podendo o tratamento correcto ou as intervenções adequadas nem sempre serem prescritas ou implementadas (Das, Hammer, and Leonard 2008). Por outras palavras, mesmo quando há acesso aos cuidados, a qualidade dos cuidados recebidos pode ser fraca, levando assim a um desfasamento entre cobertura e cobertura efectiva.

A questão central para se entender se os incentivos financeiros, tais como remuneração baseada no desempenho, iriam melhorar significativamente a qualidade – e, conseqüentemente, aumentar a cobertura efectiva – é de se saber onde se encontram os vários constrangimentos à qualidade e o grau em que cada constrangimento influencia. Por exemplo, as instalações de saúde e os trabalhadores podem não conseguir alterar os constrangimentos do lado da procura, conduzindo a uma subutilização dos serviços. Do lado

da oferta, a baixa cobertura efectiva pode ser resultado de (1) pessoal com formação deficiente, que não sabe como tratar um doente, uma questão que é tratada a montante do sistema, nas escolas médicas e através de treino profissional; (2) falta de capacidade física, como equipamento essencial, medicamentos ou materiais, cuja solução não está no locus de controlo do trabalhador de saúde individual – na realidade, em sistemas centralizados, isto pode nem sequer estar sob o controlo das instalações de saúde da linha da frente; (3) ausência de esforço da parte dos prestadores, mesmo que estes tenham todos os conhecimentos necessários e capacidade física (Ibnat et al. 2019); ou (4) o tratamento diferente administrado aos pacientes em função da sua situação socioeconómica (Fink, Kandpal, and Shapira 2021). Como esta decomposição dos constrangimentos à qualidade demonstra, apenas o esforço e, talvez, algumas das lacunas decorrentes da capacidade física estão sob controlo dos trabalhadores da saúde ou das instalações de saúde. Contudo, grande parte do baixo desempenho não encontra explicação nestes dois factores e, portanto, é pouco provável que seja resolvida com o financiamento baseado no desempenho ou até mesmo com programas PBF mais vastos.

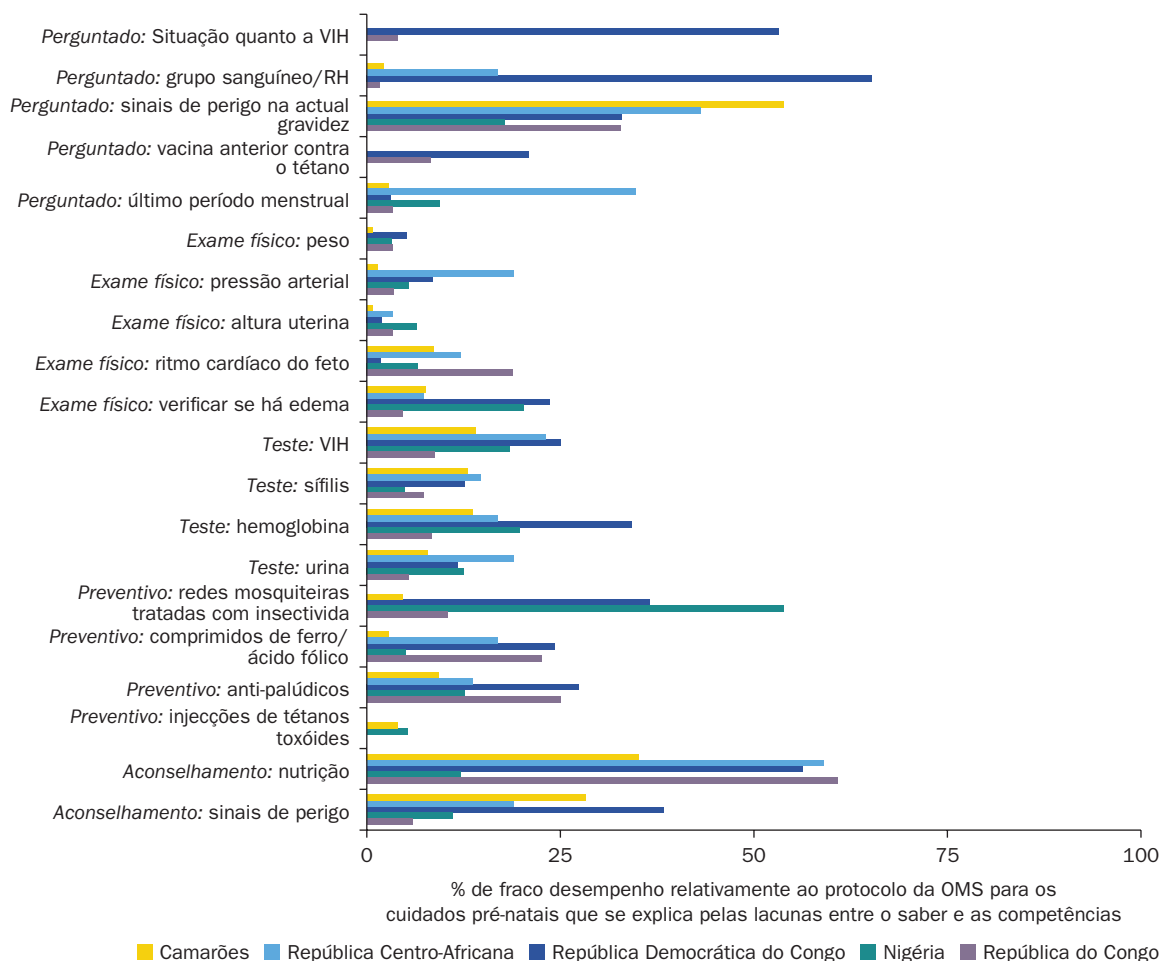
O relatório ilustra e quantifica as dimensões relativas dos diferentes constrangimentos à qualidade e, conseqüentemente, os limites do impacto potencial de uma intervenção de incentivos financeiros aos trabalhadores e instalações de saúde da linha da frente, utilizando uma aplicação empírica do modelo de três lacunas à um conjunto de dados, relativos a cinco países de consultas de ANC na África Subariana. O relatório encontra evidências de constrangimentos em vários domínios, começando com as infra-estruturas. Como se indica na figura O.3, apesar de décadas de investimentos em infra-estruturas, a fraca qualidade estrutural é generalizada. As instalações em alguns países estão melhor aprovisionadas do que noutros, mas em todos os países observados, as instalações que deveriam prestar cuidados maternos nem sempre têm a infra-estrutura e o equipamento básicos para o efeito, com uma disponibilidade particularmente insuficiente de kits de teste para o diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis e consumíveis, como por exemplo, injeções de toxóide tetânico. Muitas das acções associadas – por exemplo, dar uma injeção de toxóide tetânico à uma mulher gávida ou fazer-lhe o teste de VIH – estão claramente interligadas com os resultados da saúde materna ou neonatal (Carroli, Rooney, and Villar 2001). Estas lacunas existentes representam, portanto, carências significativas que limitam a capacidade das instalações de saúde para prestarem ANC de alta qualidade.

Figura 0.3 Existência de medicamentos e consumíveis, de equipamento e de outros materiais para a prestação de cuidados pré-natais



Fonte: Banco Mundial.

Para além das lacunas ao nível das infra-estruturas, o relatório documenta um fraco desempenho quando comparado com o protocolo internacional. Em particular, constata que o fraco desempenho é generalizado. Conforme se apresenta na figura O.4, em todos os cinco países, os trabalhadores da saúde têm um desempenho de apenas 50% a 60% do protocolo essencial da Organização Mundial da Saúde relativamente aos cuidados de saúde pré-natais. Para avaliar os níveis de capacidade não utilizada, os níveis de desempenho observados são associados à capacidade estrutural e aos conhecimentos dos trabalhadores da

Figura 0.4 Lacunas entre o saber e as competências na prestação de cuidados pré-natais

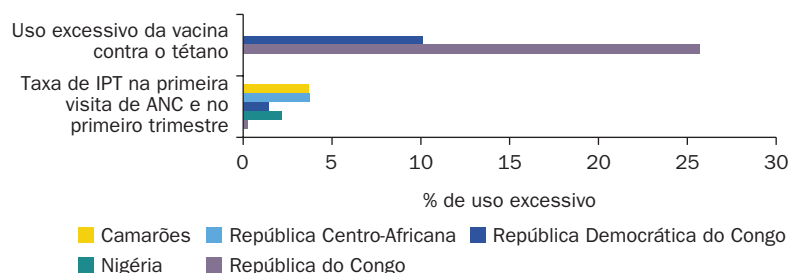
Fonte: Banco Mundial.

Nota: OMS = Organização Mundial da Saúde.

saúde. As conclusões revelam que até um terço de todos os casos de fraco desempenho pode ser atribuído à capacidade não utilizada; ou seja, um terço das vezes, os trabalhadores da saúde possuem todos os conhecimentos e equipamentos para prestar uma certa componente de ANC, mas mesmo assim, não o fazem. O relatório também documenta uma variação considerável entre e dentro dos países (e entre e dentro das instalações) em termos dessa capacidade não utilizada, sugerindo que, mesmo no país com o nível global de cuidados mais baixo (República Democrática do Congo), algumas mulheres recebem ANC cuja qualidade é comparável à dos cuidados prestados no país com o nível de cuidados mais elevado (Camarões).

Como indicado na figura O.5, a fraca qualidade dos cuidados, na forma de afastamentos do protocolo, não só implica um tratamento insuficiente, como também pode incluir um tratamento inadequado ou irrelevante. De uma forma geral, as taxas de tratamento excessivo são baixas mas podem chegar a atingir os 25%. Esta conclusão é surpreendente porque a medição dos cuidados preventivos não é sequer orientada para captar o tratamento excessivo e, uma grande parte do tratamento excessivo nos LMIC pode assumir a forma de utilização de medicação irrelevante (Kwan et al. 2019; Lopez, Sautmann, and Schaner 2022), que não é medida nos dados. Na realidade, só existem duas medidas sólidas do tratamento inadequado ou irrelevante nos ANC – o fornecimento de vacinas antitetânicas durante a gravidez sem verificar se a mulher já recebeu uma vacina contra o tétano, e a aplicação demasiado precoce de tratamento profiláctico da malária que não apenas é desnecessário mas também pode ser prejudicial ao desenvolvimento do feto (Peters et al. 2007; Hernández-Díaz et al. 2000). Contudo, a prestação de cuidados desnecessários ou irrelevantes está presente em ambas as medidas em todos os contextos estudados. Embora a maioria das evidências sobre tratamentos irrelevantes se focalize nos cuidados curativos e não preventivos, esta constatação causa preocupação no que diz respeito ao tratamento inadequado e à sua avaliação mais cuidadosa. Por último, a conclusão destaca que os baixos esforços por parte dos prestadores resultam tanto em sub-tratamento, como em tratamento irrelevante ou inadequado, por vezes concomitantes.

Figura 0.5 Fornecimento de cuidados desnecessários na prestação de cuidados pré-natais em cinco países da África Subariana



Fonte: Banco Mundial.

Nota: O uso excessivo da vacina toxóide tetânico define-se como a aplicação desta vacina sem olhar para a documentação com vista a verificar se a mulher já a recebeu para esta gravidez. IPT refere-se ao início do tratamento profiláctico da malária, utilizando uma prescrição de sulfadoxina-pirimetamina. As orientações gerais recomendam o tratamento profiláctico da malária, com início no segundo trimestre da gravidez. O uso excessivo de IPT define-se como a aplicação deste tratamento na primeira visita de cuidados pré-natais durante o seu primeiro trimestre. ANC = cuidados de saúde pré-natais.

Os resultados sugerem ainda que o pouco esforço por parte dos prestadores não se explica facilmente por características como o nível da instalação, idade do prestador, grau ou experiência ou mesmo características do paciente, como a idade e a instrução, que podem ser hipoteticamente consideradas como factores que afectam o desempenho do prestador. Esses esforços insuficientes podem explicar até um terço de todos os casos de baixo desempenho relativamente ao protocolo para os ANC, sugerindo que a “mera” eliminação dos constrangimentos estruturais e de conhecimentos não será suficiente para melhorar a qualidade dos cuidados. O relatório analisa igualmente evidências que mostram a presença de desníveis acentuados entre qualidade e riqueza, o que indica que os pacientes mais ricos recebem cuidados de saúde de melhor qualidade, até na mesma instalação de saúde. Contudo, as evidências também sugerem que, condicionada à qualidade dos cuidados, os pacientes mais ricos pagam mais do que os mais pobres. No seu conjunto, estas constatações destacam a necessidade de intervenções que melhorem a capacidade física das instalações, solucionem as grandes lacunas na formação médica e reforcem o esforço dos trabalhadores da saúde (seja com a concessão de incentivos financeiros ou de outros meios).

Principais constatações relativamente a incentivos financeiros na prestação de cuidados de saúde primários em países de baixa renda

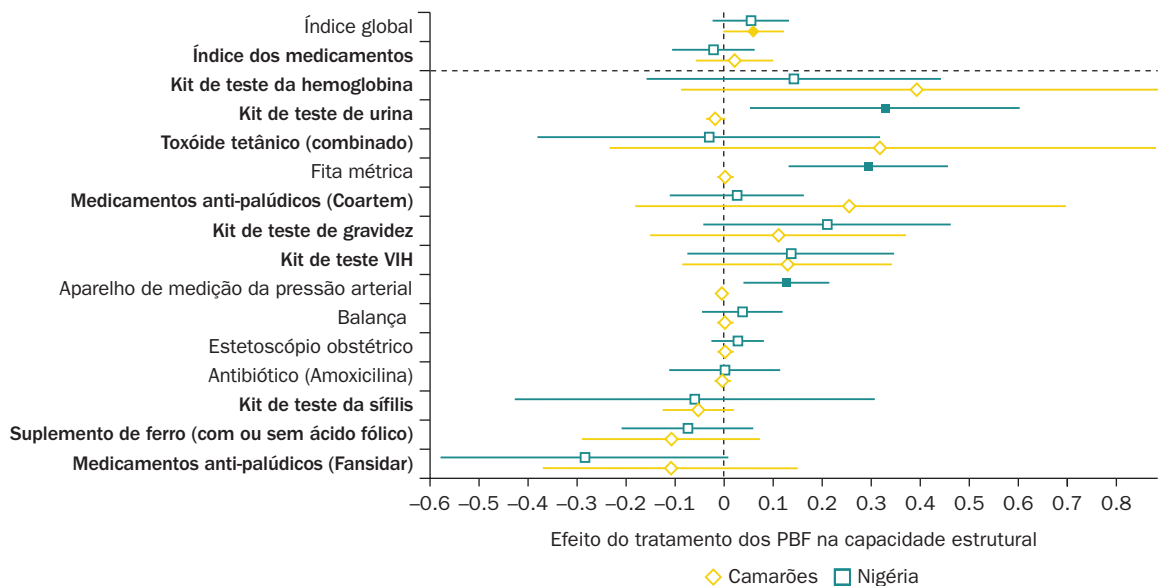
A maior parte do mundo, especialmente os países de alto e média rendas, está em fase de abandonar a compensação aos prestadores de saúde do sector público com incentivos de baixo poder, tais como salários e orçamentos fixos para as instalações, e de adoptar incentivos mais poderosos, envolvendo uma combinação de salários/orçamentos e de bónus, bem como de fundos a nível da instalação, associados ao desempenho. Um exemplo concreto proveniente da Nigéria ilustra o modo como estas intervenções funcionam: incluindo financiamento directo e incentivos aos trabalhadores da saúde, uma instalação poderia receber USD 12 por cada parto institucional; USD 1,20 por uma visita de ANC; e USD 0,80 por cada criança inteiramente vacinada. Para além do financiamento baseado no desempenho, um projecto PBF incluiria a transferência directa dos orçamentos de funcionamento para as instalações e a concessão de autonomia quanto ao uso destes fundos, a par de exigências de reporte sobre o uso de fundos para fins de transparência e de responsabilização e, em certos casos, fiscalização comunitária destinada à promoção da saúde e maior

utilização dos serviços. É claro que estes projectos funcionam quando complementados com um sistema existente de financiamento baseado sobretudo nos factores de produção. A força do incentivo depende, assim, do nível do financiamento de base, o que pode ser um motor importante do impacto do programa mas que os dados limitados impediram de quantificar.

O relatório começa com uma análise rápida do desenho e das características das abordagens financiamento baseado no desempenho na saúde – com base, em grande medida, na experiência dos países de alta renda, sublinhando o potencial da remuneração baseada no desempenho para melhorar o esforço dos trabalhadores. Em seguida, analisa as evidências relativas aos projectos PBF. As constatações revelam que, na maior parte dos contextos, os projectos PBF resultaram em algumas melhorias em termos de cobertura. Frequentemente, trata-se de partos em instituições mas, as conclusões sugerem que o aspecto do financiamento baseado no desempenho não é provavelmente a força motora dessa melhoria.

Como se mostra na figura O.6, alguns dos maiores impactos dos projectos PBF, estudados neste relatório, registam-se na qualidade

Figura 0.6 Impactos do financiamento com base no desempenho na capacidade física das instalações nos Camarões e Nigéria

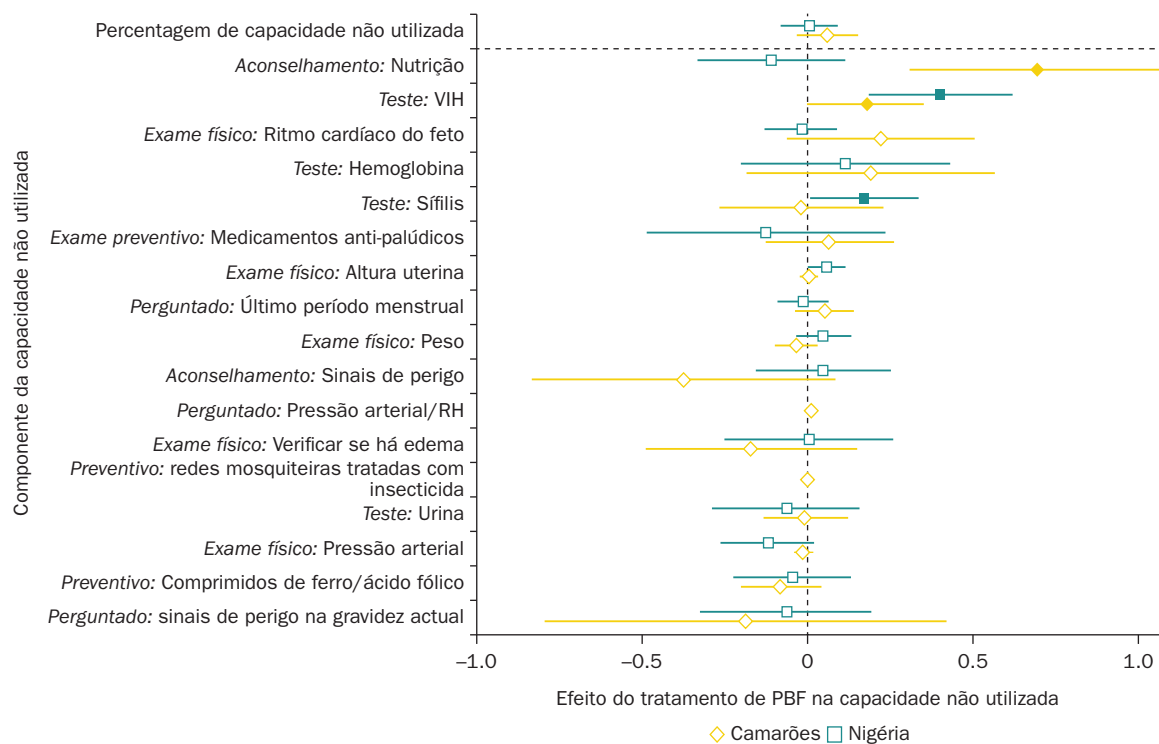


Fontes: Banco Mundial, com base em Khanna et al. 2021 e em de Walque et al. 2021.

Nota: Os marcadores acima da linha tracejada dizem respeito a índices sumários; os que estão abaixo da linha representam as componentes individuais desses índices. Os marcadores sólidos indicam estimativas estatisticamente significativas ($p < .05$); os marcadores que estão em aberto indicam estimativas imprecisas. "Bigodes" em torno dos marcadores representam intervalos de confiança de 95%. As componentes do índice dos medicamentos estão em negrito no eixo y dos PBF. PBF = financiamento com base no desempenho.

estrutural, o que significa a qualidade das infra-estruturas e equipamento das instalações, aspectos que o financiamento baseado no desempenho provavelmente não iria afectar. Em consonância com o debate sobre os vários constrangimentos à qualidade, o relatório mostra que os projectos PBF produzem impactos menores na maioria dos aspectos da capacidade não utilizada, sugerindo que estes projectos podem ter pouca influência na melhoria da qualidade clínica dos cuidados, para além de melhorias na qualidade estrutural (figura O.7). A figura O.7 mostra, no entanto, que os impactos dos PBF na capacidade não utilizada são positivos. Por outras palavras, os PBF aumentam algumas dimensões da capacidade não utilizada – o que significa que os prestadores respondem aos projectos PBF, deixando de fora aspectos adicionais dos cuidados que eles poderiam desempenhar. Porém, alguns dos programas PBF anteriores, estudados

Figura 0.7 Impactos do financiamento baseado no desempenho na capacidade não utilizada – ou as lacunas entre o saber e as competências – nos Camarões e Nigéria



Fontes: Banco Mundial, com base em Khanna et al. 2021 e de Walque et al. 2021.

Nota: Os marcadores acima da linha tracejada indicam um efeito resumido. Os marcadores sólidos indicam estimativas estatisticamente significativas ($p < .05$); os marcadores que estão em aberto indicam estimativas imprecisas. “Bigodes” em torno dos marcadores representam intervalos de confiança de 95%. PBF = financiamento com base no desempenho.

neste relatório, apenas incentivaram a qualidade estrutural e não a qualidade clínica ou do processo, enquanto os últimos programas-piloto promoviam todas as dimensões da qualidade. O relatório destaca um programa de uma “geração mais recente” (na caixa 6.1, no capítulo 6), executado pela República do Quirguistão, que utilizou modelos anatómicos para treinar e fornecer supervisão de apoio à prestação correcta de cuidados maternos e neonatais de elevado impacto. A avaliação deste piloto constatou, na verdade, que esta forma de treino pode aumentar consideravelmente a qualidade clínica.

Não obstante, o facto de os impactos relativamente maiores de muitos projectos PBF serem na qualidade estrutural e não na capacidade não utilizada pode indicar que a remuneração com base no desempenho dos projectos PBF não é um factor determinante de quaisquer ganhos registados em projectos PBF. Mesmo no exemplo da República do Quirguistão, os impactos da capacitação na qualidade aparecem numa área onde não foi prestada qualquer remuneração baseada no desempenho mas, apenas, a formação profissional. Esta conclusão, por seu turno, põe em causa a relação custo/eficácia desta abordagem particular de incentivo financeiro com vista a melhorar a saúde. O relatório encontra também evidências mistas, mas limitadas, de impactos na equidade, com os projectos PBF a reduzirem a disparidade na qualidade dos cuidados recebidos pelas mulheres ricas e pelas mulheres pobres em determinados casos, mas aumentando-a noutros.

Além do mais, deverá questionar-se se o financiamento baseado no desempenho funciona como incentivo financeiro. As evidências da Argentina e Nigéria sugerem que o financiamento baseado no desempenho funciona, sobretudo, para assinalar a importância dos serviços que estão a ser adquiridos. Isto, por seu turno, implica que possa haver margem para melhorar a relação custo/eficácia dos projectos de PBF, caso haja outras formas de aumentar o esforço mediante a sinalização da sua importância em vez da concessão de incentivos financeiros elevados que exigem também a verificação de terceiros. Esses custos de verificação de terceiros podem aumentar significativamente os custos globais do programa – até cerca de um terço de todos os custos administrativos em uma estimativa (Zeng et al. 2021), mas estes podem ser consideravelmente reduzidos se se recorrer aos algoritmos baseados em riscos (Grover, Bauhoff, and Friedman 2019).

O relatório lança um aviso contra o financiamento por desempenho e alerta sobre o alto custo a que o sistema pode conduzir e os aumentos em cuidados inadequados ou tratamento excessivo em resposta a incentivos

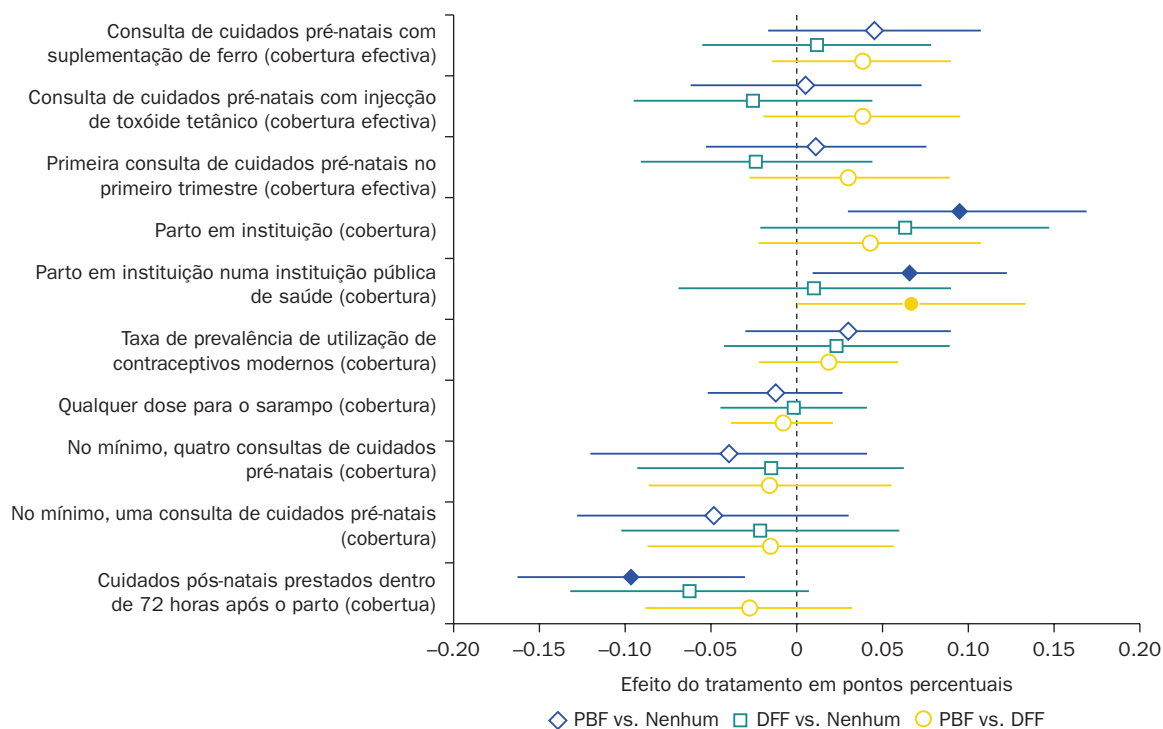
pecuniários mal equilibrados. Relata evidências primárias, que são limitadas em natureza devido aos desafios dos dados, de que uma tal resposta à financiamento com base no desempenho pode ocorrer também em sistemas de saúde de países de baixa renda. Para além do potencial dano para os pacientes ou, no mínimo, para o desejo de se evitar tratamentos desnecessários, a prestação de tratamentos desnecessários também está relacionada com a sustentabilidade.

Financiamento baseado no desempenho e desafios importantes da procura e da oferta

A literatura existente e este relatório produzem algumas evidências de ganhos na cobertura e na qualidade estrutural a partir da introdução dos projectos PBF mas, levam-nos a questionar o impacto do aspecto do financiamento baseado no desempenho destes projectos. Esta conclusão vai mais longe e faz a comparação entre projectos PBF e DFF. A grande diferença entre projectos PBF e projectos DFF é especificamente a componente do financiamento baseado no desempenho; ambos partilham outras características, incluindo a reforma da gestão das finanças públicas, autonomia das instalações de saúde, descentralização, supervisão de apoio às linhas da frente e o envolvimento comunitário. O DFF transfere fundos equivalentes ao da componente de remuneração dos projectos PBF mas sem um mecanismo de condicionalidade.

Utilizando dados harmonizados de cinco países – Camarões, Nigéria, Zâmbia, Zimbabué e o piloto anterior no Ruanda – que testou uma abordagem DFF (de Walque et al. 2021; Khanna et al. 2021; Friedman, Das, and Mutasa 2017; Friedman et al. 2016; Basinga et al. 2011) – o relatório conclui que, frequentemente, os projectos PBF e DFF representam melhorias notáveis relativamente ao “continuar tudo como habitualmente”, permitindo avançar com a desejada transformação dos sistemas de saúde. No entanto, como se mostra na figura O.8, com excepção dos partos em instituições, os projectos PBF não conduzem a ganhos incrementais face aos projectos DFF, até mesmo quando o elemento DFF desembolsou substancialmente menos do que o pacote global PBF. Trata-se de evidências adicionais que sugerem que a remuneração baseada no desempenho pode produzir resultados insignificantes ou limitados, em oposição aos outros aspectos dos projectos PBF e questionam o racional dos incentivos financeiros, sob a forma de remuneração baseada no desempenho, nos

Figura 0.8 Comparação do impacto combinado do financiamento com base no desempenho e o financiamento incondicional das instalações em cinco países da África Subariana (Camarões, Nigéria, Ruanda, Zâmbia e Zimbabué)



Fontes: Banco Mundial, com base em de Walque et al. 2022.

Nota: Os marcadores contínuos indicam estimativas estatisticamente significativas ($p < .05$); os marcadores em aberto indicam estimativas imprecisas. "Bigodes" em torno dos marcadores representam intervalos de confiança de 95%. DFF = financiamento directo às instalações; PBF = financiamento baseado no desempenho.

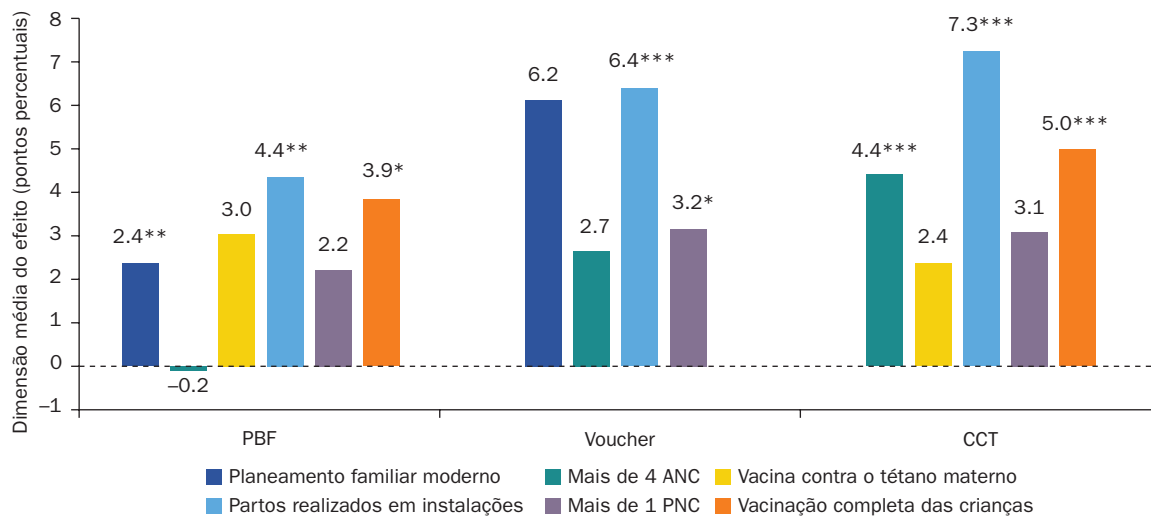
projectos PBF. O relatório analisa várias razões que podem explicar por que motivo os partos em instituições podem responder melhor às intervenções do PBF do que às DFF, fazendo inclusivamente a avaliação das diferenças no desenho do programa e da importância relativa do preço pago face à importância da própria tarefa.

Uma alternativa aos incentivos financeiros para os trabalhadores da saúde é a concessão desses incentivos pelo lado da procura, tais como programas CCT, que estão presentes em 64 países, e cartões que dão aos beneficiários acesso livre ou subsidiado aos serviços de saúde e pelos quais os prestadores são reembolsados na base de uma taxa por serviço. A obra de Neelsen et al. (2021) realiza uma análise sistemática e uma meta-análise, comparando estudos de resultados da saúde decorrentes de projectos de

PBF, programas de cartões e CCT. Com as ressalvas necessárias inerentes à metodologia da meta-análise, os resultados apresentados na figura O.9 sugerem que os incentivos financeiros, em média, melhoram os indicadores de prestação de serviços maternos e infantis mas que as dimensões médias dos efeitos são modestas, situando-se entre 2 e 7 pontos. Os projectos PBF (que concedem incentivos assim como muitas outras funcionalidades) têm um efeito médio positivo significativo no uso de planeamento familiar moderno, instalações para partos, vacinação de tétano materno e das crianças, mas não nas consultas de cuidados pré ou pós-natal.

A comparação entre os incentivos à oferta e os incentivos à procura mostra que os efeitos médios são idênticos, em dimensão e em importância, nos projectos de PBF, cartões e CCT. Apenas no que diz respeito às visitas para ANC existe uma diferença estatisticamente significativa entre as dimensões do efeito nestes tipos de intervenções, sendo as CCT bastante mais eficazes do que os projectos de PBF e cartões. A semelhança geral das dimensões dos efeitos sublinha a necessidade de uma análise custo/benefício uma vez que cada uma destas três abordagens de incentivos financeiros apresenta custos diferentes de execução. A análise de custo e de custo/eficácia dos programas de PBF é

Figura 0.9 Impactos de PBF, cartões e transferências monetárias condicionais na utilização dos serviços de cuidados maternos e infantis. Resultados de uma meta-análise



Fonte: Neelsen et al. 2021.

Nota: ANC = cuidados de saúde pré-natais; CCT = transferências monetárias condicionais; PBF = financiamento baseado no desempenho; PNC = cuidados pós-natais.

*** $p < .01$, ** $p < .05$, * $p < 0.1$.

embrionário (consultar Zeng et al. (2018) e Shepard et al. (2020) para ver exemplos) e existem muito poucos estudos de custos comparativos. Contudo, a escolha de temas específicos – sejam utilizados individualmente ou em combinação – deveria ser, em primeiro lugar e acima de tudo, determinada pela natureza do obstáculo à utilização e à prestação dos serviços (um tema tratado na caixa O.1). Uma CCT não teria impacto se não houvesse uma instalação de saúde, e um programa de PBF não produziria impacto se os pacientes não tivessem dinheiro para adquirir cuidados numa instalação de saúde.

Caixa 0.1 Em Foco: Itens de acção para as equipas de trabalho que participam na reforma do financiamento da saúde

Este relatório apresenta evidências que mostram que se podem conseguir melhorias significativas no desempenho do sistema de saúde quando se concede autonomia financeira e de gestão aos prestadores de saúde directamente. Esse financiamento directo não apenas obriga a que as instalações de saúde recebam uma transferência de recursos, mas também que estas sejam responsabilizadas pela prestação de serviços e uma gestão financeira prudente. Ao mesmo tempo, o relatório lança dúvidas quanto à necessidade de remuneração com base no desempenho, como ponto de partida para a reforma do financiamento em contextos de recursos insuficientes. O relatório pode assim dar origem a perguntas pertinentes sobre o modo como os formuladores de políticas podem conceber uma reforma do financiamento da saúde que financie directamente os prestadores de serviços de saúde, de uma maneira transparente e utilizando opções de remuneração com base no desempenho apenas quando estas estejam criteriosamente contextualizadas.

Esta caixa reúne várias constatações relevantes, provenientes de todo o relatório, para fornecer itens de acção para as equipas que estão a trabalhar em projectos da reforma do financiamento da saúde com vista a melhorar a cobertura efectiva dos cuidados de

saúde primários em países de baixos rendimentos, de forma sustentável e escalável. Classifica genericamente estas medidas em quatro fases: diagnóstico para identificar barreiras aos cuidados de alta qualidade; identificação de opções de políticas pertinentes; questões sobre sustentabilidade e escalabilidade de intervenções pelo lado da oferta; e medição.

Diagnóstico para identificar as barreiras relevantes que se levantam ao acesso aos cuidados de alta qualidade

As empresas que concebem projectos de financiamento da saúde podem beneficiar do rastreio antecipado dos seguintes indicadores, com o objectivo de decidir se o financiamento com base no desempenho é adequado para alguns dos indicadores visados pelo projecto:

1. Qual a diferença entre as taxas de cobertura e de cobertura efectiva dos indicadores-chave?
 - a. Utilizando Inquéritos Demográficos e de Saúde (DHS) ou outros dados de agregados familiares, representativos em

(Continua)

Caixa 0.1 cont.

- termos nacionais, calcular a cobertura e a cobertura efectiva em relação aos indicadores em apreço.
- b. Os indicadores que tenham as maiores lacunas entre cobertura e cobertura efectiva podem representar “os frutos mais fáceis de colher” para os projectos centrados na obtenção de melhorias de qualidade.
2. Quais os níveis de referência da cobertura?
 - a. Como o capítulo 6 indica, a remuneração com base no desempenho pode não fazer muito sentido nas áreas de influência e para indicadores onde os níveis de cobertura já são muito altos.
 - b. Níveis especialmente baixos de cobertura podem revelar problemas do lado da procura, indicando haver lugar para vouchers e transferências monetárias.
 - c. As equipas podem, assim, considerar a utilização de incentivos à procura para apoiar a procura de serviços essenciais menos utilizados e, em seguida, ensaiar baixos níveis de remuneração com base no desempenho para indicadores seleccionados.
 - d. O ponto ideal da remuneração com base no desempenho pode ser o dos indicadores onde a utilização base tem margem para melhoria, mas não é tão baixa que possa ser indicativa de obstáculos à procura.
 3. Existem brechas na capacidade estrutural para prestar serviços de saúde essenciais?
 - a. Quais são os bens essenciais (equipamento, materiais, medicamentos e outros consumíveis) necessários para prestar os serviços de interesse público?
 - b. Encontram-se disponíveis, armazenados de acordo com as orientações, nas instalações da linha da frente?
 4. Existem, igualmente, falhas no saber do prestador para o fornecimento de cuidados de saúde essenciais?
 - a. Em caso afirmativo, a que nível é que essas falhas são normalmente equacionadas?
 - b. Os currículos das escolas médicas podem levar mais tempo a actualizar, mas os módulos de formação no local do serviço podem complementar a formação médica formal em alguns casos.
 5. Em relação aos indicadores para os quais se pode contemplar a remuneração baseada no desempenho, qual é o valor da capacidade não utilizada, que é a porção de cuidados que poderiam ter sido prestados com o saber dos trabalhadores da saúde e a infraestrutura das instalações de saúde, mas não são dispensados pelo prestador?
 - a. O financiamento com base no desempenho pode só fazer sentido para os indicadores que têm um grau elevado de subutilização.
 - b. Se a capacidade não utilizada não explicar o desempenho deficiente de um indicador, há outras abordagens, incluindo incentivos ao financiamento das instalações e incentivos à procura, que podem ser mais adequados.
 6. Qual é a capacidade do país para financiar directamente instalações através dos sistemas habituais de gestão das finanças públicas?
 - a. Executar o diagnóstico proposto por Piatti-Fünfkirchen, Hadley e Mathivet (2021).

(Continua)

Caixa 0.1 cont.**Identificação de opções pertinentes**

Escolha uma abordagem abrangente dos sistemas de saúde:

- o Mapear os vários fluxos de financiamento de todas as fontes e assegurar-se de que estes são complementares.
- o A questão prática deve ser não o “financiamento baseado no desempenho (PBF) ou o financiamento directo à instalação (DFF)” mas de que modo é que as instalações estão a ser pagas por todas as fontes e qual seria uma estrutura objectiva aos incentivos.
- o As opções pelo lado da procura, quando viáveis, podem ser combinadas com intervenções no lado da oferta, uma vez que equacionam um conjunto de questões diferentes das do PBF ou DFF.

Escalabilidade e sustentabilidade de abordagens pelo lado da oferta

Quando as soluções pelo lado da oferta pareçam mais oportunas, ou no contexto em que tais soluções estejam em vigor há algum tempo, apresentam-se algumas das perguntas a fazer sobre escalabilidade e sustentabilidade:

1. Se as instalações não têm um orçamento sob seu controlo, o que é preciso fazer para lhes enviar financiamento directamente? Isto pode exigir uma reforma jurídica e de políticas. As opções podem incluir:
 - o Criar subvenções globais específicas para as instalações (como está a ser feito em Burkina Faso).
 - o Reconhecer as instalações como provedores e pagar-lhes na mesma forma em que os prestadores de serviços privados seriam
- reembolsados (como está a ser feito no Uganda) .
- o Integrar as instalações nos orçamentos como unidades de despesas especializadas (como está a ser feito na Tanzânia).
- o Reconhecer as instalações como unidades extra-orçamentais que recebem uma transferência intergovernamental (é mais adequado para hospitais de maiores dimensões e é utilizado em muitos países, como por exemplo, o Ruanda).
2. Se as compras forem centralizadas, considerar opções de orçamentos-sombra para as instalações onde estas adquirem factores de produção, com desconto, de um repositório nacional.
 - o Activar opções para a compra de medicamentos urgentes ao sector privado, se não estiverem disponíveis de outra forma.
3. Se as instalações da linha da frente não receberem visitas rotineiras da supervisão de apoio, considerar a inclusão de visitas da equipa de saúde distrital. As visitas de verificação nos ensaios dos PBF constituem um bom modelo para tal supervisão, mesmo que dissociadas da remuneração com base no desempenho.
4. Se não existir supervisão comunitária, considerar o envolvimento da comunidade na gestão da instalação, como por exemplo, através de cartões de avaliação dos cidadãos e de reuniões com as comissões de desenvolvimento da aldeia.
5. Se houver atrasos substanciais nos pagamentos dos salários, considerar reformas no sistema de rastreio das despesas públicas para aumentar a pontualidade dos pagamentos salariais.

(Continua)

Caixa 0.1 cont.

6. Explorar inovações de tecnologias financeiras, tais como dinheiro móvel, para facilitar os pagamentos a prestadores remotos, deixando, contudo, uma pegada digital da transação.
7. Reforçar a capacidade básica de gestão financeira a nível da instalação para assegurar a responsabilização financeira e criar confiança na utilização prudente dos recursos pelas instituições financeiras.
8. A remuneração com base no desempenho não é a única forma de fazer pagamentos aos prestadores que actuam orientados para os resultados: para servir necessidades-chave sem recurso a remuneração com base no desempenho, a dimensão e a composição da população da área servida, o ónus causado pelas doenças e a distância remota podem ser alavancados.
 - o O financiamento com base no desempenho deve ser considerado com todo o cuidado e apenas adicionado quando estiver em vigor um sistema de pagamento eficiente à instalação.
 - o Utilizar a secção de diagnóstico acima para identificar candidatos à remuneração com base no desempenho ou à taxa por serviço.
9. Como sequenciar correctamente as intervenções:
 - o As equipas podem querer começar com 18-24 meses de intervenções no lado da procura, combinadas com DFF.
 - o Dinheiro móvel, portais e painéis podem ser uma forma de responsabilização mas, também, podem ser utilizados

para começar a mudar a orientação das instalações e pessoal da linha da frente, no sentido de um rumo mais associado aos resultados.

- o Repetir o exercício de diagnóstico e depois considerar se faz sentido adicionar a remuneração com base no desempenho à alguns dos indicadores.

Medição

Este relatório e estes itens de acção destacam a importância de dados de qualidade aos níveis de agregados familiares e de instalações de saúde.

1. Censos das instalações de saúde nacionais, que incluam no mínimo uma amostra representativa de prestadores privados, são investimentos de monta mas fornecem pormenores importantes.
2. Podem ser alavancados DHS e outros inquéritos aos agregados familiares, representativos a nível nacional, para rastrear a cobertura e a cobertura efectiva.
3. Os inquéritos DHS, de Avaliação da Prestação de Serviços e de Indicadores da Prestação de Serviços fornecem uma série de dados úteis e representativos sobre a capacidade estrutural das instalações de saúde da linha da frente.
4. Devem ser rastreados os cuidados desnecessários, não apenas a carência de cuidados necessários. Como o relatório sublinha, o perigo dos incentivos desalinhados, através da remuneração com base no desempenho, está na prestação de cuidados desnecessários. Isto tem implicações no bem-estar do paciente e na relação custo-benefício do sistema de saúde.

(Continua)

Caixa 0.1 cont.

5. A medição da qualidade clínica pode ser difícil. As observações directas são caras mas fornecem uma imagem abrangente da prestação de cuidados. Sempre que existam, a harmonização dos cartões de avaliação e de outros dados, rastreados de forma rotineira através dos portais de PBF, pode proporcionar informações valiosas.
6. Dados administrativos provenientes do registo civil sobre nascimentos e outras áreas podem oferecer dados actualizados de forma rotineira, sobre os resultados de saúde.

Perspectivas: Investigação e implicações operacionais

As evidências discutidas neste relatório destacam que os incentivos pelo lado da oferta, em especial a remuneração com base no desempenho para os trabalhadores e instalações da saúde da linha da frente, podem produzir resultados limitados, mas o objectivo de financiar as linhas da frente não é de importância marginal. A questão é como alcançar o objectivo de cobertura universal da saúde de forma sustentável, efectiva e eficiente. A orientação explícita para resultados poderia tornar a remuneração baseada no desempenho politicamente mais apetecível. É provável que esta ligação aos resultados e transparência tenha atraído o tão necessário financiamento dos doadores, incluindo para a investigação em que se baseia este relatório. Mas o relatório também salienta a importância do contexto institucional em que a reforma está a ser executada. Há poucas provas para suportar o financiamento baseado no desempenho em sistemas de saúde centralizados com recursos insuficientes e subfinanciados, embora outros aspectos de reformas, relacionados com autonomia, transparência e responsabilização em projectos de PBF e DFF, tenham produzido melhorias notáveis nos resultados de saúde comparativamente a uma situação de “continuar tudo como habitualmente”. Os recursos trazidos para as linhas da frente através de projectos de PBF melhoraram consideravelmente a qualidade estrutural das instalações de cuidados de saúde primários.

Assim, surge a questão sobre o valor do financiamento com base no desempenho relativamente aos seus benefícios limitados. O financiamento baseado no desempenho requer verificação, o que é complexo e pode ser dispendioso

para implementar. Em um exemplo, os custos foram estimados atingir cerca de 20% de todos os custos administrativos (Zeng et al. 2021). Embora os algoritmos de verificação baseados no risco possam reduzir estes custos da remuneração com base no desempenho, outras medidas tais como painéis e planos de negócios (como nos projectos DFF) podem oferecer uma responsabilização e transparência idênticas mas a um custo mais baixo e maior simplicidade. Além disso, os custos da remuneração com base no desempenho podem ser imprevisíveis para o governo e a instalação de saúde, o que torna a remuneração baseada no desempenho difícil de dimensionar, a menos que esteja bem alinhada com o sistema de gestão das finanças públicas do governo. Levanta ainda questões sobre a sua sustentabilidade. É claro que o DFF também pode exigir um alinhamento com os sistemas de gestão das finanças públicas – por exemplo, ter as instalações de saúde reconhecidas como unidades de despesas no plano de contas, nem sempre é um processo pacífico – mas o DFF não enfrenta o desafio de imprevisibilidade orçamental que se apresenta quando se escalam os programas de PBF.

São várias as opções de políticas destinadas a melhorar os serviços de saúde através de incentivos financeiros. Por exemplo, uma opção de baixo custo poderá ser, identificar áreas onde a procura básica é particularmente fraca para certos tipos de serviços e garantir um padrão mínimo de qualidade dos cuidados numa instalação pública – utilizando o financiamento directo – seguindo-se as transferências monetárias a nível dos agregados familiares para conhecer qual foi o aumento num determinado indicador e, só então, considerar a remuneração com base no desempenho às instalações e trabalhadores da saúde da linha da frente. O futuro da remuneração com base no desempenho – como uma abordagem de financiamento da saúde no meio de uma série de opções – não pode ser uma questão de “sim” ou “não” mas, antes, de “como” e “em que sequência”.

A caixa O.1 analisa em detalhe a forma como as equipas de trabalho podem abordar estas questões.

O Capítulo 8 estuda o futuro das abordagens destinadas a reforçar os sistemas de saúde, incluindo os financiamentos de PBF e DFF. As modalidades de PBF proporcionam uma forte responsabilização para com os doadores externos, o que provavelmente contribuiu para a sua popularidade. Estas modalidades incorporam inovações importantes para além do pagamento pelo desempenho, como por exemplo, responsabilização e transparência associadas à responsabilização à descentralização e financiamento das linhas da frente. Nos contextos em que os mecanismos de pagamento, como o DFF, pareçam mais adequados, conforme discutido na

caixa O.1, os fazedores de políticas podem desejar incorporar medidas de responsabilização que satisfaçam os requisitos de reporte dos doadores. Este é particularmente o caso dos países altamente dependentes dos doadores onde se poderia argumentar que – pelo menos no curto prazo – as modalidades de PBF serviriam de ferramenta para aumentar o alinhamento dos doadores em torno de um pacote de serviços, muito mais do que de uma ferramenta para alterar a função de pagamento do prestador público. Assim, uma reforma sustentável do financiamento da saúde pode não incorporar a remuneração baseada no desempenho, retendo contudo outros aspectos importantes das intervenções de PBF.

O relatório termina com uma discussão, no capítulo 8, das percepções operacionais decorrentes das evidências apresentadas. Realça quatro mensagens principais das constatações mencionadas no relatório relativamente ao desenho de uma reforma do financiamento da saúde, sustentável e escalável. Primeiro, a sustentabilidade diz respeito a mais do que apenas dinheiro e os riscos e a incerteza podem levar à insustentabilidade das intervenções, mesmo que haja financiamento disponível. Segundo, as instalações de saúde podem muitas vezes beneficiar de autonomia orçamental, flexibilidade, bem como de sistemas de pagamentos unificados, e os seus orçamentos podem ser orientados para os resultados sem estarem ligados à remuneração com base no desempenho. Terceiro, a remuneração com base no desempenho faz sentido no contexto mais amplo de sistema de saúde – ou seja, uma parte substancial dos constrangimentos à qualidade têm de estar no locus de controlo do trabalhador da saúde – o sistema de gestão das finanças públicas deverá ter forma de fazer e, se necessário, escalar os pagamentos com base no desempenho; dispor de uma unidade de compras, seja ela específica ou não; e a estrutura orçamental deve ter capacidade para lidar com a imprevisibilidade da remuneração com base no desempenho. Quarto, podem utilizar-se tecnologias emergentes para reduzir os custos de execução das abordagens de remuneração com base no desempenho. Por exemplo, os pagamentos móveis às instalações podem contribuir para a necessária reforma da responsabilização, em conjunto com a descentralização e financiamento directo das instalações da linha da frente. O relatório apela à recolha e análise de dados para rastrear os obstáculos a uma cobertura efectiva e o desenho das intervenções de financiamento da saúde que assentam nesses dados.

O desenho dos incentivos financeiros nos cuidados de saúde e a melhor forma de medir a qualidade dos cuidados à escala para apoiar essas modalidades de incentivos são um problema de política difícil, permanecendo em aberto muitas questões. Mas mesmo com tantas questões por responder, este relatório

apresenta investigação que destaca os limites de intervenções de PBF complexas, particularmente quando comparadas com opções de políticas mais ligeiras, tais como o DFF. A investigação discutida neste relatório defende que a reforma do financiamento da saúde pode – e, na verdade, devia – incluir a responsabilização e a transparência, mesmo que não inclua a remuneração com base no desempenho. O relatório analisa vários métodos rigorosos para medir a qualidade e a eficiência dos cuidados e oferece opiniões para o incremento dessa medição. A investigação aqui referida demonstra igualmente a importância de se definirem os princípios fundamentais: descentralização, financiamento das linhas da frente e incentivos à utilização de cuidados preventivos de saúde podem ser reformas significativas por si só. Assim sendo, em todos os países aqui estudados, continua a haver muito espaço para melhorias em termos de medidas sobre o desempenho do sistema da saúde. Quando os países procuram alavancar uma reforma do financiamento da saúde com vista a desenvolver sistemas de saúde de alta qualidade, o relatório lembra que há necessidade de um conjunto ampliado de opções de políticas, incluindo entre outras o PBF, o que pode ajudar os países a solucionarem os obstáculos que enfrentam para melhorar a cobertura efectiva.

Nota

1. Inicialmente, foram financiadas 36 avaliações de impacto de programas-piloto de PBF na saúde mas, tanto quanto sabemos, apenas 25 foram ou deverão ser concluídos (<https://www.rbhealth.org/impact>).

Referências

- Basinga, P., P. J. Gertler, A. Binagwaho, A. L. Soucat, J. Sturdy, and C. M. Vermeersch. 2011. “Effect on Maternal and Child Health Services in Rwanda of Payment to Primary Health-Care Providers for Performance: An Impact Evaluation.” *The Lancet* 377 (9775): 1421–28.
- Carroli, G., C. Rooney, and J. Villar. 2001. “How Effective Is Antenatal Care in Preventing Maternal Mortality and Serious Morbidity? An Overview of the Evidence.” *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 15: 1–42.
- Das, J., J. Hammer, and K. Leonard. 2008. “The Quality of Medical Advice in Low-Income Countries.” *Journal of Economic Perspectives* 22 (2): 93–114.
- de Walque, D., J. Friedman, E. Kandpal, M. Saenz, and C. Vermeersch. 2022. “Performance-Based Financing versus Direct Facility Financing for Primary Health Service Delivery: Pooled Evidence from Five Sub-Saharan African Countries.” World Bank, Washington, DC.

- de Walque, D., P. J. Robyn, H. Saidou, G. Sorgho, and M. Steenland. 2021. “Looking into the Performance-Based Financing Black Box: Evidence from an Impact Evaluation in the Health Sector in Cameroon.” *Health Policy and Planning* 36 (6): 835–47.
- Doran, T., C. Fullwood, H. Gravelle, D. Reeves, E. Kontopantelis, U. Hiroeh, and M. Roland. 2006. “Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom.” *New England Journal of Medicine* 355 (4): 375–84.
- Eichler, R., and R. Levine. 2009. *Performance Incentives for Global Health: Potential and Pitfalls*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Fink, G., E. Kandpal, and G. Shapira. 2022. “Inequality in the Quality of Health Services: Wealth, Content of Care, and Price of Antenatal Consultations in the Democratic Republic of Congo.” *Economic Development and Cultural Change*. <https://doi.org/10.1086/713941>.
- Friedman, J., A. Das, and R. Mutasa. 2017. “Rewarding Provider Performance to Improve Quality and Coverage of Maternal and Child Health Outcomes: Zimbabwe Results-Based Financing Pilot Program: Evidence to Inform Policy and Management Decisions.” World Bank, Washington, DC.
- Friedman, J., J. Qamruddin, C. Chansa, and A. K. Das. 2016. “Impact Evaluation of Zambia’s Health Results-Based Financing Pilot Project.” World Bank, Washington, DC.
- Fritsche, G. B., R. Soeters, and B. Meessen. 2014. *Performance-Based Financing Toolkit*. Washington, DC: World Bank.
- Gergen, J., E. Josephson, M. Coe, S. Ski, S. Madhavan, and S. Bauhoff. 2017. “Quality of Care in Performance-Based Financing: How It Is Incorporated in 32 Programs across 28 Countries.” *Global Health: Science and Practice* 5 (1): 90–107.
- Grover, D., S. Bauhoff, and J. Friedman. 2019. “Using Supervised Learning to Select Audit Targets in Performance-Based Financing in Health: An Example from Zambia.” *PloS One* 14 (1): e0211262.
- Hernández-Díaz, S., M. M. Werler, A. M. Walker, and A. A. Mitchell. 2000. “Folic Acid Antagonists during Pregnancy and the Risk of Birth Defects.” *New England Journal of Medicine* 343 (22): 1608–14.
- Ibnat, F., K. L. Leonard, L. Bawo, and R. L. Mohammed-Roberts. 2019. “The Three-Gap Model of Health Worker Performance.” Policy Research Working Paper 8782, World Bank, Washington, DC.
- IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation). 2020. *GBD Compare Data Visualization*. Seattle, WA: IHME, University of Washington. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
- Kassebaum, N., A. Bertozzi-Villa, M. Coggeshall, K. A. Shackelford, C. Steiner, K. R. Heuton, D. Gonzalez-Medina, et al. 2014. “Global, Regional, and National Levels and Causes of Maternal Mortality during 1990–2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.” *The Lancet* 384 (9947): 980–1004.
- Khanna, M., B. Loevinsohn, E. Pradhan, O. Fadeyibi, K. McGee, O. Odutolu, G. Fritsche, et al. 2021. “Decentralized Facility Financing versus Performance-Based Payments in Primary Health Care: A Large-Scale Randomized Controlled Trial in Nigeria.” *BMC Medicine* 19: Article 224. <https://doi.org/10.1186/s12916-021-02092-4>.

- Kruk, M. E., A. D. Gage, N. T. Joseph, G. Danaei, S. García-Saisó, and J. A. Salomon. 2018. “Mortality Due to Low-Quality Health Systems in the Universal Health Coverage Era: A Systematic Analysis of Amenable Deaths in 137 Countries.” *The Lancet* 392 (10160): 2203–12. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4).
- Kwan, A., B. Daniels, S. Bergkvist, V. Das, M. Pai, and J. Das. 2019. “Use of Standardised Patients for Healthcare Quality Research in Low- and Middle-Income Countries.” *BMJ Global Health* 4 (5): e001669. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001669>.
- Lopez, C., A. Sautmann, and S. Schaner. 2022. “Does Patient Demand Contribute to the Overuse of Prescription Drugs?” *American Economic Journal: Applied Economics* 14 (1): 225–60.
- Mills, A. 2014. “Health Care Systems in Low- and Middle-Income Countries.” *New England Journal of Medicine* 370 (6): 552–57.
- Neelsen, S., D. de Walque, J. Friedman, and A. Wagstaff. 2021. “Financial Incentives to Increase Utilization of Reproductive, Maternal and Child Health Services in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis.” Policy Research Working Paper 9793, World Bank, Washington, DC.
- Peters, P. J., M. C. Thigpen, M. E. Parise, and R. D. Newman. 2007. “Safety and Toxicity of Sulfadoxine/Pyrimethamine: Implications for Malaria Prevention in Pregnancy Using Intermittent Preventive Treatment.” *Drug Safety* 30 (6): 481–501.
- Piatti-Fünfkirchen, M., S. Hadley, and B. Mathivet. 2021. “Alignment of Performance-Based Financing in Health with the Government Budget: A Principle Based Approach.” Health, Nutrition, and Population Discussion Paper, World Bank, Washington, DC.
- Shepard D., W. Zeng, R. Mutasa, A. Das, C. Sisimayi, S. Shamu, S. Banda, and J. Friedman. 2020. “Cost-Effectiveness of Results-Based Financing of Maternal and Child Health Services in Zimbabwe: A Controlled Pre-Post Study.” *Journal of Hospital Management and Health Policy* 4 (32). <https://doi.org/10.21037/jhmhp-20-84>.
- Wagstaff, A., C. Bredenkamp, and L. R. Buisman. 2014. “Progress on Global Health Goals: Are the Poor Being Left Behind?” *World Bank Research Observer* 29 (2): 137–62.
- WHO (World Health Organization). 2020. *Improving Child Survival and Mortality*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/-detail/children-reducing-mortality>.
- Zeng, W., D. Shepard, H. Nguyen, C. Chansa, A. Das, J. Qamruddin, and J. Friedman. 2018. “Cost-Effectiveness of Results-Based Financing, Zambia: A Cluster Randomized Trial.” *Bulletin of the World Health Organization* 96 (11), 760.
- Zeng, W., E. Pradhan, M. Khanna, O. Fadeyibi, G. Fritsche, and O. Odutolu. 2021. “Cost-Effectiveness Analysis of the Decentralized Facility Financing and Performance-Based Financing Program in Nigeria.” *Journal of Hospital Management and Health Policy*. doi:10.21037/jhmhp-20-82.

ECO-AUDITORIA

Declaração de Benefícios Ambientais

O Grupo Banco Mundial está empenhado em reduzir o impacto da sua acção sobre o ambiente. Em apoio a este compromisso, disponibilizamos opções de publicação electrónica e de tecnologia para impressão a pedido do utilizador, que estão localizadas nos centros regionais do mundo inteiro. No seu conjunto, estas iniciativas permitem tiragens menores e a redução das distâncias de transporte, o que resulta numa diminuição de consumo de papel, do uso de químicos, de emissões de gases com efeito de estufa e de desperdício.

Cumprimos os padrões recomendados para utilização de papel definidos na Iniciativa para uma Imprensa Verde. A maioria dos nossos livros é impressa em papel certificado pelo Conselho de Administração Florestal (FSC), em que quase todos contêm entre 50% e 100% de material reciclado. A fibra reciclada do nosso papel para livros ou é não branqueada, ou então branqueada utilizando processos totalmente isentos de cloro (TCF), processado sem cloro (PCF) ou tecnologia elementar livre de cloro (EECF).

Encontram-se disponíveis mais informações sobre a filosofia ambiental do Banco em <http://www.worldbank.org/corporateresponsibility>



Em muitos países de baixa e média rendas, a cobertura da saúde melhorou consideravelmente nas duas últimas décadas, mas o mesmo não aconteceu com os resultados da saúde. Assim, a cobertura efectiva – uma medida da prestação de serviços com um padrão mínimo de qualidade – continua inaceitavelmente baixa. Na obra *Melhorar a Cobertura Efectiva na Saúde* analisa-se uma abordagem de políticas específica destinada a melhorar a cobertura efectiva: incentivos financeiros na forma de financiamento baseado no desempenho (PBF), um pacote de reformas que tipicamente inclui remuneração com base no desempenho aos trabalhadores da saúde da linha da frente, assim como autonomia das instalações, transparência e envolvimento comunitário.

Este Relatório de Investigação de Políticas baseia-se num conjunto vasto de estudos rigorosos e numa nova análise. Comparativamente à opção de “manter tudo inalterado”, em contextos de baixos rendimentos com sistemas de saúde centralizados, o PBF pode resultar em ganhos substanciais em termos de cobertura efectiva. Contudo, os benefícios relativos do PBF – em particular a componente de remuneração com base no desempenho – são menos claros quando comparados com duas abordagens alternativas: o financiamento directo das instalações, que fornece orçamentos de funcionamento aos serviços de saúde da linha da frente, com autonomia da instalação em matéria de alocação mas sem remuneração baseada no desempenho; e apoio financeiro à procura de serviços de saúde (ou seja, transferências monetárias condicionais e *vouchers*). Embora a modalidade PBF resulte, frequentemente, em melhorias nas margens, ainda não está ao alcance de muitos países reduzir as lacunas substanciais existentes na cobertura efectiva da saúde. Mas há lições e experiências importantes, decorrentes da implementação do PBF durante a última década, que podem servir de orientação para o financiamento da saúde no futuro. Particularmente, e para ser bem-sucedida, a reforma do financiamento da saúde pode precisar de se afastar da remuneração com base no desempenho retendo, no entanto, os elementos do financiamento directo à instalação, autonomia, transparência e envolvimento comunitário.

