

Remuneração médica sob desempenho e qualidade da assistência à saúde: uma revisão integrativa

Medical remuneration under performance and quality of health care: an integrative review

Flávia Maciel Porto, Leonardo Carnut

Resumo

Revisar o que a literatura científica tem apresentado sobre a remuneração médica relacionado ao desempenho e qualidade da assistência à saúde. Para isso, foi realizada uma revisão integrativa no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A estratégia de busca foi construída pelos polos: remuneração (fenômeno); médicos (população); e qualidade da assistência à saúde (contexto). Português, espanhol e inglês foram o limite de idioma. Dois revisores independentes selecionaram as publicações pelo protocolo PRISMA. A análise dos dados foi feita na modalidade narrativa em perspectiva cronológica. 35 artigos foram incluídos. Sintetizou-se os seguintes elementos dos artigos: autor, ano, método, país, objetivo, principais conclusões, o tipo de remuneração médica, a forma de mensuração do desempenho e os indicadores de qualidade da assistência. Identificou-se que há 3 fases no desenvolvimento do tema: de 1994-2000 (comparação-transição das formas de remuneração); de 2001-2010 (tentam medir a qualidade e se preocupam com o conflito entre desempenho e equidade) e de 2010-2018 (foco no desempenho como modulador do comportamento médico). As evidências compiladas nesta revisão permitem concluir que o tema é escasso, com baixo nível de evidência científica disponível (nível 4 e 5). Concluiu-se que não é possível afirmar que o pagamento por desempenho melhora a qualidade dos cuidados por inúmeros fatores. Efeitos indesejáveis da remuneração por desempenho podem aumentar a inequidade ao longo do tempo. Sugere-se que mais estudos com metodologias mais robustas possam identificar melhor se realmente existe esta relação de causalidade.

Descritores: Tabela de Remuneração de Serviços; Planos de Pagamento por Serviço Prestado; Médicos; Desempenho Profissional; Qualidade da Assistência à Saúde; Remuneração; Revisão Sistemática.

Abstract

To review what the scientific literature has presented about medical remuneration related to the performance and quality of health care. For this, an integrative review was carried out on the Virtual Health Library (VHL) portal. The search strategy was built by the hubs: remuneration (phenomenon); doctors (population); and quality of health care (context). Portuguese, Spanish and English were the language limit. Two independent reviewers selected publications using the PRISMA protocol. Data analysis was performed in the narrative mode in chronological perspective. 35 articles were included. The following elements of the articles were synthesized: author, year, method, country, objective, main conclusions, type of medical remuneration, way of measuring performance and quality indicators of care. There are 3 phases in the development of the theme: 1994-2000 (comparison-transition of the forms of remuneration); 2001-2010 (try to measure quality and the conflict between performance and equity) and 2010-2018 (focus on performance as a modulator of medical behavior). The evidence compiled in this review allows us to conclude that the topic is scarce, with a low level of available scientific evidence (levels 4 and 5). It was concluded that it is not possible to state that payment for performance

improves the quality of care due to numerous factors. Undesirable effects of performance pay can increase inequity over time. It is suggested that more studies with more robust methodologies can better identify whether this causal relationship really exists.

Keywords: Fee Schedules; Fee-for-Service Plans; Physicians; Work Performance; Quality of Health Care; Remuneration; Systematic Review.

Introdução

Não é de hoje que se vive no SUS uma crise da assistência médica. Esta apresenta inúmeras faces, entre elas, os problemas de acesso e elitização da assistência; a despersonalização dos cuidados e a burocratização assistencial; a falta de motivação profissional e as más condições de trabalho. De um modo geral, o conjunto de fatores críticos que se apresentam como resultante destes fatores geram baixa qualidade da assistência, e repercussões no desempenho concreto dos profissionais, especialmente nos médicos¹.

Contudo, desde os anos 2000 em diante, os problemas da crise na assistência no âmbito do SUS tem atribuído a um problema de gerência dos processos de trabalho. Dentre os inúmeros apontamentos levantados nestes processos, a forma de pagamento dos serviços de médicos, odontólogos, enfermeiros e de outros profissionais da assistência é um dos focos e uma possível solução seria o pagamento por desempenho (*pay for performance*). Esse modelo de pago não é novo e tem sido apontada insistentemente como um modelo de remuneração viável para superar a crise relacionada a qualidade dos atendimentos aos usuários do sistema de saúde pública brasileiro.

Os diferentes modelos de remuneração médica incluem: a) Pagamento por produção ou *Fee for service* (FFS), o clássico pagamento por serviço prestado. Nesse modelo, os médicos recebem seu pagamento por cada serviço que prestam ou procedimento que executam. Assim, cuidar de um paciente extra traz ao médico um lucro financeiro; b) Capitação: No sistema de pagamento por capitação ou *Capitation*, o prestador de serviço recebe uma quantia por paciente ou grupo de pacientes para prover serviços de saúde por um período de tempo; c) Salário: é quando o médico recebe um ganho fixo por certo período de tempo. Assim, o ganho não muda com o nível de atividade².

De forma geral, avaliar o desempenho relativo ao processo de cuidado implica analisar sistematicamente a atuação do profissional em função das atividades que realiza, das metas estabelecidas e dos resultados alcançados³. No entanto, persistem

dúvidas sobre, se o modelo de remuneração baseada no desempenho pode melhorar qualitativamente o cuidado em saúde, e, em especial, o atendimento médico.

O desempenho médico de excelência é caracterizado por critérios que foram definidos quando, nos anos 80 do século XX, surgiu o conceito de profissionalismo como movimento ético no contexto acadêmico norte-americano. Em 2002, na consolidação desse movimento, a American Board of Internal Medicine Foundation, em conjunto com outras instituições, publica o documento *Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*, definindo três princípios fundamentais do profissionalismo médico: o bem-estar do paciente, a sua autonomia e a justiça social. Este documento espelha a evolução do conceito de profissionalismo e o seu vínculo direto às mudanças da relação médico-paciente e ao papel do médico na sociedade⁴.

Segundo Capilheira e Santos⁵, diversos fatores podem interferir no desempenho médico no cenário da consulta, entre eles: o conhecimento técnico, a satisfação com o trabalho, a receptividade percebida às orientações dadas, além da própria formação acadêmica. Já outros autores⁶ pensam que, ao tomar como ponto de partida o “desempenho do médico”, creem que este está mais relacionado com aquilo que o médico faz, a forma como faz e as condições em que o faz para estabelecer uma base de trabalho para a criação de critérios de avaliação de desempenho que traduzam a realidade vivida pelas instituições de saúde.

O entendimento dos fatores que dão suporte ao bom desempenho médico é essencial para a manutenção da segurança dos pacientes e proteção do interesse público. Silva, Barbosa e Rocha⁷ vão considerar que o desempenho profissional do médico é o resultado da articulação de diversos elementos como características pessoais, tais quais: idade, gênero, especialidade, estado de saúde, formação, bem como do contexto, no qual sua prática se dá. Quanto a este último aspecto, exercem influência sobre os níveis de desempenho: a estrutura física para a oferta do cuidado, a comunidade em que se insere o profissional, os padrões de remuneração e as perspectivas de carreira, por exemplo.

As avaliações da qualidade de assistência à saúde envolvem a análise de processos na qual a prestação do serviço médico assertivo é um pivô central. Os serviços de saúde são considerados por alguns autores como serviços puros, ou seja, o resultado do processo de trabalho é o próprio trabalho sem necessariamente ser um produto resultante^{8,9,10}. Na atualidade, os conceitos de desempenho profissional médico vem sendo enquadrados nas perspectivas corporativas que relacionam o aumento da produtividade com eficiência, porém a dificuldade de medir resultado em saúde como

produto final torna essa avaliação de qualidade um grande desafio. Alguns autores sugerem que a avaliação tem que convergir para as necessidades dos atores da avaliação e ter aceitabilidade pelos mesmos a fim de que os resultados sejam legitimados. Neste contexto, pergunta-se quais são as evidências entre as distintas formas de remuneração médica sob desempenho profissional e qualidade de assistência prestada?

Método

Objetivo e pergunta da revisão

Identificar na literatura científica as evidências sobre a relação entre o tipo de remuneração médica sob desempenho e suas relações com a qualidade da assistência prestada ao paciente. Para isso, esta revisão se baseia na seguinte pergunta: “Quais as evidências entre as distintas formas de remuneração médica sob desempenho e a qualidade de assistência prestada?”

A intenção com esta pergunta é verificar as correlações existentes entre a remuneração médica e o seu desempenho profissional; analisar outros possíveis fatores para além da remuneração médica interferem no desempenho profissional e refletir sobre possibilidades de avaliação mais integrativas que levam em conta os diferentes atores envolvidos na prestação de serviços de saúde.

Para tanto, o método utilizado neste estudo será uma revisão sistemática integrativa sobre os artigos que discutem o tema da pergunta de investigação. Este método foi escolhido para sistematizar estudos com diferentes metodologias e integrar os resultados dos estudos que possivelmente abordam diversos aspectos sobre o tema.

Fonte de dados e estratégia de busca

A revisão foi realizada da seguinte maneira: primeiramente, foi realizada uma busca no DeCS pelos descritores considerados chave no tema em que se pretende abordar. Desta busca, optou-se em utilizar os seguintes descritores: “tabela de remuneração de serviços”, “planos de pagamento por serviço prestado”, “médicos”, “análise e desempenho de tarefas”, “avaliação de desempenho profissional”, “desempenho profissional”, “garantia de qualidade dos cuidados de saúde”, “controle de qualidade”, “qualidade da assistência a saúde” e “competência clínica”.

Item-chave	Descritores	Definição	Número de Publicações
Remuneração (fenômeno)	“tabela de remuneração de serviços”	Lista de preços para procedimentos médicos e odontológicos estabelecidos para serviços profissionais	2.276
	“planos de pagamento por serviço prestado”	Método de cobrança pelo qual um médico ou outro profissional liberal cobra por cada encontro ou serviço prestado. Além dos médicos, outros profissionais de cuidados à saúde são reembolsados por este mecanismo. Planos de pagamento por serviço prestado contrastam com sistemas por salário, por pessoa e de pré-pagamento, em que o pagamento não muda com o número de serviços realmente utilizados ou se nenhum for usado. (Tradução livre do original: Discursive Dictionary of Health Care, 1976)	3.607
Médicos (população)	“médicos”	Indivíduos autorizados a praticar medicina	81.772
Qualidade de assistência (contexto)	“análise e desempenho de tarefas”	O exame detalhado da atividade e comportamento observáveis associados à execução ou término de uma função necessária ou de uma unidade de trabalho	31.025
	“avaliacao de desempenho profissional”	Avaliação do desempenho de um empregado em relação ao trabalho	5.505
	“desempenho profissional”	Medida de quão bem alguém executa tarefas dadas em seu local de trabalho	43.326
	“garantia da qualidade dos cuidados de saúde”	Atividades e programas encarregados de assegurar a qualidade dos cuidados em um ato ou um programa médico definido	100.239
	“controle de qualidade”	Sistema para verificação e manutenção de um nível desejado de qualidade em um produto ou processo por planejamento cuidadoso, uso de equipamento apropriado, inspeção continuada e ação corretiva quando necessária (Random House Unabridged Dictionary, 2d ed) (NLM). Entende-se por boa qualidade de assistência o serviço que reúne os requisitos estabelecidos e, dados os conhecimentos e recursos de que se dispõe, satisfaz as aspirações de obter o máximo de benefícios com o mínimo de riscos para a saúde e bem-estar dos pacientes. Por conseguinte, uma assistência sanitária de boa qualidade se caracteriza por um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, o risco mínimo para os pacientes, a satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde. (Racoveanu y Johansen)	151.738
	“qualidade da assistência à saúde”	Níveis de excelência que caracterizam os serviços ou cuidados de saúde prestados baseados em normas de qualidade.	78.659
	“competência clínica”	A capacidade de realizar aceitavelmente aqueles deveres diretamente relacionados ao cuidado de paciente.	93.041

Quadro 1. Descritores relacionados aos itens-chaves da pergunta de pesquisa da revisão. 2020.

Fonte: elaboração própria

Conforme identificado no quadro 1, foram criados 3 polos de análise: (1) o fenômeno estudado: “remuneração profissional”, (2) a população estudada: os “médicos” e (3) o contexto estudado: a “qualidade da assistência”. Assim, as sintaxes para cada polo e o número de publicações encontradas foram:

- (1) *mh:("tabela de remuneracao de servicos" OR "planos de pagamento por servico prestado")* recuperando 5.717 publicações
- (2) *mh:("medicos")* recuperando 80.130 publicações
- (3) *mh:("analise e desempenho de tarefas" OR "avaliacao de desempenho profissional" OR "desempenho profissional" OR "garantia da qualidade dos cuidados de saude" OR "controle de qualidade" OR "qualidade de assistencia a saude" OR "competencia clinica")* recuperando 230.532 publicações

Em seguida, foi realizada a seguinte estratégia de busca usando os descritores escolhidos no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) na seguinte sequência, mesclando com AND, os três polos (1) AND (2) AND (3), cuja sintaxe final se configurou como: *(mh:(mh:("tabela de remuneracao de servicos" OR "planos de pagamento por servico prestado")) AND (tw:("medicos")) AND (mh:(mh:("analise e desempenho de tarefas" OR "avaliacao de desempenho profissional" OR "desempenho profissional" OR "garantia da qualidade dos cuidados de saude" OR "controle de qualidade" OR "qualidade de assistencia a saude" OR "competencia clinica")))).*

Esta sintaxe final recuperou um total de 165 publicações. Não foi delimitado nenhum período de datas específico. Foi realizada a leitura dos títulos e resumos de cada um deles, eliminado as repetições e prosseguiu-se avaliando os critérios de inclusão deles para assim compor a revisão. Os critérios de inclusão e exclusão dos documentos podem ser conferidos no quadro 2.

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Estarem disponíveis em língua portuguesa, inglesa ou espanhola; As publicações serem artigos e terem seu resumo disponível para leitura; Os artigos tratarem do tema e serem relevantes a pergunta de investigação; Os artigos estarem acessíveis em texto completo para leitura posterior em revistas ou biblioteca virtual das universidades em que foram publicados ou websites dos respectivos órgãos responsáveis por sua publicação.	As publicações disponíveis em outras línguas diferentes das citadas nos critérios de inclusão; Publicações que não tinham resumo disponível Publicações que não eram artigos científicos; Artigos que abordam outros temas não relevantes a pergunta de investigação.

Quadro 2. Critérios de inclusão e exclusão das publicações identificadas na estratégia de busca desta revisão. 2020.

Fonte: elaboração própria

Das 165 referências resultantes da busca, foi excluído 1 referência repetida, 9 referências publicadas em outras línguas diferentes dos critérios de inclusão, 4 referências por não terem resumo disponível. Foram excluídas 111 referências após leitura dos títulos e resumos por não se relacionarem a pergunta de investigação e 2 por não serem artigos. Portanto, foi feita a leitura completa de 38 artigos e 3 foram excluídos por não abordarem a pergunta de investigação. Esta sequência pode ser conferida no fluxograma PRISMA exposto na figura 1.

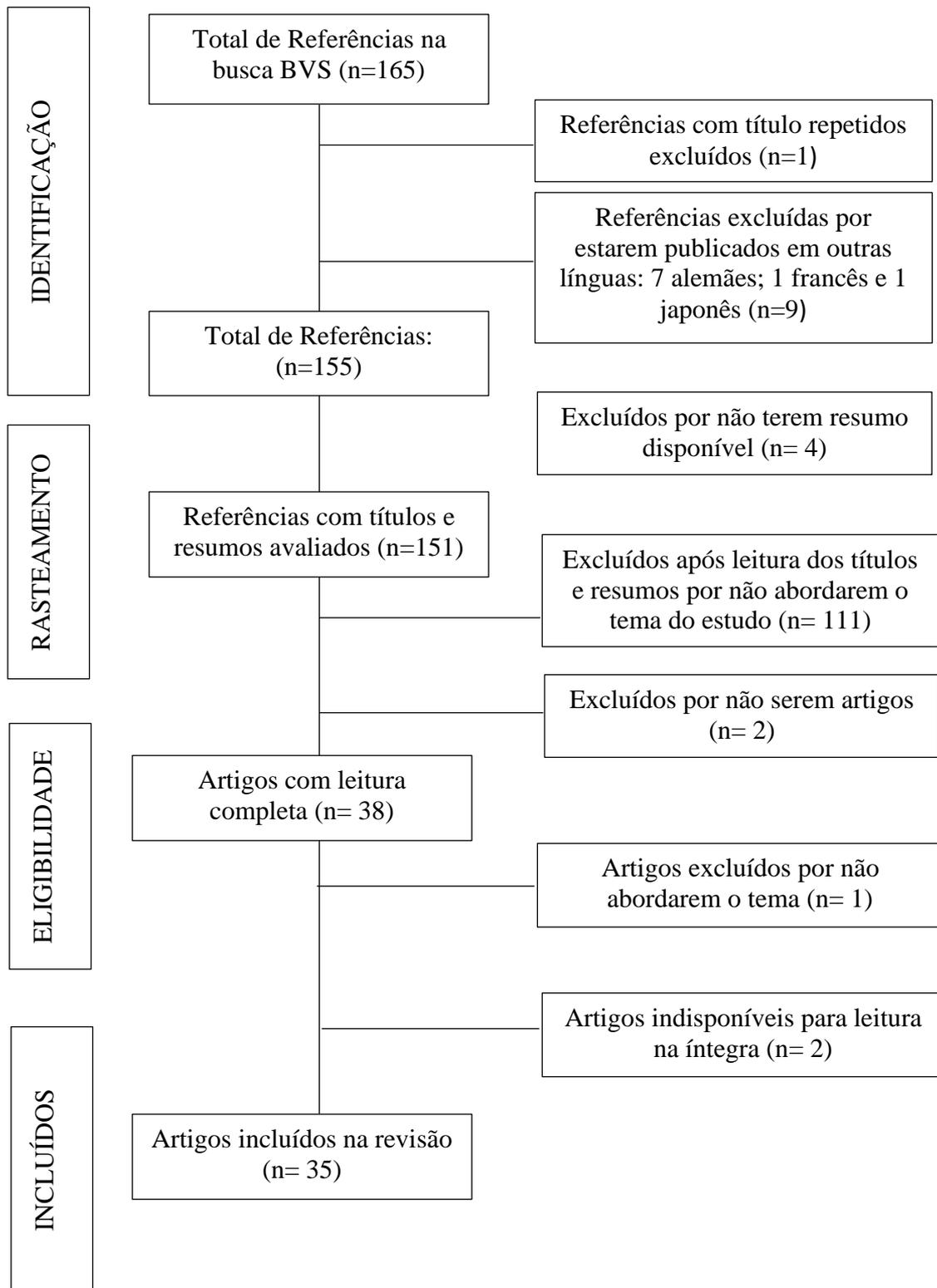


Figura 1. Fluxograma PRISMA sobre o processo de seleção dos artigos incluídos na revisão. 2020.

Fonte: elaboração dos autores.

Análise dos dados

O processo de análise dos dados dos 35 artigos incluídos seguiu a realização do método da revisão integrativa, incluindo as etapas de extração, visualização, comparação e sintetização das conclusões dos dados. A extração de dados foi concluída de forma independente por 2 revisores (F.M.P. e L.C). O formulário de extração de dados foi elaborado com base na questão de pesquisa que norteou essa revisão.

Os dados extraídos incluem autor (ano de publicação), país em que o estudo foi realizado, metodologia utilizada, objetivos do estudo e os elementos que relacionam o artigo com a pergunta de pesquisa: a forma de remuneração médica (de forma direta, indireta ou colateralmente ao objeto estudado no artigo), a forma de medida do desempenho (de forma direta, indireta ou colateralmente ao objeto estudado) e o(s) indicador(es) de qualidade que o estudo apresentava. A integração dos dados foi operacionalizada pelo método da análise narrativa. Esse método foi escolhido porque a diversidade de formas de remuneração, diferentes tipos de serviços e de especialidades médicas e, ainda de indicadores utilizados para mensurar a qualidade apresentados nos estudos não permitiam um nível de agregação muito refinado.

Assim, organizou-se os artigos em ordem cronológica decrescente (do mais recente para o mais antigo – quadro 3). Em seguida, discutiu-se cada artigo em suas especificidades em ordem cronológica crescente (do mais antigo ao mais recente). A elaboração da análise narrativa nesta perspectiva cronológica crescente teve a função de compreender o avanço/acúmulo teórico-metodológico sobre o tema ao longo dos anos.

Resultados

Dentre os 35 artigos revisados, as publicações iniciam-se em 1994, sendo 7 artigos da década de 90, 11 artigos publicados entre 2000-2010 e 17 artigos publicados entre 2011-2020. Na análise dos artigos observou-se que 15 artigos tangenciam a pergunta de investigação^{11,19,21,23,26,27,30,33,34,36,41,42,43,44,45} mas não são o foco da pergunta de investigação; 19 artigos analisam o tema de forma indireta^{12,13,14,15,16,17,18,20,22,24,25,29,31,32,35,37,38,39,46} e apenas 01 artigo foi diretamente de encontro à pergunta de investigação⁴⁰.

Quadro 3. Quadro-síntese das principais características dos artigos incluídos e os elementos da pergunta de pesquisa (remuneração médica, forma da medida de desempenho, e indicadores de qualidade apresentados). 2021.

Autor(es), Ano	País	Método	Objetivo do estudo	Principais conclusões	Remuneração médica	Forma de medida do desempenho	Indicadores de Qualidade
Nijagal, MA, Shah NT, Levin-Shertz J, 2018	EUA	Ensaio reflexivo	Ajudar os profissionais de saúde a entenderem e terem sucesso na transição nos cuidados materno-infantis para os modelos de pagamento alternativos (<i>Alternative Payment Models – APM</i>), e comparar aspectos do pagamento por performance com pagamento tradicional, trazendo luz a quatro recomendações práticas.	Identificar oportunidades de melhorias e mudanças. Os times das maternidades devem se preparar para identificar e implementar serviços que proporcionem maiores benefícios as pacientes (o serviço prestado pelas doulas, a redução das taxas de cesárea, experiências de nascimentos positivas e outros desfechos desejáveis; assim como novos modelos de cuidado com visitas pré-natais); Estabelecer coleta sistemática de dados e ações que possam traduzir em qualidade; Identificar e reduzir gastos desnecessários; Trabalhar em times, engajamento dos médicos com os hospitais e outros profissionais envolvidos no cuidado com foco no paciente durante a internação, mas também no cuidado na comunidade (<i>outpatient</i>); <i>Gain Sharing Funds</i> : Apesar dos desafios de ajuste a novos modelos de pagamento, alinhar o reembolso com as melhores práticas aos pacientes é um passo crítico em torno de um sistema de saúde melhor e mais sustentável.	Tradicional: capitação, <i>fee-for-service</i> (FFS), Diária (<i>Per diem</i>) e Capitação (<i>Global Fee</i>) Nova forma: pagamento por performance, incentivos pagos ao médico quando atinge uma meta em indicadores pré-estabelecidos.	indicadores estabelecidos pela <i>Medicare</i> * mas não estão especificados no texto	<i>Screening</i> (rastreamento) para prevenção da doença estreptocócica em neonatos; evitar cesarianas eletivas precoces.
Lee-Feldstein, A et al, 2018	EUA	Estudo observacional de coorte com análise multivariada	Investigar a qualidade do cuidado de saúde de pacientes com câncer de mama, examinando a relação entre 6 tipos de seguro de saúde (FFS, Seguro-HMO** e <i>Medicare</i>) e três desfechos (estágio do diagnóstico, tipo de tratamento recebido e sobrevida).	Neste estudo, pacientes do grupo HMOs tiveram mais câncer de mama diagnosticado no estágio I mas essa diferença não foi estatisticamente significativa, comparando-se com os modelos convencionais (FFS e <i>Medicare</i>). Analisando os pacientes <i>Medicare</i> com qualquer tipo de seguro privado, não há diferença entre os que tem o HMOs e os que tem FFS seguro suplementar. Entretanto, foi observado diferenças entre pacientes <i>Medicare</i> com e sem o seguro privado.	FFS versus “ <i>Pay for Performance</i> ” (P4P)	Diagnóstico precoce de câncer de mama Tratamento adequado segundo estágio e evidências científicas em <i>guidelines</i>	Estadio do câncer ao diagnosticado mortalidade geral Tratamento realizado BCS (cirurgia) + Rt (radioterapia) ou BCS apenas para estágio I e II de câncer mama
Winegar AL et al, 2018	EUA	Artigo de Debate	Relacionar o reembolso ao custo e aos resultados fornecidos aos cirurgiões como uma motivação para melhorar.	As organizações de saúde frequentemente subestimam o esforço necessário para gerar e disseminar dados significativos que são necessários para alcançar mudanças de base ampla na prática. Por meio da estrutura de engajamento do cirurgião proposta, é importante que os cirurgiões e a equipe clínica aprovem a “definição final” da medida, o que dá a cada membro da equipe a adesão à “definição final”. O tempo necessário para a definição da medida pode ser acelerado com uma equipe clínica engajada e comunicativa.	Não especifica	Não especifica	Discute sobre a necessidade da definição de indicadores como um esforço conjuntos entre cirurgiões ortopedistas e os outros atores envolvidos (administração, qualidade, estatística etc.).
Murphy WS et al, 2017	EUA	Estudo quantitativo	Testar a associação entre o volume de artroplastia de quadril realizada por cirurgião e os pagamentos, mortalidade e readmissão em 30 dias entre Jan 2013 e Junho 2016 nos EUA de pacientes da <i>Medicare</i>	Os resultados mostram que pacientes operados por cirurgiões que operam em maior volume tem menor risco de re-admissão, de morte e custam menos para o sistema, comparados a pacientes operados por cirurgiões que operam um menor volume. O grupo que opera menos custou 27% a mais por paciente para <i>Medicaid</i> *, teve mais readmissão com Razão de Chance (<i>Odds Ratio – OR</i>) de 1.8 e maior mortalidade com OR de 4.7 quando comparado aos cirurgiões que operam maior volume (> 50 cirurgias/ano)	Não especifica	Mortalidade Readmissão Custo/volume de cirurgias	Mortalidade Readmissão Custo/volume de cirurgias

Heller RE, 2016	EUA	Ensaio reflexivo	Rever e analisar o sistema vigente de quantificar o sucesso no diagnóstico radiológico.	Os sistemas atuais de medir qualidade em cuidados em saúde não foram desenvolvidos com foco na radiologia e tipicamente enfatizam o desfecho clínico do paciente. Por outro lado, a radiologia pode estar distante no processo de como ela se relaciona desfecho clínico. Isso torna um grande desafio a medida de performance em radiologia. Existe um risco de uma ênfase exagerada em indicadores inefetivos que podem distrair a atenção do que realmente importa, o cuidado direto com o paciente.	FFS versus P4P	Não há um padrão de qualidade ou indicadores validados para serviços de radiologia	Em radiologia há um dilema em relacionar os exames de imagem no processo de cuidados e os desfechos clínicos em diversas doenças
Tsai TC et al, 2016	EUA	Estudo observacional de coorte com análise multivariada	Analisar os gastos de <i>Medicare</i> com procedimentos cirúrgicos nos primeiros 30-90 dias de pós-operatório e como este gasto varia entre os hospitais	Cirurgias Maiores: cateterismo cardíaco, lobectomia pulmonar, cirurgia vascular de correção de aneurisma de aorta abdominal, colectomia, prótese total de quadril. Gastos foram calculados com gastos pelo CID, cuidado pós-agudo, com profissionais de saúde, readmissão ao hospital, cuidados após a alta. Foi observado diferenças em cada componente do cuidado (pelo CID, $p < 0,05$; cuidado pós agudo, $p < 0,001$; profissionais de saúde, $p < 0,05$, readmissões, $p < 0,001$; cuidados após a alta ($p < 0,05$). Quando os pacientes recebem cuidados em hospitais de "alta qualidade", <i>Medicare</i> gasta aproximadamente \$2,700 a menos nos primeiros 30 dias de pós-operatório comparado aos hospitais de "baixa qualidade". Essa diferença também é observada para os 90 dias de pós-operatório. Aproximadamente 2/3 dessa economia do <i>Medicare</i> é devida ao menor uso de serviços nos cuidados após a alta nos pacientes atendidos em hospitais de alta qualidade comparado com os atendidos em hospitais de baixa qualidade. Esses achados sugerem que existe um retorno no investimento por modelos de pagamento alternativos como "episode-based bundled payment". Essa economia, acompanhada com melhoria de qualidade dos cuidados prestados, serão determinadas por modelos de pagamento alternativos promovendo incentivos financeiros para motivar os serviços de saúde para melhoria de qualidade dos cuidados à pacientes com doenças agudas durante e após sua hospitalização.	não menciona diretamente, mas existe capitação, FFS e P4P	Não específica	Indicador objetivo: Mortalidade Indicador subjetivo: Satisfação do paciente
Roland M, Dudley A, 2016	EUA	Revisão Narrativa	Fazer uma revisão narrativa do impacto do <i>Pay for Performance</i> (P4F) e <i>Public Reporting</i> (PR) nos desfechos clínicos, incluindo alguns efeitos colaterais dos mesmos e seu impacto nas disparidades.	O impacto do P4P e do PR depende do sistema de pagamento subjacente (taxa por serviço, salário, capitação) no qual esses esquemas são introduzidos. Ambos têm potencial para melhorar o atendimento, mas também podem ter consequências inesperadas substanciais. As evidências da literatura de economia comportamental sugerem que os médicos individuais variam na forma como respondem aos incentivos. Em conclusão, a literatura disponível sugere que os profissionais de saúde respondem aos incentivos, mas a intensidade da resposta e a frequência das consequências indesejadas dependem do contexto em que os incentivos são introduzidos e do desenho do programa de incentivos. Além disso, é claro como ajustar o foco de P4P e PR ao contexto de pagamento mais amplo, para que os sistemas se combinem para alinhar o pagamento geral com as metas dos médicos e dos pacientes.	P4P	Indicadores de qualidade (PROMs: patient reported outcomes measures) e medidas da experiência dos pacientes	Desfechos clínicos dos pacientes

Selby K, Edwards S, 2016	EUA	Artigo de Debate	Artigo onde um médico norte-americano descreve sua experiência sobre prestar atenção primária nos EUA e na Suíça e critica o modelo de pagamento de P4P na atenção primária.	Apesar de indicadores poderem estar vinculados a evidências, muitos argumentam que as medidas de qualidade se tornaram extremamente pesadas, fragmentando a atenção primária em componentes que não refletem seu maior valor. Finalmente, reembolso baseado no que está documentado ao invés do cuidado que realmente é prestado, obrigando os médicos a gastar tempo produzindo notas longas e artificiais para maximizar seu faturamento. Levando em conta esses aspectos, os médicos sentem que a maneira como são avaliados e pagos tem pouca relação com o valor no cuidado que realmente é prestado.	EUA: P4P; Suíça: FFS	EUA: demanda vários indicadores de qualidade e preenchimento de documentação que demanda tempo ao médico para faturar os incentivos; SUÍÇA: mínima documentação e indicadores de qualidades requeridos para pagamento	Na discussão, o autor comenta que na Suíça a prescrição de antibióticos é mínima assim como uso de testes por diagnóstico de imagem. Os pacientes na Suíça reportem mais frequentemente que seus médicos discutem os objetivos de tratamento
Waters TM et al, 2015	EUA	Estudo descritivo	Descrever o modelo COME HOME (<i>patient center medical home</i> na especialidade oncologia), e suas fases de implementação, serviços principais prestados e relatório de satisfação dos pacientes.	A chave do acompanhamento é ser um time multidisciplinar centrado no paciente. Apesar de ser liderado pelo médico, o cuidado centrado no paciente requer participação de todos. Para empoderar o paciente sobre seu tratamento, o paciente tem informações sobre o seu tratamento via eletrônica para através da educação onde o paciente pode discutir sobre sua patologia, participar de decisões, no manejo da dor e da infraestrutura da unidade de saúde. O modelo COME HOME se estrutura em tecnologia de informação que dá suporte as decisões na triagem e nos protocolos clínicos. Uma das maiores lições do COME HOME é que esse modelo demanda de uma grande mudança de cultura na prática do cuidado.	Não menciona diretamente, mas conclui dizendo que essas unidades de especialidade (COME HOME) necessitam de investimento e não podem ser sustentadas pelo tradicional FFS.	Não específica	A adesão as etapas do processo para cada paciente é calculada pela porcentagem de cada evento que é consistente com o que foi desenhado. Entretanto, a adesão é dinâmica e deve ser atualizada regularmente conforme o progresso do paciente
Kelleher KJ et al, 2015	EUA	Análise de custos	Descrever a experiência de 6 anos (2008-2013) e resultados em relação a melhoria de qualidade e redução de custos da <i>Partners for Kids</i> (PFK), uma ACO (<i>Accountable Care Organizations</i>) em Ohio que atende crianças de 0-18 anos formada da parceria entre médicos de atenção primária, especialistas e o <i>Nationwide Children's Hospital</i> (> 90% crianças pobres cobertas pela <i>Medicaid</i>). A análise de custo compara <i>Ohio Medicaid FFS</i> com <i>Ohio Medicare MC costs</i> .	O estudo demonstra o potencial das ACO em minimizar o crescimento constante dos custos nos cuidados da população pediátrica. No período de 5 anos, PFK teve um incremento nos custos de 15,1% por membro por mês. Um crescimento de custo menor que outros programas da <i>Medicaid</i> que foi estimado em 16-22%. Os indicadores de qualidade da PFK se mantiveram estáveis no período estudado. A qualidade melhorou nas unidades neonatais e nas consultas das crianças saudáveis. Entretanto, internações de emergência por asma e os valores de hemoglobina (Hb) glicada não melhoraram, com uma piora discreta destes indicadores no final do período. Planos de Saúde tem uma capacidade limitada de influenciar a prática clínica e coordenar múltiplas iniciativas de melhoria de qualidade pois eles tem uma penetração parcial sobre todas as crianças na comunidade.	A maioria dos médicos trabalham no modelo assalariado e os de atenção primária não-assalariados recebem percentagem de incentivos conforme as taxas da <i>Medicaid</i> .	Comparação dos indicadores (<i>AHRQ Pediatric Quality Indicators</i>) entre o período 2008-10 e 2011-13	Indicadores de qualidade da PFK: Dias de internação em UTI neonatal/1,000 usuários/mês; visitas por asma em emergência/1,000 usuários/mês; taxa de consulta de 3 e 6 meses de vida de crianças; Hb glicada em crianças; Indicadores da AHRQ (Pediatric Quality Indicators).

<p>Marton J, Yelowitz A, Talbert JC, 2014</p>	EUA	Estudo quase-experimental	Examinar como os incentivos de reembolso comparando a mudança de FFS para “ <i>managed care plans</i> ” impactou a utilização	O plano <i>Medicaid</i> que usou a capitação para pagamento dos profissionais médicos de atenção primária e contratou algumas funções administrativas foi mais efetivo em reduzir a utilização que o plano que optou por FFS e manteve todas as atividades administrativas consigo. Não foi observado diferenças nas taxas de internação para crianças asmáticas entre os dois planos e observou-se um aumento nas consultas preventivas das crianças nos planos de capitação, sugerindo que “ <i>managed care</i> ” promove os serviços preventivos	Comparação entre pagamento por capitação e pagamento por produção (FFS)	Taxa de utilização dos serviços	<p>Indicadores utilizados:</p> <p>taxa de utilização dos pacientes;</p> <p>taxa de internação por asma em crianças;</p> <p>consultas de prevenção infantis.</p>
<p>Joynt KE, Orav EJ, Jha AK, 2014</p>	EUA	Estudo caso-controle	Analisar que perfil de hospital que optou por transformar-se em unidades com fins lucrativos e se há relação desta conversão de hospitais sem fins lucrativos para com fins lucrativos muda em termos de financiamento em saúde e qualidade dos cuidados prestados	Entre 2003 e 2010, 237 hospitais se converteram de organizações sem fins lucrativos para com fins lucrativos. O perfil desses foram instituições de pequeno e médio porte, localizadas na região sul e em regiões urbanas ou suburbanas. Foram identificados 631 controles pareados. Foi pareado considerando-se a localização e se era hospital de ensino. O total de pacientes incluído foi 1.843.764. Os ganhos financeiros vieram de 1-2 mecanismos: cortes de gastos e melhores preços pagos por pagadores privados. Apesar de não ser possível testar isso diretamente, é possível que a compra deles por grandes corporações trouxe mais experiência de gestão, o que proporcionou uma melhoria em sua eficiência. Para um hospital com margens negativas persistentes, tornar-se com fins lucrativos também trouxe a possibilidade de acesso a capital e recursos financeiros que possivelmente levaram essas instituições a uma melhor viabilidade financeira. Os hospitais que se converteram em organizações com fins lucrativos tiveram melhorias nas suas margens financeiras (<i>improvements in financial margins</i>) porém sem associação com diferenças nos indicadores de qualidade do cuidado prestado, taxas de mortalidade ou proporção de minorias atendidas (minorias étnicas ou populações de classes sociais menos favorecidas).	Não específica	Existem diferenças entre os gastos totais nos primeiros 30 dias após a alta em hospitais classificados de alta e baixa qualidade nos critérios do estudo. A <i>Medicare</i> pagou em média \$30,156 para pacientes atendidos em hospitais de alta qualidade e \$ 32,854 para pacientes atendidos em hospitais de baixa qualidade.	<p>Hospitais que se converteram tiveram performance similar nos indicadores de processos de qualidade em:</p> <p>infarto agudo do miocárdio, ICC,</p> <p>insuficiência cardíaca congestiva e pneumonia</p> <p>Quando examinamos a mortalidade em 30 dias por todas as causas ajustado o risco, não encontramos diferença entre os hospitais convertidos vs. controles.</p>
<p>Foote SM, 2014</p>	EUA	Ensaio reflexivo	Descrever sobre programa de melhoria de doenças crônicas “ <i>Voluntary Chronic Care Improvement</i> ” sob o tradicional FFS <i>Medicare</i> autorizado pela <i>Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization ACT</i> (MMA) de 2013 (Lei 108-173; seção 721).	O novo programa piloto de cuidados crônicos “ <i>The Chronic Care Improvement (CCI) programs</i> ” sinaliza claramente as intenções do congresso de ampliar o papel da <i>Medicare</i> na melhoria dos cuidados a doentes crônicos. Apesar de ainda não haver resposta para muitas perguntas, o programa oferece uma oportunidade inédita de melhoria de qualidade no ambiente FFS. No entanto, ele será um teste importante no sentido de aprimorar o gerenciamento nos cuidados dos pacientes crônicos, gerando economia de custos, melhoria da qualidade de assistência e da satisfação dos beneficiários da <i>Medicare</i> .	Envolver médicos remunerados P4P para incentivá-los a se envolver na continuidade do cuidado e o seguimento das doenças crônicas de acordo com os <i>guidelines</i> mais atualizados.	A requisição de propostas específica para os contratantes vão requerer um mínimo de 5% de economia nos custos dos cuidados. Os contratantes terão risco sobre todos os pagamentos	A medida de qualidade e a metodologia atual ainda não está definida pela legislação.
<p>Wilensky GR, 2014</p>	EUA	Ensaio Reflexivo	A proposta deste artigo é rever os diferentes caminhos no que diz respeito ao processo de reforma que o pagamento médico que tem sido modificado na <i>Medicare</i> .	Muitas das estratégias de reembolso pelos serviços de saúde envolvem aumentar os pagamentos dos médicos da atenção primária pela coordenação dos tratamentos prestados aos pacientes com condições crônicas visando melhorar os desfechos clínicos deles. Por outro lado, as ACO (<i>Accountable Care Organizations</i>) continuam fazendo pagamentos pela FFS. Não está claro que tipo de modelo de pagamento vai melhorar a qualidade diminuindo ao mesmo tempo os custos de saúde e quão sustentável e que tipo de economia é necessária para provar isso. Além disso, não está claro como os resultados encontrados nos pilotos podem ser extrapolados em outras populações maiores.	A maioria é FFS. Nos hospitais, o pagamento é pelo CID, mas com encargos médicos pagos a parte, o que parece favorecer o especialista segundo o texto.	Incentivar o valor no pagamento dos médicos no lugar de volume de serviços. Neste modelo, um médico mais ganha quando provê mais serviços ou serviços mais complexos ao paciente.	Menciona vários projetos pilotos, mas não entra em detalhes quais indicadores são usados.

Mentel JL, 2012	EUA	Ensaio reflexivo	Analisar se as ACO*** "Accountable Care Organizations" podem realmente reduzir os gastos em saúde sem diminuir a qualidade.	Há uma grande ênfase em firmar o compromisso das ACOs em manter/melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. Apesar das ACO serem uma oportunidade de reduzir custos sem impactar adversamente na qualidade, a autora argumenta que seu potencial é menor que as expectativas políticas; já que esse sistema, por enfatizar a economia de recursos, pode gerar paradoxalmente incentivos que restringem cuidados necessários para que os gastos possam ser sustentadamente reduzidos ao longo do tempo.	FFS	Não menciona detalhes sobre o pagamento dos médicos, mas parece ser pago por desempenho	Os autores comentam sobre alguns indicadores inapropriados.
Thorpe CT et al, 2011	EUA	Estudo comparativo	O objetivo do estudo é avaliar as características socio-demográficas, clínicas, número de pacientes e exames de monitoria em dois modelos diferentes de grupo de prestadores de serviço avaliados pela performance: <i>the Plurality Provider Algorithm (PPA)</i> e <i>the Diabetes Care Home method (DCH)</i> .	É importante para o sistema considerar cuidadosamente o método realizado na seleção de pacientes aos "provider groups" no caso deste estudo PPA e o DCH. Além disso, é importante analisar sobre quais os indicadores são mais apropriados para se avaliar performance no caso da prestação de cuidados aos diabéticos. Isso porque, no caso do grupo estudado, pacientes iniciados já com complicações do diabetes mellitus tipo-2 tem desfechos piores e o estadió da doença realizado por indicador específico <i>Hierarchical Condition Categories (HCC) community risk score</i> mostra diferenças importantes entre o PPA e DCH. Portanto, é importante considerar quais serão os indicadores tidos como base para avaliar performance e definir com mais cautela os alvos de melhoria pelas distintas medidas de performance poderem variar bastante quando se compara pacientes com o mesmo diagnóstico, mas em situações clínicas distintas.	Não especifica	Dois dosagens de HB glicada; Uma dosagem de LDL-colesterol; Um exame ocular no ano de 2004	Pacientes que não foram atribuídos a nenhum das <i>managed care units</i> foram comparados com os que foram atribuídos a um dos modelos (PPA ou DHG). A média do escore de risco HCC foi 1,26, traduzindo que o total de gastos em saúde é 26% maior que a maioria na comunidade de usuários <i>Medicare</i> .
Allard M, Jelovac I, Léger PT, 2011	Canadá	Estudo quantitativo	Este artigo analisa e compara as propriedades de incentivo de alguns mecanismos de pagamento comumente usados para Médicos da Atenção Primária (MAP), nomeadamente FFS, capitação e <i>fundholding</i> (co-participação versus participação financeira).	Concluímos que tanto o FFS quanto a captação de recursos geralmente resultam em menos encaminhamentos para cuidados especializados caros do que a capitação. A justificativa por trás do nosso resultado é que os MAP sob capitação são melhores encaminhando todos os pacientes para cuidados especializados por conta de economizar em suas próprias despesas de tratamento e melhorar a saúde de seus pacientes. Uma avaliação empírica da distribuição dos perfis dos MAP é definitivamente necessária antes de fornecer recomendações de políticas confiáveis. Também mostramos que, embora impulsionados por incentivos financeiros de natureza diferente, os resultados estratégicos dos MAP associados à participação de fundos e os da FFS podem ser, surpreendentemente, muito semelhantes.	FFS versus Capitação versus <i>Fundholding</i>	Referência a especialidade	Não especifica
Shomaker TS, 2010	EUA	Ensaio reflexivo	Analisar quais as alternativas dentro da reforma da saúde e como ela vai impactar os desafios financeiros nos centros médicos acadêmicos.	Para ter sucesso no novo sistema de reembolso, a <i>Academic Health Center's</i> (AHC's) necessitarão: liderança que apoiem a cultura da qualidade, inovação e segurança do paciente; lideranças médicas que esteja comprometidas com um processo de melhoria contínua; um site eletrônico que facilite a continuidade e coordenação dos cuidados; sistema de monitoramento de custos que pode relacionar os custos de pacientes individualmente; um cuidado centrado no paciente; relacionamento com agencias pagadoras terceiras que possa renegociar os arranjos nos pagamentos e finalmente programas educativos que enfatizam a segurança do paciente e a qualidade como componentes importantes para base de conhecimentos de médicos e outros profissionais de saúde.	O pagamento é global por membro por mês através da capitação ou FFS por alguns serviços e um pagamento suplementar pela coordenação do cuidado. Pode haver bônus por atingir as metas nos indicadores de qualidade.	Não especifica	Não especifica

McGuire TG, 2010	EUA	Artigo de Debate	Este comentário sobre R. F. Averill & col (2010) aborda sua ideia sobre risco e qualidade ajustando FFS para médicos de atenção primária a fim de melhorar a eficiência da atenção primária e dar um passo em direção ao financiamento de uma “ <i>medical home</i> ” para pacientes.	A literatura da economia da saúde se refere a um sistema de pagamento que financia a prática médica com um componente futuro (<i>enrollment fee</i>) e um componente baseado em serviço (as taxas ajustadas pelo volume que o médico da atenção primária – MAP recebe por procedimento) como um “sistema misto”. A ideia é criar incentivo para atrair inscritos, fazendo os “extras” e fornecendo um bom atendimento ao cliente. Reduzir os pagamentos baseados em procedimentos melhora os incentivos para engajar os médicos em um novo estilo de prática. Portanto, a proposta de Averill & col (2010) é de um ajuste eficiente das taxas de pagamento dos MAP, que dá ao regulador uma ferramenta que encoraja estilos de prática eficientes. Emparelhar isso com uma escolha ativa do beneficiário pelo seu médico atenção primária com uma taxa de inscrição (<i>enrollment fee</i>) tornaria a ideia mais fácil de implementar, fornecer um incentivo e financiar elementos dos serviços não cobertos por taxas baseadas em procedimentos.	FFS + P4P (sistema misto)	Número de pacientes inscritos por médico	Não específica
Greene SE, Nash DB, 2009	EUA	Revisão da literatura	Realizar uma análise crítica da literatura atual e uma visão geral sobre pagamento por desempenho para educar o leitor sobre um assunto de cuidado de saúde que pode se tornar um modelo principal de pagamento.	A desvantagem do sistema de FFS é encorajar um excesso de intervenções e procedimentos médicos, por vezes desnecessários. Em relação a melhoria, Rowe argumenta em relação a P4P que grupos de alta performance recebem mais com pouca melhoria comparado com outros de baixa performance que alcançam grandes melhorias, criando inequidades entre os prestadores. Williams & col. concluem que o programa P4P melhora a coleta de dados, já que é necessário elaboração de relatórios eletrônicos para documentar a performance e assim alcançar as metas para o pagamento dos incentivos. Bodrock & Mion fala sobre como o programa afeta as enfermeiras. O envolvimento da enfermagem tem potencial de melhorar o cuidado, porém traz responsabilidade cumulativas para esses profissionais que já são sobrecarregados com outras responsabilidades administrativas. Além disso, existe um desafio se os incentivos são do grupo ou equipe em como incentivar ou “penalizar” profissionais de maneira individualizada. Christianson & col usaram teoria do campo da economia que na relação que se estabelece entre o pagador e o prestador e a compensação do prestador segundo o desejo do pagador gera um conflito de interesses quando o médico deveria atuar na prática da medicina sem influências externas e acaba tendo uma prática voltada para a agenda do pagador (no caso seguradora ou <i>Medicare</i>)	P4P	Relatórios de prestação de serviços com indicadores definidos pelo pagador	Definidos pela agência pagadora
Baerlocher MO, Noble, J, Detsky AS, 2007	Canadá	Pesquisa com dados secundário	Analisar os dados do <i>National Physician Survey</i> 2014 realizado uma avaliação entre o número de pacientes atendidos e o método de pagamento, analisando por especialidade.	Médicos cuja principal forma de pagamento era FFS atenderam mais pacientes por semana do que médicos remunerados por outros métodos, incluindo salários ou pagamentos combinados. Esse resultado não mudou quando examinado por especialidade ou grupo de especialidades, idade, tipo de atendimento (ambulatorial ou hospitalar) ou ambiente (urbano ou rural). De modo geral, médicos remunerados FFS atendem aproximadamente o dobro de pacientes por semana comparado aos à médicos assalariados.	FFS versus salário	Não específica	Não específica

Madel KE, Kotagal UR, 2007	EUA	Estudo quantitativo	Determinar se o pagamento por performance num desenho de programa de asma com os objetivos de melhoria colaborativa constrói e acelera a capacidade de melhoria	O alinhamento do pagamento por desempenho com a colaboração para melhoria da asma resultou em altos percentuais de cuidado perfeito e vacinação contra influenza para a população de asma de todos os pagadores da rede, um nível mais alto de capacidade de melhoria entre as práticas e progresso substancial em direção ao redesenho do sistema. Com base nessa experiência, sugerimos que os seguintes princípios de design de pagamento por desempenho são altamente eficazes no apoio aos esforços do provedor para melhorar o atendimento. Provedor é usado para denotar uma prática, hospital ou outro local de atendimento, não um médico. Remuneração dada a todos os provedores quando a meta é atingida e não somente ao médico.	P4P	% vacinação influenza; medida de controle de medicação; participação no programa (preenchimento dos registros); plano de ações	Indicadores de processo (Não específica)
Andreoli SP et al, 2005	EUA	Ensaio reflexivo	Discutir os potenciais efeitos entre reembolso e qualidade de assistência em pacientes pediátricos com insuficiência renal	Existem inúmeras peculiaridades nos serviços para população pediátrica renal crônica que torna um desafio medir a qualidade e relacionar indicadores de qualidade que traduzem performance para relacionar a qualidade de assistência e os pagamentos. Esses indicadores precisam ser diferentemente em muitos aspectos da população renal crônica dos adultos. Mais estudos são necessários em amostras maiores desta população específica para que se possa identificar indicadores de qualidade e testes para validação desses indicadores. O sistema de pagamento por performance precisa ser reavaliado nestes cuidados e os autores o consideram inapropriado já que esses pacientes têm demandas médicas e psicossociais diferenciada que requerem mais recursos.	P4P	crescimento e desenvolvimento da criança; performance escolar; fístula arterio-venosa funcionante; mortalidade	Os indicadores usados para pacientes pediátricos com DRC não estão validados para traduzir qualidade de cuidado, já que não são diretamente relacionados ao risco de desfechos desfavoráveis e/ou mortalidade
Swayne LC, 2005	EUA	Ensaio reflexivo	Revisar os obstáculos para a implementação do pago por desempenho na prática da radiologia.	A definição de um bom radiologista continua a ser indefinida. É necessária mais pesquisa baseada em resultados para serviços de imagem. A busca por imagens de qualidade com boa relação custo-benefício exigirá uma revisão cuidadosa das “letras miúdas” e consideração das implicações contratuais associadas aos incentivos de pagamento por desempenho. As promessas de curto prazo de pagar mais pelo modelo P4P podem ser um prelúdio para programas que a longo prazo acabam pagando menos.	P4P	O autor reflete sobre que essa medida de desempenho de um bom radiologista ainda não está bem definida	Não específica
Lever NA et al, 2004	USA	Estudo descritivo	O autor não define o objetivo. No artigo, descreve a expansão dos cuidados de saúde mental em adolescentes.	O fundo do FFS oferece um fundo voltado para serviços de saúde mental nas escolas. Para se manter íntegro, as escolas não podem depender somente do FFS pois eles têm uma alta demanda administrativa e necessita de ter diagnóstico de alunos, o que não faz muito sentido em atividades preventivas. As escolas devem ser proativas em buscar outros fundos, fazendo o lobby entre os níveis locais, estaduais e nacionais.	FFS	Não específica	Não específica
Gray BH, 2004	EUA	Ensaio reflexivo	Refletir se os médicos tendem a fazer o que acreditam ser profissionalmente responsável ou farão o que são recompensados para fazer.	Os médicos fornecerão cuidados de boa qualidade, até os limites de sua capacidade e habilidade, se estiverem em uma organização de apoio e se a qualidade for medida e recompensada pelo mercado. Um conjunto de hipóteses para testar essa teoria do comportamento da qualidade seria muito intrigante.	Não específica	Não específica	Não específica

Shen J et al, 2004	EUA	Estudo Quantitativo	Testar 2 hipóteses nulas: 1) as decisões clínicas dos médicos não seriam influenciadas por incentivos de pagamento; e 2) os médicos teriam igual preocupação sobre as decisões médicas feitas sob acordos de capitação ou taxa por serviço (FFS).	O mecanismo de pagamento tem efeitos significativos na tomada de decisão clínica. A redução de recursos gastos para cuidados sem restrições pode ser alcançada sob acordos de capitação; entretanto, os médicos respondem com maiores níveis de desconforto sob capitação do que FFS.	Capitação <i>versus</i> FFS	Questionário que mede diferentes decisões clínicas baseadas em cenários hipotéticos	Não específica
Lantus J, 2003	EUA	Artigo de Debate	Analisar quais são a ética e as consequências de tentar comparar objetivamente os muitos serviços que os médicos oferecem.	Como os médicos devem ser pagos? Quando a medicina não funcionava tão bem como hoje, era um local de altruísmo. Os médicos sempre ganhariam a vida, mas a medicina tinha mais a ver com a distribuição do excesso de riqueza do que com a criação de riqueza. E medicar era mais dar do que receber. Agora, o sucesso levou a uma equação econômica diferente. Não canalizamos os lucros de outras empresas para a medicina - em vez disso, nossos centros de saúde são nossos centros de lucro. Neste mundo, o pagamento dos médicos é baseado em suas habilidades e técnicas precisamente quantificáveis, ao invés de suas atitudes, hábitos ou virtudes mais vagos. Quanto mais uma habilidade particular pode ser definida com precisão, mais fácil se torna treinar um técnico para fazê-la. Na medida em que a medicina se torna definida por tais habilidades mensuráveis e pela produção de resultados mensuráveis, seja em termos de saúde ou em termos de dólares, ela se torna menos do que precisamos que seja.	Não específica	Não específica	Não específica
Norton EC, Lindrooth RC, Dickey B, 1999	EUA	Análise de Custos	O estudo analisa as despesas de saúde (<i>health expenditure</i>) públicas entre 1991-95 da <i>Medicaid</i> em sua transição dos serviços de saúde mental de Massachusetts de FFS para gestão de cuidados (<i>managed care</i>) que ocorreu neste estado no ano fiscal de 1993.	Foi observado redução das despesas em saúde da <i>Medicaid</i> com pacientes com doença psiquiátrica severa após a reforma para os serviços de cuidados gerenciados (<i>managed care</i>). Entretanto, em análise regressiva a redução foi bem menor a longo prazo que em curto período. As despesas por paciente foram reduzidas em 24% no primeiro ano após instituição dos cuidados gerenciados e de 5% nos dois anos seguintes. Houve redução nos custos em relação a serviços relacionados a internação (taxa de capitação mensal paga) e aumento dos custos em farmácia e cuidados em saúde pagos via FFS. Esses resultados implicam que os serviços gerenciados não necessariamente atingem o objetivo de redução de gastos quando se analisa a perspectiva global dos gastos.	FFS <i>versus</i> P4P (incentivos) <i>versus</i> Capitação	Não foi analisado indicadores de qualidade de cuidados	Redução dos gastos por paciente (24% primeiro ano e 5% no 2o e 3o ano);
Landon BE, Wilson IB, Cleary PD, 1998	EUA	Ensaio reflexivo	Descrever sobre as tendências dos diferentes tipos de organizações de saúde, as diferentes maneiras em que os planos se organizam, apresentando uma nova forma de caracterizar as organizações, estudando os efeitos dos diferentes tipos de planos.	As análises dos efeitos da gestão dos cuidados de saúde têm sido mais focada no uso de incentivos financeiros e nas regras de regulação entre os diferentes modelos de planos de saúde. A sugestão é que sejam focados de maneira mais amplas nos fatores que influenciam o comportamento médico. Os autores propõem um novo <i>framework</i> de 4 domínios de organização: incentivos financeiros, estratégias/controles de gestão, fatores estruturais e definição de padrões de qualidade.	Capitação + FFS	Não específica	conceitos gerais sobre qualidade

Thilinghast SJ, 1998	EUA	Revisão	Demonstrar que qualidade dos serviços de <i>managed care</i> são equivalentes a FFS.	O autor faz uma revisão das publicações que comparam os planos de cuidado gerenciada com FFS. O melhor desenho de estudo que compara ambos apresenta desfechos clínicos semelhantes, porém o primeiro apresenta redução de custos de 40%. Entretanto, os segurados que já se apresentavam enfermos ou os de classe social menos privilegiada apresentaram piores desfechos clínicos. Ele conclui que não há estudos bem desenhados que analisam desfecho clínico e custos entre pagamentos individuais de médicos (<i>IPA Type</i>) e FFS ou grupos pré-pagos. Ele comenta que o modelo HMO, o mais presente nos EUA, nunca foi submetido a um estudo experimental ou observacional com desenho satisfatório para mostrar as reais as diferenças entre desfechos clínicos e custos nos diferentes modelos.	FFS <i>versus</i> P4P	Não específica	Desfecho clínicos (Não específica)
Woodward CA et al, 1998	Canadá	Estudo quantitativo	Examinar os tipos de serviço oferecidos e a extensão da variação nos custos dos serviços prestados durante as visitas de cuidados primários por pacientes padronizados para clínicos gerais e médicos de família de Ontário que usaram um cronograma uniforme de benefícios pagos pelo plano de seguro de saúde provincial.	O tempo gasto com o paciente foi um fator importante na previsão das cobranças feitas, embora o efeito do tempo gasto nas cobranças variasse entre os cenários. Os médicos que recebem honorários por serviço cobraram mais por seus serviços do que os médicos que geralmente tinham planos de faturamento alternativos. Os fatores relacionados ao médico são mais capazes de explicar a variabilidade nos encargos de seus serviços do que os fatores relacionados ao paciente. Técnicas de garantia de qualidade são provavelmente necessárias para reduzir a variabilidade nas taxas observadas e aumentar o valor do dinheiro gasto em cuidados de saúde.	FFS (sim ou não); prática de grupo “ <i>group practice</i> ” (sim ou não)	Quantidade de tempo despendido pelo médico; pontuação de desempenho de cuidados preventivos; paciente padronizado suspeito ou detectado; exames diagnósticos solicitados; custo de serviços de consultório como a variável dependente.	Não foi encontrada relação entre a qualidade dos cuidados preventivos e as cobranças realizadas (p = 0,15)
Ogrod ES, 1997	EUA	Ensaio reflexivo	Refletir sobre as distintas formas de remuneração médica e a qualidade dos cuidados aos pacientes.	Vincular compensação médica com indicadores de resultado é desejável, porém a relação da rede de cuidados ao longo do tempo faz os incentivos às ações médicas presentes uma tarefa difícil. O autor argumenta que a capitação global, com repasse de um orçamento para uma estrutura de cuidado seria a melhor alternativa. A chave deste sistema, segundo ele, é espalhar o risco entre vários médicos para que não sejam prejudicados economicamente ou em termos de lidar com a pressão do cuidado de um único paciente. Tomando o risco global, o médico ganha habilidade para redirecionar recursos de uma maneira eficiente para prever o cuidado apropriado e assertivo. Esse tipo de pagamento por orçamento global permite mais recursos na educação dos pacientes, clínicas especializadas, gestão dos casos clínicos e programas de transição de cuidados do hospital para a casa.	FFS, Capitação, Salário, Capitação global	Não específica	Relacionar incentivos financeiros com indicadores de resultado é um objetivo desejável, porém o desfecho de doenças crônicas faz com que recompensar os médicos por comportamento/ ações presentes e relacionar isso ao desfecho clínico seja uma tarefa difícil.

Wells KB, 1995	EUA	Revisão	Revisar os resultados dos estudos realizados sobre qualidade de assistência de saúde mental entre os diferentes desenhos de seguros de saúde (PPS: sistema de pagamento prospectivo ou pré-pagamento) e a economia nos custos desses serviços.	<i>Medicare</i> PPS(sistema de pagamento prospectivo) diminuiu as internações, porém não o custo dos pacientes internados. De um modo geral, não se observou diferença significativa nos desfechos clínicos, exceto para subgrupos de pacientes que tiveram piores desfechos nos sistemas de copagamento. Esses grupos eram pessoas menos favorecidas e os indivíduos com doenças psiquiátricas severa. Isso provavelmente se deve as condições de limitação da utilização nos planos de copagamento. Numa perspectiva política, é importante salientar que estratégias para conter o custo podem acarretar resultados piores em populações mais vulneráveis.	Não específica	Não específica	Custos globais e desfecho clínico (Não específica)
Feldman R, Hillson SD, Wingert TD, 1994	EUA	Estudo Quantitativo	Validar os escores de trabalho médico; acessar a confiabilidade do autorrelato para medir o trabalho.	Foi observado que as dimensões do trabalho necessário para que os médicos exerçam suas atividades é tempo, esforço físico e mental e o estresse para a prestação de serviços. O trabalho é provavelmente um entre vários fatores, como o pagamento pelo serviço, a recompensa por ter tomado uma boa decisão e o respeito dos colegas. Se o trabalho afeta a utilidade, nosso resultado sugere que um médico pode ser indiferente entre um serviço que requer pouco tempo, porém mais esforço mental e outro serviço que requer mais tempo e menos esforço mental, desde que outros fatores que contribuem para a utilidade não sejam alterados.	Não específica	Não específica	Não específica

Fonte: elaborado pelos autores

* *Medicare*: sistema de seguros de saúde gerido pelo governo dos Estados Unidos da América e destinado a pessoas de idade igual a maior que 65 anos ou que verifiquem certos critérios de rendimento; *Medicaid*: é um programa de seguridade de saúde dos Estados Unidos para indivíduos de todas as idades de baixa renda e recursos limitados.

** *HMO*: *Health Maintenance Organizations* são modelos de organização que prestam serviços de saúde nos Estados Unidos e tem distintos modelos de remunerar os médicos. Podem ser prestadores de serviços individuais ou um grupo de profissionais.

*** *ACO*: é uma organização de provedores de saúde responsáveis pelos cuidados de saúde de uma população definida de 5.000-10.000 pacientes por um período específico de tempo.

Discussão

Feldmen et al¹¹ demonstrou confiabilidade e validade de um *score* desenvolvido para medir o trabalho médico baseado em questionários. Eles identificaram que o tempo foi o principal preditor do trabalho, seguido do esforço mental. O esforço físico e o estresse foram considerados menos importantes. O autor sugere que o modelo de remuneração deve levar em conta o tempo que é otimizado ao combinar os serviços e procedimentos necessários numa mesma consulta. Wells¹² em sua revisão da literatura sobre a qualidade de cuidados em saúde mental observou piores desfechos clínicos entre os pacientes de saúde mental mais pobres e com doença mental severa que tinham seguro de saúde de pré-pagamento comparado com os que pagavam por produção. Uma das hipóteses deste resultado encontrado foram as condições que limitam a utilização nos planos de co-pagamento. Numa perspectiva política, o autor ressalta que algumas destas estratégias para conter o custo podem acarretar resultados piores em populações mais vulneráveis.

Orgod¹³ reflete sobre a fragilidade dos indicadores de qualidade para definição de incentivos nos pagamentos médicos em pacientes com doenças crônicas já que uma série de fatores ao longo do tempo interferem no desfecho clínico desses pacientes. Ele defende a capitação como um sistema de pagamento preferencial já que dilui os riscos entre os médicos e permite mais investimento na educação dos pacientes, gestão dos casos clínicos e uma mais eficiente da transição dos cuidados hospitalares após a alta. Landon et al¹⁴ propõe uma iniciativa para descrever o atendimento gerenciado de organizações de saúde. Ele argumenta que a prática médica deve ser o foco principal nos diferentes modelos de organização, porém o desafio é caracterizar e medir as melhores práticas que possam influenciar positivamente a qualidade e a eficiência do cuidado prestado.

Tillinghast¹⁵ faz uma revisão sobre evidências na literatura que compara os diferentes modelos organizacionais mais presentes nos Estados Unidos, em especial os planos gerenciados (“*managed care*”) com o modelo de pagamento por produção (*fee for service*). Ele argumenta que o modelo HMO (*Health Management Organizations*) não foi submetido a um estudo experimental ou observacional com desenho satisfatório para comparar as reais diferenças de desfecho clínico nos diferentes modelos. Enfatiza também que muitas das ações de bons médicos, especialmente em cuidados agudos, é difícil de quantificar e que os indicadores de desempenho, apesar de importantes, não necessariamente traduzem qualidade em cuidado de saúde. Norton¹⁶ quando analisou as despesas de saúde mental no período de cinco anos na transição do pagamento por

produção para serviços gerenciados observou uma redução de gastos de 24% no primeiro ano e de apenas 5% no segundo e terceiro ano. A redução deveu-se mais aos gastos relacionados a internação mas houve um aumento nos gastos relacionados aos medicamentos mais modernos, o que também poderia significar uma melhoria na qualidade do cuidado prestado.

É possível perceber que os estudos realizados nesta primeira fase (1994-2000) do desenvolvimento do tema sobre a remuneração médica ainda são muito incipientes no que tange a sua relação com a qualidade. Eles focam mais na comparação e/ou transição de uma forma de remunerar o desempenho por outra, sem necessariamente estar implicado em medir a qualidade da assistência médica prestada em cada forma. Ainda é pertinente notar que os poucos estudos que se preocupam em apresentar alguns dados sobre a qualidade do serviço médico estes concluem que não há, necessariamente, uma relação entre a forma de remuneração e qualidade da assistência^{14, 15}.

Uma segunda fase dos estudos sobre tema é inaugurada com o estudo de Lantus em 2003. Este autor¹⁷ faz uma ampla reflexão sobre os aspectos éticos e ideológicos sobre a remuneração médica e as políticas dos Estados Unidos que definiram mudanças estruturais na maneira de qualificar os serviços de saúde em sua diversidade de funções. Ele também argumenta sobre as dificuldades em desenvolver medidas justas que traduzam o valor sobre uma função ou serviço médico específico e como comparar funções totalmente diferentes como por exemplo cirurgia, psicoterapia, endoscopia e cuidados emergenciais em politrauma. Ele explica que o desafio é em parte moral, em parte social, em parte econômico e em parte burocrático e questiona sobre as consequências éticas de criar uma pressão fiscal para incentivos econômicos com a finalidade de executar certos tipos de serviços no lugar de outros. Lantus¹⁷ critica a ideologia política de mercado aplicada ao setor saúde e a fé inquestionável e a ilusão norte-americana que o setor saúde é mesmo de livre mercado.

Gray¹⁸ comenta sobre a relação entre incentivos financeiros, comportamento médico e qualidade. O autor discorre sobre teorias do comportamento médico refletindo se os médicos agem de acordo com sua noção de responsabilidade profissional do que devem fazer para prestar um cuidado de qualidade ou agem de acordo com o que são remunerados para fazer. Ele argumenta ser improvável que um método de pagamento específico tenha um efeito uniforme nos diferentes aspectos da qualidade (ex: médicos solicitando testes ou procedimentos expondo o paciente a riscos e custos desnecessariamente) e a pergunta certa a ser feita não deveria ser como os médicos devem

ser pagos mas sim o que nós deveríamos estar pagando se o objetivo é melhorar a qualidade. Dentre os caminhos mais estratégicos para a melhoria da qualidade, o autor se pergunta, se estaria a busca da melhor combinação de incentivos para produzir os comportamentos desejados em médicos considerados “seres econômicos” ou criar oportunidades e direções para que os médicos sejam mais profissionais?

Lever¹⁹ apresenta uma experiência de uma parceria entre um projeto de prevenção de saúde mental para adolescentes e um ambulatório de saúde mental em 22 escolas em Baltimore, Maryland cujo mecanismo de expansão dos fundos foi através do pagamento por produção. Os autores colocam os desafios burocráticos relacionados a esse novo mecanismo de financiamento que correspondia a 20% dos fundos globais e toda a necessidade burocrática que demandava o mesmo para implantação e funcionamento. Infelizmente, grande parte da nova receita gerada foi consumida por custos de processamento de faturamento, gerenciamento de recebíveis e contratação de equipe administrativa. Os autores concluem que para projetos de prevenção em saúde mental outros tipos de financiamentos mais sustentáveis para continuidade dos projetos. Shen et al²⁰ estudaram sobre as possíveis diferenças nas decisões clínicas de médicos diante de cenários clínicos hipotéticos apresentado através de um inquérito para médicos de atenção primária de diferentes localidades norte-americanas. Nestes cenários os médicos eram remunerados por capitação ou por produção e em ambos os sistemas havia incentivos para moldar a prática médica. Foi observado que nos sistemas de capitação, os médicos tinham uma maior tendência a limitar recursos utilizados comparados ao sistema de pagamento por produção. Por outro lado, sentiam-se mais chateados ou estressados nas decisões feitas no sistema de capitação. Esses resultados sugerem que o método de pagamento para os médicos de atenção primária influencia suas decisões relacionadas ao uso do sistema de saúde.

Andreoli et al²¹ traz uma análise crítica sobre a decisão de estabelecer indicadores de qualidade para definição de pagamento por desempenho em cuidados de doença renal crônica dialítica em pediatria. Ele argumenta que não é possível extrapolar os indicadores de doentes renais crônicos adultos pelas inúmeras peculiaridades que as crianças renais crônicas em diálise apresentam e a ausência de indicadores validados para traduzir qualidade nesta população. Além disso, são poucas as unidades de diálise, existem menos pacientes com essa patologia e eles tendem a apresentar múltiplas doenças clínicas associadas e problemas psicossociais que requerem mais recursos. Swayne²² faz reflexões referentes aos serviços de radiologia argumentando que existem uma série de obstáculos

na implementação do pago por desempenho nesta área pois os indicadores de performance não são validados. Ele comenta que não existe um financiamento adicional para a acreditação dos serviços de radiologia, certificações estas exigidas pelos seguros de saúde e da mesma forma os custos relacionados a implantação de tecnologia de informação. Um exemplo disso foi a criação da certificação dos serviços de mamografia (*Mammography Quality Standards Act*) que acabou levando ao fechamento de uma série de serviços pelos altos custos administrativos cujo reembolso era insuficiente para cobrir, levando as mulheres norte-americanas a enfrentar uma irônica restrição no acesso a esses serviços.

Baerlocher²³ em sua pesquisa com dados secundários do *National Physician Survey 2014* avaliou o volume de atendimentos de médicos de diferentes especialidades e a forma de remuneração. Eles encontraram que médicos pagos por produção atendiam mais pacientes por semana do que médicos remunerados por outros métodos (assalariados e métodos mistos), independente da especialidade, idade ou tipo de prática (hospitalar ou ambulatorial). Mandel e Kotagal²⁴ apresentam resultados de uma iniciativa realizada na grande Cincinnati para melhoria de cuidados de pacientes asmáticos pediátricos em 44 serviços de atenção primária organizados como IPA – *Independent Practice Association*, organizações formadas por médicos e outros profissionais independentes com resultados apresentados entre 2004-2005. O projeto vinculava indicadores de cuidado em pacientes asmáticos com pagamento por desempenho conforme alguns indicadores previamente estabelecidos, segundo evidência científica. Entre os indicadores, foram selecionados a taxa de vacinação de influenza, percentagem de medicação de controle para pacientes com asma persistente e percentagem de preenchimento do plano escrito de automanejo entre o número total crianças com asma seguradas. As metas estabelecidas eram progressivas e a recompensa em incentivos variava entre 2-7% acima do pagamento programado. Os valores pagos eram para a equipe e não havia incentivos específicos para os médicos. Dentre os 43 serviços, 40 atenderam os preenchimentos dos registros e 27 chegaram ao terceiro nível de incentivos, sendo que 26 serviços (96%) atingiram a meta de 75% para o indicador de medicação de controle da asma, 19 serviços (70%) pelo menos 80% do plano de automanejo preenchido e 18 serviços (67%) atingiram a meta de 50% dos pacientes vacinados para gripe. Dentre as reflexões propostas, os autores colocam que idealmente o denominador medido deveria ser da população geral de crianças com asma e não das crianças seguradas, o que traria possibilidade de análise da equidade. Os autores também defendem a alocação dos fundos para pagamento por desempenho para

recompensar todos os prestadores de serviço (equipe envolvida no cuidado) e não somente um tipo de profissional.

Greene e Nash²⁵ fizeram uma revisão de publicações na Medline em inglês sobre pago por desempenho entre 2004 e 2008. Foram incluídas 100 referências que foram revisadas por pares e organizadas em uma de sete categorias. Eles concluem que a maioria da literatura evidencia um efeito positivo na performance na prestação de cuidados nos programas de pagamento por desempenho. Entretanto, eles recomendam que *guidelines* sejam desenvolvidos para que fiquem claras as evidências científicas e as melhores práticas, funcionando como um argumento quando uma meta não for atingida. Os autores chamam atenção sobre um olhar especial para as inequidades em saúde. O programa de pagamento por desempenho não deve ser implementado sem levar as minorias menos favorecidas, mais pobres ou mais doentes a receberem menos cuidados. Profissionais que atendem estas minorias não podem ser penalizados por oferecer cuidados a pessoas em que a melhoria é uma tarefa mais difícil. Ao contrário, esses profissionais devem ser premiados pelo comprometimento com esse tipo de doente e com o objetivo de reduzir as inequidades em saúde.

Greene e Nash²⁵ comentam que dentre as 20 referências que avaliam a percepção dos profissionais mostra que muitos profissionais não estavam bem familiarizados e muitos cépticos sobre o programa de pagamento por desempenho enquanto os pagadores estavam otimistas e seguiam desenvolvendo os protocolos que os médicos devem seguir. Ele sugere que mais educação sobre o programa pode ajudar na implementação. Alguns questionamentos ficaram pendentes como: o melhor incentivo ou prêmio deveria ser dado ao que tem a melhor performance ou para quem mais melhora mais sua performance? Eles sugerem que ambos devem ser significativamente premiados para não desencorajar os melhores ao mesmo tempo em que se estimula os que estão progredindo e reduzindo as disparidades em saúde. Outra questão abordada é sobre punir ou não os que não melhoram. As recomendações são que isso não deveria ser feito na implementação do programa para não causar maiores ressentimentos, pessimismo e negativismo em torno do programa procurando, ao contrário, tentar envolver ao máximo as equipes.

Shomaker²⁶ argumenta que o sistema de pagamento por produção fica para trás nos debates sobre a reforma e que não é possível reduzir os custos de saúde já que incentiva os profissionais de saúde a prover mais serviços independentemente da necessidade, eficácia ou qualidade. Ele dá direções em relação aos cuidados de atenção primária serem um foco nesta estratégia e o sistema de pagamento ser por capitação. Ele

sugere aos serviços acadêmicos de referência se reposicionarem para estudar e avaliar a continuidade de cuidados. McGuire²⁷ defende a ideia proposta por Averill et al²⁸ de pagamento de médicos de atenção primária com taxas ajustadas por risco e qualidade para melhoria de qualidade nos serviços de atenção primária ilustrando a ideia num modelo gráfico. Ele sugere que somado a isso, uma livre demanda do paciente na escolha do seu médico com uma taxa relacionada a inscrição do paciente ao seu médico criaria uma competitividade estimulando os médicos a serem ativos em atrair pacientes e alinhando incentivos a escolhas sociais.

É importante notar que os estudos desta década de 2000-2010, apresentam um avanço na discussão sobre a relação entre remuneração sob desempenho e qualidade da assistência. É possível perceber que, mesmo com a persistência da discussão comparada entre as formas de remuneração, há uma preocupação maior na aferição da qualidade^{18,20,21,27,28}. Além disso, a discussão da equidade entra em cena e contrabalança a discussão sobre o conflito existente entre premiar os melhores desempenhos e a preocupação em ser equânime em suas ações. Os estudos demonstram que há uma incompatibilidade entre estas ações, gerando conflito na organização da assistência, e claro com impactos na qualidade dos serviços^{25,24}.

Nesta última década (2011-2020) dos estudos sobre o tema, Thorpe²⁹ inaugura comparando os resultados de performance em duas organizações de grupo no cuidado com pacientes com diabetes mellitus tipo 2 (DM) nos Estados Unidos, uma modalidade composta por mais de 1 médico, geralmente multiprofissional que prestava serviços para *Medicare* de onde os dados foram retirados para análise. Observou-se que no grupo *Plurality Provider Algorithm* havia pacientes com maior complexidade e complicações relacionadas a DM comparado ao segundo grupo Diabetes Care Home. Os autores chamam atenção para fragilidade de comparação quando cria-se uma política de incentivos relacionados a performance em grupos heterogêneos de doenças crônicas, ainda que o diagnóstico seja o mesmo. Além disso, os custos em saúde para pacientes com complicações ou comorbidades (ex: insuficiência renal, insuficiência cardíaca congestiva ou doença vascular periférica) é maior comparado aos que ainda não tem.

Allard³⁰ escreve sobre o modelo de incentivo ideal focando na figura do médico de atenção primária e discute sobre o pagamento por produção, a capitação e o pagamento com participação financeira (GP *fundholding*), este último instituído na Inglaterra no período de 1991-1998 pelo *National Health Service* no governo de Thatcher. Os autores argumentam controversamente a outras publicações afirmando que o pagamento por

capitação favorece que os médicos de atenção primária a referenciem mais precocemente os pacientes para os especialistas para evitar os custos diretos com estes doentes. Por outro lado, argumentam que quando pagos por produção, os médicos de atenção primária têm menores chances de referenciar doentes comparado a capitação. Eles defendem que os resultados do pagamento por participação financeira são semelhantes ao pago por produção. Os autores argumentam que a decisão de referenciar o doente é também influenciada pelo nível de altruísmo e habilidade do médico.

Mantel³¹ traz um interessante debate sobre as “*Accountable Health Organizations*” (ACOs), organizações locais norte-americanas que incluem grupos de médicos de atenção primária, especialidades e outros profissionais responsáveis pelos custos e qualidade da continuidade de cuidados de uma certa população de pacientes. A forma de pagamento das ACOs é composta por um mix que recompensa a redução de custos e melhorias nos cuidados prestados (qualidade), penaliza a ineficiência e compartilha o que é poupado. As ACOs também utilizam o pago por capitação. Segundo a autora, esse sistema encoraja os profissionais em prover um cuidado mais eficiente e coordenado, com foco nos cuidados de longo prazo, incluindo a prevenção de problemas de saúde. É uma mudança de paradigma que requer um novo modelo de negócio que exige que a organização encontre meios de cuidar de seus pacientes usando menos recursos. Ela argumenta que as ACOs podem reduzir em certa medida os gastos eliminando excessos, ineficiência, intervenções médicas desnecessárias ou mais custosas que outras alternativas. Feito isso, reduzir custos pode significar negar ou reduzir cuidados que beneficiem os pacientes. É importante reconhecer que pacientes receberão cuidados de menor qualidade para balancear o custo com qualidade e por isso é de fundamental encontrar formas justa e equitativas, assunto que necessita um profundo debate.

Marton³² mostram resultados após compararem duas organizações “*managed care*” que foram implementadas ao mesmo tempo e no mesmo estado prestando serviços para *Medicaid*, porém com formas de pagamento distintas, uma usava capitação e outra pagamento por produção. A organização que usava o sistema de capitação para pagamento dos médicos de atenção primária reduziu consideravelmente a utilização de pacientes, os números de profissionais assistenciais e aumentou o número de consultas de crianças saudáveis sem elevar os níveis de hospitalização de crianças asmáticas. Joint et al³³ estudaram através de um estudo retrospectivo caso-controle 237 hospitais de cuidados agudos que se converteram em organizações com fins lucrativos. Foi observado

melhorias em suas margens financeiras sem apresentar prejuízos nos indicadores de qualidade e mortalidade ou redução no atendimento de minorias e pessoas de baixa renda. Foot³⁴ discute as motivações do congresso na implementação de um programa chamado *Chronic Care Improvement* (CCI) realizado com o objetivo em melhorar a continuidade dos cuidados de doenças crônicas em 10 unidades piloto que vai atender de 150 a 300.000 beneficiários por 3 anos. A autora defende o projeto e sua promessa em melhorar a qualidade e coordenação de cuidados e explica seus aspectos inovadores porém dentro da perspectiva do pagamento por produção. Neste programa, serão definidas metas de qualidade para populações alvo, metas de custos e de satisfação profissionais. Caso estas metas não sejam atingidas, as organizações terão que reembolsar em parte os investimentos. A questão central é a redução de gastos.

Wilensky³⁵ discute sobre alguns modelos pilotos que podem oferecer lições sobre reformas no pagamento médico e comenta sobre como a *Medicare* paga muito pelos procedimentos e pouco para os serviços de atenção básica, sendo que os especialistas têm pouco interesse nas estratégias de pagamento alternativo, o que de certa forma reflete uma satisfação com sua remuneração, diferentemente dos médicos de atenção primária que acreditam serem menos reconhecidos e com uma remuneração insuficiente. Os setores públicos e privados norte-americanos parecem engajados na inovação de estratégias de pagamento médico e muitas delas envolvem valorizar mais e pagar melhor os médicos de atenção básica para melhor coordenação dos cuidados de pacientes com doenças crônicas e melhoria nos desfechos clínicos porém, o autor conclui que não está claro que modelo alternativo de pagamento e sistema podem melhorar a qualidade com menores custos e quão sustentáveis são as reduções nos gastos, além das limitações em extrapolar os resultados destes pilotos para população em geral.

Walters³⁶ exemplifica um modelo de cuidados de pacientes oncológicos piloto (COME HOME) centrado no paciente para melhorar a continuidade de cuidados, onde a tecnologia de informação (TI), segundo eles, tem um papel central na provisão de cuidados e monitorização da performance. Dentre as lições aprendidas observou-se que um grande desafio foi a mudança de cultura ensinando aos pacientes a buscar cuidados no *medical home* no lugar dos hospitais. Entre os profissionais de saúde, houve maior resistência a mudança dos profissionais mais antigos, entre eles médicos e enfermeiras-chefes. Tentou-se superar isso através de comunicação porém alguns deixaram o serviço. Outro ponto destacado foram os custos de implementação e manutenção da TI que superou em muito o planejamento. Kelleher et al³⁷ compartilha a experiência de uma ACO

de cuidados pediátricos demonstrando sucesso em conter gastos ao longo de 5 anos (2008-13) sem piora dos indicadores de qualidade porém eles se lamentam por não terem observado melhoria nos indicadores de qualidade no período estudado. Dentre os fatores apontados, os autores comentam que melhorias em qualidade talvez levem mais tempo já que dependem de projetos colaborativos com agências parceiras, educando pacientes ao longo do tempo, compartilhando informações em bases de dados, monitorando desfechos clínicos e estabelecendo novas lideranças.

Heller³⁸ traz reflexões quando ao pagamento por performance no serviço de radiologia já que idealmente os indicadores de desfechos clínicos dos pacientes estão um pouco mais distantes no que se refere a processo que envolve o exame de imagem durante a cadeia de cuidados. Ele sugere melhorias no sentido de uniformizar os indicadores, identificar medidas relevantes para reembolso que traduzam desempenho e chama atenção sobre o risco de uma ênfase exagerada em medidas distrair para o foco mais importante que é a atenção do cuidado do paciente. Tsai et al³⁹ analisam os gastos de procedimentos cirúrgicos em hospitais e os relaciona com desfechos clínicos de mortalidade em 30 dias e satisfação dos pacientes. Os autores observaram que os hospitais identificados de melhor qualidade apresentavam menores gastos durante a internação, pós-operatório e menor número de readmissões comparado com hospitais de baixa qualidade. Além disso, foi observado que os hospitais com maior mortalidade tinham um gasto 2% maior comparado aos de menor mortalidade; e os que tinham os menores índices de satisfação com pacientes tiveram um gasto 8% maior comparado aos hospitais que tinham maior índice de satisfação dos pacientes. Os autores discutem que esses achados podem ser indicativos que o pagamento por pacote pode ser uma estratégia para melhoria de qualidade em cuidados agudos e discutem sobre a nova política do governo americano na qual esse seria modelos de pagamento alternativo, uma forma de remuneração que no lugar de pagar por cada etapa do cuidado, é pago um pacote referente a todo cuidado por um período de tempo. Por outro lado, eles concluem deixando a reflexão se o pagamento por pacote facilitará a integração de cuidados e a melhoria de qualidade ou simplesmente levará a uma maior consolidação do mercado e maiores preços para os pagadores privados.

Roland e Dudley⁴⁰ argumentam que todas as formas de pagamento para cuidados em saúde (pago por produção, capitação, salário ou performance) tem seus benefícios porém resultados indesejáveis e eles organiza esses resultados. Em relação especificamente ao pagamento por desempenho, há forte evidência que os médicos

respondem aos incentivos porém é preciso estar atento aos eventos indesejáveis e criar mecanismos para superá-los. Os diferentes níveis de altruísmo entre os médicos sugere que é impossível criar incentivos que se alinhem aos diferentes valores pessoais e profissionais de todos os médicos. Outro aspecto é garantir que pacientes mais desafiadores no sentido social ou clínico não sejam prejudicados em acesso ou cuidados devido a política de incentivos desenhada. Algumas iniciativas de sucesso apontadas para superar esse efeito adverso foi remunerar mais por melhorias alcançadas em pacientes mais desafiadores que exigem maior esforço do profissional de saúde e da equipe.

Selby e Edwards⁴¹ fazem uma profunda reflexão sobre a relação médico-paciente e como um sistema em que o médico precisa preencher muitas informações para ser remunerado pode prejudicar o tempo em que o médico passa com o doente. Ele ilustra isso relatando sua experiência de atendimento na atenção primária na Suíça e nos Estados Unidos exemplificando que na Suíça os médicos cobram pelo tempo que passam com o paciente com mínima documentação necessária e tem um excelente padrão de cuidado, com evidências demonstrando que os médicos suíços são os que menos prescrevem antibióticos, os que menos pedem exames desnecessariamente, os que mais compartilham sobre opções de tratamento com seus pacientes e dão claras instruções sobre a programação de cuidados, trazendo a atenção sobre o profissionalismo.

Murphy et al⁴² demonstram em um estudo quantitativo de análise retrospectiva que cirurgiões que operam um maior volume de artroplastia total de quadril apresentam menores taxas de readmissão, mortalidade e custos tanto no intra como no pós operatório comparado aos cirurgiões que operam um menor volume de pacientes, mesmo controlando as variáveis de comorbidades e diferenças demográficas. O estudo sugere que cirurgiões especializados num grande volume de uma cirurgia específica tem maiores chances de reduzir custos e melhorar os desfechos clínicos e que políticas precisam de estratégias para melhorar os resultados dos serviços e profissionais de pior performance. Winegar et al⁴³ compartilham sua experiência e trazem sugestões sobre em como conseguir o efeito Hawthorne que postula que indivíduos modificam seu comportamento quando estão conscientes que estão sendo monitorados. Eles apontam a importância em identificar e envolver a liderança médica (“médico campeão”) como facilitadora para debater sobre os melhores indicadores, comparar os resultados dos pares com transparência e assim facilitar a conscientização e engajamento dos profissionais envolvidos.

Nijagal et al⁴⁴ traz motivações para mudança em direção aos pagamentos alternativos (pago por desempenho) defendendo que ele pode trazer melhores resultados no cuidado e experiências para as pacientes em obstetrícia convidando os serviços materno-infantis a se posicionarem e se beneficiarem destas mudanças. Lee-Feldstein et al⁴⁵ através de um estudo observacional relaciona o estágio de pacientes com câncer de mama no momento do seu diagnóstico em diferentes tipos de seguradoras de saúde. Além disso, eles comparam os esquemas de tratamento realizados nos diferentes estágios da doença entre os grupos segurados e notam diferenças relevantes.

Por fim, neste último momento cronológico dos estudos sobre o tema, percebe-se uma inflexão no que se refere ao papel da relação entre forma de remuneração e qualidade. O foco no desempenho, suas diversas formas de mensuração e aplicabilidade em cada tipo específico de serviço passa a ser a tônica do debate. Excetuando alguns estudos^{35,40}, o papel da qualidade e os aspectos sociais (equidade, humanização, etc) ficam mais lateralizados, não tendo, portanto, a centralidade que tinham nos estudos da década anterior.

Assim, é possível dizer que hoje em dia, os estudos que tentam relacionar a remuneração médica sob desempenho estão focando mais em como o desempenho modula o comportamento médico individual. Nesta “economia comportamental” o papel do médico parece estar sendo, cada vez mais, estar a serviço das lógicas de incentivos e formas de pagamento que reorientam a prática médica mais à economicidade dos seguros e planos que necessariamente a autonomia da decisão clínica que o paciente necessite. Os estudos revisados caminham nesta direção e, certamente, parece ser uma tendência de análise que potencialmente vem se disseminando no estudo da temática no mundo.

Limitações do estudo

Esta revisão integrativa realizada buscou identificar e analisar o maior número de evidências possíveis para responder a pergunta de investigação mas apenas 1 artigo encontrado foi de encontro direto ao tema da pergunta. Isso pode sugerir que a estratégia de busca não encontrou seu alvo principal ou mais estudos sejam necessários para que a pergunta seja respondida de forma mais ampla.

Segundo os resultados obtidos neste trabalho, o pagamento por desempenho baseado em incentivos relacionados ao alcance de metas pré-estabelecidas (indicadores de processo e resultado) não é uma forma de remuneração “pura”, está sempre associado a um mix de pagamento: capitação, pagamento por produção, etc; isso torna difícil a

sistematização de resultados entre os artigos publicados. Além disso, os modelos são distintos, alguns são projetos pilotos com financiamento adicional, envolvendo cuidados de saúde primária, cuidados em pacientes com doença crônica, cuidados em saúde mental, cuidados em hospitais cirúrgicos, entre outros, limitando a extrapolação dos resultados encontrados para o contexto dos Estados Unidos da América em detrimento a outros países com sistema de saúde pública universais.

Além disso, grande parte dos estudos revisados apresentam como método de análise os ensaios reflexivos, estudos descritivos ou ainda, alguns de artigos de opinião. Por isso, a evidência trazida por esta revisão pode ser classificada entre 4 (evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa) e nível 5 (evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência)⁴⁷.

Implicações para políticas públicas

Os resultados encontrados nesta revisão sugerem que a estratégia de pagamento dos médicos por desempenho é apenas uma peça em um complexo quebra-cabeça que termina por prestar cuidados de saúde com qualidade. Os autores recomendam que essa estratégia política não deve ser implementada como um “modismo” por influência das políticas internacionais e deve ser estudada com parcimônia em âmbito nacional e local, levando em conta os desenhos dos distintos sistemas de saúde pública, aspectos culturais dos profissionais de saúde, motivações, níveis de altruísmo e um amplo debate antes de ser adotada como estratégia de saúde pública nos sistemas universais. Ademais, em função do nível das evidências compiladas, os resultados desta revisão apresentam um nível de recomendação destes dados para embasar políticas públicas de classificada entre grau de recomendação nível C (Fundamentam minimamente a tomada de decisão)⁴⁸.

Avanços desta revisão e agenda de pesquisa

Esta revisão avança ao compilar dados sobre a remuneração médica sob desempenho que ajuda a compreender a evolução desta temática em uma perspectiva cronológica. Ainda, segundo os estudos revisados, observa-se uma visão de desempenho médico muito focada em remuneração. Os autores sugerem mais estudos que abordem a investigação de forma mais profunda considerando outros fatores para além da remuneração que interferem no desempenho médico.

Outro ponto que parece ser importante no avanço desta discussão é realizar novas revisões que elaborem uma estratégia de busca que consiga identificar estudos que

abordem esta temática em sistemas universais de saúde na tentativa de compreender como estes sistemas estão incorporando esta discussão.

Conclusão

Em muitos artigos publicados, demonstrou-se melhoria dos processos gerenciais, em indicadores selecionados para medir a qualidade, avanços na continuidade do cuidado de doenças crônicas e redução dos gastos após implementação do sistema de pagamento por desempenho. Por outro lado, não é possível afirmar que o pagamento por desempenho melhora a qualidade dos cuidados por inúmeros fatores, entre eles: a limitação das formas de medir qualidade (uso de indicadores de processo e não de resultado; ausência de evidências para definição de indicadores em alguns tipos de doença/serviço), associação do pagamento por desempenho com outros modelos de pagamento, incentivos não serem dados apenas aos médicos mas a uma organização que envolve diferentes profissionais e unidades de cuidado (ACOs), além de mudanças nos papéis e tarefas de profissionais em alguns modelos.

É importante atentar para os efeitos indesejáveis possíveis dessa estratégia observados por alguns autores em aumentar inequidade ao longo do tempo, desmotivando no lugar de incentivar o cuidado de pacientes com múltiplas doenças com melhorias de resultados mais desafiadores de serem alcançados. Além disso, os riscos em piorar a qualidade dos cuidados por negligenciar atendimentos, exames, procedimentos ou medicamentos necessários a um paciente pela ênfase nos incentivos relacionados a redução de custos, já que a redução de gastos com as melhorias nos processos de gestão são limitados ao longo do tempo.

Ainda que seja importante ressaltar o baixo nível de evidência da maioria dos artigos avaliados, os dados integrados nesta revisão demonstram que existe um mínimo de dados relacionados na literatura que sevem de algum apoio à tomada de decisão dos gestores em saúde pública, contudo, o ideal é que mais estudos nesta temática sejam realizadas com metodologias mais robustas que identifiquem melhor se realmente existe esta relação de causalidade.

Referências bibliográficas

1. Schraiber, LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação* 1997; 1 (1):123-140. Disponível em

- <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831997000200009>
2. Abicalaff, CL. Pagamento por performance, o desafio de avaliar o desempenho em saúde. São Paulo: Editora DOC Comércio e Serviços Ltda; 2017.
 3. Cabral, AS. Avaliação de desempenho utilizando métodos estatísticos: um estudo de caso na área da saúde. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal do Paraná; 2017.
 4. Gaspar, IG. A necessidade do ensino do profissionalismo. Rev Port Med Geral Fam 2019; 35(6): 517-518. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S2182-51732019000600013&script=sci_arttext&tlng=pt>
 5. Capilheira, S; Santos, IS. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. Cad. Saúde Pública [online] 2011; 27(6): 1143-1153. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/11.pdf>>
 6. Carrilho AR; Conceição C; Martinez de Oliveira J. Desempenho em Obstetrícia e Ginecologia: Reunião para um consenso. Acta Obstet Ginecol Port 2007; 1 (1):42-45. Disponível em <http://www.fspog.com/fotos/editor2/1_ficheiro_42.pdf>
 7. Silva, VAA; Barbosa, ACQ; Rocha, TAH. Desempenho dos médicos na saúde da família - uma análise a partir dos princípios ordenadores em um município brasileiro. Rev. Adm. Pública 2015, 49 (5): 1237-1262. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122015000501237&script=sci_abstract&tlng=pt>
 8. Carnut L; Narvai PC. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. Saude Soc 2016; 25 (2), 290-305. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902016000200290&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>
 9. Meirelles, DS. O conceito de serviço. Revista de Economia Política 2006; 26 (1): 119- 136. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/rep/v26n1/a07v26n1.pdf>>
 10. Tanaka, OY; Tamaki, EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde 2012. Ciên. Saúde coletiva, 17(4), 821-28. Disponível

- em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400002&script=sci_abstract&tlng=pt>
11. Feldmen, R; Hillson SD; Wingert, TD. Measuring the dimensions of physician work. *Med Care* 1994 Set; 32(9):943-57
 12. Wells KB. Cost containment and mental health outcomes: experiences from US studies. *Br J Psychiatry Suppl* 1995 Abr; (27):43-51. Disponível em <<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/cost-containment-and-mental-health-outcomes-experiences-from-us-studies/247FCA528039965F806E7CCC45C7C932>>
 13. Ograd ES. Compensation and quality: a physician's view. *Health Aff (Millwood)* 1997; 16(3):82-6. Disponível em <<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1022377930099>>
 14. Landon BE; Wilson IB; Cleary PD. A conceptual model of the effects of health care organizations on the quality medical care. *JAMA* 1998; 279(17):1377-82. Disponível em <<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/187497>>
 15. Thilinghast, SJ. Competition through physician-managed care: the case for capitated multispecialty group practices. *Int J Qual Health Care* 1998; 10(5): 427-34. Disponível em <<https://academic.oup.com/intqhc/article/10/5/427/1818041>>
 16. Norton, EC; Lindrooth, RC; Dickey, B. Cost-shifting in managed care. *Ment Health Serv Res* 1999; 1(3):185-96. Disponível em <<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1022377930099>>
 17. Lantus J. RVUs blues. How should docs get paid? *Hastings Cent Rep* 2003; 33(3):37-45. Disponível em <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.2307/3528436?sid=nlm%3Apubmed>>
 18. Gray BH. Individual incentives to fix organizational problems?. *Med Care Res Rev* 2004 Set; 31(3 Suppl): 76S-9S. Disponível em <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077558704267506?icid=int.sj-abstract.similar-articles.2>>
 19. Lever, NA; Stephan SH; Axelrod, J; Weist, MD. Fee-for-service revenue for school mental health through a partnership with an outpatient mental health center. *J Sch Health* 2004 Mar; 73(3): 91-4. Disponível em <

- <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1746-1561.2004.tb04210.x?sid=nlm%3Apubmed>>
20. Shen, J; Andersen, R; Brook, R; Kominski, G; Albert, PS; Wenger, N. The effects of payment method on clinical decision-making: physician responses to clinical scenarios. *Med Care* 2004 Mar; 42(3): 297-302. Disponível em <https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2004/03000/The_Effects_of_Payment_Method_on_Clinical.13.aspx>
 21. Andreoli SP; Brewer, ED; Watkins, S; Fivush B; Powe N; Shevcheck J; Foreman, J. American Society of Pediatric Nephrology position paper on linking reimbursement to quality of care. *J Am Soc Nephrol* 2005 Ago; 16(8): 2263-9. Disponível em <<https://jasn.asnjournals.org/content/16/8/2263>>
 22. Swayne, LC. Pay for Performance: pay more or pay less?. *J Am Coll Radiol* 2005 Set; 2(9):777-81. Disponível em <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1546144005000669>>
 23. Baerlocher, MO; Noble, J; Detsky, AS. Impact of physician income source on productivity. *Clin Invest Med* 2007; 30(1):42-3.
 24. Mandel, KE; Kotagal, UR. Pay for performance alone cannot drive quality. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007 Jul; 161(7):650-5. Disponível em <<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/570697>>
 25. Greene, SE; Nash, DB. Pay for performance: an overview of literature. *Am J Med Qual* 2009; 24(2): 140-63. Disponível em <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1062860608326517>>
 26. Shomaker, TS. Commentary: health care payment reform and academic medicine: threat or opportunity?. *Acad Med* 2010; 85(5): 756-8. Disponível em <https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2010/05000/Commentary_Health_Care_Payment_Reform_and.11.aspx>
 27. McGuire TG. Payment reform to finance a medical home: comment on “Achieving cost control, care coordination, and quality improvement through incremental payment system reform”. *J Ambul Care Manage* 2010; 33(1):69-70. Disponível em <https://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Abstract/2010/01000/Payment_Reform_to_Finance_a_Medical_Home_.6.aspx>

28. Averill RF; Goldfield, NI; Vertrees, JC; McCullough, EC; Fuller RL; Eisenhandler J. Achieving cost control, care coordination, and quality improvement through incremental payment system reform. *J Ambul Care Manage* 2010; 33(1): 2-23. Disponível em < https://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Abstract/2010/01000/Achieving_Cost_Control,_Care_Coordination,_and.2.aspx>
29. Thorpe, CT; Flood, GE; Kraft, SA; Everett, CM; Smith, MA. Effect of patient selection method on provider group performance estimates. *Med Care* 2011 Ago; 49(8): 780-5. Disponível em < https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2011/08000/Effect_of_Patient_Selection_Method_on_Provider.14.aspx>
30. Allard M; Jelovac I; Léger PT. Treatment and referral decisions under different physician payment mechanism. *J Health Econ* 2011 Set; 30(5): 880-93. Disponível em < <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167629611000695?via%3Dihub>>
31. Mentel, JL. Accountable Care Organizations: can we have our cake and eat it too?. *Seton Hall Law Rev* 2012; 42(4): 1393-442. Disponível em < https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2176498>
32. Marton J; Yelowitz A; Talbert JC. A tale of two cities? The heterogeneous impact of Medicaid managed care. *J Health Econ* 2014 Jul; 36: 47-68. Disponível em < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629614000307?via%3Dihub>>
33. Joynt, KE; Orav EJ, Jha, AK. Association between hospital conversions to for-profit status and clinical and economical outcomes. *JAMA* 2014; 312(16):1644-52. Disponível em < <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1917437>>
34. Foote SM. Chronic care improvement in Medicare FFS: cosmetic or transforming?. *Res Agenda Brief* 2004 Maio; (13): 1-13
35. Wilensky, GR. Developing a viable alternative to Medicare's physician payment strategy. *Health Aff (Millwood)* 2014 Jan; 33(1): 153-60. Disponível em < https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2013.1086?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed>
36. Waters, TM; Webster, JA ; Stevens, LA; Li, T; Kaplan CM; Graetz, I e col. Community Oncology Medical Homes: Physician-driven change to improve

- patient care and reduce costs. *J Oncol Pract* 2019 Nov; 11(6): 462-7. Disponível em < <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JOP.2015.005256>>
37. Kelleher, KJ; Cooper, J; Deans K, Carr, P; Brill, RJ; Aleen, S e col. Cost saving and quality of care in a pediatric accountable care organization. *Pediatrics* 2015 Março; 135(3):e582-9. Disponível em < <https://pediatrics.aappublications.org/content/135/3/e582.long>>
38. Heller, RE. An analysis of quality measures in diagnostic radiology with suggestions for future advancement. *J Am Coll Radiol* 2016 Out; 13(10):1182-87. Disponível em < [https://www.jacr.org/article/S1546-1440\(16\)30405-7/fulltext](https://www.jacr.org/article/S1546-1440(16)30405-7/fulltext)>
39. Tsai, TC; Greaves, F; Zheng, J; Orav EJ; Zinner, MJ; Jha, AK. Better patient care at high-quality hospitals may save Medicare money and bolster episode-based payment models. *Health Aff (Millwood)* 2016; 35(9): 1681-9. Disponível em < <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2016.0361>>
40. Roland, M; Dudley, RA. How financial and reputational incentives can be used to improve medical care. *Health Serv Res* 2015 Dez; 50 Suppl 2:2090-115. Disponível em < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1475-6773.12419>>
41. Selby, K; Edwards, S. Time-Based Billing: What primary care in United States can learn from Switzerland. *JAMA Intern Med* 2016; 176(7):881-2. Disponível em < <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2525421>>
42. Murphy, WS; Cheng T; Lin B; Terry D; Murphy SB. Higher volume surgeons have lower Medicare payments, readmissions and mortality after THA. *Clin Orthop Relat Res* 2019; 477(2):334-41. Disponível em < https://journals.lww.com/clinorthop/Fulltext/2019/02000/Higher_Volume_Surgeons_Have_Lower_Medicare.15.aspx>
43. Winegar, AL; Moxham, J; Erlinger, TP; Bozic, KJ. Value-based healthcare: measuring what matters-engaging surgeons to make measures meaningful and improve clinical practice. *Clin Orthop Relat Res* 2018; 476(9): 1704-06. Disponível em < https://journals.lww.com/clinorthop/Fulltext/2018/09000/Value_based_Healthcare_Measuring_What.4.aspx>
44. Nijagal, MA; Shah, NT; Levin-Shertz, J. Both patients and maternity care providers can benefit from payment reform: four steps to prepare. *Am J Obstet*

- Gynecol 2018; 218(4): 411.e1-e6. Disponível em <
[https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(18\)30017-6/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(18)30017-6/fulltext)>
45. Lee-Feldstein, A; Feldstein, PJ; Buchmuller, T; Katterhagen, G. Breast cancer outcomes among older women: HMO, fee-for-service, and delivery system comparisons. J Gen Intern Med 2001 Mar; 16(3): 189-99. Disponível em <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495182/>>
46. Woodward, CA; Hutchinson, B; Norman, GR; Brown, GA; Abelson, J. What factors influence primary care physicians' charges for their services? An exploratory study using standardized patients. CMAJ 1998 Jan; 158(2): 197-202. Disponível em <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1232692/>>
47. Souza MT; Silva MD; Carvalho K. Revisão integrativa: o que é e como fazer?. Einstein (São Paulo) 2010; 8(1):102-6. Disponível em <
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082010000100102&script=sci_arttext&tlng=pt>
48. Pereira, AL; Bachion, MM. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. Rev gaúch enferm 2006; 27(4): 491-98. Disponível em <
<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633/2548>>