

Modelos de alocação de recursos financeiros para a Atenção Primária à Saúde no *National Health Service* Inglês.

Simone Gabriele Piccoli 1, Áquilas Mendes 2

¹ Estudante do curso de pós-graduação em Economia e Gestão em Saúde da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Simone Gabriele Piccoli

ORCID: 0009-0004-1493-5883

simonegpiccoli@gmail.com

Áquilas Mendes

ORCID: 0000-0002-5632-4333

aquilasmendes@usp.br

Resumo

O National Health Service (NHS) atua baseado em princípios de equidade, sendo pioneiro na universalização do acesso a serviços de saúde, assim como na hierarquização e cuidado baseado na Atenção Primária à Saúde. Passa por constantes reformas buscando melhoria de acesso e contemplar as necessidades de saúde. Porém, tais reformas ultrapassaram os limites das relações comerciais, inserindo características voltadas às teorias de mercado e da globalização financeira. Diante do exposto, torna-se fundamental conhecer com maior profundidade, as características do modelo de alocação de recursos financeiros do NHS Inglês, com particular análise na Atenção Primária à Saúde. Esse trabalho teve como objetivo elaborar uma revisão sistematizada, com construção de uma análise da literatura, nas bases Biblioteca Virtual de Saúde –

BVS e Pubmed. Parte-se da seguinte pergunta de pesquisa: *O que a literatura científica apresenta sobre os modelos de alocação o de recursos financeiros para Atenção Primária à Saúde no NHS Inglês?* Foram levantadas 368 publicações que após a análise pelo fluxo de seleção PRISMA, foram considerados 20 artigos para avaliação final, todos em língua inglesa e publicados entre os anos de 1992 e 2019. Os principais pontos foram levantados a partir de duas categorias de análise: (1) abordagem sobre o NHS Inglês com foco na Atenção Primária e (2) abordagem sobre a metodologia de alocação de recurso para a saúde. A maioria dos artigos incluídos nessa revisão apresentaram aspectos acerca de como os modelos de alocação refletem no acesso e equidade dos serviços e um número menor trouxe aspectos das fórmulas para melhor distribuição dos recursos por áreas geográficas ou per capita na Atenção Primária.

Descritores: Alocação de Recursos; Atenção Primária à Saúde; Medicina Estatal.

Palabras-claves: Alocação de Recursos; Atenção Primária à Saúde; NHS

Keywords: Resource Allocation; Primary health Care; State medicine

Introdução

O National Health Service (NHS) foi fundado no Reino Unido em 1948 com o propósito de fornecer tratamento de saúde a toda população, baseado na necessidade e não na capacidade de pagar pelo serviço¹ e se mantém gratuito no ponto de entrega dos serviços até hoje.

Criado no pós-guerra, em circunstância excepcional frente à privação experimentada por todos os segmentos da sociedade durante o conflito, tornou-se uma referência internacional enquanto representante do modelo de seguridade social de sistema de saúde e favoreceu o estabelecimento de compromissos mútuos de proteção. Tão logo essas circunstâncias se alteraram, as pressões no sentido contrário aumentaram, levando a reformas que concorreram para deteriorar os serviços públicos, universais e equânime de saúde².

Desde sua concepção inicial, o NHS atua baseado em princípios de equidade², sendo pioneiro na universalização do acesso a serviços de saúde, assim como na hierarquização e cuidado baseado na Atenção Primária à Saúde (APS)³. É responsável por 87% dos serviços de saúde no Reino Unido e utiliza 10.9% (ano base 2019) do

produto interno bruto, recurso que cada país membro administra e organiza de acordo com sua especificidade^{1,4}.

Apesar de possuírem essencialmente os mesmos fundamentos, os sistemas de saúde da Inglaterra, do País de Gales, da Escócia e da Irlanda do Norte apresentaram trajetórias ligeiramente diferentes desde que foram criados no pós-guerra². É a partir de 1999, com o acordo de devolução, que o NHS foi reorganizado de forma independente, de acordo com cada país que integra o Reino Unido. Neste trabalho iremos abordar as características apenas do NHS Inglês⁵.

A APS na Inglaterra atua em três esferas: primeiro contato, meio de acesso contínuo e orientador aos serviços especializados de saúde. Os serviços de saúde são oferecidos gratuitamente no ponto de acesso, mas ainda há disparidade nas regiões mais carentes para as mais privilegiadas⁶, áreas geográficas mais distantes, como exemplo as áreas rurais possuem menos acesso aos serviços de saúde, dificultando a implantação do princípio da equidade dos serviços.

O conceito de equidade é bastante complexo, pois uma distribuição geográfica equitativa não necessariamente permite assegurar as necessidades individuais, entendidas como necessidades da população e não como oferta de serviços de saúde⁷.

Pode-se entender como equidade o que corresponde à igualdade na distribuição de recursos financeiros para necessidades de saúde iguais. Quando se refere à alocação de recursos, respeitando uma distribuição equitativa, tem sido considerado no caso inglês os recursos direcionados para custeio dos serviços de saúde.

As abordagens metodológicas adotadas no NHS Inglês tiveram como referência as bases populacionais de cada área geográfica e a distribuição de recursos *per capita*. No entanto, essas abordagens desconsideram as diferenças existentes nas estruturas populacionais do ponto de vista demográfico e social, que impactam diretamente o perfil de necessidades de saúde^{8,9}.

No final dos anos 1960 o governo inglês toma ciência da inequidade e ineficiência na distribuição dos recursos nas regiões de saúde e como consequência desenvolve o *Resource Allocation Working Party* (RAWP). Essa nova fórmula de cálculo foi resultado da elaboração do Grupo de Trabalho que desenvolveu uma fórmula baseada na Taxa de

Mortalidade Padronizada, sendo considerado um indicador das variações regionais nas necessidades de saúde ^{4,9}.

O objetivo da abordagem RAWP era estabelecer metas orçamentárias para as 14 autoridades regionais de saúde, cobrindo populações de cerca de 4 milhões. Os serviços em questão incluíam atendimento hospitalar, ambulatorial e alguns cuidados comunitários, mas não atenção primária ou prescrição ⁴.

Utilizada para a alocação de recursos financeiros entre 1976 e 1994 foi lançada sobre o pano de fundo da "crise fiscal" do estado de bem-estar social dos anos 70 e atingiu ápice no governo Thatcher, cujo instinto inicial era favorecer a descentralização sobre o planejamento nacional. No entanto, viu seus efeitos redistributivos acelerarem até meados da década de 1980¹⁰.

Com a crise econômica da década de 1970, o NHS, ainda como um sistema integrado de todos os países do Reino Unido, sofreu diversas reformas que ultrapassaram os limites das relações comerciais, influenciando o setor de serviços públicos que garantem os direitos sociais³. Tais reformas foram motivadas por inserir características mais voltadas às teorias de mercado e da globalização financeira, com redução do papel do Estado como provedor e aumento de sua ação reguladora¹¹. O mercado de saúde na Inglaterra tendeu a expandir-se, tornando o sistema público híbrido e direcionando recursos públicos às entidades privadas.

No mandato da primeira-ministra Thatcher, o NHS passa por mudanças estruturais com semelhança administrativa de empresas privadas. Nesse contexto, enfatiza-se a figura do gerente/gestor local e afasta as lideranças e influência dos profissionais de saúde, sendo substituídos por um modelo tipicamente corporativo ¹¹.

Nesse caminho, houve a primeira onda de terceirização afetando serviços de limpeza, nutrição, lavanderia e manutenção, além de início de cobrança de taxa para serviços de optometria, antes gratuito, e o aumento de taxa para serviços dentários e fechamento da maioria dos leitos de longa permanência do NHS¹¹.

Ainda como marco importante dessa fase, houve nova separação dos departamentos de Saúde e Seguridade Social em 1988 e consolidou-se o *Nacional Health Service and Community Care Act* em 1990.

Essa reforma abriu setores específicos do sistema para entes privados e introduziu o mercado interno no NHS, separando ato de compra e de prestação de serviços, com dois tipos de compradores: Autoridades Distritais de Saúde (*District Health Authorities – DHA*), responsáveis por avaliar as necessidades de saúde da população local e adquirir serviços hospitalares e comunitários; e os *General Practitioners Fundholders* (GP-FH ou apenas FH) que o orçamento cobria serviços de atenção primária e compra de serviços da atenção secundária^{4,11}.

A ideia de comissionamento como uma função dentro do NHS data de 1991. Antes disso, eram as autoridades locais de saúde que organizavam o planejamento e a prestação de serviços para seus pacientes, ou seja, o *NHS and Community Care Act* criou dois modelos de comissionamento – um baseado em autoridades de saúde e outro baseado na prática geral.

O mandato do primeiro-ministro John Major, que se seguiu o de Margaret Thatcher, buscou consolidar o mercado interno e combater a “burocracia” estatal no NHS. Isso gerou com o modelo de GP-FH e DHAs numerosos compradores de pequena escala e escopo limitado, sendo incapaz de impactar o mercado de serviço de saúde, com ausência de integração do lado da demanda e de compras¹¹.

Diante desse cenário de reformas privatizantes no NHS, em 1994, Carr-Hill faz críticas, aproveitando para sugerir um novo modelo de alocação de recursos que fortalecesse o sistema público, especialmente, levando em consideração a incorporação da taxa de mortalidade da população e a adoção do grau de utilização dos serviços de saúde. Esses critérios reforçariam a concepção de fortalecimento de recursos alocados mediante necessidades de saúde. Além disso, foi incorporado nesse novo modelo as características da população não associadas somente aos serviços de saúde, levando em consideração as expectativas dos indivíduos que podem influenciar a demanda de saúde^{8,9}.

Posteriormente a esse trabalho de Carr-Hill, avançou-se no modelo de alocação de recursos com a aplicabilidade em 1995 da “Fórmula de York” (Universidade de York). Esta procurou estratificar a população por idade e em seguida, aplicou um ajuste adicional de “necessidades” com base em cinco variáveis: a Taxa de limitação por doenças de longa duração (idade inferior a 75 anos); a Taxa de mortalidade (idade inferior a 75 anos); a Proporção de economicamente ativos que estão desempregados;

a Percentagem de pensionistas que vivem sozinhos; e, a Proporção de dependentes em agregados familiares de cuidadores individuais⁴.

A chegada do chamado Novo Trabalhismo (1997-2010), na figura do primeiro-ministro Tony Blair, foi marcada pela saída dos conservadores, e passou a estabelecer uma agenda de saúde pública com o compromisso de redução das desigualdades em saúde. Isso vai implicar na revisão e readequação do critério de captação no modelo de alocação dos recursos de saúde^{4,11}.

O *New NHS Act* de 1997 retorna à responsabilidade territorial e centralizada pela saúde da população, agora na figura dos *Primary Care Trust (PCT)*, reforçando o foco orçamentário na atenção primária como resposta às falhas e limitações do modelo GP-FH¹¹.

O Departamento de Saúde passa a definir o orçamento disponível para alocação nos PCTs. Esses fundos eram então distribuídos aos PCTs para financiar serviços de saúde hospitalares e comunitários, e agora toda a prescrição, incluindo a atenção primária e a promoção da saúde. Pela primeira vez, a alocação de recursos para o exercício de 2001-02 continha um "ajuste das desigualdades na saúde" destinado aos PCT⁴.

Mas, os trabalhistas não abandonaram os preceitos da liberalização do NHS, deu-se continuidade à redução e o distanciamento gradativo da responsabilidade do Estado em relação ao planejamento de saúde pública da população¹¹. O governo trabalhista aboliu a participação no fundo GP em 1997, mas manteve a divisão comprador/fornecedor.

Em 2004, o problema constante das listas de espera para procedimentos eletivos e a permanente reclamação da opinião pública sobre a qualidade do NHS culminaram em mudanças na estrutura de saúde durante o segundo mandato de Tony Blair.

Nesse período, foram introduzidas metas e medidas de performance com a ideia de que a lógica de mercado traria maior eficiência aos serviços. Também se instituiu a modalidade do pagamento por resultados, propondo que o financiamento seguiria o usuário, forçando a competição e pressupondo melhoria na qualidade dos serviços¹¹.

A partir de 2005 houve a possibilidade de grupos de GPs gerirem orçamentos para comprar serviços e implementar planos de cuidados padronizados com a política do *Practice Based Commissioning*, que incluía um processo de revisão dos

encaminhamentos dos GPs por pares, contraditoriamente limitando a liberdade das características individuais¹¹.

É possível também verificar a insistência da adoção da descentralização interna dos Primary Care Trusts, concomitantemente transformando os vínculos anteriormente cooperativos entre a atenção primária à saúde e a atenção secundária em relações de competição, o que serviu de embrião administrativo para a implantação dos *Clinical Commissioning Groups* (CCGs) da reforma de 2012¹¹.

O processo de liberalização do NHS, implantado ao longo das três últimas décadas, levou à efetiva abertura do sistema ao mercado, que tem seu ápice no *Health and Social Care Act* de 2012. Neste ato, ficou estabelecido um corte de gastos de cerca de 20 bilhões de libras, objetivando expandir a livre competição e o mercado. Isso vai provocar a flexibilização e a redução do controle central, fornecendo autonomia para estruturas locais comandadas pelos GPs, incentivando a competição com contratação de qualquer prestador, público ou privado, e permitindo a escolha de prestadores pelos pacientes^{11,12}.

Na realidade, essa nova Lei (*Act*) modificou estruturalmente o NHS da Inglaterra. Extinguiu Autoridades Estratégicas de Saúde (Strategic Health Authorities – SHA) e PCTs, que foram substituídos por organizações de GPs, os Clinical Commissioning Groups (CCG), coordenados por nova estrutura, independente do Departamento de Estado de Saúde (DoH), o NHS England ¹².

Foram transferidas as responsabilidades de saúde pública para governos locais e criado o *Public Health England*. Ampliaram-se funções das agências de regulação e determinou-se a transformação de todos os estabelecimentos de saúde do NHS em fundações com ampla autonomia e prestação de contas local¹².

Outra mudança fundamental foi o abandono do critério geográfico como base da alocação de recursos e estruturação dos serviços. Os CCGs tornam-se responsáveis apenas pelo conjunto de pacientes cadastrados em suas listas de clientes e não pela totalidade de residentes do território determinado, exceto para serviços de urgência ¹¹.

Isso significa que um CCG, além de não ser obrigado a comprar serviços de saúde para a população de uma determinada região, poderia contar em sua lista de pacientes cadastrados com pacientes oriundos de outras regiões, qualquer que fosse a distância

geográfica. Nesse novo formato, a alocação de recursos tornou-se altamente complexa e os mecanismos de alocação de base populacional deixaram de ser úteis devido à perda do critério geográfico¹¹.

Em 2022, em um contexto político e econômico da pandemia da COVID-19 entra em vigor uma nova reforma: o *Health and Care Act 2022*. Deixa de existir o comissionamento de serviços de cuidados médicos primários pelos Clinical Commissioning Groups (CCGs) e formaliza os *Integrated Care System* (ICSs).

Os ICSs são parcerias que reúnem provedores e comissários de serviços do NHS em toda uma área geográfica, em conjunto com autoridades locais e outros parceiros, para planejar coletivamente serviços de saúde e cuidados para atender às necessidades de sua população local.

A organização financeira e de alocação de recursos passa para a liderança coletiva de cada ICS para investir em cuidados, principalmente, preventivos, adaptados às necessidades da população local. Reúnem-se os orçamentos de comissionamento do CCG, os orçamentos dos cuidados primários e a maioria das despesas de comissionamento especializado.

Essa medida tem como objetivo assegurar investimento de acordo com as necessidades de saúde local. Prevê-se envolvimento ativo a nível local dos prestadores e as decisões sobre a utilização dos orçamentos passam a ser tomadas ao nível mais próximo das comunidades, em parceria com a sua autoridade local¹³.

Diante do exposto, torna-se fundamental conhecer com maior profundidade, as principais características do modelo de alocação de recursos financeiros do *NHS* Inglês, com ênfase para a Atenção Primária à Saúde, buscando identificar suas mudanças ao longo do desenvolvimento desse sistema, que passa a cada vez mais estar em sintonia com as ideias liberais.

Para tanto, esse trabalho tem como objetivo elaborar uma revisão sistematizada acerca da alocação de recursos financeiros para a Atenção Primária à Saúde no NHS Inglês, no contexto do capitalismo contemporâneo, discutindo seus limites e desafios.

Metodologia

Pergunta da revisão

Para o presente estudo utilizou-se da revisão sistematizada como metodologia para a coleta de dados. Esta metodologia consiste na construção de uma análise ampla da literatura, com foco na alocação de recursos financeiros para a Atenção Primária à Saúde no National Health Service Inglês. Parte-se da seguinte pergunta de pesquisa: *O que a literatura científica apresenta sobre os modelos de alocação de recursos financeiros para a Atenção Primária à Saúde no NHS Inglês?*.

Fontes de dados e estratégia de busca

A partir da elaboração da pergunta norteadora da pesquisa, o desenho metodológico desta revisão foi estruturado em três etapas, sendo a sequência: identificação dos descritores; busca exploratória do material na literatura; e leitura sistematizada dos títulos e resumos das publicações.

Identificação dos descritores

A partir da pergunta de pesquisa identificou-se os itens-chave: “Alocação de recursos”, “Atenção Primária à Saúde” e “NHS”, utilizando o acrônimo Fenômeno-População-Contexto (FPC), respectivamente. Assim, a partir de então, optamos por trabalhar nesta Revisão com dois repositórios de estudos, dois portais (que reúnem diferentes bases de dados), a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e a PubMed. Para o primeiro repositório foram trabalhados os descritores com base nos

Descritores em Ciências da Saúde – DeCS e para o segundo repositório, foram utilizados os termos em inglês a partir da base de dados PubMed, definidos como MeSH Terms.

Busca exploratória do material na literatura

Os descritores finais, derivados de cada item-chave e usados para pesquisa na BVS e na PubMed (em inglês), podem ser visualizados no Quadro 1, de acordo com os polos “Alocação de Recursos”, “Atenção Primária à Saúde” e “NHS” (Fenômeno-População-Contexto):

Quadro 1: Definição de itens-chave e descritores em termos DeCS/BIREME e MeSH PubMed

	BVS	Mesh - PubMed
Alocação de Recursos	"Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde"	"Resource Allocation"
	"Equidade na Alocação de Recursos"	"Health Care Rationing"
	"Gastos Públicos com Saúde"	"Health Resources"
	"Alocação de recursos"	"Health Expenditures"
	"Economia e Organizações de Saúde"	"Financing, Government"
	"Financiamento dos Sistemas de Saúde"	"Healthcare Financing"
	"Financiamento da Assistência à Saúde"	
Atenção Primária à Saúde	"Atenção Primária à Saúde"	"Primary health Care"
	"Modelos de Assistência à Saúde"	
NHS	"Medicina Estatal"	"State medicine"
	"Sistemas Nacionais de Saúde"	"National Health Programs"
	"Sistemas de Saúde"	"Health Policy"
	"Sistemas Públicos de Saúde"	"Universal Health Care"
	"Serviços de Saúde"	"United Kingdom"
	"Serviços Públicos de Saúde"	

A busca exploratória realizada na BVS utilizou-se dos operadores booleanos AND (entre os Polos: Fenômeno-População-Contexto) e OR (entre os itens-chave de cada Polo).

Desta busca, sem recorte temporal, obtivemos a seguinte sintaxe:

(mh:(mh:(("Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde"))) OR (mh:(("Equidade na Alocação de Recursos"))) OR (mh:(("Gastos Públicos com Saúde"))) OR (mh:(("Alocação de recursos"))) OR (mh:(("Economia e Organizações de Saúde"))) OR (mh:(("Financiamento dos Sistemas de Saúde"))) OR (mh:(("Financiamento da Assistência à Saúde")))) AND (mh:(mh:(("Atenção Primária à Saúde"))) OR (mh:(("Modelos de Assistência à Saúde")))) AND (mh:(mh:(("Medicina Estatal"))) OR (mh:(("Sistemas

Nacionais de Saúde")) OR (mh:("Sistemas de Saúde")) OR (mh:("Sistemas Públicos de Saúde")) OR (mh:("Serviços de Saúde")) OR (mh:("Serviços Públicos de Saúde")))).

Por meio da sintaxe, realizada em 29 de novembro de 2022, obtivemos 122 publicações.

Para a busca exploratória realizada no Portal de base de dados – PubMed, também se utilizou os operadores booleanos AND (entre os Polos: Fenômeno-População-Contexto) e OR (entre os itens-chave de cada Polo). Cabe evidenciar que a palavra “United Kingdon” foi utilizada na busca separadamente dos Polos e após leitura dos resumos foram selecionados os artigos que tratavam do NHS Inglês.

Desta busca, sem recorte temporal, obteve-se a seguinte sintaxe:

(“Health Resources”[MeSH Terms] OR “Resource Allocation”[MeSH Terms] OR “Health Care Rationing”[MeSH Terms] OR “Health Expenditures”[MeSH Terms] OR “financing, government”[MeSH Terms] OR “Healthcare Financing”[MeSH Terms]) AND (“State medicine”[MeSH Terms] OR “National Health Programs”[MeSH Terms] OR “Health Policy”[MeSH Terms] OR “Universal Health Care”[MeSH Terms]) AND “Primary Health Care”[MeSH Terms] AND “United kingdom”[MeSH Terms]

Pela sintaxe, aplicada em 29 de novembro de 2022, obteve-se um total de 246 publicações.

Assim, ao somarmos as publicações encontradas, a partir das duas sintaxes, obtivemos um total de **368 publicações**.

Busca sistematizada das publicações

Para a busca sistematizada das publicações procedeu-se à realização das quatro etapas gerais do Fluxograma Prisma, conforme a Figura 1: identificação, rastreamento, elegibilidade e incluídos.

Em primeiro lugar, das 368 publicações identificadas pela sintaxe final foram excluídos 72 estudos repetidos, obtendo um total de 296 publicações.

A partir de então, foram retiradas as publicações que não se referiam à artigos científicos. Desse modo, retirou-se: a) Vol. inteiro/ Monografia (n = 25); Resenhas/

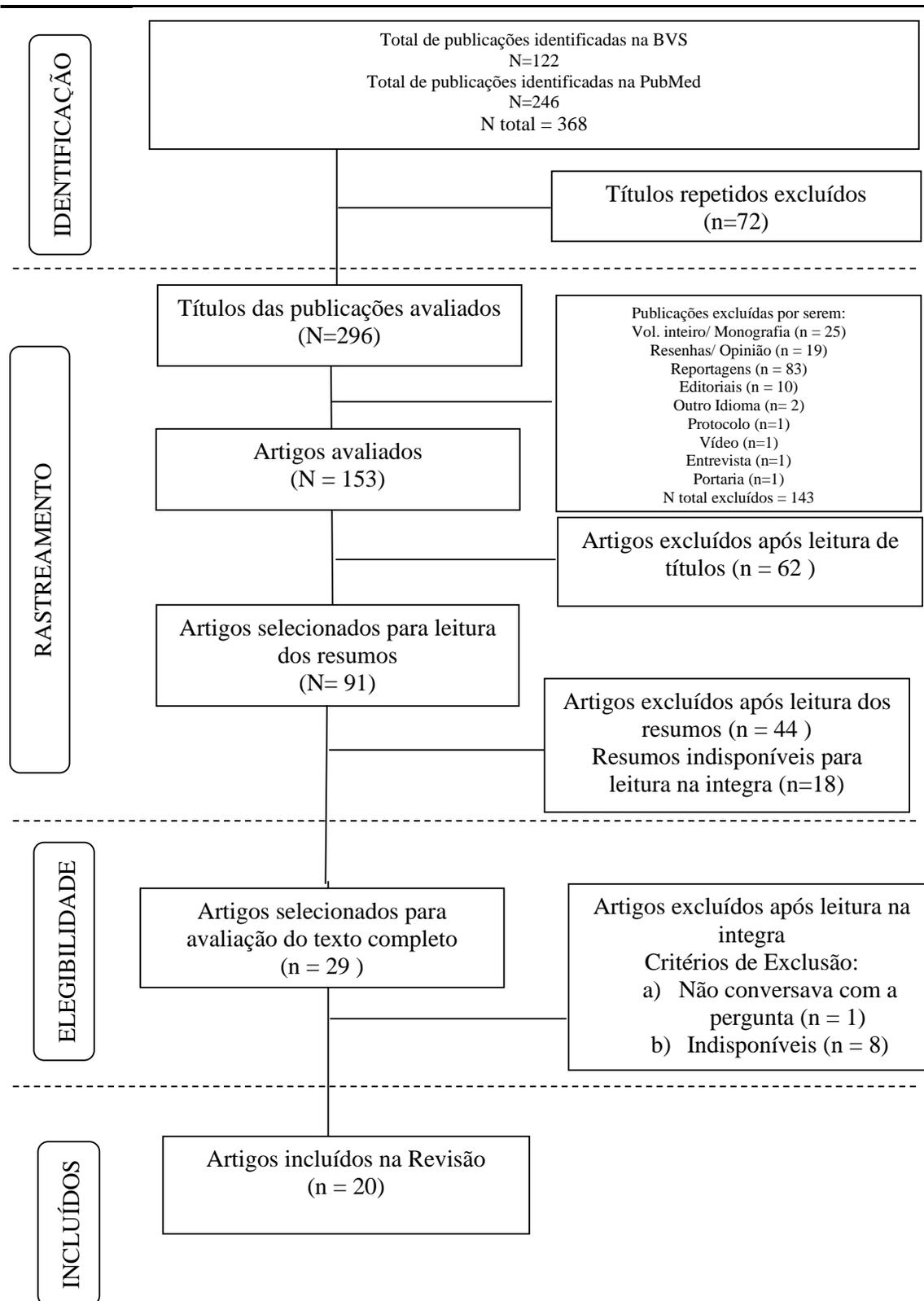
Opinião (n = 19), Reportagens (n = 83), Editoriais (n = 10), Outro Idioma – alemão e holandês - (n= 2), Vídeo (n=1), Entrevista (n=1), Portaria (n=1). Esse processo correspondeu a um total de publicações retiradas, correspondente a 143. Dessa forma, restaram 153 artigos científicos.

Ainda, na etapa do rastreamento, foi realizada a leitura dos títulos dos artigos, com base nos critérios de inclusão: referências aos termos “alocação de recursos” relacionado com “Atenção Primária à Saúde” e “NHS”. Desta maneira, foram excluídos 62 artigos, resultando em 91. A partir desses, foi feita a leitura dos resumos dos artigos. Nela, os critérios de inclusão disseram respeito aos mesmos da leitura dos títulos. Assim, foram retirados 44 artigos, sendo: que não dialogavam com a pergunta de pesquisa (n=31); artigos que não se referiam a Inglaterra em geral (n=07); artigos que se referiam a outro nível de atenção à saúde (n=04); e artigos que se referiam a área do direito (n=02). Também foram identificados 18 artigos com resumos não disponíveis. Assim, restaram 29 artigos considerados incluídos para leitura na íntegra.

Nesta fase, foi verificada a disposição de artigos para leitura na íntegra. Nessa etapa, foram identificados 8 artigos não disponíveis. Um artigo apesar de tratar sobre a atenção primária, não abordava o NHS inglês. Assim, restaram 20 artigos considerados incluídos.

As etapas acima mencionadas estão apresentadas na Figura 1 a seguir.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos incluídos na revisão



Resultados

Para a análise e sintetização final foram lidos na íntegra 20 artigos, todos em língua inglesa publicados entre os anos de 1992 e 2019, ou seja, entre o final do governo conservador, pelo período de 13 anos do governo trabalhista e retornando em 2010 para o governo conservado, atualmente em exercício durante a elaboração desta revisão.

Os artigos foram organizados em um quadro síntese (Quadro 2) que identifica os autores, ano de publicação, objetivos, metodologia e os principais pontos levantados a partir de duas categorias de análise: abordagem sobre o NHS Inglês com foco na Atenção Primária e abordagem sobre a metodologia de alocação de recurso para a saúde.

Dos 20 artigos, 19 foram produzidos na Inglaterra – Reino Unido e apenas um ensaio foi elaborado por autor americano e sua perspectiva sobre o NHS Inglês. Sobre a metodologia das publicações 6 são ensaios, 5 são estudos etnográficos ou qualitativos por questionário, 4 estudos regressivos, 4 avaliações de custo, técnica ou modelo aplicados as necessidades de saúde e 1 revisão sistemática.

5 artigos trouxeram na sua avaliação pontos sobre a fórmula ou modelo de alocação de recurso empregado no período abordado pelo estudo, 3 deles estão nos anos 90, quando se fazia diversas críticas a *RAWP formula*, que não contemplava a alocação de recursos para a Atenção Primária em seu fundamento.

Quadro 2: Quadro síntese

Base/ Portal	Autor/Ano	Objetivo	Método do Estudo	Abordagem sobre o NHS-Inglês	Abordagem sobre a metodologia de alocação de recurso em saúde
PubMed	1992 Neuberger J ¹⁴	Discutir a partir do "Tomlinson Report" propostas para a cidade de Londres do ponto de vista da APS.	Ensaio.	Descreve a relação na saúde a partir dos serviços comunitários e da APS em Londres. Relata que há desigualdade na quantidade de enfermeiras distritais nas áreas de Londres em comparação com outras áreas próximas. Há problemas na quantidade de pessoas cadastradas por <i>General Practitioners</i> , sugere equipe multidisciplinar que inclua profissionais de enfermagem para auxiliar os GPs que trabalham individualmente.	Faz críticas a utilização da taxa de mortalidade padronizada como indicador de necessidades em saúde. Evidencia limitações na fórmula da captação, propõe inclusão de taxa de morbidade e outras inequidades específicas para Londres.
PubMed	1994 Donaldson L J, Kirkup W, Craig N, Parkin D ¹⁵	Avaliar a adequação e validade do Índice de Eficiência como uma medida válida, explorar os incentivos resultantes para o serviço de saúde num <i>Health Authority</i> (HA) de uma região inglesa e sugerir uma abordagem modificada.	Ensaio.	A abordagem por ponderação do índice de atividade implica que a importância relativa das diferentes áreas de serviços depende do padrão atual de gastos, mais do que a ênfase dada na estratégia, ou seu potencial para melhorar a saúde da população. Índice de Eficiência refletiu a dificuldade de medição em um índice único o desempenho de uma organização complexa com várias metas possíveis e concorrentes. Propõe alternativa para uma única fórmula usando uma gama de medidas. Um índice de finanças e atividade, modificado para superar as fragilidades atuais do Índice de Eficiência, poderia ser monitorado juntamente com medidas de satisfação do paciente, qualidade e equilíbrio do cuidado entre os setores de saúde.	Utiliza índice de eficiência para avaliar a alocação de recurso. Diferentes procedimentos podem ter o mesmo peso para a alocação de recursos e não reflete a eficiência do serviço. Considerou o efeito potencial dos incentivos implícitos pela formulação do Índice de Eficiência. Para o NHS redirecionar recursos para aumentar a atividade em áreas caracterizadas por volume relativamente baixo, o Índice de Eficiência aparentemente apresentaria excelente resultados. Pouco importaria se essa alocação ocorre por meio de redução de custos, transferência de atividade ou aplicação de novos financiamentos; os resultados seriam semelhantes.

BVS e PubMed	<p>1994 Maynard A, Bloor K ¹⁶</p>	<p>Discute políticas de reformas baseadas na APS; relação recursos, fornecimento dos serviços e saúde; efetividade da APS.</p>	<p>Ensaio.</p>	<p>A atenção primária é um dos muitos processos sociais e econômicos que melhoram a qualidade de vida. Como o resto dos cuidados de saúde, a base científica, em termos de custo-eficácia de intervenções concorrentes, é pobre. De fato, em países como o Reino Unido, a atenção primária é uma “caixa preta” onde as necessidades, a utilização e a eficácia são mal definidas, mas afirmadas com ousadia (particularmente por grupos de provedores) e defendido sem críticas por organizações internacionais como a Organização Mundial da Saúde.</p>	<p>Afirma que se a igualdade de oportunidades para acessar recursos de saúde é um objetivo do governo, conforme declarado em sua discussão sobre cuidados secundários e a RAWP, é razoável que esse objetivo só pode ser alcançado se a atenção primária tiver alocação de recursos por uma fórmula que trata das desigualdades.</p>
PubMed	<p>1997 Godber E, Robinson R, Steiner A ¹⁷</p>	<p>Elaborar a definição de mudança no equilíbrio do cuidado (1), revisar na literatura sobre custo efetividade, com base nesta definição, se qualifiquem como mudanças no equilíbrio do cuidado (2) e identificar problemas metodológicos que precisam ser mudados em futuras avaliações e econômicas (3).</p>	<p>Revisão sistematizada.</p>	<p>(1) Define mudança no equilíbrio de cuidados dizendo que ocorre quando um novo serviço ou reorganização adquire atributos do cuidado primário. (2) Em muitas análises, os custos foram frequentemente especificados de forma limitada ou incompleta. Muitos estudos restringiram sua atenção à variável serviço de saúde custos, com aproximadamente dois quintos dos estudos que não considerem os custos de capital e três quintos excluindo custos externo. (3) Confirma que poucas avaliações econômicas foram realizadas em relação a mudanças no equilíbrio do cuidado e que há muitos pontos sobre os quais a qualidade do desenho dos estudos pode ser melhorada.</p>	<p>Mudança no equilíbrio do cuidado está relacionado a uma cascata de custos e utilização dos recursos alocados. Mudanças no equilíbrio do cuidado muitas vezes envolvendo essa cascata de custos, diretos e indiretos, que recaem sobre os setores primário, comunitário e informal. É particularmente importante que os analistas documentem esses custos da forma mais completa possível, inclusive porque figuram com destaque preocupações dos profissionais responsáveis pelo aumento das cargas de trabalho na interface do cuidado primário-secundário. Além disso, as principais alterações na organização e financiamento do cuidado comunitário significará que, no futuro, será necessário prestar uma atenção acrescida a estes custos que recaem sobre os Departamentos de Serviços Sociais Locais e sobre pacientes ou cuidadores.</p>

BVS e PubMed	<p>1997 Sims A, Redgrave P, Layzell A, Grimsley M, Wisher S, Martin D¹⁸</p>	<p>1. Desenvolver uma maneira de descrever como os recursos foram usados por diferentes clínicos gerais; 2. Abordar o problema da propriedade da emissão de capital próprio e encontrar uma maneira de implementar mudanças potencialmente contenciosas; 3. Encontrar uma fórmula que fosse uma medida adequada de necessidade de cuidados de saúde e escolha de uma técnica para aplicá-la, o que permitiria a alocação de recursos de forma mais equitativa e racional.</p>	<p>Avaliação a partir de uma "matriz alocativa" desenvolvida para o estudo e utilizando York Relative Needs Index (RNI).</p>	<p>Papel dos GPs no manejo das inequidades. Os resultados sugeriram que o uso de recursos foi aleatório e desigual, reflete o estilo da prática dos GPs que se desenvolveu ao longo dos anos baseado mais na prática do que nas necessidades de suas populações. Após padronização para o perfil etário das práticas, grandes variações foram demonstradas nos recursos utilizados para o hospital e serviços comunitários de saúde per capita em diferentes serviços.</p>	<p>A relação entre as necessidades das populações e os níveis de alocação de recursos atuais foram investigados usando o <i>York Relative Needs Index (RNI)</i> como medida de necessidade e o gasto per capita por prática em serviços comunitários. Particularmente marcante foi a grande variação das despesas per capita para práticas com o mesmo nível de necessidade. Além disso os dados indicaram que alta necessidade pode ter relativamente pouco gasto, enquanto baixa necessidade pode ter gastos relativamente mais alto usando a fórmula de capitação ponderada. Alocação de recurso a partir da <i>York Relative Needs Index</i> para determinar target da alocação parece funcionar apenas para uma população grande e homogênea.</p>
--------------	---	---	--	--	--

PubMed	<p>1998 Light D H ¹⁹</p>	<p>Discutir o comissionamento no NHS a partir da ótica do sistema utilizado nos EUA, propondo maneiras de adquirir produtos de saúde clinicamente eficazes, cuidar e obter o melhor valor para o dinheiro.</p>	<p>ensaio.</p>	<p>Aponta quais lições NHS deveria aprender a partir da experiência dos EUA. Apresenta nove lições de compradores americanos: 1. Os compradores precisam ser grandes e fortes; 2. Eles precisam contratar todos os serviços; 3. Bons dados comparativos sobre preço, produto, qualidade e serviço são essenciais; 4. Descentralização e flexibilidade não podem ser objetivos principais; 5. Nem a escolha ou capacidade de resposta do paciente; 6. Os compradores precisam ser instruídos, bem treinados e com bom suporte técnico; 7. Redesenhar organizações leva tempo e dinheiro; 8. A atenção primária precisa ser comissionada e monitorado também; 9. Os profissionais são responsáveis pela gestão.</p>	<p>Aponta que no NHS, a mudança de custos e serviços é desenfreada e a maioria das fontes de desperdício identificadas em 1990 ainda estão em vigor. Divisões orçamentárias, orçamento barreiras, proibições e subsídios cruzados impedem o desenvolvimento dos cuidados integrados. Unificação das autoridades de saúde da família e das autoridades distritais de saúde foi um passo importante na eliminação da divisão do orçamento em torno do qual havia considerável desvio de custos. Os contratos dos <i>general practitioner's</i> constitui divisão orçamentária que separa os próprios provedores que fazem a maior parte dos cuidados de saúde e que determinam por encaminhamento outros custos do orçamento do NHS.</p>
PubMed	<p>1998 Dixon J, Holland P, Mays N ²⁰</p>	<p>Examinar brevemente como algumas pressões (contenção de gastos e qualidade) influenciaram a forma e a direção da atenção primária no Reino Unido.</p>	<p>Ensaio.</p>	<p>O <i>New NHS</i> (1997) foi concebido para fortalecer a avaliação do desempenho clínico e variações e para trazer mais informações sobre os custos e efeitos de tratamento disponível. Propõe a Comissão para melhoria da saúde, a qual nomeia um profissional em cada grupo de atenção primária que será responsável pela qualidade do atendimento clínico e pela publicação de uma lista de custos de referência para tratamentos hospitalares deve contribuir para melhorar o acompanhamento dos desempenhos.</p>	<p>Os grupos de cuidados primários iriam em grande parte substituir as formas existentes de compra e contratação de médicos de clínica geral, necessitava de considerável apoio e ajuda das autoridades de saúde para desenvolverem organizações robustas e coesas. As propostas buscaram atrair todos os profissionais na tarefa principal de gerenciar recursos do NHS. Entretanto, nenhum modelo se adequará a todas as áreas e grupos de atenção primária por abranger uma variedade de organizações. Propõe Índice de eficiência como incentivo aos provedores de serviços.</p>

PubMed	<p>2002 Moon G, Mohan J, Twigg L, McGrath K, Pollock A ²¹</p>	<p>Explorar historicamente, a partir da geografia, os ' general practice fundholding's' (GP-FH), uma abordagem para o financiamento da prática médica geral do Reino Unido que operava entre 1991 e 1997.</p>	<p>Análise regressiva.</p>	<p>Análise histórica da implementação em ondas dos GP-FH por área geográfica e inequidades. Explora aspectos das 7 ondas de implementação dos fundholding, as quais na onda 1 houve elegibilidade muito restrita e na onda 7 uma abertura com oportunidade para mais profissionais.</p>	<p>Evolução dos FH-GP por áreas, alocação do orçamento em áreas mais favorecidas em detrimento de áreas rurais. As áreas rurais buscaram aderir aos fundholding nas últimas ondas. Adoção dos fundholding nas primeiras ondas está ligado a áreas mais favorecidas.</p>
BVS e PubMed	<p>2002 Whynes D K, Baines D L ²²</p>	<p>Relatar os resultados de dois questionários conduzidos entre médicos da atenção primária, projetado para obter opiniões profissionais sobre a política de saúde do governo, o primeiro realizado imediatamente após a eleição de 1997 e o segundo aplicado 3 anos depois.</p>	<p>Avaliação qualitativa? (também faz uma análise estatística) por questionário estruturado e semiestruturado.</p>	<p>Discute o papel dos <i>fundholding</i> (FH) e <i>non-fundholding</i> (NFH) no NHS antes e após a abolição dos FH pelo governo trabalhista. Embora a abolição da participação em <i>fundholding</i> tenha sido finalizada apenas 6 anos após sua introdução, os detentores de fundos tornaram-se significativamente mais favoráveis a ela do que os restantes fora do esquema, os recrutados para fundos foram auto selecionados. Os NFHs em 1997 eram significativamente menos favoráveis em relação aos fundholding do que os FHs daquele ano.</p>	<p>Os NFHs eram defensores da abolição dos FH, menos dispostos a aceitar que quaisquer benefícios resultariam do modelo e mais inclinados a favorecer os pacientes em detrimento do manejo em termos de alocação de recursos. Tanto FHs quanto NFHs passaram a apoiar a contratação de longo prazo e a necessidade de aumentar recursos do NHS, geralmente para melhorar a qualidade. A associação observada entre o interesse em cobrar pela atenção básica serviços e o tamanho médio da lista de GP nessa pesquisa foi interpretado como uma preocupação em gerenciar a demanda de pacientes.</p>

BVS e PubMed	<p>2002 Carlisle R, Avery A J, Marsh P ²³</p>	<p>Verificar se diferentes categorias de atividades de cuidados primários e taxas específicas de morbidade têm diferentes associações com a privação social.</p>	<p>Análise regressiva.</p>	<p>Avaliou serviços de atenção primária para condições crônicas em duas áreas da mesma região, mas com nível socioeconômico diferente. Três categorias de contato por médicos aumentaram a atividade em áreas desfavorecidas o suficiente para ter impacto na prática: contato fora de horário, consulta com cirurgião e consulta no mesmo dia. Problemas psicológicos e infecções respiratórias foram associadas a áreas menos favorecidas. Atualmente, os clínicos gerais (GPs) estão inversamente distribuídos em menor quantidade em áreas carentes.</p>	<p>Avaliou se características de morbidade reflete na alocação equitativa de recursos. Projeta que logo após o estudo os recursos serão alocados aos Primary Care Trusts (PCTs) de acordo com fórmulas baseadas nas necessidades. É difícil recomendar um ajuste apenas por uma lista para contabilizar a carga de trabalho extra em áreas carentes porque diferentes atividades são afetadas em diferentes graus. A atividade fora do expediente tem uma associação particularmente forte com a privação e como os GPs retêm responsabilidade financeira pela cobertura fora do expediente, interfere na prática em áreas carentes. Até que os recursos sejam alocados de forma mais equitativa, os envolvidos no monitoramento de desempenho precisam estar cientes de que as práticas em áreas carentes terão mais dificuldade em atingir as metas definidas no Plano Nacional.</p>
--------------	---	--	----------------------------	--	--

BVS e PubMed	2002 McDonald R ²⁴	Descrever o processo, analisar a influência de várias partes interessadas no comissionamento e avaliar até que ponto a contribuição da economia da saúde foi influente nas tomadas de decisões.	Estudo etnográfico de observação e evidência documental.	Discute a reforma do "New NHS", o papel dos <i>General Practitioners (GPs)</i> nos Primary Care Groups (PCG) e a tomada de decisão na perspectiva da economia da saúde. O estudo de caso sugeriu que, embora tentativas de manter a tomada de decisão 'racional' especificando objetivos claros, houve redução da participação das Health Authority (HA). O processo PCG estava em total contraste com o ideal teórico, sinônimo da abordagem 'racional' da econômica da saúde, incluindo avaliação de necessidades, comissionamento de cuidados para atender necessidades identificadas e monitoramento do progresso.	Abordagens econômicas da saúde que defendem a alocação de recursos explícita e sistemática são consistentes com o esforço do governo para reduzir os poderes decisório dos GPs, promovendo normas e diretrizes de tratamento. Restringindo os poderes de GPs individuais para alocar recursos de acordo com seu próprio critério corre-se o risco de minar a capacidade do sistema de lidar com a lacuna entre oferta e demanda.
BVS e PubMed	2002 Smith T ²⁵	Discutir conceitos econômicos proeminentes no NHS pós-reformas 2000.	Compilado de 5 artigos, mas apenas 2 dos artigos utilizados abordam o NHS Inglês, e um deles é McDonald R 2002, que está na planilha.	Avalia uma nova estrutura para o NHS com forças de mercado. Sugere que é improvável que o NHS atenda às necessidades do público e satisfaça suas expectativas por meio de representantes econômicos. A visão de um NHS que move recursos para mais perto dos pacientes, planeja cuidar em torno das necessidades individuais e envolve pacientes em todos os estágios, falhará se a racionalidade econômica for empregada sozinha para avaliar a forma do comportamento.	Pondera sobre a importância dos custos e o zelo na alocação de recursos, esta varredura nos artigos reuniu uma série de fontes que sugerem que a racionalidade econômica não é o raciocínio dominante para os pacientes, médicos ou gerentes e, portanto, não deve ser assumido que o futuro do NHS pode ser moldado apenas pela racionalidade econômica.

BVS e PubMed	<p>2004 Jones I R, Berney L, Kelly M, Doyal L, Griffiths C, Feder G et al.²⁶</p>	<p>Explorar como os general practitioners (GPs) gerenciam a dupla responsabilidade de tratar pacientes e fazer uso equitativo dos recursos do NHS no contexto de um maior envolvimento do paciente na tomada de decisões.</p>	<p>Estudo etnográfico com entrevista individual e em grupo, semiestruturadas.</p>	<p>O Health and Social Care Act 2001 tornou o envolvimento público um dever das Autoridades de Saúde. Além disso, em 2002 elaborado nova cláusula para a criação da Comissão para Envolvimento do Paciente e do Público na Saúde para promover envolvimento de membros do público nas decisões em cuidados de saúde.</p>	<p>Os clínicos gerais (GPs) foram levados a tomar decisões sobre alocação de recursos com o Health and Social Care Act 2001. Primary care Trusts (PCTs) agora comissionam uma gama de serviços de saúde de atendimento comunitário ao tratamento hospitalar. General Practitioner's (GPs) experimentaram tensões, no que diz respeito a responsabilidades com os orçamentos, populações e sociedade. Variações locais nas populações e a disponibilidade de recursos teve um impacto sobre a capacidade dos GPs e pacientes se envolvam na tomada de decisão compartilhada.</p>
PubMed	<p>2006 Badrinath P, Currell R A, Bradley P M²⁷</p>	<p>Examinar os fatores que diferem entre 58 Primary Care Trusts (PCTs) em déficit financeiro (n=29) e os em superávit (n=29), usando dados de diferentes fontes sobre os PCTs.</p>	<p>Um estudo comparativo descritivo.</p>	<p>Há diferença na quantidade de usuários cadastrados e da quantidade de clínicos entre PCTs em déficit e PCTs em superávit, sendo que a população cadastrada é menor nos PCTs em déficit, podendo ser quase 7 vezes menor. Não há diferença significativa na quantidade de trabalhadores, mas a equipe nos PCTs em déficit se sente mais pressionada no trabalho e que faz mais horas extras. Há um volume maior de práticas e dispensação na atenção primária nos PCTs em déficit e o número de consultas finalizadas na atenção secundária também é maior nesse grupo.</p>	<p>PCTs em déficit recebem £205 per capita da população residente e £123 per capita da população cadastrada a menos que os PCTs em superávit. PCTs em superávit parecem se beneficiar positivamente da fórmula de alocação de recurso baseada na captação ponderada, estão localizados em áreas menos prósperas e com algum nível de privação. Notou-se que PCTs em déficit estavam acima do target no ciclo de alocação em 2003-2004 e alterou para abaixo do target em 2006-2007, mostrando que o balanço na alocação de recursos é sensível a alterações no tamanho da população, mas a fórmula para a alocação não parece ser sensível o suficiente para detectar o crescimento populacional.</p>

BVS	<p>2006 Iqbal Z, Pryce A, Afza M ²⁸</p>	<p>Descrever a experiência dos dois Primary care Trust (PCT) no uso de uma ferramenta de pontuação explícita para priorizar as propostas apresentadas para novos financiamentos dentro da economia de saúde local.</p>	<p>Avaliação técnica de propostas de desenvolvimento de serviços.</p>	<p>Em 1999, o governo criou o National Institute for Clinical Excellence (NICE), com o papel na revisão de novas tecnologias de saúde, o NICE pode ser visto como uma forma de racionamento nacional explícito. No trabalho as pontuações totais finais indicam que a orientação do NICE teve menor prioridade dentro deste processo de priorização local, com outras pressões sobre os serviços sobressaindo. Problemas de pontuação mais altas parecem ser dos serviços, que estavam em crise ou onde o não financiamento teria levado a sérias consequências como o encerramento do serviço.</p>	<p>Os resultados deste exercício demonstram que nem todas as pressões nacionais "obrigatórias" podem ser atendidas dentro alocação de recursos aos PCTs, daí a necessidade de priorização. Também ilustra a lacuna financeira entre o que é acessível e qual é o nível desejável de financiamento. O processo também gerou expectativas que não podem ser atendidas. Dos custos de £ 44 milhões submetidas ao fórum, menos de £ 5 milhões estavam disponíveis para financiamento. Isso também levantou a dúvida se o financiamento de linhas de base definido nacionalmente é adequado para atender até mesmo às mais altas prioridades.</p>
PubMed	<p>2010 Rhys G, Beerstecher H J, Morgan C L ²⁹</p>	<p>Avaliar o impacto da proposta mudanças nas práticas, comparando duas fórmulas, original e modificada de Carr-Hill e como afetam as práticas individuais.</p>	<p>Estudo retrospectivo.</p>	<p>Embora os novos métodos de pagamento aplicados ao Reino Unido como um todo, algumas funções como o financiamento de cuidados de saúde são devolvidas/ passada a responsabilidade às nações constituintes: Inglaterra, País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte. Em um nível inferior, os governos nacionais têm contratos (General Medical Services GMS) descentralizados, que eram administrados pelas autoridades de saúde locais. Isso significava que mesmo os pagamentos determinados centralmente devem ser administrados pelas autoridades de saúde locais.</p>	<p>As fórmulas originais e modificadas diferiam em dois aspectos: Uso de dados do trimestre anterior e normalização a nível nacional e não a nível sindical. Todas menos uma das 8.930 clínicasq serviços galesas e inglesas experimentaram menos de 1% de diferença no pagamento através do uso de dados do trimestre anterior, indicando que praticamente todas as diferenças entre a soma global original e modificada de pagamentos foram causadas pelo processo de normalização em nível nacional. A mudança exigia o encaminhamento de pagamentos dos orçamentos centrais através da complexa hierarquia da união, países de origem (nações) e autoridades de saúde. Modificações foram feitas na fórmula de alocação, introduzindo ajustes nacionais. As modificações na fórmula são responsáveis pelas discrepâncias no financiamento da prática em saúde.</p>

PubMed	<p>2012 Russell J, Greenhalgh T³⁰</p>	<p>Explorar como a acessibilidade de tratamentos individuais é realizado na prática por órgãos de comissionamento (Primary Care Trusts -PCTs), responsáveis pela alocação de recursos em pedidos individuais nos Juris de 'individual funding requests' (IFRs).</p>	<p>Estudo etnográfico.</p>	<p>NHS mantém compromisso público da universalidade, mas apresenta restrições no acesso, aborda dificuldade dos membros dos órgãos de comissionamento em mediar conflitos de demanda individuais nos juris de 'individual funding requests' (IFRs). Discute categorias de exceções que poderiam receber benefício solicitado no IFRs e que levam a dilemas morais dentro do NHS. Também pode levar a criação de uma lógica e racionalidade própria com regras abstratas para desestruturar casos específicos.</p>	<p>Discute a alocação de recurso a partir dos membros dos PCTs e a necessidade em fazer restrições a partir do orçamento presente. Do ponto de vista do comissionamento na saúde pública, as IFRs representar uma potencial perturbação do ciclo anual de comissionamento, desviar recursos previstos para prover as diversas necessidades de uma população local e que podem comprometer o orçamento estatutário dos PCTs. E numa perspectiva política, a existência de IFRs tem significado simbólico, uma vez que permite aos Ministros/ governo tranquilizar o público de que o NHS não tem "proibições gerais" nos cuidados de saúde.</p>
BVS e PubMed	<p>2012 Walter A, Chew- Graham C, Harrison S³¹</p>	<p>Explorar os relatos dos GPs sobre a negociação de recusas de solicitações de pacientes e suas estratégias de negociação.</p>	<p>Avaliação qualitativa por entrevista semiestruturada.</p>	<p>Avalia relação entre pacientes e GPs com função de "gatekeeper", recusa ou negociação sobre tratamento ou medicamento na APS. Ofereceu a oportunidade para GPs, considerar as estratégias de comunicação necessárias para negociar as solicitações dos pacientes. As entrevistas mostraram atender solicitações dos pacientes era uma rotina, mas que recusar pedidos não era uma grande fonte de estresse para todos os GPs, mas foi descrito como tal mais por estagiários de GP e lembrado por GPs mais experientes como característica do início de suas carreiras.</p>	<p>Traz pequeno ponto sobre discutir alocação de recurso de forma equitativa como argumento na negociação com pacientes. Entrevistados trouxeram como estratégias frequentemente usada o desviou da culpa para terceiros, como o governo ou o PCT, isso incluía o uso de diretrizes. Alguns entrevistados refletiram que se as decisões de alocação foram feitas por grupos de comissionamento predominantemente de GPs locais, então seria mais difícil usar essa estratégia, uma vez que eles próprios tomariam essas decisões.</p>

PubMed	<p>2015 O´Cathain A, Sampson F, Strong M, Pickin M, Goyder E, Dixon S ³²</p>	<p>Investigar efeito dos investimentos marginais aplicados por 152 comissionados locais (Primary Care trust - PCT) e os resultados que eles esperam alcançar.</p>	<p>Análise de custo efetividade em três doenças crônicas: Diabetes, doença coronariana e DPOC em dois períodos diferentes 2008/2009 e 2009/2010.</p>	<p>PCTs esperavam redução nas admissões em serviços de emergência relacionadas as condições referidas (Diabetes, doença coronariana e DPOC) e melhora nas condições de saúde esperada para as doenças avaliadas. Foi observado melhora nos resultados (melhora na hemoglobina glicada) apenas para DM quando realizado investimento para controle dessa doença.</p>	<p>Não houve redução no financiamento de ações realizadas para DM, doença coronariana ou DPOC entre os dois períodos avaliados. PCTs decidem como investir recurso alocado para melhorar resultados de determinadas condições de saúde, no caso desse estudo DM, doença coronariana e DPOC.</p>
PubMed	<p>2019 Currie J, Castill M G, Adekanmbi V, Barr B, O´Flaherty M ³³</p>	<p>Avaliar impacto das mudanças na alocação de recursos do NHS em áreas menos favorecidas e explorar impacto na inequidade e mortalidade precoce.</p>	<p>Análise descritiva e regressiva sobre a alocação de recurso no NHS Inglês.</p>	<p>As taxas de mortalidade masculina e feminina caíram entre 2007 e 2014, particularmente nas zonas mais desfavorecidas. Desigualdades na mortalidade masculina entre áreas mais e as menos favorecidas reduzidas em 21 mortes evitáveis por 100.000 habitantes, uma redução relativa de 67% para 62%. Em contrapartida, no sexo feminino, a mortalidade precoce/ evitável diminuiu marginalmente em 9 mortes por 100.000 habitantes durante período, em termos relativos, as desigualdades subiram de 45% para 46%. Níveis de desigualdade nas taxas de mortalidade (não evitável) masculinos e femininos pouco mudou. Finalmente, reduções na mortalidade evitável e não evitável apresentaram-se, desde 2009/2010, estabilizadas em áreas carentes, enquanto as taxas de mortalidade não evitável nestas áreas parecem estar aumentando.</p>	<p>Entre 2012 e 2013, as duas áreas com maiores restrições tiveram redução na alocação, enquanto as restantes aumentaram. Aumento do financiamento per capita de 2007 a 2014 foi de £ 499 no quintil mais carente (37% aumento), enquanto o quintil menos carente recebeu £ 471 a mais per capita (aumento de 45%). A análise de regressão mostra que o aumento do financiamento das áreas mais carentes foi associado à redução da mortalidade evitável na população masculina, mas não feminina. Mudanças na alocação de recurso no período de 2007 a 2014 parecem ter influência na inequidade em mortes precoces.</p>

Discussão

O NHS Inglês como modelo de sistema de saúde universal sofre diversos processos de reformas para adequação das necessidades de saúde, mas principalmente devido a momentos políticos históricos e econômico do mercado interno e também por influências globais.

O fator equidade é frequentemente abordado nos artigos avaliados, por sua associação às fórmulas de alocação de recursos. Consideram fatores de equidade a distribuição geográfica, necessidades individuais, oferta de serviços de saúde e igualdade na distribuição de recursos financeiros ⁷.

A proposta dessa revisão foi buscar na literatura as principais características do modelo de alocação de recursos financeiros do *NHS* Inglês, com ênfase para a Atenção Primária à Saúde. Os artigos foram aglutinados por períodos a partir dos anos 90 e em duas dimensões: Abordagem sobre o NHS Inglês e abordagem sobre a metodologia de alocação de recurso em saúde. Buscando identificar as mudanças ao longo do desenvolvimento desse sistema e considerando as principais reformas dos anos 1990, 2001 e 2012.

O conteúdo relacionado aos anos 90 trouxeram a temática da alocação de recursos no NHS do Reino Unido, já que apenas em 1999, com o *Devolution*, os sistemas de saúde de cada país membro voltam a ter responsabilidade em administrar tais recursos de forma independente ^{5,29}, ou seja, os governos nacionais obtinham contratos descentralizados, que eram administrados pelas autoridades de saúde locais. Isso significava que mesmo os pagamentos determinados centralmente deveriam ser administrados pelas autoridades de saúde locais ²⁹.

Dos 9 artigos desse período, 5 utilizaram a Inglaterra como referência e outros 4 trouxeram a experiência mais abrangente do NHS, não se referindo especificamente a um país.

Situado entre a alternância entre governo conservador e governo trabalhista, as discussões giraram em torno do papel da Atenção Primária para a melhoria na qualidade dos serviços de saúde e um modelo ou fórmula para a alocação de recurso equitativa.

Abordagem sobre o NHS Inglês

A Atenção Primária à Saúde (APS) na Inglaterra é centrada na figura dos *General Practitioner's* (GPs), que nos períodos avaliados sofreram mudanças em relação à sua organização, inicialmente pelos GP Fundholding (anos 1990 – 1997), evoluindo para os Primary Care Trusts (anos 2000 – 2012) e posteriormente no Commissioning Care Groups (anos 2012 – 2022), sendo esse profissional responsável pela entrega dos serviços para a população. As abordagens dos artigos trazem aspectos da percepção desses profissionais ou das autoridades ligadas à sua administração.

A APS é um dos muitos processos sociais e econômicos que melhoram a qualidade de vida de uma determinada população. A base científica, em termos de custo-eficácia de intervenções concorrentes, é escassa, mesmo no Reino Unido as necessidades, a utilização e a eficácia são mal definidas, mas afirmada e defendida como política de saúde com poucas críticas ¹⁶.

Desigualdade na quantidade de profissionais e na quantidade de pessoas cadastradas entre áreas geográficas por *General Practitioner's*, são alguns dos problemas observados dentro das distribuições de serviços na APS. Mudanças no oferecimento dos serviços, implementação ou ampliação equipes multidisciplinar para auxiliar os GPs que trabalham individualmente, transferir alguns serviços tradicionalmente prestados no ambiente hospitalar que podem ser oferecidos na APS, diminuiria os custos e melhorariam o acesso aos serviços de saúde ¹⁴.

Além de diminuir os custos com saúde fornecendo alguns serviços na APS, também é possível reduzir a sobrecarga de atendimentos no setor hospitalar. A atenção primária está mais próxima da comunidade e com tecnologias mais simples. As reformas das políticas de saúde com ênfase na atenção primária precisam de objetivos claramente articulados e baseado de conhecimento sobre a prestação eficiente de cuidados primários¹⁶.

Na Atenção Primária no NHS o *General Practitioner* tem papel com “*gatekeeper*” (ou de regulação) e no manejo das inequidades, ponto importante dentro do sistema de saúde. Porém Sims et al. Demonstrou que o estilo da prática dos GPs que se desenvolveu ao longo dos anos dentro do NHS se baseou mais na prática do que nas necessidades de suas populações ¹⁸.

As definições de quais práticas concerne a Atenção Primária para as avaliações econômicas são mal delimitadas. Políticas de saúde são bem traçadas na atenção secundária e terciária, mas estabelecer a transição do que é atenção primária e onde inicia outro setor nem sempre é fácil ¹⁷.

Godber E. et al. define que mudança no equilíbrio de cuidados para a atenção primária, os quais pertencem atributos que são: acesso direto, cuidados generalistas, cuidados longitudinais e estabelecido na comunidade, ocorre quando um novo serviço ou organização adquire características do cuidado primário. Uma mudança completa ocorrerá quando o novo serviço exibir todos os quatro atributos ¹⁷.

Diferentes áreas de serviços dependem do padrão de gastos, mais do que a ênfase dada na estratégia, ou seu potencial para melhorar a saúde da população. Redução de custos, mudanças nas atividades ou na aplicação dos fundos, provavelmente favorecem os setores mais especializados de serviços e seria altamente improvável que favorecesse os objetivos políticos de mudando do equilíbrio para cuidados de saúde primários e baseados na comunidade¹⁵.

Nacional Health Service and Community Care Act

O *Nacional Health Service and Community Care Act* de 1990 cria um mercado interno e uma divisão comprador-prestador. Estabeleceu a participação de “fundos de GP” ou *GP – fundholding* (FH), que permitia que os GPs assumissem o orçamento e compra de serviços secundários e terciários em nome de seus pacientes, mas criou grande número de compradores de pena escala e incapazes de mudar o mercado de serviços de saúde ¹¹. Nem todos os GPs se tornam detentores de fundos (*non-fundholding* NFH), tendo seus serviços comprados para eles pelas autoridades de saúde locais.

A adesão aos *fundholding* aconteceu progressivamente, com a implementação em ondas, total de 7, inicialmente com elegibilidade muito restrita, a qual serviços que possuíam mais profissionais cadastrados eram beneficiados e nas últimas ondas (6 e 7) os critérios foram mais amplos permitindo que serviços com número menor de profissionais cadastrados e em áreas geográficas mais carentes participassem dos fundos ²¹.

A participação em *fundholding* teve fim após 6 anos da sua introdução, e os detentores de fundos eram mais favoráveis a esse modelo do que os restantes fora do esquema ²². Whynes D K. et al. avaliou em questionário semi-estruturado respondido por *general practitioners* (GP), participantes (FH) ou não dos *fundholding* (*Non-fundholding – NFH*), em 1997 logo após as eleições que passou o governo para o partido trabalhista e três anos depois (ano 2000) ²².

Em 1997 os NFHs eram menos favoráveis aos fundos do que os FHs, NFH eram defensores de sua abolição, menos dispostos a aceitar que quaisquer benefícios resultantes ao modelo de fundos e mais inclinados a favorecer os pacientes em detrimento do manejo em termos de alocação de recursos. FHs apoiavam esta forma de organização e acreditavam poder tirar lições da experiência, tal opinião se manteve nos anos 2000²².

Tanto FHs quanto NFHs passaram a apoiar contratos de longo prazo por necessidade de aumentar recursos do NHS, interpretando que contratos de compra de longo prazo aumentariam acesso longitudinal e melhorando a qualidade dos serviços ²².

New NHS: modern, dependable

Em 1997 o governo trabalhista entra no poder e publica novos direcionamentos nas políticas de saúde pelo *New NHS: modern, dependable*, visa substituir o mercado interno e a participação de *GP fundholding* por um sistema mais cooperativo e integrado, mantendo a divisão comprador-fornecedor.

Foi elaborado para fortalecer a avaliação do desempenho clínico e variações e para trazer mais informações sobre os custos e efeitos de tratamentos disponíveis. Propõe uma Comissão para melhoria da saúde, a qual nomeia um profissional em cada grupo de atenção primária que será responsável pela qualidade do atendimento clínico e pela publicação de uma lista de custos de referência para tratamento hospitalares deve contribuir para melhorar o acompanhamento dos desempenhos ²⁰.

Em 1999 a participação nos fundos GP é definitivamente abolida e novos grupos de atenção primária são estabelecidos. GPs, enfermeiros e outros trabalhadores se reúnem sob um novo sistema de *Primary Care Groups (PCGs)* para comissionar cuidados em nome de suas comunidades locais.

Posteriormente no *Health and Social Care Act 2001* há mudança para *Primary Care Trusts* (PCT). Os fundos de prestação de cuidados de saúde contratariam e/ou prestariam serviços integrados que abrangem a saúde, os serviços sociais e outras funções relacionadas com a saúde de uma autoridade local.

A reforma dos anos 2000 intensificaram o papel dos *General Practitioner's* (GPs) nos *Primary Care Groups* (PCG) e a tomada de decisões na perspectiva da economia da saúde. Seguir a tomada de decisão 'racional' especificando objetivos claros, reduziram os *Health Authority's* (HA) a um estado de paralisia. Os PCGs/ PCTs agora são colocados na posição de tomada de decisões que por vezes era feita desconsiderando questões como objetivos gerais dos serviços e disponibilidade de recursos^{24, 26}.

Nesse período as abordagens econômicas da saúde que defendiam a alocação de recursos explícita e sistemática, consistentes com o esforço do governo para reduzir os poderes decisório dos GPs, promovendo normas e diretrizes de tratamento²⁴.

Primary Care Trusts (PCT) e *General Practitioners* (GPs) experimentaram tensões, no que diz respeito a responsabilidades com os orçamentos, populações e sociedade. Diferentes características das regiões pareceram alterar o volume de serviços, dispensação e acesso aos setores secundários e terciários. Variações locais nas populações e a disponibilidade de recursos tem impacto sobre a capacidade dos PCTs, GPs e pacientes se envolverem na tomada de decisão compartilhadas^{26, 27}.

O *Health and Social Care Act 2001* tornou o envolvimento público um dever das Autoridades de Saúde. Além disso, outra reforma do NHS de 2002 traz uma cláusula para a criação da Comissão para Paciente e Envolvimento Público na Saúde (*Commission for Patient and Public Involvement in Health*) para promover participação de membros do público nas decisões dos cuidados de saúde, incluindo os deveres e responsabilidades ao utilizar os serviços²⁶.

Participação social compreende atividade que fortalece o sistema de saúde, possibilita produzir um serviço centrado no paciente, além de colocar o usuário na discussão sobre orçamentos, contratos e discriminação de custos. Smith T avalia que uma nova estrutura para o NHS com forças de mercado seria improvável que atendesse às necessidades do público e suas expectativas por meio de representantes apenas com formação econômica²⁵.

A visão de um NHS que move recursos para mais perto dos pacientes, planeja cuidar em torno das necessidades individuais e envolva pacientes em todos os estágios, falhará se a racionalidade econômica for empregada sozinha para avaliar a forma do comportamento ²⁵.

Apesar da proposta da participação da sociedade nas decisões do NHS buscarem a democratização e promover o envolvimento da população nos atos decisórios, não é certo que o objetivo é alcançado por não ser claro o papel desses atores ³⁴. Mais comum é que os GPs assumam essa tarefa tanto sobre serviços, quanto financeiro.

A racionalidade econômica não é dominante para os pacientes, médicos ou gerentes, portanto, não deve ser assumido que o futuro do NHS pode ser moldado apenas pela racionalidade econômica ²⁵. Grandes mudanças são esperadas pelos PCTs a partir de pequenos investimentos em ações, porém sem devido planejamento. Serviços fornecidos na atenção primária apresentam benefícios com práticas de melhoria de acesso, sendo mais relevante em áreas desfavorecidas, alterando a capacidade do usuário em receber atendimento de saúde ^{23, 32}.

Outro ponto de conflito no NHS são as demandas individuais nos *juris de 'individual funding requests'* (IFRs), que levam a dilemas morais dentro do sistema, que pode levar a criação de uma lógica e racionalidade própria com regras abstratas ³⁰. Considerando a necessidade regulatória, em 1999, o governo criou o National Institute for Clinical Excellence (NICE), com o papel na revisão de novas tecnologias de saúde, o NICE pode ser visto como uma forma de racionamento nacional explícito. A orientação do NICE tem pouca relevância dentro do processo de priorização local ²⁸.

Health and Social Care Act

Health and Social Care Act de 2012 estabeleceu um corte de gastos objetivando expandir a livre competição e o mercado^{11,12}. Modificou estruturalmente o NHS da Inglaterra. Extinguiu Autoridades Estratégicas de Saúde (Strategic Health Authorities – SHA) e PCTs, que foram substituídos por organizações de GPs, os Clinical Commissioning Groups (CCG), coordenados por nova estrutura, independente do Departamento de Estado de Saúde (DoH), o NHS England.

Dos artigos levantados nessa revisão apenas um estava inserido no contexto da reforma de 2012.

Currie J et al. Evidenciou que com a mudança no modelo de comissionamento e financiamento para a Atenção Primária as taxas de mortalidade masculina e feminina caíram entre 2007 e 2014, particularmente nas zonas mais desfavorecidas. Porém, níveis de desigualdade nas taxas de mortalidade não evitável masculinos e femininos pouco mudou. Finalmente, reduções na mortalidade evitável e não evitável apresentam-se, desde 2009/2010, estabilizadas em áreas carentes³³.

Abordagem sobre a metodologia de alocação de recurso em saúde

Inequidade na alocação de recursos para a saúde é discutida em diversos setores, enquanto a atenção hospitalar já é financiada por uma fórmula desde os anos 1970, debater sobre a desigualdade na Atenção Primária à Saúde na Inglaterra é um processo recente ¹⁶.

A RAWP formula utilizada para a alocação de recursos para setor hospitalar utilizava a 'taxa de mortalidade padronizada' como indicador de necessidades em saúde, porém quando aplicada para a Atenção Primária parece insuficiente. Inclusão de taxa de morbidade e outras inequidades específicas por região foram propostas para serviços primário e comunitários¹⁴.

O contrato para prestação de serviços de cuidados primários existe desde o início do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS) em 1948, mas as práticas de cuidados primários recebiam uma mistura complexa de taxas de captação, reembolsos de despesas, taxa por serviços e uma pequena quantia de pagamento por desempenho. Somente em 2004, o financiamento foi radicalmente modificado como parte de um novo contrato com uma fórmula de alocação para serviços de atenção primária de modo que as práticas receberiam remuneração equitativa ²⁹.

Igualdade de oportunidades para acessar recursos de saúde é objetivo de governo, é razoável que tal objetivo só pode ser alcançado se a atenção primária tiver alocação de recursos baseado na intensão de diminuir as desigualdades. Maynard A et al propõe que para atender aos objetivos é necessário ter:

- 1. um orçamento fixo global, financiado por uma única fonte;*
- 2. uma fórmula de alocação por capitação ponderada baseada em necessidades explícitas;*
- 3. avaliação*

de intervenções e mudança de comportamento para que políticas e clínicas sejam baseadas em evidências; 4. Evitar financiamento por item de serviço ¹⁶.

Em outra publicação de 1995, dos mesmos autores, propõe adotar a alocação de recursos a partir de uma fórmula de captação ponderada para a atenção primária, sugerindo que haveria distribuição equitativa de recursos entre áreas geográficas e que a elaboração de novos contratos administrados por GPs de forma mais competitiva promoveria uso eficiente do orçamento e teria benefícios nos serviços oferecidos aos usuários ³⁵.

Mas a captação ponderada seria suficiente para distribuição equitativa de recursos? Outros fatores como necessidade, eficiência e acesso podem ser necessários para que equilibrar a balança dos gastos em saúde e oferecimento das práticas.

A relação entre as necessidades e os níveis de alocação de recursos usando o *York Relative Needs Index* (RNI) como medida de necessidade e o gasto per capita por prática clínica em serviços comunitários, mostrou grande variação das despesas per capita para práticas com o mesmo nível de necessidade. Além disso, usando a fórmula de capitação ponderada, indicou que altas necessidades têm relativamente pouco gasto, enquanto baixas necessidades podem ter maior custo ¹⁸.

Utilizar um Índice de Eficiência para avaliar a alocação de recurso em diferentes procedimentos podem ter o mesmo peso no financiamento, mas não refletir a eficiência do serviço. Para o NHS redirecionar recursos para melhorar a prática apresentaria excelente resultados ¹⁵. Um índice de financiamento e atividade, voltado para superar as fragilidades do Índice de Eficiência, poderia ser monitorado juntamente com medidas de satisfação do paciente, qualidade e equilíbrio do cuidado entre os setores de saúde ¹⁵.

Mudanças no equilíbrio do cuidado muitas vezes envolvendo custos, diretos e indiretos, recaem sobre os setores primário, comunitário e informal. As principais alterações na organização e financiamento do cuidado significa considerar estes custos que recaem sobre os Departamentos de Serviços Sociais Locais e ou sobre pacientes e cuidadores ¹⁷.

Nos anos 1990 deu-se início à prática de comissionamento, num movimento pequeno com implementação dos *fundholding* (FH). A alocação de recursos pelos fundos com adesão dos GPs em ondas por critérios de inclusão, beneficiou áreas já favorecidas

em detrimento as áreas rurais ²¹. Essa disparidade criou dois níveis de acesso, GPs participantes dos fundos acessavam tratamentos mais rápidos para seus usuários do que os que não haviam aderido aos *fundholding*.

Os contratos de compra dos serviços de saúde partem da lógica liberal e da mercantilização por empresas privadas. Os *fundholding's* criou um tipo de orçamento dividido, delegando o 20% da compra para contratantes independentes e deixando 80% para as autoridades de saúde. Os contratos dos *general practitioner's* constituiu outra divisão orçamentária que separava os próprios provedores que faziam a maior parte dos cuidados de saúde e que determinavam os encaminhamentos de outros custos do orçamento dentro NHS ¹⁹.

No entanto, FHs e Non – fundholding (NFH) apoiavam a cobrança de serviços no NHS, segundo Whynes et al, os GPs com as listas de pacientes mais longas que expressaram o maior entusiasmo pelas cobranças do usuário. A associação observada entre o interesse em cobrar pelos serviços de atenção primária e o tamanho médio da lista de GP foi interpretado como uma preocupação em gerenciar a demanda de pacientes. Embora reconheça que a cobrança por serviços é uma opção viável para aliviar a pressão da carga de trabalho nos GPs ²².

A partir de 1997 com o *New NHS*, grupos de cuidados primários ou *Primary Care Groups* (posteriormente convertidos em *Primary Care Trusts*), abrangendo uma população de cerca de 100.000 cadastrados, iriam substituir as formas existentes de compra e contratação de médicos de clínica geral por *fundholding's* ou autoridades locais, fornecendo uma oportunidade para maior integração vertical. Permitiu que esses grupos do NHS empregassem a equipe principal diretamente, incluindo os clínicos gerais, e permitiu a fusão de orçamentos para serviços médicos e saúde hospitalar ²⁰.

Independentemente dos prós e contras dos modelos existentes, maiores incentivos para usar recursos para cuidados do NHS de modo mais eficiente e para gerenciar as demandas deveriam ser criadas. As propostas buscaram atrair todos os profissionais na tarefa principal de gerenciar recursos do NHS. Entretanto, nenhum modelo se adequará a todas as áreas e os grupos de atenção primária abrangeram uma variedade maior de organizações ²⁰.

Os *general practitioner's* (GPs) foram levados a tomar decisões sobre alocação de recursos com o Health and Social care Act 2001. Primary care Trusts (PCTs) agora comissionam uma gama de serviços de saúde de atendimento comunitário ao tratamento hospitalar. General Practitioners (GPs) experimentaram tensões, no que diz respeito a responsabilidades com os orçamentos, populações e sociedade ²⁶.

Por outro lado, abordagens econômicas da saúde que defenderam a alocação de recursos explícita e sistemática são consistentes com o esforço do governo para reduzir os poderes decisório dos GPs, promovendo normas e diretrizes de tratamento. Restringindo os poderes de GPs individuais para alocar recursos de acordo com seus critérios próprios, minando a capacidade do sistema de lidar com a lacuna entre oferta e demanda ²⁴.

Demandas individuais nos jurisdicções de '*individual funding requests*' (IFRs) é outro ponto nas atribuições dos GPs e PCTs que levam a dilemas morais dentro do sistema. As decisões de alocação são feitas em grande parte pelos grupos de comissionamento predominantemente de GPs locais. Do ponto de vista do comissionamento na saúde pública, demandas individuais representam um potencial perturbação do ciclo anual de comissionamento, desviar recursos previstos para prover as diversas necessidades de uma população local e que podem comprometer o orçamento dos PCTs ³⁰.

O NICE com papel regulatório representa contraste entre o que é desejável e o que acessível nos serviços de saúde, ilustrando uma lacuna no financiamento. Nem todas as pressões "obrigatórias", impostas pelo NICE, podem ser atendidas dentro alocação de recursos aos PCTs, o pagamento por resultado e comissionamento das práticas se tornaram entraves para a utilização dos recursos alocados, daí a necessidade de priorização. Além disso o financiamento de linhas de base definido para o NHS não é necessariamente adequado para atender as necessidades de saúde ²⁸.

A alocação de recurso de forma equitativa é colocada na racionalidade como argumento na entrega dos serviços de saúde aos pacientes ³¹. PCTs decidem como investir recurso alocado para melhorar resultados de determinadas condições de saúde³².

Com a intensão de assegurar equidade nas práticas da atenção primária, foi aplicada a partir de 2004 a fórmula para a alocação de Carr-Hill e posteriormente foi

modificada acrescentando um índice ponderado para a atenção primária com lista de usuários cadastrados (Primary Care Organisation - PCO Weighted Listsize Normalising Index) ²⁹.

Alocação de recurso pela fórmula de Carr-Hill original e modifica experimentou menos de 1% de diferença no pagamento em um período avaliado por Rhys et al, a mudança exigia o encaminhamento de pagamentos dos orçamentos centrais através da complexa hierarquia de união e autoridades de saúde. As modificações na fórmula se mostraram responsáveis pelas discrepâncias no financiamento da prática em saúde ²⁹.

A abordagem de alocação de recursos por usuários cadastrados demonstrou influência na característica dos *Primary Care Trusts* (PCTs). PCTs em déficit estavam acima do target no ciclo de alocação em 2003-2004 e alterou para abaixo do target em 2006-2007, mostrando que o balanço na alocação de recursos é sensível a alterações no tamanho da população, mas a fórmula para a alocação não parece ser sensível o suficiente para detectar o crescimento populacional ²⁷.

PCTs em superávit parecem se beneficiar positivamente da fórmula de alocação de recurso baseada na captação ponderada, estão localizados em áreas menos prósperas e com algum nível de privação ²³.

É difícil recomendar um ajuste apenas por uma lista, a carga de trabalho extra em áreas carentes e diferentes atividades podem ser contabilizadas em diferentes graus. Até que os recursos sejam alocados de forma mais equitativa, os envolvidos no monitoramento de desempenho precisam estar cientes de que as práticas em áreas carentes terão mais dificuldade em atingir as metas definidas ²³.

Em 2012 há mudança no comissionamento dos serviços da atenção primária agora gerido pelos *Commissioning Care Groups*. O NHS passa por um dos períodos mais longos de baixo ou nenhum crescimento real no financiamento da história. Enfrentava a necessidade de fazer economia de £ 20 bilhões produzindo sistema mais eficiente com a proporção de gastos com serviços públicos aumentando ³⁶.

Nesse momento austero, Currie J et al. observou que comparado com períodos anteriores, 2007-2014 houve proporcionalmente menos financiamento da saúde para áreas carentes, enquanto o aumento geral nos gastos com saúde desacelerou ³³.

Investimento diferencial em áreas carentes contribuíram para uma redução na mortalidade evitável para homens, embora não para mulheres. Com foco político diminuído sobre a redução das desigualdades desde 2010, é necessário um exame cuidadoso para garantir que os ganhos anteriores não sejam perdidos ³³.

A análise de regressão mostrou que os aumentos do financiamento das áreas mais carentes foram associados à redução da mortalidade evitável na população masculina, mas não feminina. Mudanças na alocação de recurso no período de 2007 a 2014 parecem ter influência na inequidade em mortes precoces ³³.

Conclusão

A Política da Atenção Primária é destinada a trabalhar os aspectos de equidade e universalidade nos cuidados de saúde. O NHS como modelo de serviço de saúde é referência para outros sistemas de saúde no mundo. Essa revisão buscou discutir aspectos pertinentes a Atenção Primária à Saúde e os modelos de alocação de recursos para essa política no NHS Inglês. Apesar do tema pautar as discussões desde a concepção do NHS, apenas a partir dos anos 1990 começou a ser desenhado um modelo pertinente para a Atenção Primária, esse processo recente vem moldando as práticas e organizações de saúde nesse âmbito.

A grande maioria dos artigos incluídos nessa revisão apresentaram aspectos a cerca de como modelos de alocação e refletem no acesso e equidade dos serviços e um número menor trouxe aspectos das fórmulas ou índices das fórmulas para melhor distribuição dos recursos por áreas geográficas ou per capita. Os artigos que abordaram as fórmulas com a RAWP ou de Carr-Hill estavam enquadrados até meados dos anos 2000, quando o processo de alocação passou a ter múltiplos fatores dificultando a avaliação dos índices aplicados.

Em 2022 o NHS Inglês entra em um novo momento com a entrada do *Health and Care Act* que apresenta mudanças e traz um novo modelo de gerenciamento a partir do Sistema Integrado de Atenção (*Integrated Care Systems ICS*), uma nova forma de alocação de recursos, tanto financeiros, quanto material, a partir de áreas geográficas, numa perspectiva de cuidados integrados e mais próximos da comunidade, novos estudos ampliem o olhar associando os modelos ou fórmulas de alocação de recursos e a equidade e acesso universal serão necessários.

Referências

1. Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, Alderwick H, McGuire A, Mossialos E. The United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2022; 24(1): i-192.
2. Wolf P, Oliveira G C. O espírito de DUNQUERQUE” e o NHS Inglês: Teoria, História e evidência. *revista tempo do mundo* v. 3 n. 2, p. 193-241 jul. 2017.
3. Stuckler D, Reeves A, Karanikolos M, McKee M. The health effects of the global financial crisis: can we reconcile the differing views? A network analysis of literature across disciplines. *Health Econ Policy Law*, 2015, v.10, p.83-99.
4. Smith PC. Resource allocation and purchasing in the health sector: the English experience. *Bulletin of the World Health Organization*. November 2008, 86 (11)
5. Bevan G, Karanikolos M, Exley J, Nolte E, Connolly S, Mays N. The four health systems of the United Kingdom: how do they compare? (<https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/4-countries-report-web-final.pdf>, acessado 17 de outubro, 2022).
6. Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015; 17(5): 1-125.
7. Mendes A, Leite MG, Marques RM. Discutindo uma Metodologia para a Alocação Equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, 2011, v.20, n.3, p.673-690.
8. Porto S, Martins M, Travassos C, Viacava F. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007, v.23, p.1393-404.
9. Carr-Hill RA, Hardman G, Martin S, Peacock S, Sheldon, T A, Smith P. A formula for distributing NHS Revenues based on small area use of hospital beds. University of York; Centre for Health Economics, 1994.
10. Gorsky M, Preston V. The Resource Allocation Working Party: Origins, Implementation and Development, 1974- 1990. Seminar held Thursday 21 November 2013, 2-6 pm, Harry M. Weinrebe Suite, Somerset House East Wing, King's College London.
11. Filippon J, Giovanella L, Konder M, Pollock AM. A “liberalização” do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde *Cad. Saúde Pública*, 2016, v. 32(8):e00034716.

12. Giovanella L. "Austeridade" no Serviço Nacional de Saúde inglês: fragmentação e mercantilização – exemplos para não seguir. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(7):e00092716, jul, 2016.
13. NHS. Integrating care Next steps to building strong and effective integrated care systems across England. NHS England and NHS Improvement 2020. Acessado 24/03/2023: www.england.nhs.uk/publication/integrating-care-next-steps-to-building-strong-and-effective-integrated-care-systems-across-england/.
14. Neuberger J. Community health services, London after Tomlinson. BMJ, 1992, v. 305, p.1486-1488.
15. Donaldson L J, Kirkup W, Craig N, Parkin D. "Lanterns in the Jungle" Is the NHS Driven by the Wrong Kind of Efficiency? Public Health, 1994, v. 108, p. 3-9.
16. Maynard A, Bloor K. Primary care and health care reform: the need to reflect before reforming. Health Policy, 1995, v. 31, p. 171-181.
17. Godber E, Robinson R, Steiner A. Economic evaluation and the shifting balance towards primary care: Definitions, evidence and methodological issues. Health Economics, 1997, v. 6, p. 275–294.
18. Sims A, Redgrave P, Layzell A, Grimsley M, Wisher S, Martin D. Funding a primary care led NHS: achieving a model for more equitable allocation of healthcare resources at a sub-district level. Journal of Public Health Medicine, 1997, v. 19, nº. 4, p. 380-386.
19. Light D H. Is NHS purchasing serious? An American perspective. BMJ 1998, v. 316, p. 217–220.
20. Dixon J, Holland P, Mays N. Developing primary care: gatekeeping, commissioning, and managed care. BMJ, 1998, v. 317, p.125–128.
21. Moon G, Mohan J, Twigg L, McGrath K, Pollock A. Catching waves: the historical geography of the general practice fundholding initiative in England and Wales. Social Science & Medicine, 2002, v. 55, p. 2201–2213.
22. Whynes D K, Baines D L. Primary care physicians' attitudes to health care reform in England. Health Policy, 2002, v.6-, p. 111–132.
23. Carlisle R, Avery A J, Marsh P. Primary care teams work harder in deprived áreas. Journal of Public Health Medicine, 2002, v. 24, nº1, p.43-48.

24. McDonald R. Blackwell Science, Ltd Street-level bureaucrats? Heart disease, health economics and policy in a primary care group. *Health and Social Care in the Community*, 2002, v. 10, n^o3, p. 129–135.
25. Smith T. The problem with rational approaches to reforming the NHS. *Qual Saf Health Care*, 2002 v. 11, p.383–386.
26. Jones I R, Berney L, Kelly M, Doyal L, Griffiths C, Feder G et al. Is patient involvement possible when decisions involve scarce resources? A qualitative study of decision-making in primary care. *Social Science & Medicine*, 2004, v. 59, p. 93–102.
27. Badrinath P, Currell R A, Bradley P M. Characteristics of Primary Care Trusts in financial deficit and surplus – a comparative study in the English NHS. *BMC Health Services Research*, 2006, doi:10.1186/1472-6963-6-64.
28. Iqbal Z, Pryce A, Afza M. Rationalizing rationing in health care: experience of two primary care trusts. *Journal of Public Health*, 2006, v. 28, n^o. 2, p. 125–132.
29. Rhys G, Beerstecher H J, Morgan C L. Research article Primary care capitation payments in the UK. An observational study. *BMC Health Services Research*, 2010, doi: 10.1186/1472-6963-10-156.
30. Russell J, Greenhalgh T. Affordability as a discursive accomplishment in a changing National Health Service. *Social Science & Medicine*, 2012, v. 75, p. 2463-2471.
31. Walter A, Chew-Graham C, Harrison S. Negotiating refusal in primary care consultations: a qualitative study. *Family Practice - the International Journal for Research in Primary Care*, 2012, v. 29, p. 488-496.
32. O’Cathain A, Sampson F, Strong M, Pickin M, Goyder E, Dixon S. Do marginal investments made by NHS healthcare commissioners in the UK produce the outcomes they hope to achieve? Observational study. *BMJ Open*, 2015. doi:10.1136/bmjopen-2015-009336.
33. Currie J, Castill M G, Adekanmbi V, Barr B, O’Flaherty M. Evaluating effects of recent changes in NHS resource allocation policy on inequalities in amenable mortality in England, 2007–2014: time-series analysis. *Journal Epidemiol Community Health*, 2019, v. 73, p. 162–167.
34. Florin D, Dixon J. Public involvement in health care. *BMJ*, 2004, v. 328, p.159–61.

35. Bloor K, Maynard A. Equity in primary care – Discussion paper 141. University of York; Centre for Health Economics, 1995.
36. Buck D, Dixon A. Improving the allocation of health resources in England. The King's Fund 2013.