

Remuneração médica e qualidade da assistência à saúde: uma revisão integrativa sobre o papel das formas de mensuração de desempenho

Pago médico y calidad de la asistencia sanitaria: una revisión integradora sobre el papel de las formas de medición del desempeño

Medical remuneration and quality of health care: an integrative review on the role of performance measurement forms

Recebido: 21 dez 2021

Revisado: 24 abr 2022

Aceito: 21 maio 2022

Autor de correspondência

Flavia Porto

flaviaporto@gmail.com

Flávia Maciel PORTO⁽¹⁾

Leonardo CARNUT⁽²⁾

Como citar:

Porto FM, Carnut L. Remuneração médica e qualidade da assistência à saúde: uma revisão integrativa sobre o papel das formas de mensuração de desempenho. J Manag Prim Health Care. 2022;14:e004. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v14.1185>

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver nenhum interesse profissional ou pessoal que possa gerar conflito de interesses em relação a este manuscrito.

Copyright:

Este é um artigo de acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC-BY-NC). Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.



⁽¹⁾ Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Saúde Pública – FSP, Pós-graduação em Economia e Gestão em Saúde. São Paulo, SP, Brasil.

⁽²⁾ Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS, Programa de Pós-graduação de Ensino em Ciências da Saúde. São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

Revisar o que a literatura apresenta sobre a relação entre remuneração médica e qualidade da assistência à saúde tentando elucidar as formas de mensuração de desempenho subjacentes a esta relação. 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 (contexto). Português, espanhol e inglês foram o limite de idioma. Dois revisores selecionaram as publicações via fluxograma PRISMA. A análise foi feita na modalidade narrativo-cronológica. 35 artigos foram incluídos. Dos artigos, extraiu-se: autores, ano, método, país, objetivo; e sintetizou-se: as principais conclusões, o tipo de remuneração médica, a forma de mensuração do desempenho e os indicadores de qualidade da assistência. Há 3 fases no desenvolvimento do tema: de 1994–2000 (comparação-transição nas formas de remuneração); de 2001–2010 (qualidade e conflito desempenho *versus* equidade) e de 2011–2020 (desempenho como modulador do comportamento médico). Conclui-se que o tema é escasso, com baixo nível de evidência científica disponível (nível 4 e 5). De acordo com os estudos na base de dados revisada, 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 estudos possam usar outras metodologias para verificar melhor se existe esta relação de causalidade.

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

Resumen

Revisar lo que presenta la literatura sobre la relación entre la remuneración médica y la calidad de la asistencia sanitaria, tratando de dilucidar las formas de medición del desempeño que subyacen a esta relación. Se realizó una revisión integradora en el portal de la *Biblioteca Virtual de Saúde* (BVS). La estrategia de búsqueda fue construida por los polos: remuneración (fenómeno); médicos (población); y calidad de la atención (contexto). El portugués, el español y el inglés fueron el idioma límite. Dos revisores seleccionaron las publicaciones a través del diagrama de flujo PRISMA. El análisis se realizó en modo narrativo-cronológico. Se incluyeron 35 artículos. De los artículos se extrajo: autores, año, método, país, objetivo; y se resumió: las principales conclusiones, el tipo de remuneración médica, la forma de medir el desempeño y los indicadores de calidad asistencial. Hay 3 fases en el desarrollo del tema: 1994–2000 (comparación-transición en las formas de remuneración); 2001–2010 (calidad y conflicto desempeño *versus* equidad) y 2011–2020 (desempeño como modulador de la conducta médica). Se concluye que el tema es escaso, con un bajo nivel de evidencia científica disponible (niveles 4 y 5). Según los estudios en la base de datos revisada, no es posible decir que el pago por desempeño mejora la calidad de la asistencia por varios factores. Los efectos indeseables del pago por desempeño pueden aumentar la desigualdad a lo largo del tiempo. Se sugiere que los estudios puedan utilizar otras metodologías para verificar mejor si existe esta relación causal.

Palabras-claves: Planes de Aranceles por Servicios; Médicos; Rendimiento Laboral; Calidad de la Atención de Salud; Remuneración.

Abstract

Review what the literature presents about the relationship between medical remuneration and quality of health care, trying to elucidate the forms of performance measurement underlying this relationship. An integrative review was carried out on the *Biblioteca Virtual de Saúde* (BVS, virtual health library) portal. The search strategy was built by the poles: remuneration (phenomenon); doctors (population); and quality of care (context). Portuguese, Spanish and English were the language limit. Two reviewers selected publications via the PRISMA flowchart. The analysis was carried out in the chronological narrative mode. 35 articles were included. From the articles, it was extracted: authors, year, method, country, objective; and it was summarized: the main conclusions, the type of medical remuneration, the way of measuring the performance and the care quality indicators. There are 3 phases in the development of the theme: 1994–2000 (comparison-transition in the forms of remuneration); 2001–2010 (quality and conflict between performance *versus* equity) and 2011–2020 (performance as a modulator of medical behavior). It is concluded that the topic is scarce, with a low level of scientific evidence available (levels 4 and 5). According to the studies in the revised database, it is not possible to say that pay for performance improves the quality of care for a number of factors. Undesirable effects of pay for performance can increase inequality over time. It is suggested that studies can use other methodologies to better verify whether this causal relationship exists.

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

Introdução

Não é de hoje que se vive no Sistema Único de Saúde – 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 destes fatores críticos apresentam repercussões no desempenho concreto dos profissionais, especialmente nos médicos.¹

Ainda no marco da crise da assistência médica, é essencial dimensionar o papel do desempenho dos profissionais de saúde não só na qualidade da assistência prestada, mas

também em sua relação com a qualidade da assistência de saúde em seu conjunto. Por isso, não é possível dizer que esta relação entre a **crise da assistência** e suas implicações na **qualidade da assistência** seja algo direto, e, nem que se dê sem intermediações de diversas variáveis que depõem contra o desempenho dos profissionais. Isto faz com que a explicação dessa crise transcenda a força depositada apenas variável 'pagamento'.

Mesmo sob estas ressalvas, desde os anos 2000 em diante, a crise da assistência no SUS tem sido atribuída quase que exclusivamente a um problema de gerência dos processos de trabalho,¹ dos quais o possível fator gerador deste problema residiria na 'forma de pagamento' dos serviços de médicos e de outros profissionais da assistência. Isto tem levado a um argumento de que a possível solução seria o pagamento por desempenho (*pay for performance* – P4P) destes profissionais.

Em que pese que este argumento tem sido frequentemente aventado no sistema complementar² é pertinente lembrar que o sistema de saúde complementar faz parte do SUS. Ademais, mesmo sob uma lógica de mercado incutida no sistema complementar que reforça o conflito entre modelos de atenção vigente no país confirmando seu caráter dual (ao invés de 'único'), nada impede que os serviços de saúde de administração direta,³ e ou geridos por Organizações Sociais não estejam na mira da lógica de mercado.⁴ Esta lógica tenta, insistentemente, estabelecer-se por meio de termos⁵ e técnicas de gestão importadas do setor privado,⁶ no qual os modelos de remuneração são uma delas.

Este é um debate atravessado por muitas diferenças. Apenas a título de resgate, é essencial lembrar que os modelos de pagamento de pessoal no SUS (público e estatal) tem sido, prioritariamente, baseado no assalariamento, especialmente quando se trata de serviços de atenção básica. Quando se pensa em média e alta complexidade, os modelos baseados no pagamento pela quantidade de procedimentos realizados (*fee for services* – FFS) tendem a complementar o assalariamento. Quando se foca nos serviços suplementares ao SUS (privados) a tendência é uma mescla de diversos modelos que vão desde FFS até pagamentos por diárias (*per diem*) passando por modelos híbridos de P4P. A exceção no setor público acontece quando se analisa a atenção básica ofertada sob **gestão privada** (como no caso das Organizações Sociais – e seus similares) cuja tendência do P4P vem tomando cada vez mais uma proporção maior do assalariamento desses profissionais.

Por isso, é importante recordar que modelos de pagamento que tentam inserir o desempenho como critério de repasse não é algo novo no SUS. Ao pensar especificamente no caso da APS como principal locus de prestação de serviços no sistema, este debate vem sendo pautado, ainda que de forma sutil, já no "III Seminário Internacional de Atenção Primária" em 2007, cujo tema era "Expansão com Qualidade e Valorização do Resultados".⁷ Ali, a ideia de 'gestão por resultados' trouxe à baila a discussão da mensuração do

desempenho dos profissionais como modelo de remuneração viável para superar a crise da assistência médica neste nível de atenção.

Por um lado, é necessário resgatar que esta discussão chegou no Brasil seguindo uma tendência mundial em exaltar o desempenho médico como “critério” de qualidade. O desempenho médico problematizado nos anos 1980 nos Estados Unidos (EUA), veio à tona forjando o conceito de ‘profissionalismo’. Neste sentido, o médico profissional seria aquele que tem um bom desempenho, e, por sua vez, ter bom desempenho seria um critério de qualidade da assistência. Na consolidação em 2002 do conceito de profissionalismo, a *American Board of Internal Medicine Foundation* publicou o documento “*Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*”, definindo três princípios do profissionalismo: o bem-estar do paciente, a sua autonomia e a justiça social.⁸

Contudo, com o avanço da crise da força de trabalho médica,⁹ e com a má distribuição deste profissional em diversos países,¹⁰ os sistemas de saúde passaram a racionalizar o uso destes profissionais, ressignificando o desempenho médico do conceito de profissionalismo para incorporar um outro tipo de desempenho no debate sanitário: aquele que racionaliza o uso deste trabalhador nos sistemas de saúde aliando o debate do desempenho ao seu conteúdo meramente gerencialista.^{3,4} É a partir daí que o desempenho médico passa a ser buscado por meio de modelos de remuneração, com foco na racionalização deste tipo de profissional, e, claro, afastando-se da ideia mais altruísta de desempenho forjado pelo profissionalismo.

Foi assim que, por outro lado, o debate sobre o desempenho médico reduziu-se aos critérios para remunerar este trabalhador. Neste caminho, três tipos de remuneração foram sendo implementados nos sistemas de saúde como forma de ir avançando na incorporação do desempenho: o primeiro a) **salário**, o médico recebe um ganho fixo por certo período. Neste modelo, não há incentivo por desempenho. O segundo b) **capitação** ou *capitation*, o prestador de serviço recebe uma quantia por paciente ou grupo de pacientes (via cadastro/carteira) para prover serviços de saúde por um período. Neste modelo o desempenho não aparece como incentivo, mas se aloja na lógica da falta do que não foi captado. Já o terceiro c) **pagamento por produção** ou *fee for service* – FFS (pagamento por serviço prestado), os médicos recebem seu pagamento por cada serviço que prestam ou procedimento que executam. Não há uma noção de desempenho explícita que delimita os ganhos financeiros, o médico apenas recebe financeiramente em função daquilo que ele produz, contudo é o que dá início a discussão sobre o **grau de produtividade** e/ou o nível de **resultados** (de procedimentos) em saúde.¹¹

Em termos gerenciais o FFS garante um **resultado** na prestação de serviços por um período. Assim, o desempenho passará a ser o nível de resultado produzido pelo médico

em função de um tempo, e, mais especificamente em função de uma meta arbitrada gerencialmente.³ Assim, o que se desejará medir é o desempenho em função da quantidade de serviços prestados que o médico possa realizar em um mesmo período e não necessariamente a qualidade que estes serviços detêm. Nesta lógica a mensuração do desempenho se afasta por completo do conceito de profissionalismo médico e se alia pura e simplesmente ao conteúdo produtivista e de (auto)controle do profissional em função do resultado.⁴ Quando se remunera os médicos por este tipo de relação de prestação, chama-se isto de pagamento por desempenho ou *pay-for-performance* – P4P.¹¹

Alguns autores¹²⁻¹⁴ citam que 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. Contudo eles reconhecem que avaliar o desempenho médico implica analisar sistematicamente a atuação do profissional em função das atividades que realiza, das metas estabelecidas e dos resultados alcançados.¹⁵ Portanto, é nesta mescla entre **profissionalismo** e **gerencialismo** que persistem dúvidas³ sobre, se o modelo de remuneração baseada no desempenho pode melhorar qualitativamente o cuidado em saúde, e, em especial, o atendimento médico.

Neste contexto, este estudo pergunta: quais são as evidências entre as distintas formas de remuneração médica e qualidade de assistência prestada? Nesta relação será ressaltada o papel da discussão sobre as formas de mensuração de desempenho.

Metodologia

Objetivo e pergunta da revisão

Esta revisão se baseia na seguinte pergunta: quais são as evidências entre as distintas formas de remuneração médica e qualidade de assistência prestada? Para tanto, o método utilizado neste estudo foi uma revisão sistemática integrativa com um uso de uma forma adaptada na identificação dos polos. Tradicionalmente nestas revisões se usam o acrônimo PICO, nesta adaptada à temas da área de gestão usamos o acrônimo FCP (fenômeno, população e contexto).¹⁶

Fonte de dados e estratégia de busca

Primeiramente, foi realizada uma busca no DeCS pelos descritores considerados chave no tema em que se pretende abordar.

Conforme identificado no Quadro 1, foram criados três polos de análise: (1) o fenômeno estudado: “remuneração profissional”, (2) a população estudada: os “médicos” e (3) o contexto estudado: a “qualidade da assistência”.

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

Item-chave	Descritores
Remuneração (fenômeno)	"tabela de remuneração de serviços"
	"planos de pagamento por serviço prestado"
Médicos (população)	"médicos"
Qualidade de assistência (contexto)	"análise e desempenho de tarefas"
	"avaliacao de desempenho profissional"
	"desempenho profissional"
	"garantia da qualidade dos cuidados de saúde"
	"controle de qualidade"
	"qualidade da assistência à saúde"
"competência clínica"	

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

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 foi: (mh:(mh:("tabela de remuneração de serviços" OR "planos de pagamento por serviço prestado"))) AND (tw:("médicos")) AND (mh:(mh:("análise e desempenho de tarefas" OR "avaliacao de desempenho profissional" OR "desempenho profissional" OR "garantia da qualidade dos cuidados de saúde" OR "controle de qualidade" OR "qualidade de assistência a saúde" OR "competência clínica"))).

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 (Figura 1). Os critérios de inclusão e exclusão dos documentos podem ser conferidos no Quadro 2.

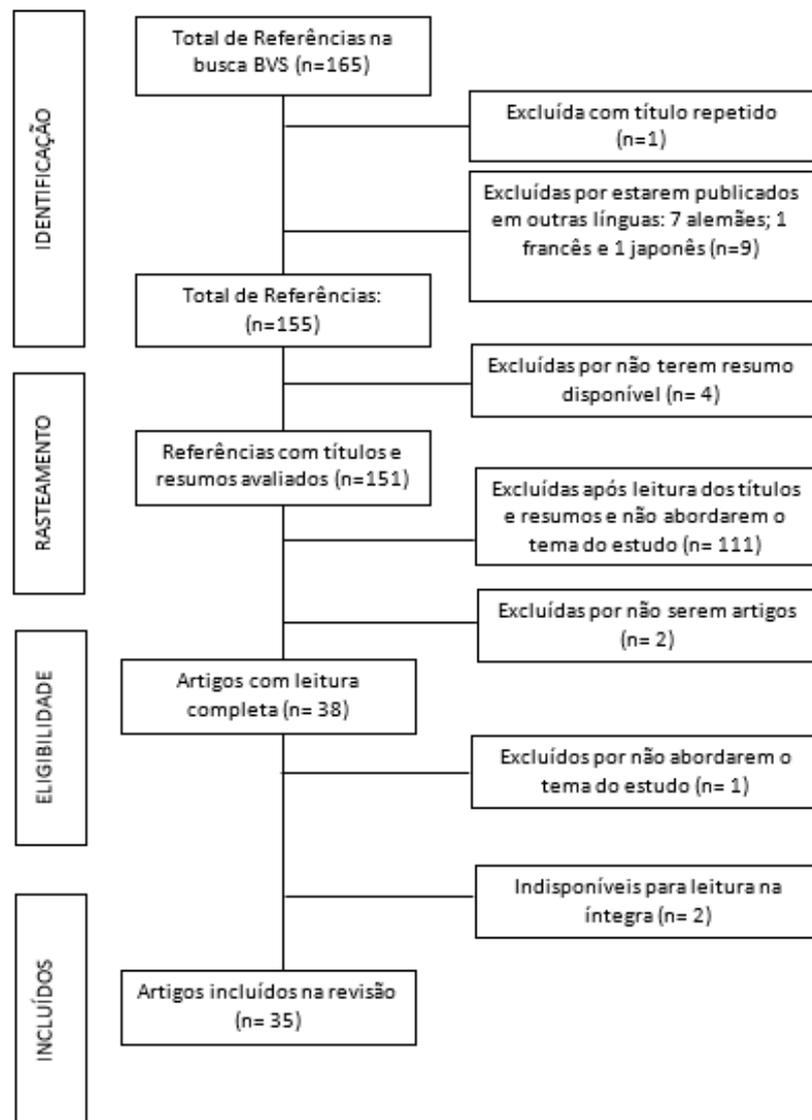


Figura 1. Fluxograma PRISMA sobre o processo de seleção dos artigos incluídos na revisão.
Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

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

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
§ Estarem disponíveis em língua portuguesa, inglesa ou espanhola;	§ As publicações disponíveis em outras línguas diferentes das citadas nos critérios de inclusão;
§ As publicações serem artigos e terem seu resumo disponível para leitura;	§ Publicações que não tinham resumo disponível;

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
§ Os artigos tratarem do tema e serem relevantes a pergunta de investigação;	§ Publicações que não eram artigos científicos;
§ 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.	§ Artigos que abordam outros temas não relevantes a pergunta de investigação.

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Análise dos dados

O processo de análise dos dados dos 35 artigos incluídos seguiu o método, incluindo as etapas de extração, visualização, comparação e sintetização das conclusões dos dados. A extração de dados foi concluída de forma independente por dois 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) e o(s) indicador(es) de qualidade que o estudo apresentava. A partir desta relação irá se extrair os dados relacionados às formas de medida do desempenho que o estudo apresenta ou não apresenta. A integração dos dados foi operacionalizada pelo método da análise narrativa e de maneira cronológica.

Resultados

Entre os 35 artigos revisados, as publicações iniciam-se em 1994, sendo sete artigos da década de 1990, 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 investigação¹⁷⁻³¹ mas não são o foco da pergunta de investigação; 19 artigos analisam o tema de forma indireta³²⁻⁵⁰ e apenas um artigo foi diretamente ao encontro à pergunta de investigação.⁵¹ O Quadro 3 apresenta os artigos incluídos em ordem cronológica decrescente.

Ao ler os estudos foi possível perceber que algumas vezes eles apresentam estas relações de forma confusa, ou seja, os próprios autores misturam os modelos de pagamento com formas de mensuração de qualidade da assistência. Ainda, foi observado que nem

sempre eles têm o cuidado de delimitar as diferenças entre o pagamento diretamente aos profissionais de saúde e o pagamento aos prestadores de serviços de saúde, gerando uma difícil comparação dos seus resultados.

Quadro 3. Quadro-síntese das principais características gerais dos artigos incluídos (autor, ano, país, método e objetivo do estudo)

Autor(es), Ano	País	Método	Objetivo do estudo
Murphy WS, <i>et al.</i> , 2019 ²⁸	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 Jun 2016 nos EUA de pacientes da <i>Medicare</i> *
Nijagal MA, Shah NT, Levin-Scherz J, 2018 ³⁰	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</i> – APM), e comparar aspectos do pagamento por performance com pagamento tradicional, trazendo luz a quatro recomendações práticas.
Winegar AL, <i>et al.</i> , 2018 ²⁹	EUA	Artigo de Debate	Relacionar o reembolso ao custo e aos resultados fornecidos aos cirurgiões como uma motivação para melhorar.
Heller RE, 2016 ⁴⁸	EUA	Ensaio reflexivo	Rever e analisar o sistema vigente de quantificar o sucesso no diagnóstico radiológico.
Tsai TC, <i>et al.</i> , 2016 ⁴⁹	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
Selby K, Edwards S, 2016 ²⁷	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.

Autor(es), Ano	País	Método	Objetivo do estudo
Roland M, Dudley RA, 2015 ⁵¹	EUA	Revisão Narrativa	Fazer uma revisão narrativa do impacto do Pay for Performance (P4F) e Public Reporting (PR) nos desfechos clínicos, incluindo alguns efeitos colaterais dos mesmos e seu impacto nas disparidades.
Waters TM, et al., 2015 ²⁶	EUA	Estudo descritivo	Descrever o modelo COME HOME (patient center medical home na especialidade oncologia), e suas fases de implementação, serviços principais prestados e relatório de satisfação dos pacientes.
Kelleher KJ, <i>et al.</i> , 2015 ⁴⁷	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 Partners for Kids (PFK), uma ACO*** (Accountable Care Organizations) em Ohio que atende crianças de 0-18 anos formada da parceria entre médicos de atenção primária, especialistas e o Nationwide Children's Hospital (> 90% crianças pobres cobertas pela Medicaid*). A análise de custo compara Ohio Medicaid FFS com Ohio Medicare MC costs.
Marton J, Yelowitz A, Talbert JC, 2014 ⁴⁵	EUA	Estudo quase-experimental	Examinar como os incentivos de reembolso comparando a mudança de FFS para "manage care plans" impactou a utilização
Joynt KE, Orav EJ, Jha AK, 2014 ²⁴	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
Wilensky GR, 2014 ⁴⁶	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 Medicare*.

Autor(es), Ano	País	Método	Objetivo do estudo
Mentel JL, 2012 ⁴⁴	EUA	Ensaio reflexivo	Analisar se as ACO*** "Accountable Care Organizations" podem realmente reduzir os gastos em saúde sem diminuir a qualidade.
Thorpe CT, <i>et al.</i> , 2011 ⁴³	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: the Plurality Provider Algorithm (PPA) e the Diabetes Care Home method (DCH).
Allard M, Jelovac I, Léger PT, 2011 ²³	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 fundholding (co-participação versus participação financeira).
Shomaker TS, 2010 ²¹	EUA	Ensaio reflexivo	Analisar quais as alternativas dentro da reforma da saúde e como ela vai impactar os desafios financeiros nos centros médicos acadêmicos.
McGuire TG, 2010 ²²	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 "medical home" para pacientes.
Greene SE, Nash DB, 2009 ⁴²	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.

Autor(es), Ano	País	Método	Objetivo do estudo
Baerlocher MO, Noble, J, Detsky AS, 2007 ²⁰	Canadá	Pesquisa com dados secundários	Analisar os dados do National Physician Survey 2014 realizado uma avaliação entre o número de pacientes atendidos e o método de pagamento, analisando por especialidade.
Mandel KE, Kotagal UR, 2007 ⁴¹	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
Andreoli SP, <i>et al.</i> , 2005 ¹⁹	EUA	Ensaio reflexivo	Discutir os potenciais efeitos entre reembolso e qualidade de assistência em pacientes pediátricos com insuficiência renal
Swayne LC, 2005 ⁴⁰	EUA	Ensaio reflexivo	Revisar os obstáculos para a implementação do pago por desempenho na prática da radiologia
Foote SM, 2004 ²⁵	EUA	Ensaio reflexivo	Descrever sobre programa de melhoria de doenças crônicas "Voluntary Chronic Care Improvement" sob o tradicional FFS Medicare* autorizado pela Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization ACT (MMA) de 2003 (Lei 108-173; seção 721).
Lever NA, <i>et al.</i> , 2004 ¹⁸	USA	Estudo descritivo	O autor não define o objetivo. No artigo, descreve a expansão dos cuidados de saúde mental em adolescentes.
Gray BH, 2004 ³⁸	EUA	Ensaio reflexivo	Refletir se os médicos tendem a fazer o que acreditam ser profissionalmente responsável ou farão o que são recompensados para fazer.
Shen J <i>et al.</i> , 2004 ³⁹	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).

Autor(es), Ano	País	Método	Objetivo do estudo
Lantus J, 2003 ³⁷	EUA	Artigo de Debate	Analisar quais são a ética e as consequências de tentar comparar objetivamente os muitos serviços que os médicos oferecem.
Lee-Feldstein A, <i>et al</i> , 2001 ³¹	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 Medicare*) e três desfechos (estágio do diagnóstico, tipo de tratamento recebido e sobrevivência).
Norton EC, Lindrooth RC, Dickey B, 1999 ³⁶	EUA	Análise de Custos	O estudo analisa as despesas de saúde (Health expenditure) públicas entre 1991-95 da Medicaid* em sua transição dos serviços de saúde mental de Massachusetts de FFS para gestão de cuidados (managed care) que ocorreu neste estado no ano fiscal de 1993.
Landon BE, Wilson IB, Cleary PD, 1998 ³⁴	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.
Tilinghast SJ, 1998 ³⁵	EUA	Revisão	Demonstrar que qualidade dos serviços de managed care são equivalentes a FFS.
Woodward CA, <i>et al</i> , 1998 ⁵⁰	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.
Ogrod ES, 1997 ³³	EUA	Ensaio reflexivo	Refletir sobre as distintas formas de remuneração médica e a qualidade dos cuidados aos pacientes.

Autor(es), Ano	País	Método	Objetivo do estudo
Wells KB, 1995 ³²	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.
Feldman R, Hillson SD, Wingert TD, 1994 ¹⁷	EUA	Estudo Quantitativo	Validar os escores de trabalho médico; acessar a confiabilidade do autorrelato para medir o trabalho.

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Notas: **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.

Discussão

O Quadro 4 integra os modelos de remuneração médica, a forma da medida de desempenho e os indicadores de qualidade apresentados nos artigos. Para fins de organização narrativo-cronológica, os estudos foram divididos nos seguintes períodos a partir do conteúdo que eles expunham: (1) Comparação-transição nas formas de remuneração (1994–2000); (2) Qualidade e conflito desempenho versus equidade (2001–2010); e (3) Desempenho como modulador do comportamento médico (2011–2020). Esta divisão serviu para delinear melhor como o tema de desenvolveu ao longo do tempo.

Quadro 4. Quadro-síntese sobre remuneração médica, forma da medida de desempenho e indicadores de qualidade apresentados nos artigos incluídos

Autor(es), Ano	Remuneração médica	Forma de medida do desempenho	Indicadores de Qualidade
Murphy WS, <i>et al.</i> , 2019 ²⁸	Não específica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mortalidade ▪ Readmissão ▪ Custo/volume de cirurgias 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mortalidade ▪ Readmissão ▪ Custo/volume de cirurgias

Autor(es), Ano	Remuneração médica	Forma de medida do desempenho	Indicadores de Qualidade
Nijagal, MA, Shah NT, Levin-Sherz J, 2018 ³⁰	<p>Tradicional: capitação, <i>fee-for-service</i> (FFS), Diária (<i>Per diem</i>) e Capitação (<i>Global Fee</i>)</p> <p>Nova forma: pagamento por performance, incentivos pagos ao médico quando atinge uma meta em indicadores pré-estabelecidos.</p>	Indicadores estabelecidos pela <i>Medicare</i> mas não estão especificados no texto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Screening</i> (rastreamento) para prevenção da doença estreptocócica em neonatos; ▪ evitar cesarianas eletivas precoces.
Winegar AL, <i>et al.</i> , 2018 ²⁹	Não especifica	Não especifica	Discute sobre a necessidade da definição de indicadores como um esforço conjunto entre cirurgiões ortopedistas e os outros atores envolvidos (administração, qualidade, estatística etc.).
Heller RE, 2016 ⁴⁸	FFS <i>versus</i> 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, <i>et al.</i> , 2016 ⁴⁹	não menciona diretamente, mas existe capitação, FFS e P4P	Não especifica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicador objetivo: Mortalidade ▪ Indicador subjetivo: Satisfação do paciente
Selby K, Edwards S, 2016 ²⁷	EUA: P4P; Suíça: FFS	<p>EUA: demanda vários indicadores de qualidade e preenchimento de documentação que demanda tempo ao médico para faturar os incentivos;</p> <p>SUÍÇA: mínima documentação e indicadores de qualidades requeridos para pagamento</p>	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

Autor(es), Ano	Remuneração médica	Forma de medida do desempenho	Indicadores de Qualidade
Roland M, Dudley RA, 2015 ⁵¹	P4P	Indicadores de qualidade (PROMs: patient reported outcomes measures) e medidas da experiência dos pacientes	Desfechos clínicos dos pacientes
Waters TM, et al., 2015 ²⁶	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 às 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 ⁴⁷	A maioria dos médicos trabalham no modelo assalariado e os de atenção primária não-assalariados recebem porcentagem de incentivos conforme as taxas da Medicaid.	Comparação dos indicadores (AHRQ Pediatric Quality Indicators) 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 consultas de 3 e 6 meses de vida de crianças; Hb glicada em crianças; Indicadores da AHRQ (Pediatric Quality Indicators).
Marton J, Yelowitz A, Talbert JC, 2014 ⁴⁵	Comparação entre pagamento por capitação e pagamento por produção (FFS)	Taxa de utilização dos serviços	Indicadores utilizados: taxa de utilização dos pacientes; taxa de internação por asma em crianças; consultas de prevenção infantis.
Joynt KE, Orav EJ, Jha AK, 2014 ²⁴	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 Medicare pagou em média \$30,156 para pacientes atendidos em hospitais de alta qualidade e \$ 32,854 para pacientes	Hospitais que se converteram tiveram performance similar nos indicadores de processos de qualidade em: infarto agudo do miocárdio, ICC, insuficiência cardíaca congestiva e pneumonia Quando examinamos a mortalidade em 30 dias por todas as causas ajustado o risco, não encontramos diferença entre de mortalidade entre os hospitais convertidos vs. controles.

Autor(es), Ano	Remuneração médica	Forma de medida do desempenho	Indicadores de Qualidade
		atendidos em hospitais de baixa qualidade.	
Wilensky GR, 2014 ⁴⁶	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 ⁴⁴	FFS	Não menciona detalhes sobre o pagamento dos médicos, mas parece ser pago por desempenho	Os autores comentam sobre alguns indicadores inapropriados.
Thorpe CT, <i>et al.</i> , 2011 ⁴³	Não especifica	Duas dosagens de HB glicada; Uma dosagem de LDL-colesterol; Um exame ocular no ano de 2004	Pacientes que não foram atribuídos a nenhum das managed care units 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 Medicare.
Allard M, Jelovac I, Léger PT, 2011 ²³	FFS versus Capitação versus Fundholding	Referência a especialidade	Não especifica
Shomaker TS, 2010 ²¹	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	Não especifica	Não especifica

Autor(es), Ano	Remuneração médica	Forma de medida do desempenho	Indicadores de Qualidade
	de qualidade.		
McGuire TG, 2010 ²²	FFS + P4P (sistema misto)	Número de pacientes inscritos por médico	Não específica
Greene SE, Nash DB, 2009 ⁴²	P4P	Relatórios de prestação de serviços com indicadores definidos pelo pagador	Definidos pela agência pagadora
Baerlocher MO, Noble, J, Detsky AS, 2007 ²⁰	FFS versus salário	Não específica	Não específica
Mandel KE, Kotagal UR, 2007 ⁴¹	P4P	% vacinação influenza; medida de controle de medicação; participação no programa (preenchimento dos registros); plano de ações	Indicadores de processo (Não específica)
Andreoli SP, <i>et al.</i> , 2005 ¹⁹	P4P	crescimento e desenvolvimento da criança; performance escolar; fístula arterio-venosa funcional; 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 ⁴⁰	P4P	O autor reflete sobre que essa medida de desempenho de um bom radiologista ainda não está bem definida	Não específica
Foote SM, 2004 ²⁵	Envolver médicos remunerados P4P para incentivá-los a se envolver na continuidade do cuidado e o seguimento das doenças crônicas de acordo com os guidelines 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.

Autor(es), Ano	Remuneração médica	Forma de medida do desempenho	Indicadores de Qualidade
Lever NA, <i>et al.</i> , 2004 ¹⁸	FFS	Não específica	Não específica
Gray BH, 2004 ³⁸	Não específica	Não específica	Não específica
Shen J, <i>et al.</i> , 2004 ³⁹	Capitação versus FFS	Questionário que mede diferentes decisões clínicas baseadas em cenários hipotéticos	Não específica
Lantus J, 2003 ³⁷	Não específica	Não específica	Não específica
Lee-Feldstein, A, <i>et al.</i> , 2001 ³¹	FFS versus "Pay for Performance" (P4P)	Diagnóstico precoce de câncer de mama Tratamento adequado segundo estadió e evidencias científicas em guidelines	Estadió do câncer ao diagnosticado mortalidade geral Tratamento realizado BCS (cirurgia) + Rt (radioterapia) ou BCS apenas para estadió I e II de câncer mama
Norton EC, Lindrooth RC, Dickey B, 1999 ³⁶	FFS versus P4P (incentivos) versus 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 ³⁴	Capitação + FFS	Não específica	conceitos gerais sobre qualidade
Tilinghast SJ, 1998 ³⁵	FFS versus P4P	Não específica	Desfecho clínicos (Não específica)
Woodward CA, <i>et al.</i> , 1998 ⁵⁰	FFS (sim ou não); prática de grupo "group practice" (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 ³³	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

Autor(es), Ano	Remuneração médica	Forma de medida do desempenho	Indicadores de Qualidade
			ao desfecho clínico seja uma tarefa difícil.
Wells KB, 1995 ³²	Não específica	Não específica	Custos globais e desfecho clínico (Não específica)
Feldman R, Hillson SD, Wingert TD, 1994 ¹⁷	Não específica	Não específica	Não específica

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Comparação-transição nas formas de remuneração (1994–2000)

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 com outra, sem necessariamente estar implicado em medir a qualidade da assistência médica em cada forma. Ainda é pertinente notar que os poucos estudos que se preocupam em apresentar alguns dados sobre a qualidade concluem que não há, necessariamente, uma relação entre a forma de remuneração e qualidade da assistência.^{34,35}

Feldman *et al.*¹⁷ 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. Wells³² 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 copagamento. O autor ressalta que algumas destas estratégias para conter o custo podem acarretar resultados piores em populações mais vulneráveis.

Orgod³³ 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 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 transição mais eficiente dos cuidados hospitalares após a alta. Landon *et al.*³⁴ propõem 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.

Tillinghast³⁵ faz uma revisão sobre evidências na literatura que compara os diferentes modelos organizacionais mais frequentes nos EUA, em especial os planos gerenciados ("*managed care*") com o modelo FFS. 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, são difíceis de quantificar e que os indicadores de desempenho, apesar de importantes, não necessariamente traduzem qualidade.

No estudo de Woodward *et al.*,⁵⁰ os autores examinaram os diferentes tipos de serviços oferecidos e a extensão da variação nos custos dos serviços prestados em visitas domiciliares na atenção primária em Ontario, Canadá. Para o controle dos dados e favorecer a comparabilidade, padronizou-se os casos dos pacientes para os clínicos gerais e médicos de família. As formas de remuneração eram dadas pela quantidade de tempo despendido pelo médico, pontuação de desempenho de cuidados preventivos, paciente padronizado suspeito ou detectado [Sim / Não] e exames diagnósticos solicitados [Sim / Não], com custo de serviços de consultório como a variável dependente. O que se percebeu é que os fatores relacionados aos médicos (tempo gasto com o paciente e com cobram os honorários pelo serviço) estão mais relacionados à explicação da variabilidade dos encargos do que os fatores relacionados ao paciente (complexidade do caso, por exemplo). Não foram encontradas relações entre qualidade dos cuidados preventivos e as cobranças realizadas ($p=0,15$).

Norton³⁶ 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 se deveu mais aos gastos relacionados a internação, mas houve um aumento nos gastos relacionados aos medicamentos mais modernos, o que poderia significar alguma melhoria na qualidade.

Qualidade e conflito desempenho versus equidade (2001–2010)

É importante notar que os estudos desta década de 2001–2010, 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.^{19,22,38,39} 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.^{41,42}

Esta segunda fase dos estudos sobre tema é inaugurada com o estudo de Lee-Feldstein *et al.*³¹ em 2001. Este autor, através de um estudo observacional, relaciona o estadió 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 estadios da doença entre os grupos segurados e notam diferenças relevantes.

Lantus³⁷ faz uma ampla reflexão sobre os aspectos ético-ideológicos sobre a remuneração médica e as políticas dos EUA que definiram mudanças estruturais na maneira de qualificar os serviços de saúde em sua diversidade de funções. Também argumenta sobre as dificuldades em desenvolver medidas justas que traduzam o valor sobre uma função ou serviço específico e como compará-los como por exemplo cirurgia, psicoterapia, endoscopia e cuidados emergenciais em politrauma. Ele explica que o desafio é em parte moral, social, econômico e 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. Lantus³⁷ 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.

Foote²⁵ 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 três 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.

Gray³⁸ comenta sobre a relação entre incentivos financeiros, comportamento médico e qualidade. Discorre sobre teorias do comportamento médico refletindo se os médicos agem de acordo com a 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. Argumenta ser improvável que um método de pagamento específico tenha um efeito uniforme nos diferentes aspectos da qualidade 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 para a melhoria da qualidade, o autor se pergunta se a busca é a 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.

Lever¹⁸ apresenta uma experiência de uma parceria entre um projeto de prevenção de saúde mental para adolescentes 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.

Shen *et al.*³⁹ estudaram sobre as possíveis diferenças nas decisões clínicas de médicos diante de cenários clínicos hipotéticos apresentados através de um inquérito para médicos de atenção primária de diferentes localidades norte-americanas. Os médicos eram remunerados por capitação ou por produção e em ambos os sistemas e 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 diretamente suas decisões.

Andreoli *et al.*¹⁹ 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. Eles argumentam 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. 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. Swayne⁴⁰ faz reflexões referentes aos

serviços de radiologia argumentando que existe 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. 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.

Baerlocher²⁰ 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 Kotagal⁴¹ apresentam resultados de uma iniciativa realizada em Cincinnati para melhoria de cuidados de pacientes asmáticos pediátricos em 44 serviços de atenção primária organizados como *Independent Practice Association – IPA*, organizações formadas por médicos e outros profissionais independentes. O projeto vinculava indicadores de cuidado em pacientes asmáticos com pagamento por desempenho conforme alguns indicadores previamente estabelecidos. 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 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 e não somente um tipo de profissional.

Greene e Nash⁴² fizeram uma revisão de publicações na Medline sobre pagamento por desempenho entre 2004–2008. 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, os mais pobres e os mais doentes. Profissionais que atendem estas populações não podem ser penalizados por oferecer cuidados a pessoas em que o cuidado é uma tarefa mais difícil. Esses profissionais devem ser premiados pelo comprometimento com esse tipo de doente e com o objetivo de reduzir as inequidades em saúde.

Greene e Nash⁴² ainda comentam que dentre as 20 referências que avaliam a percepção dos profissionais mostra que muitos não estavam bem familiarizados e muitos céticos 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 o melhor desempenho ou para quem mais melhora mais seu desempenho? Eles sugerem que ambos devem ser significativamente premiados para não desencorajar os melhores ao mesmo tempo em que se estimula os que estão progredindo a reduzir 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.

Shomaker²¹ 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. McGuire²² defende a ideia proposta por Averill *et al.*⁵² 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.

Desempenho como modulador do comportamento médico (2011–2020)

Nesta última década (2011–2020) dos estudos sobre o tema, Thorpe⁴³ a 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 se cria 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 (*e.g.* insuficiência renal, insuficiência cardíaca congestiva ou doença vascular periférica) é maior comparado aos que ainda não tem.

Allard²³ 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* – NHS. Os autores argumentam controversamente a outras publicações afirmando que o pagamento por capitação favorece os médicos de atenção primária a referenciar mais precocemente os pacientes para os especialistas para evitar os custos diretos com estes doentes. Por outro lado, 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.

Mantel⁴⁴ 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. Ela argumenta que as ACOs podem reduzir em certa medida os gastos eliminando excessos, ineficiência, intervenções médicas desnecessárias ou mais custosas. 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.

Marton *et al.*⁴⁵ 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. Joynt *et al.*²⁴ 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.

Wilensky⁴⁶ 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.

Waters *et al.*²⁶ exemplificam 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. Entre 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 al.*⁴⁷ compartilham 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.

Roland e Dudley⁵¹ argumentam que todas as formas de pagamento para cuidados em saúde (pago por produção, capitação, salário ou performance) tem seus benefícios, porém com resultados indesejáveis. 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 sugerem 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.

Heller⁴⁸ traz reflexões quanto 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 al.*⁴⁹ 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. 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 modelo 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. 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.

Selby e Edwards²⁷ 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.

Winegar *et al.*²⁹ compartilham sua experiência e trazem sugestões sobre em como conseguir o efeito *Howthorne* 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 al.*³⁰ 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.

Murphy *et al.*²⁸ 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.

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,^{46,51} 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”⁵³, p. 13 o papel do médico parece estar sendo, cada vez mais, refém das lógicas de incentivos e formas de pagamento que reorientam a prática médica mais à economicidade dos seguros e dos índices de produtividade que necessariamente a autonomia da decisão clínica que o médico necessita. 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.

Vale lembrar que a melhoria do desempenho médico profissional pode ser motivada através de iniciativas diversas que envolvem o destaque profissional, seleção de pessoas com maior nível de altruísmo e motivação para mudanças. Vale ressaltar ainda que o bom desempenho requer o trabalho integrado de toda equipe profissional envolvida e não pode ser focado apenas no trabalho médico. Os artigos revisados demonstram que a maioria das estratégias de incentivos financeiros envolviam incentivos a toda equipe em conjunto.

O papel dos incentivos não-financeiros (como os ‘destaques profissionais’ ou transformar os profissionais em referências de ensino, bem como divulgar seu trabalho) os valorizam. A troca de experiências entre serviços, academia e entre profissionais de diferentes setores/níveis também pode provocar mudanças de sucesso que supera desafios relacionados ao acesso, adesão aos cuidados e tratamentos, continuidade dos cuidados e comunicação entre os diferentes níveis de assistência melhorado o desempenho sem necessariamente vinculá-lo à remuneração. Além disso, a experiência do paciente em seu atendimento e a compreensão dos objetivos do tratamento são aspectos chaves para além dos desfechos clínico-epidemiológicos (indicadores de resultado) então considerar que parte do desempenho médico depende da cooperação do paciente é essencial ao se pensar mecanismos não-financeiros.⁶

É necessário ponderar que a realidade do sistema de saúde norte-americano é bem distinta dos sistemas universais de saúde como o SUS; entretanto a maioria dos estudos revisados está num contexto público residual de saúde existente nos Estados Unidos financiado pelo governo (*Medicare* e *Medicaid*). A aplicabilidade dos estudos revisados é limitada a um sistema universal, porém é importante ressaltar que o foco excessivo em modular as condutas dos profissionais de saúde baseadas somente em incentivos financeiros pode levar a grandes distorções da ética do trabalho em saúde partindo do princípio de que o foco do profissional é somente gerar maior produtividade,⁵⁴ e quando possível, maior lucratividade. Vale refletir que existem princípios de altruísmo, eticidade, nível de conhecimento, reconhecimento profissional e condições de trabalho que também influenciam o comportamento e nas decisões dos profissionais frente ao cuidado modificando substancialmente seu desempenho.

Limitações do estudo

Esta revisão buscou identificar e analisar o maior número de evidências possíveis para responder a pergunta de investigação mas apenas um artigo encontrado foi de encontro direto ao tema da pergunta. Isso pode sugerir que a estratégia de busca não encontrou seu alvo principal e sim correlatos. Mais estudos são necessários para que a pergunta seja respondida de forma mais específica.

Segundo os resultados obtidos, 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” e 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 além do contexto dos Estados Unidos da América em detrimento a outros países com sistema de saúde pública universais.

Outra limitação importante foi que a busca só foi realizada na BVS, o que torna os resultados inferíveis apenas a este portal de dados. Ademais, a forma de estruturação da sintaxe e a busca somente em uma base refletem o número limitado de artigos encontrados, assim a estruturação da sintaxe também deve constar como uma limitação.

Ainda, grande parte dos estudos 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).⁵⁵

Implicações para políticas públicas

Os resultados 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. Devido a constatação da profusão de análises de mesclas complexas destes modelos de remuneração e, ainda, a forte especificidade destes modelos em sistemas de saúde do tipo empresariais-permissivos, recomenda-se que esses modelos não devam ser implementados como um “modismo” por influência das políticas internacionais e devem ser estudados 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 como no caso do SUS. Ademais, em função do nível das evidências compiladas, os resultados desta revisão apresetam um nível de recomendação para embasar políticas públicas de classificada no 'grau de recomendação' nível C (fundamenta minimamente a tomada de decisão).⁵⁶

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, segundos os estudos revisados, observa-se uma visão de desempenho médico muito focada em remuneração.

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 (não explicitam os critérios) para medir a qualidade (considerando-a **apenas** como **processo**), melhorias na continuidade do cuidado de algumas doenças crônicas e na 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 (em seu sentido completo) 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/hibridismo (modulação) do pagamento por desempenho com outros modelos de pagamento, o fato dos incentivos não serem dados apenas aos médicos mas a uma organização que envolve diferentes profissionais e unidades de cuidado, 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 cuidados de pacientes com múltiplas doenças ou com em aqueles pacientes cujas melhorias de resultados são 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 é um achado importante desta revisão, já que a redução

de gastos obtidas com a adoção das formas de remuneração por desempenho geram melhorias muito pontuais nos processos de gestão, e por isso, são fortemente limitados quando se pensa melhorias ao longo do tempo (característica básica em processos de cuidado, especialmente em **crônicos** ou na atenção primária, por exemplo).

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. Isto quer dizer que estes achados servem para iniciar um debate no ponto de vista de sua aplicação em políticas públicas, mas para uma tomada de decisão mais assertiva, os dados compilados apontam limitações importantes que contraindicam o seu uso direto, ou irrefletido. Logo, o ideal é que mais estudos nesta temática sejam realizados, com mais refino analítico e com outras metodologias que identifiquem melhor se realmente existe esta relação de causalidade.

Contribuição autoral

FMP e LC contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito.

Referências

1. Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface (Botucatu)*. 1997;1(1):123-40. <https://doi.org/10.1590/S1414-32831997000200009>.
2. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Guia para implementação de modelos de remuneração baseados em valor. Rio de Janeiro; 2019 [citado 17 jun 2022]. Disponível: https://www.ans.gov.br/images/Guia_-_Modelos_de_Remunera%C3%A7%C3%A3o_Baseados_em_Valor.pdf
3. Carnut L, Narvai PC. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. *Saude Soc*. 2016;25(2):290-305. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016144614>.
4. Carnut L, Mendes Á. Capital-estado na crise contemporânea: o gerencialismo na saúde pública. *Argumentum (Vitória)*. 2018;10(2):108-21. <http://10.18315/argumentum.v10i2.19528>.
5. Carnut L, Narvai PC. A meta-summarization of qualitative findings about health systems performance evaluation models: conceptual problems and comparability limitations. *Inquiry*. 2020;57:1-19. <https://doi.org/10.1177/0046958020962650>.

6. Melo MV, Carnut, L, Mendes Á. Relação entre cumprimento das metas dos contratos de gestão e qualidade da atenção à saúde: uma revisão integrativa. *Saude Debate*. 2021;45(131):1140-64. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113115>.
7. Ministério da Saúde (BR). III seminário internacional atenção primária saúde da família. Brasília, DF: MS; 2008.
8. Braga R.- A necessidade do ensino do profissionalismo. *Rev Port Med Geral Fam*. 2019;35(4):258-60. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v35i4.12638>.
9. Dal Poz MR. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad Saude Publica*. 2013;29(10):1924-6. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE011013>.
10. Maciel Filho R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007 [citado 20 jun. 2018]. Disponível em: http://scf.cpqam.fiocruz.br/observarh/wp-content/uploads/2017/02/Tese_Romulo_Maciel.pdf
11. Abicalaff CL. Pagamento por performance, o desafio de avaliar o desempenho em saúde. São Paulo: Editora DOC; 2017.
12. Capilheira S, Santos IS. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Cad. Saude Publica*. 2011;27(6):1143-53. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600011>.
13. Carrilho AR, Conceição C, Martinez de Oliveira, J. Desempenho em obstetrícia e ginecologia: reunião para um consenso. *Acta Obstet Ginecol Port*. 2007;1(1):42-5.
14. 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 Publica*. 2015;49(5):1237-62. <https://doi.org/10.1590/0034-7612140407>.
15. Cabral AS. Avaliação de desempenho utilizando métodos estatísticos: um estudo de caso na área da saúde [dissertação] Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2017.
16. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):335-45. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020>.
17. Feldmen R, Hillson SD, Wingert TD. Measuring the dimensions of physician work. *Med Care*. 1994;32(9):943-57. <https://doi.org/10.1097/00005650-199409000-00005>.

18. 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;73(3):91-4. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2004.tb04210.x>.
19. Andreoli SP, Brewer ED, Watkins S, Fivush B, Powe N, Shevcheck J, et al. American Society of pediatric nephrology position paper on linking reimbursement to quality of care. *J Am Soc Nephrol*. 2005;16(8):2263-9. <https://doi.org/10.1681/ASN.2005020186>.
20. Baerlocher MO, Noble J, Detsky AS. Impact of physician income source on productivity. *Clin Invest Med*. 2007;30(1):42-3. <https://doi.org/10.25011/cim.v30i1.448>.
21. Shomaker TS. Commentary: health care payment reform and academic medicine: threat or opportunity?. *Acad Med*. 2010;85(5):756-8. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181d0fdfb>.
22. 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):35-7; discussion 69-70. <https://doi.org/10.1097/JAC.0b013e3181c9fb54>.
23. Allard M, Jelovac I, Léger PT. Treatment and referral decisions under different physician payment mechanism. *J Health Econ*. 2011;30(5):880-93. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2011.05.016>.
24. 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. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.13336>.
25. Foote SM. Chronic care improvement in Medicare FFS: cosmetic or transforming?. *Res Agenda Brief*. 2004;(13):1-13.
26. Waters TM, Webster JA, Stevens LA, Li T, Kaplan CM, Graetz I, et al. Community oncology medical homes: physician-driven change to improve patient care and reduce costs. *J Oncol Pract*. 2015;11(6):462-7. <https://doi.org/10.1200/JOP.2015.005256>.
27. 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. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.2230>.
28. 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. <https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000000370>.

29. 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):1704-6. <https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000000406>.
30. Nijagal MA, Shah NT, Levin-Scherz J. Both patients and maternity care providers can benefit from payment reform: four steps to prepare. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218(4):411.e1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.01.014>.
31. 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;16(3):189-99. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2001.91112.x>.
32. Wells KB. Cost containment and mental health outcomes: experiences from US studies. *Br J Psychiatry Suppl.* 1995;(27):43-51.
33. Ograd ES. Compensation and quality: a physician's view. *Health Aff (Millwood).* 1997;16(3):82-6. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.16.3.82>.
34. 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. <https://doi.org/10.1001/jama.279.17.1377>.
35. Tillinghast SJ. Competition through physician-managed care: the case for capitated multispecialty group practices. *Int J Qual Health Care.* 1998;10(5):427-34. <https://doi.org/10.1093/intqhc/10.5.427>.
36. Norton EC, Lindrooth RC, Dickey B. Cost-shifting in managed care. *Ment Health Serv Res.* 1999;1(3):185-96. <https://doi.org/10.1023/a:1022377930099>.
37. Lantus J. RVUs blues: how should docs get paid?. *Hastings Cent Rep.* 2003;33(3):37-45.
38. Gray BH. Individual incentives to fix organizational problems?. *Med Care Res Rev.* 2004;61(Suppl 3):76S-9S. <https://doi.org/10.1177/1077558704267506>.
39. 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;42(3):297-302. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000114918.50088.1c>.
40. Swayne LC. Pay for performance: pay more or pay less?. *J Am Coll Radiol.* 2005;2(9):777-81. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2005.02.020>.

41. Mandel KE, Kotagal UR. Pay for performance alone cannot drive quality. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007; 161(7):650-5. <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.7.650>.
42. Greene SE, Nash DB. Pay for performance: an overview of literature. *Am J Med Qual.* 2009;24(2):140-63. <https://doi.org/10.1177/1062860608326517>.
43. Thorpe CT, Flood GE, Kraft SA, Everett CM, Smith MA. Effect of patient selection method on provider group performance estimates. *Med Care.* 2011;49(8):780-5. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31821b3604>.
44. Mantel JL. Accountable care organizations: can we have our cake and eat it too?. *Seton Hall Law Rev.* 2012;42(4):1393-442.
45. Marton J, Yelowitz A, Talbert JC. A tale of two cities?: The heterogeneous impact of Medicaid managed care. *J Health Econ.* 2014;36:47-68. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2014.03.001>.
46. Wilensky GR. Developing a viable alternative to Medicare's physician payment strategy. *Health Aff (Millwood).* 2014; 33(1):153-60. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.1086>.
47. Kelleher KJ, Cooper J, Deans K, Carr P, Brill R, Aleen S et al. Cost saving and quality of care in a pediatric accountable care organization. *Pediatrics.* 2015;135(3):e582-9. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2725>.
48. Heller RE 3rd. An analysis of quality measures in diagnostic radiology with suggestions for future advancement. *J Am Coll Radiol.* 2016;13(10):1182-7. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2016.05.024>.
49. 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. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0361>.
50. Woodward CA, Hutchinson B, Norman GR, Brown JA, Abelson J. What factors influence primary care physicians' charges for their services?: an exploratory study using standardized patients. *CMAJ.* 1998;158(2):197-202.
51. Roland M, Dudley RA. How financial and reputational incentives can be used to improve medical care. *Health Serv Res.* 2015;50(Suppl 2):2090-115. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12419>.

52. 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. <https://doi.org/10.1097/JAC.0b013e3181c9f437>.
53. Stoicov C. *Economia comportamental nas políticas públicas [dissertação]*. [São Paulo]: Fundação Getúlio Vargas; 2014.
54. Carnut L, Rodrigues CIS. Análise crítica da interface bioética, saúde e trabalho. *Rev Bioet*. 2020;28(2):219-28. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282383>.
55. Souza MT, Silva MD, Carvalho K. Revisão integrativa: o que é e como fazer?. *Einstein (Sao Paulo)*. 2010;8(1):102-6. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.
56. Pereira AL, Bachion MM. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev Gaucha Enferm*. 2006;27(4):491-8.

Minicurrículo

Flávia Maciel Porto | <https://orcid.org/0000-0001-6078-9806>
<http://lattes.cnpq.br/2205126903302625>

Leonardo Carnut | <https://orcid.org/0000-0001-6415-6977>
<http://lattes.cnpq.br/2575803021196614>